



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Jéssica Nogueira Figueiredo

**ESTUDO EXPLORATÓRIO NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA DE PEDIDO DE REFORMA
ANTECIPADA POR INVALIDEZ**

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicologia Forense, sob a orientação da Doutora Maria Manuela Pereira Vilar (Professora Auxiliar, FPCE-UC) e da Doutora Liliana B. Sousa (Psicóloga, Membro colaborador do CINEICC e do PsyAssessmentLab da FPCE-UC)

Julho de 2019

Agradecimentos

Acaba um ano de tantos desafios e aprendizagens. Chega a hora de agradecer a quem aqui me ajudou a chegar.

Primeiramente, quero agradecer à cidade que me acolheu de forma tão carinhosa. Obrigada, Coimbra. Deixo um pouco de mim e levo um pouco de ti. Fica a promessa de um dia aqui voltar.

Às minhas orientadoras, Doutora Maria Manuela Vilar e Doutora Liliana B. Sousa, por tudo aquilo que fizeram por mim e todos os ensinamentos. Sem elas, nada disto teria sido possível. Sem dúvida que este trabalho também é muito vosso.

Aos meus pais, por me terem permitido alcançar este objectivo de vida. Mesmo estando longe tentaram sempre estar presentes.

Aos meus avós, por serem os pilares da minha vida, por todo o amor e carinho, por estarem sempre presentes e pelas horas que despenderam ao me facilitarem este caminho.

À minha amiga de toda uma vida, por sempre ter acreditado nas minhas capacidades e nunca me ter deixado perder o rumo do meu objectivo, por me ter acompanhado e encorajado. Obrigada, Gabi.

À minha Margarida, por ter sido a colega de casa, colega de estágio e amiga mais incrível que podia conhecer. Sei que a nossa amizade será eterna, obrigada por todo o teu apoio, não só neste projecto mas em tudo na minha vida.

E por último, mas não menos importante, a ti meu amor, por tudo o que tens feito por mim, por estares sempre lá quando preciso e por seres o homem mais incrível que conheço. Uma vida não chegará para te agradecer toda a força que me dás.

Resumo

Introdução: Este estudo tenta dar resposta à falta de investigação no domínio do pedido de reforma antecipada por invalidez, nomeadamente dos contributos da área da psicologia forense e da avaliação neuropsicológica. É um estudo, ao qual nos foi possível apurar, inovador em Portugal.

Objectivos: Este estudo visa perceber algumas das características das pessoas que recorrem ao pedido de reforma antecipada (variáveis sociodemográficas e clínicas), o motivo ou condição subjacente ao pedido (condições física, cognitiva e/ou emocional) e a descrição do perfil neuropsicológico, aquando da efectivação do pedido. Visa, ainda, discutir o contributo do perito forense e da avaliação neuropsicológica na tomada de decisão (aceitação ou recusa do pedido).

Método: Foi analisada uma amostra de conveniência, da comunidade, de 68 sujeitos. O protocolo de avaliação neuropsicológica incluiu instrumentos de inteligência geral (WAIS-III), de perfil neurocognitivo (ACE-R, MoCA, TMT A & B, Fluência Verbal Fonémica e Semântica, FAB, Teste de Barragem de Toulouse e Piéron, Figura Complexa de Rey, Listas de Palavras I e II/WMS-III e Memória Lógica I e II/WMS-III), de capacidade funcional (IAFAI), emocional e de características da personalidade (BSI, BDI-II, STAI-Y, EPQ-R, NEO-FFI e ICAC) e de validade de desempenho (Rey 15-IMT e Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne).

Resultados: A maioria dos pedidos são feitos por mulheres (69.1%), de categorias profissionais de assistente operacional (22.1%), professor (17.6%) e técnico financeiro/administrativo (14.7%), com quatro ou mais condições clínicas/de saúde (64.7%), maioritariamente do foro psiquiátrico, músculo-esquelético, cardiovascular e endócrino. De acordo com a natureza do pedido, a decisão prende-se maioritariamente com motivos de vulnerabilidade emocional (60.3%). Do padrão de perfil de funcionamento destaca-se: a inteligência pré-mórbida de valores predominantemente médios; um défice nas funções executivas e atencionais complexas; um défice em termos de capacidade funcional; a presença de sintomatologia clinicamente significativa e a probabilidade de existência de psicopatologia, nomeadamente, depressão e ansiedade; Neuroticismo elevado e baixa Extroversão, em termos de características de personalidade; e não parecendo haver evidência de desejabilidade social e/ou de esforço insuficiente.

Conclusões: O presente estudo constitui um contributo relevante para a compreensão dos pedidos de reforma antecipada por invalidez, podendo ser uma ancoragem para perceber a realidade portuguesa e informar os decisores, no âmbito destes processos, ainda que evidenciando algumas limitações e a necessidade de aprofundar a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Neuropsicológica, Reforma Antecipada, Invalidez, Perito Forense

Abstract

Introduction: This study tries to provide an answer to the lack of research in the domain of early retirement due to disablement/incapacity, namely the contribution of forensic psychology and neuropsychological assessment. It is an innovative study in Portugal, as far as we could tell.

Objectives: The aim of this study is to understand some characteristics of the people requesting early retirement (sociodemographic and clinical variables), the motive or underlying condition for that requirement (physical, cognitive and/or emotional) and the description of the neuropsychological profile. It also aims to discuss the contribution of the forensic expert and neuropsychological evaluation in decision-making (acceptance or rejection of the request).

Method: A convenience sample of 68 subjects of the community was analyzed. The neuropsychological evaluation protocol includes instruments of general intelligence (WAIS-III), of neurocognitive profile (ACE-R, MoCA, TMT A & B, Semantic and Phonemic Verbal Fluency, FAB, Toulouse and Piéron Cancellation Test, Rey Complex Figure Test, Word Lists I and II/WMS-III and Logical Memory I and II/WMS-III), of functional (in)capacity (IAFAI/Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory), emotional profile and personality (BSI, BDI-II, STAI-Y, EPQ-R, NEO FFI and ICAC/Clinical Inventory of Self-Concept) and performance validity (Rey 15-IMT and Marlowe-Crowne Social Desirability Scale).

Results: Most of the requests are done by women (69.1%), of professional categories of operational assistant (22.1%), professor (17.6%) and financial/administrative technician (14.7%), with four or more clinical/health conditions (64.7%), mostly of psychiatric, skeletal muscle, cardiovascular and endocrine nature. According to the nature of the request, the decision depends mostly on emotional vulnerability motives (60.3%). From the functioning profile pattern, the following jumps out: the premorbid intelligence of predominantly average values; a deficit in the executive and complex attentional functions; a deficit in terms of functional capacity; the presence of clinically significant symptomatology and the probability of psychopathology, namely depression and anxiety; elevated Neuroticism and low Extroversion, in terms of personality characteristics; and the lack of evidence of social desirability and/or insufficient effort.

Conclusions: The current study constitutes a relevant contribution to the comprehension of early retirement requests due to disablement/incapacity, possibly being a basis for the understanding of the Portuguese reality and informing the deciders, in these processes' realm, even though it evidences some limitations and the necessity of studying the theme further.

KEYWORDS: Neuropsychological Evaluation, Early Retirement, Disablement/Incapacity, Forensic Expert

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Introdução	7
I – Enquadramento conceptual	10
1.1. Legislação nacional referente ao pedido de reforma antecipada por invalidez.....	10
1.2. Factores que podem influenciar o pedido de reforma antecipada.....	12
Motivos e factores sociodemográficos.....	12
Motivos e factores relacionados com a saúde.....	14
<i>Problemas de natureza física</i>	15
<i>Problemas de natureza cognitiva</i>	17
<i>Problemas de natureza emocional</i>	19
1.3. Importância da avaliação neuropsicológica	22
II - Objectivos	24
III - Metodologia.....	24
3.1. Participantes	24
3.2. Instrumentos e Procedimentos	25
3.3. Análise estatística.....	28
IV - Resultados	29
4.1. Caracterização da amostra	29
Perfil sociodemográfico e clínico	29
Perfil neuropsicológico	30
4.2. Análise comparativa da natureza do pedido de avaliação	35
Discussão	38
Conclusão.....	47
Bibliografia	49
Anexos	56

Introdução

A reforma ou pensão de velhice é uma mensalidade que é paga aos beneficiários do regime geral de Segurança Social, quando alcançam a idade definida por lei e que tenham cumprido os anos de descontos mínimos para tal (Dores, 2013). Actualmente, a idade legal estabelecida em Portugal para pedido de reforma é de 66 anos e 5 meses, não estando estabelecido o máximo de anos de contribuições necessários, sendo apenas reportado o mínimo de 15 anos, para receber a reforma por inteiro sem penalizações (Portaria nº 25/2018, de 18 de Janeiro). No entanto, pode haver circunstâncias que levem à antecipação do pedido de reforma. Certos trabalhadores, por terem profissões consideradas penosas ou desgastantes (como é o caso dos mineiros, trabalhadores marítimos, profissionais de pesca, controladores de tráfego aéreo, bailarinos, trabalhadores portuários, bordadeiras da Madeira e trabalhadores aduaneiros) podem requerer a reforma antes desse tempo sem penalização, nas condições específicas de idade e carreira contributiva estabelecidas para cada actividade, mas têm de ter descontado durante 15 anos (seguidos ou não) para a Segurança Social ou outro sistema de protecção social que assegure uma pensão de velhice (Economias, 2018a).

A Reforma Antecipada pode ser definida como a reforma após vários anos de serviço, mas que é pedida antes da idade estabelecida pelo Estado para efectuar tal pedido, podendo sofrer ou não penalizações face ao valor total recebido. De acordo com a legislação portuguesa, pode pedir a reforma antecipada quem tenha 60 ou mais anos de idade e que possua, no mínimo, 40 anos de carreira contributiva, independentemente da idade que tinha quando atingiu os 40 anos de contribuições (Decreto-lei 119/2018, de 27 de Dezembro; Economias, 2019a). No entanto, o pedido de reforma nestas condições comporta penalizações face ao valor total de pensão. O pedido de reforma antecipada pode levar a um corte de 0.5% do valor previsto por cada mês que faltar para atingir os 66 anos e 5 meses de idade (Decreto Lei nº 126-B/2017, de 6 de Outubro; Economias, 2019b). A estas penalizações soma-se o factor de sustentabilidade, relacionado com as previsões demográficas do Instituto Nacional de Estatística, o que resulta num corte nas pensões na ordem dos 14.7% (Economias, 2019b). No ano de 2012 a idade de pedido de reforma sofreu um ligeiro aumento para os 66 anos de idade, anunciado ainda no ano anterior, sendo que este factor de sustentabilidade que é mencionado representava apenas um corte de 3.92% ao total da pensão (Associação Sindical de Juizes Portugueses, 2011). Este aumento acaba por se verificar de forma gradual até ao ano de 2019, sendo que coincidiu com o período de crise financeira, em Portugal. No ano de 2019, entrou em vigor um novo regime que elimina o factor de sustentabilidade, mas apenas para pensionistas que, no presente ano, tenham 60 anos de idade e 40 anos de descontos, e que até dia 01 de Janeiro (de 2019) tenham 63 anos de idade e a reforma

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

tenha começado a ser paga nessa data ou que a partir de 01 de Outubro do mesmo ano tenha 60 anos e a reforma comece a ser paga a partir desse dia. Apesar da eliminação do factor de sustentabilidade, o corte de 0.5% mantém-se. Quem tiver 61 anos de idade e atingir os 40 anos de descontos, pode pedir a reforma antecipada sem sofrer penalizações (Economias, 2019b). Podem ainda pedir a reforma antecipada sem penalização trabalhadores com 60 ou mais anos de idade, que tenham 48 anos de descontos ou 46 anos de contribuições mas que tenham começado a trabalhar aos 14 anos. Estas condições não abrangem os trabalhadores da Função Pública que têm regimes especiais, como magistrados, Forças Armadas, PSP, GNR e outros (Decreto Lei n° 126-B/2017, de 6 de Outubro; Economias, 2019a).

Para o presente estudo interessam os pedidos de reforma por invalidez que não acarretem penalizações, ou que seja possível minimizá-las, relativamente ao valor final da pensão, sendo que estes casos necessitam de passar por um processo avaliativo, a fim de perceber o fundamento do pedido e se de facto se justifica (ou não) deferir o mesmo. Focando na questão da reforma antecipada por invalidez, esta constitui-se como um apoio financeiro mensal, com o objectivo de salvaguardar os contribuintes quando se encontram em situação de incapacidade relativa ou absoluta (Centro Nacional de Pensões, 2019). Para que a reforma por invalidez seja atribuída, há um processo de avaliação que passa por verificar se existe incapacidade permanente física, sensorial ou mental, o estado actual da pessoa, a idade, as suas competências profissionais e a sua capacidade para executar o trabalho. Após esta avaliação, é atribuído um grau de incapacidade que pode ser relativa ou absoluta. No caso da incapacidade relativa, a pessoa apresenta uma incapacidade definitiva/permanente para executar o seu trabalho, e não consegue ganhar mais do que um terço do ordenado que ganhava antes, não havendo previsão que recupere em pelo menos três anos a sua capacidade de trabalho para conseguir ganhar metade do que inicialmente recebia. Relativamente à incapacidade absoluta, a pessoa apresenta igualmente uma incapacidade definitiva/permanente para exercer qualquer tipo de trabalho, não havendo previsão de recuperação até aos 65 anos de idade das suas competências para trabalhar (Centro Nacional de Pensões, 2019).

Alguns estudos relevam que, apesar da expectativa de vida ter aumentado, a idade média de pedido de reforma antecipada tem vindo a diminuir (cf. Blundell, Meghir, & Smith, 2002, Bound & Waidmann, 2007, como citados em Dong, 2008). De 1950 até 2000, a idade média de pedido de reforma de trabalhadores americanos do sexo masculino diminuiu de 68.5 para 62.6 anos, tendo a idade de reforma das mulheres diminuído de 67.9 para 62.5 anos (Gendell, 2001). Nos Estados Unidos da América, entre 1964 e 1969, os pedidos de reforma antecipada por parte dos trabalhadores que estavam inscritos na segurança social aumentou em 91%, sendo que entre 1969 e 1974 este crescimento aligeirou-se para os 62.6% (Jenny & Acton, 1974). Isto deveu-se ao aumento de incentivos por parte dos empregadores. Não foram encontrados dados nacionais para comparação com os dados norte-americanos.

Nesse sentido, justifica-se a implementação de estudos que procurem caracterizar a realidade portuguesa, pretendendo o presente estudo fazer uma compilação de informação e dados sobre pedidos de reforma antecipada por invalidez e respectivas circunstâncias, nomeadamente relativa à avaliação neuropsicológica em contexto da psicologia forense, de modo a fazer face à falta de informação existente sobre a temática em contexto nacional. Deste modo, comportará uma parte de enquadramento teórico, onde é referida a legislação/enquadramento legal, assim como uma revisão da literatura referente aos pedidos de reforma antecipada por invalidez e possíveis motivos. Numa segunda parte, será apresentado o estudo efectuado a partir de uma amostra recolhida em contexto de avaliação neuropsicológica, incluindo os resultados e discussão dos mesmos à luz da literatura existente e decorrentes da elaboração de um grupo focal (de discussão de dados), composto por profissionais da área da psicologia e psiquiatria. Para terminar, será efectuada uma breve conclusão, apontando as limitações e potencialidades deste estudo.

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

I – Enquadramento conceptual

1.1. Legislação nacional referente ao pedido de reforma antecipada por invalidez

No ano de 2012, a idade de reforma aumentou para os 66 anos de idade, tendo sido este dado anunciado pelo Estado no ano de 2011 (Associação Sindical de Juizes Portugueses, 2011). Este aumento foi gradual nos anos seguintes, sendo que em 2019 a idade de reforma se encontra nos 66 anos e 5 meses, não sendo necessário esperar por essa idade para requerer a pensão de velhice. No caso das reformas antecipadas sem penalização, o Decreto-Lei nº 126-B/2017 definiu que os trabalhadores com no mínimo 48 anos de descontos ou trabalhadores com 46 ou mais anos de descontos, mas que tenham começado a descontar com 14 ou menos anos, não são penalizados. Este Decreto-Lei pretende valorizar os trabalhadores que fazem descontos há muitos anos e que começaram a descontar muito cedo. Ainda que com penalizações, poderão requerer a reforma os cidadãos com pelo menos 60 anos de idade ou 40 anos de carreira contributiva, tal como continuam a fazer os funcionários públicos e os desempregados de longa duração. No caso dos funcionários públicos, basta terem 50 anos de idade ou 30 anos de carreira contributiva para poderem pedir a reforma antecipada (Economias, 2019b).

Em 2016, foi alargando o grupo de pessoas que podem usufruir das reformas antecipadas. Assim sendo, trabalhadores abrangidos pelo Sistema de Segurança Social com, no mínimo, 55 anos de idade e com 30 anos de descontos, desempregados involuntários de longa duração, e contribuintes que apresentaram o pedido de pensão de velhice antecipada até ao dia 5 de Abril de 2012, poderiam pedir a reforma antecipada (Economias, 2018b).

Na reforma antecipada a partir dos 55 anos de idade, com 30 anos de descontos, por cada mês de antecipação, até aos 66 anos e 5 meses, há uma redução de 0.5% do valor da pensão, sendo que ao perfazer os 66 anos e 5 meses o valor da pensão não sofrerá qualquer alteração. No caso de pedido de reforma antecipada para quem tem mais de 30 anos de descontos quando atinge

os 55 anos de idade, por cada 3 anos de descontos acima dos 30 anos, tem direito a tirar dois meses ao número de meses de antecipação (Economias, 2018a).

Relativamente às reformas antecipadas por invalidez, para a pessoa receber este apoio, tem que efectivamente apresentar uma incapacidade permanente para executar o seu trabalho ou, então, estar de baixa médica há mais de 1095 dias. Acrescenta-se ainda que este apoio é dirigido a pessoas que trabalham por conta de outrem e estejam a contrato, a trabalhadores que incorporem os Órgãos Estatutários (MOE's) (e.g., directores, gerentes e administradores) e a quem se encontra a trabalhar em regime independente a recibos verdes. No que diz respeito às reformas de invalidez absolutas, acrescenta às condições anteriores os beneficiários do Seguro Social Voluntário, sendo necessários 72 meses de contribuições. Este Seguro é dirigido a pessoas com mais de 18 anos e com competências para trabalhar, não fazendo parte dos sistemas de protecção social obrigatórios, como é o caso do sistema de Segurança Social em regime especial ou dos regimes dos advogados e solicitadores, entre outros. A reforma antecipada por invalidez só pode ser atribuída se a pessoa tiver incapacidade definitiva/permanente, seja ela relativa ou absoluta, não sendo de causa profissional, e que tenha sido apurada pelo Serviço de Verificação de Incapacidades (SVI), cumprindo ainda o respectivo prazo de garantia (Centro Nacional de Pensões, 2019). O SVI constitui-se como uma peritagem médica de avaliação de incapacidade permanente para o trabalho, deficiência ou dependência, a fim de verificar se a pessoa tem ou não direito a uma dada prestação. Esta peritagem engloba a avaliação do grau de incapacidade motora, orgânica, sensorial e intelectual e o seu impacto a nível social e profissional (Departamento de Prestações e Contribuições, 2018). No entanto, nas informações disponibilizadas pelo Instituto de Segurança Social, I.P não consta como é feita esta apreciação nem que profissionais conduzem estas avaliações. O prazo de garantia referente ao pedido de reforma antecipada por invalidez relativa estabelece que, para ser atribuída a pensão, a pessoa tenha registo de remunerações durante 5 anos civis, sejam eles seguidos ou intercalados. Já o prazo de garantia do pedido de reforma antecipada por invalidez absoluta exige 3 anos civis, seguidos ou intercalados, de remunerações. Os anos civis são contabilizados de duas formas, consoante tenham registo antes ou depois de 01 de Janeiro de 1994. No caso dos anos civis contados antes dessa data, cada ano civil equivale a 12 meses de remunerações, sendo que após o dia 01 de Janeiro cada ano civil equivale a pelo menos 120 dias de remunerações (Centro Nacional de Pensões, 2019).

Analisando a Tabela Nacional de Incapacidades (que remete apenas para a avaliação de acidentes de trabalho ou de doença profissional), é possível verificar que estabelece quadros de referência e critérios de avaliação de várias doenças/problemas de saúde para os peritos médicos se guiarem, mas não refere linhas específicas de orientação das avaliações. No caso das doenças psiquiátricas, por exemplo, sugere a utilização da Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (CID), da OMS, e o DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, como meios interpretativos a

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

serem utilizados. A cada dano corporal ou prejuízo funcional está atribuído um coeficiente em percentagem que é referente à perda sofrida, sendo que esse será utilizado para calcular posteriormente a percentagem de incapacidade total da pessoa (Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro).

1.2. Factores que podem influenciar o pedido de reforma antecipada

Há factores que poderão influenciar um trabalhador na hora de decidir sobre aposentadoria precoce. Os factores *Push* têm que ver com apreciações negativas que induzem a pessoa a realizar o pedido de reforma antecipada, como é o caso da saúde debilitada, a falta de satisfação no emprego e o cansaço geral (Shultz, Morton, & Weckerle, 1998, como citado em Negrini, Panari, Simbula, & Alcover, 2013), trabalho stressante (Henkens & Tazeelar, 1997, como citado em Negrini et al., 2013), excesso de trabalho e baixos salários (Kim & Feldman, 1994, como citado em Negrini et al., 2013). Os factores *Pull* estão associados a aspectos positivos, aumentando o interesse do trabalhador para pedir a reforma, englobando, por exemplo, a obtenção de maior parte de tempo de lazer, maior partilha de tempo com o cônjuge ou a realização de trabalho voluntário (Shultz et al., 1998, como citado em Negrini et al., 2013). A combinação dos factores *Push* com os *Pull* e o contexto associado a ambos é o que influencia a decisão de reforma antecipada (Shultz et al. 1998, como citado em Negrini et al., 2013).

A reforma antecipada "voluntária" pode ser um resultado da procura de mais tempo de lazer, estando o pedido "involuntário" mais relacionado com restrições no emprego (Desmet, Jousten, & Perelman, 2005, Smith, 2006, como citados em Dorn & Sousa-Poza, 2010). Contudo, mesmo que "involuntária", trata-se de uma opção do trabalhador, apesar da restrição de escolhas a que está sujeito (Desmet et al., 2005, Smith, 2006, como citados em Dorn & Sousa-Poza, 2010). Para este estudo exploratório importam estes pedidos de reforma "involuntária" uma vez que se relaciona com a problemática da invalidez.

Apesar da complexidade de decisão envolver (a ponderação de) ambos os tipos de factores, poder-se-á afirmar que os factores *Push* se associam, de forma mais específica, à reforma antecipada "involuntária" e os factores *Pull* à aposentadoria precoce "voluntária".

Dados do *International Social Survey Programme* (1997, como citado em Dorn & Sousa-Poza, 2010) referem que tanto na Alemanha (50.0%), como em Portugal (54.2%) e na Hungria (62.1%), as aposentadorias antecipadas são maioritariamente "involuntárias". De salientar que as reformas pedidas por trabalhadores com idade entre os 45 e os 59 anos são de cariz mais "involuntário" do que quando são pedidas por pessoas com idade entre os 60 e os 64 anos (Dorn & Sousa-Poza, 2010).

Motivos e factores sociodemográficos

Com o aumento do pedido de reformas antecipadas é necessário perceber quais os motivos que levam a essa tomada de decisão. A literatura (e.g., Feldman, 1994) refere que há Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

várias razões que podem levar ao pedido de reforma antecipada. Segundo algumas investigações (Beehr, 1986, Pollman & Johnson, 1979, Schmitt & McCune, 1981, como citados em Feldman, 1994) dá-se relevo aos aspectos individuais, como as diferenças demográficas (por exemplo, o género e o estado civil) e condições socioeconómicas e de saúde (principais doenças físicas, comprometimento funcional, doenças psicossomáticas), e a influência dessas variáveis na decisão de efectuar o pedido de reforma. Relativamente às variáveis sociodemográficas, a idade encontra-se positivamente correlacionada com a probabilidade de reforma (Blinder, Gordon, & Wise, 1980, como citado em Feldman, 1994), sendo que nas questões de género os homens têm mais tendência a aposentarem-se mais cedo (Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir, & Cascant, 2010; Clark, 1988, George, Fillenbaum & Palmore, 1984, como citados em Feldman, 1994).

Num estudo levado a cabo por Lund e Villadsen (2005) com uma amostra de 365 dinamarqueses, durante 4 anos, foi possível observar que 209 trabalhadores (57%) efectuaram pedido de reforma antecipada, não havendo diferenças entre géneros. Da percentagem que continuava no mercado de trabalho, 134 (86%) continuavam empregados, 18 (11%) encontravam-se desempregados e 4 (3%) encontravam-se doentes, temporariamente. Este estudo evidenciou uma clara relação entre a idade e a aposentadoria precoce. Os dados recolhidos permitem prever que, no milénio decorrente, mais de metade das pessoas com mais de 60 anos efectuarão pedido, podendo isto ser mais evidenciado nos níveis socioeconómicos mais baixos (Lund & Villadsen, 2005).

Algumas investigações alertam que, para além da decisão de se aposentar mais cedo se basear em salários mais elevados e nas poupanças, também são relevantes as estimativas que o trabalhador faz relativamente aos benefícios de pensão, havendo uma correlação positiva entre ambos (Gordon & Blinder, 1980, Gustman & Steinmeier, 1991, Quinn, Burkhauser, & Myers, 1990, como citados em Feldman, 1994).

Do ponto de vista familiar, o salário do cônjuge, as poupanças efectuadas, o valor da reforma ou pensão e os benefícios económicos relativos ao companheiro, assim como a saúde e os desejos do parceiro são importantes na tomada de decisão (Fengler, 1975, Hayward, Grady, & McLaughlin, 1988, como citados em Feldman, 1994). Erdner e Guy (1990) encontraram evidências de que as pessoas tendem menos a pedir a reforma antecipada se o cônjuge ainda estiver a trabalhar. Um outro aspecto prende-se com o facto da condição de reformado poder ser vista como um factor de maior isolamento social (Walker & Price, 1976, como citado em Feldman, 1994). O facto de ter um companheiro com quem partilhar o tempo livre revela-se igualmente importante.

Do ponto de vista histórico, as mulheres encontram-se mais ligadas ao papel de cuidadoras, seja dos filhos ou dos netos, dos familiares mais idosos (e.g., pais e sogros) ou dos cônjuges com debilidades (Bradley, Brief, & George, 2002). Assim sendo, isto pode constituir-se como um factor de peso na hora de ponderarem realizar o pedido de reforma antecipada.

Um outro factor que parece ser importante na tomada de decisão do pedido de reforma antecipada tem que ver com a posição da pessoa face a essa possibilidade e à nova vida que irá ter. Algumas pessoas adoptam uma visão mais negativa face à reforma, associando-a muitas vezes à morte e ao fim de produtividade. Outras pessoas vêem na reforma a possibilidade de se desresponsabilizarem de tarefas ou actividades que realizaram ao longo da vida. Há quem veja a reforma como algo positivo, uma maneira de realizar actividades prazerosas, novos passatempos e passar mais tempo com amigos e familiares (Sonnenfeld, 1988, como citado em Feldman, 1994).

Bazzoli (1985) afirma que o efeito da saúde na probabilidade de pedir a reforma antecipada parece excessivo, uma vez que encontrou evidências de que os factores económicos se encontram mais em consideração aquando da tomada de decisão. No entanto, investigações sobre os motivos para efectuar pedido de reforma antecipada apontam questões relacionadas com saúde como a terceira causa mais comum, depois da vontade de deixar o emprego e de questões relacionadas com a reestruturação da empresa ou organização (Burtless & Quinn, 2000, como citado em Dorn & Sousa-Poza, 2004).

Motivos e factores relacionados com a saúde

O ser humano está sujeito a várias transformações ao longo da vida, que decorrem do processo natural de envelhecimento, que podem ser mais ou menos acentuadas, em diferentes dimensões do funcionamento (físico, cognitivo ou emocional) de cada pessoa. Várias pesquisas sobre a relação entre o estado de saúde e o pedido de reforma defendem que a saúde precária contribui de facto para o pedido de reforma antecipada (Artazcoz et al., 2010; Muller & Boaz, 1988, como citado em Feldman, 1994).

Dwyer e Mitchell (1998) realizaram uma análise a uma amostra de homens que integraram o *Health and Retirement Study* (HRS, conjunto de dados longitudinais representativos de trabalhadores mais velhos e reformados nos Estados Unidos) e encontraram evidência de que os problemas de saúde estão mais fortemente correlacionados com o pedido de reforma antecipada do que questões de natureza económica, acrescentando que quando estes trabalhadores têm uma percepção de saúde precária tendem a fazer pedido um a dois anos antes da idade suposta. Desta amostra, cerca de 83% afirma ter problemas de saúde, sendo os mais comuns problemas músculo-esqueléticos e circulatórios. Os problemas no sistema nervoso (e.g., como é o caso dos acidentes vasculares cerebrais ou do síndrome do canal cárpico) e cefaleias também são condições que levam ao pedido (Dwyer & Mitchell, 1998).

A falta de saúde pode fazer com que seja impossível continuar a exercer uma profissão, sendo o pedido de reforma a única opção (Feldman, 1994). A investigação sugere que a saúde dos trabalhadores mais velhos tem tendência a ser mais debilitada, podendo comprometer o seu desempenho no trabalho, o que fará com que desenvolvam uma maior vontade de se reformarem (Anderson & Burkhauser, 1985, Muller & Boaz, 1988, Myers, 1982, como citados em Feldman,

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

1994). Estudos feitos com funcionários públicos britânicos (Mein et al., 2000) e com amostras populacionais gerais (e.g., Haahr, Frost, & Andersen, 2007) definem a saúde precária como um dos preditores de reforma antecipada. À medida que o desempenho vai diminuindo, as pessoas tendem a diminuir a sua auto-imagem de competência. Para além disto, os trabalhadores mais velhos estão ainda sujeitos à pressão dos seus colegas para se aposentarem, para que possam ceder lugar a pessoas mais novas (Feldman, 1994).

Num estudo realizado por Rice, Lang, Henley e Melzer (2011) foi possível analisar uma amostra de 1693 trabalhadores ingleses com 50 ou mais anos, durante 4 anos. Cerca de 308 (18.2%) pessoas abandonaram os seus trabalhos durante o período de análise, nomeadamente 63.3% pediram a reforma, 15.9% encontravam-se doentes ou incapacitados, 11.4% assumiram-se como cuidadores ou domésticos e 9.4% estavam desempregados (Rice et al., 2011). Um outro dado relevante prende-se com o facto das mulheres se reformarem mais cedo do que os homens. De salientar que cerca de 50.8% das pessoas que deixaram o seu posto de trabalho de forma antecipada reportaram um ou mais sintomas de depressão, dor generalizada, problemas de mobilidade ou dor nos membros inferiores ao caminhar (Rice et al., 2011). Duas das causas mais reportadas para efectivar o pedido de reforma antecipada estão associadas com depressão e/ou sintomatologia depressiva e dificuldades motoras, principalmente dor nos membros inferiores.

Problemas de natureza física

No domínio do funcionamento físico, no decorrer do processo de envelhecimento, podem ocorrer lesões e incapacidades físicas adquiridas ou decorrentes de doenças degenerativas (Nexo et al., 2015; Reeuwijk et al., 2013). Este processo pode variar de pessoa para pessoa mas tende a agravar-se com o passar dos anos. Algumas pessoas só manifestam estas vulnerabilidades na terceira idade, no entanto, há casos em que se verificam limitações já na meia-idade, podendo ter implicações tanto no bem-estar físico, como emocional. O processo natural de envelhecimento não é o único factor que provoca estas alterações, podendo a personalidade e os estilos de vida afectar de igual modo a saúde dos sujeitos (Aldwin, Spiro, Levenson, & Cupertino, 2001, Paúl & Fonseca, 2004, como citados em Dores, 2013).

Feldman (1994) destaca algumas doenças graves (como as doenças cardíacas e o cancro), o comprometimento funcional (doenças físicas que inibem a força, a perda auditiva e as doenças articulares) e as doenças psicossomáticas (dores de cabeça, de estômago e padrões de sono irregulares), como factores que deverão ser tidos em conta na decisão de reforma antecipada. Há alguns estudos que abordam algumas destas vulnerabilidades físicas, como no caso da prevalência de dor de costas. Um desses estudos foi realizado com uma amostra populacional comunitária do Ohio, EUA, sendo que 22% da amostra, entre os 35-64 anos, relataram essa vulnerabilidade (Nagi, Riley, & Newby, 1973, como citado em Astrand & Isacsson, 1988). Astrand e Isacsson (1988) acompanharam durante 22 anos uma amostra de 391 trabalhadores do sexo masculino que trabalhavam numa fábrica sueca. Durante este período, os investigadores registaram 30 casos de

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

pedido de reforma antecipada devido a problemas de costas, definindo a probabilidade de reforma devido a este diagnóstico na ordem dos 33% (Astrand & Isacsson, 1988). Neste estudo, foi possível notar que a *dor de costas*, especificamente, não é um preditor de pedido de reforma antecipada, no entanto *problemas de costas* são (Astrand & Isacsson, 1988). Há uma associação entre dor/problemas de costas e Neuroticismo, tanto em estudos elaborados com pacientes hospitalares (Donovan et al., 1981, Hanvik, 1951, Leavitt, Johnston, & Beyer, 1972, como citados em Astrand & Isacsson, 1988), como na comunidade (Nagi et al., 1973, como citado em Astrand & Isacsson, 1988). O estudo levado a cabo por Astrand e Isacsson (1988) sugere a existência de uma associação entre Neuroticismo (avaliado com a versão sueca do Cornell Medical Index de 1965, que incluiu uma escala de Neuroticismo designada por Marke-Nyman) e problemas de costas, revelando ainda que as doenças cardiovasculares se constituem como um diagnóstico recorrente em associação com o diagnóstico de problemas de costas. Rice e colaboradores (2011) reportaram no seu estudo não terem encontrado relação entre a dor de costas e os pedidos de reforma antecipada, no entanto, os autores concluíram que havia uma associação entre problemas de mobilidade (em especial, dor nos membros inferiores) e o pedido de reforma antecipada. Os investigadores encontraram ainda uma relação entre a depressão e o pedido de reforma antecipada, o que é consonante com outros estudos (e.g., Karpansalo et al., 2005).

Diversos estudos referem o trabalho manual pesado (Dasinger, Krause, Deegan, Brand, & Rudolph, 2000, Høgelund, 2000, Rønnevik, 1998, como citados em Lund & Villadsen, 2005), o esforço repetitivo e contínuo, a pressão músculo-esquelética, a posição de trabalho desconfortável (Krause et al., 1997, como citado em Lund & Villadsen, 2005) e a inclinação, torção ou posição fixas (Bergquist-Ullman & Larsson, 1977, como citado em Lund & Villadsen, 2005) como factores que predis põem ao pedido de reforma por invalidez. Isto pode ter que ver com o facto dos trabalhadores enveredarem por esta opção para que não sofram incapacidades físicas mais severas (Lund & Villadsen, 2005).

Nos hospitais, as exigências físicas das tarefas, a má configuração dos locais de trabalho e a falta ou inadequação de equipamentos podem influenciar as práticas laborais dos trabalhadores hospitalares (Cotrim et al., 2002, Hignett et al., 2003, como citados em Cotrim, Simões, Ramalho, & Duarte, 2005). Um estudo português (Cotrim et al., 2005) contou com a participação de 18 trabalhadores do hospital de S. José com problemas de natureza músculo-esquelética. O diagnóstico principal seriam, então, as vulnerabilidades músculo-esqueléticas, sendo que 66.7% dos participantes apresentaram comorbilidade com 3 a 5 outros problemas de saúde, nomeadamente respiratórios, digestivos, cardiovasculares, geniturinários ou de natureza mental. Durante o ano de 2003, cerca de 47 trabalhadores desta unidade de saúde pediram a reforma antecipada, sendo que 22 foram devido à idade (acima dos 60 anos) e anos de serviço (pelo menos 36 anos) e mais de 60% devido a problemas de saúde graves (Cotrim et al., 2005).

A fibromialgia é um outro problema de saúde que tem implicações na vida dos trabalhadores. Em dois estudos realizados com amostras de doentes com esta condição, cerca de

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

40% pediram a reforma por incapacidade (Henriksson & Liedberg, 2000, Kauppinen, 1995, como citados em Markkula et al., 2011). Markkula e colaboradores (2011) elaboraram um estudo longitudinal com *follow-up* após 14 anos. Desse estudo, 9.5% da amostra (806 pessoas) pediu reforma antecipada por incapacidade, sendo que destas 36% (ou seja, 287 pessoas) realizaram pedido devido a problemas músculo-esqueléticos. Apesar da maioria dos pedidos de reforma antecipada não serem por motivos de natureza músculo-esqueléticas, entre as pessoas com diagnóstico de fibromialgia, esse é o motivo mais comum para a reforma antecipada (Markkula et al., 2011). Os resultados do estudo demonstram uma forte associação entre os sintomas relacionados com a fibromialgia (como a dor severa e a fadiga) e o pedido de reforma antecipada por incapacidade (Markkula et al., 2011).

Um outro problema físico comum nos dias de hoje tem que ver com o diagnóstico de cancro. Independentemente do tipo de cancro e dos tratamentos, os pacientes têm que se ausentar do seu posto de trabalho, ficando em licença de doença por tempo variável (Meadows et al., 2010, Mehnert, 2011, como citados em Böttcher, Steimann, Koch, & Bergelt, 2012). A taxa de retorno ao trabalho em termos internacionais ronda os 62% (Amir & Brocky, 2009, Mehnert, 2011, Steiner, Cavender, Main, & Bradley, 2004, como citados em Böttcher et al., 2012), estando as queixas mais frequentes associadas ao cansaço e a limitações físicas (Kennedy, Haslam, Munir, & Pryce, 2007, Main, Nowels, Cavender, Etschmaier, & Steiner, 2005, como citados em Böttcher et al., 2012). Deste modo, as vulnerabilidades sentidas aquando da execução do seu trabalho podem pressionar o trabalhador a pedir a reforma antecipada (Kennedy et al., 2007, Main et al., 2005, como citados em Böttcher et al., 2012). No estudo realizado por Böttcher e colaboradores (2012), com uma amostra de 477 doentes oncológicos alemães, 23% da amostra evidenciou estar em risco de pedir a reforma antecipada. Estes pacientes relataram ainda problemas de natureza cognitiva, como falta de concentração e menor resistência a situações adversas, como consequência dos tratamentos a que foram submetidos (Kennedy et al., 2007, Stewart et al., 2001, como citados em Böttcher et al., 2012).

Problemas de natureza cognitiva

Para a maioria da população, a capacidade cognitiva fluída, ou seja, a capacidade de adquirir e usar novas informações, começa a declinar décadas antes da reforma (e.g., McArdle, Smith, & Willis, 2009, Schaie & Willis, 2010, Singh-Manoux, 2012, como citados em Belbase, Khan, Munnell, & Webb, 2015). Alterações na estrutura cerebral, na organização do cérebro, no desempenho em testes de inteligência e na capacidade funcional apoiam a ideia de que o declínio cognitivo relacionado com a idade é tão inevitável quanto o declínio físico (Belbase et al., 2015). No entanto, poucos estudos se concentraram nas implicações funcionais do declínio cognitivo, em particular a relação entre declínio cognitivo e capacidade para o trabalho (Belbase et al., 2015).

Num estudo levado a cabo por Belbase e colaboradores (2015), com uma amostra de 4156 americanos inseridos no *Health and Retirement Study* (HRS), concluiu-se que cerca de 10%
Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

dos trabalhadores entre os 55 e 69 anos experimentaram declínio cognitivo acentuado durante um período de 10 anos. Para além disto, os trabalhadores que têm declínio cognitivo acentuado têm maior probabilidade de se aposentar antes da idade (cerca de 2.4 anos antes do planeado), do que os trabalhadores sem qualquer declínio cognitivo (não mostrando uma diferença estatisticamente significativa entre a idade esperada e real de aposentadoria). No entanto, os investigadores acrescentam que o estudo não estabelece uma relação causal entre o declínio cognitivo e a probabilidade de aposentadoria.

Estudos longitudinais mostram a existência de declínio cognitivo a partir dos 50 anos, progredindo de forma crescente (Salthouse, 2010, 2013, como citados em Belbase et al., 2015). Ao contrário da capacidade cognitiva fluída, o conhecimento adquirido, também conhecido como inteligência cristalizada, continua a melhorar ou a permanecer estável (Salthouse, 2010, como citado em Belbase et al., 2015). Por outras palavras, a experiência preserva a capacidade de trabalho para funções que efectivamente não mudam com o tempo.

Por exemplo, na tentativa de explicar as causas dos problemas de desempenho dos médicos, surgiu um grande interesse em avaliar o desempenho cognitivo dos mesmos como parte da aptidão para a prática de procedimentos e medidas de segurança. Isto verifica-se desde que um estudo australiano descobriu que o comprometimento cognitivo em médicos é responsável por 63% de todos os eventos médicos adversos e que a maioria foi considerada evitável (Wilson, Harrison, Gibbert, & Hamilton, 1999, como citado em Pitkanen, Hurn, & Kopelman, 2008).

Turnbull e colaboradores (2000, como citado em Pitkanen et al., 2008), num estudo com 27 médicos, levantaram a questão da existência ou desenvolvimento de um procedimento de triagem neuropsicológica para médicos com baixo desempenho, embora não exista uma bateria padrão de testes disponíveis para a condição específica.

Trunkey e Botney (2001, como citado em Pitkanen et al., 2008) num artigo de revisão, em que examinaram as diferentes formas de avaliar a competência em cirurgiões e pilotos de linhas aéreas, recomendaram o *testing neuropsicométrico* como parte de uma avaliação confiável da referida competência. Finalmente, uma revisão retrospectiva de 148 médicos com problemas de desempenho elaborada por Perry e Crean (2005) demonstrou défices relativos em testes de sequenciação, atenção, análise lógica, coordenação olho-mão, bem como na aprendizagem verbal e não-verbal, sendo estes considerados suficientes para explicar as dificuldades de desempenho. A bateria utilizada incorporou subtestes da *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R; Wechsler, 1981, como citado em Perry & Crean, 2005); o subteste de leitura/*Reading* do *Wide Range Achievement Test-3* (WRAT-3 Reading; Wilkinson, 1994, como citado em Perry & Crean, 2005); o *California Verbal Learning Test* (CVLT; Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987, como citado em Perry & Crean, 2005); o *Category Test* (Reitan & Wolfson, 1985, como citado em Perry & Crean, 2005); e a *Neuropsychological Screening Battery* (NSB; Heaton, Thompson, Nelson, Filley, & Franklin, 1990, como citado em Perry & Crean, 2005).

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Um estudo de avaliação neuropsiquiátrica comparou 1002 médicos com uma amostra de controlo de 382 pessoas (Powell, 1994, como citado em Pitkanen et al., 2008). O estudo mostrou declínio progressivo com a idade em médicos e na amostra de controlo, registando um declínio mais rápido após os 65 anos de idade. Os declínios mais dramáticos ocorreram na memória verbal, raciocínio e capacidade visuoespacial.

Outros estudos (e.g., Airaksinen, Larsson, Lundberg, & Forsell, 2004, Campbell, Marriott, Nahmias, & MacQueen, 2004, Drevets, 2000, como citados em Pitkanen et al., 2008) estabeleceram uma associação entre depressão e défice na memória episódica, que pode estar relacionada com alterações funcionais e estruturais, particularmente no hipocampo e no córtex pré-frontal. No entanto, a dificuldade está em decidir se o paciente sofre de depressão primária ou outra condição, como demência ou traumatismo crânio-encefálico, nas quais a depressão também pode surgir.

Numa força de trabalho cada vez mais envelhecida, as condições de saúde, como a demência, podem-se desenvolver enquanto a pessoa ainda está empregada. Os primeiros sinais de demência são muito subtis, fazendo com que a condição não possa ser diagnosticada até que progrida para um estágio mais debilitante (Leifer, 2009, como citado em Evans, 2016). Os sintomas iniciais podem incluir alterações de personalidade, desorientação, julgamento e memória afectados, alucinações, alterações de humor, distúrbios de linguagem e dificuldades em tarefas de vida diária avançadas/de nível superior (e.g., conduzir um automóvel ou exercer voluntariado) (Corcoran, 2009, Kang et al., 2004, Weiner, Hynan, Bret, & White, 2005, como citados em Evans, 2016). Chaplin e Davidson (2016) descobriram que os trabalhadores inicialmente atribuíam a mudança à pressão no trabalho, a novos papéis no trabalho, à falta de memória ou ao declínio das capacidades físicas. A demência acaba por ir progredindo ao longo do tempo, sendo que as pessoas consideram cada vez mais difícil completar as suas obrigações no trabalho, tornam-se mais lentos ou passam a exigir supervisão (Evans, 2016). Estas pessoas experienciam ansiedade constante para gerenciar o trabalho, aumentando a sua insegurança e *stress* (Ohman et al., 2001, como citado em Evans, 2016). Toda esta problemática acaba por levar a que os trabalhadores decidam elaborar o pedido de reforma antes da idade estabelecida por lei. Uma conscientização crescente sobre como as mudanças na saúde cognitiva podem apresentar-se no local de trabalho pode ajudar na identificação precoce da demência (e/ou de outros quadros que evidenciem défice cognitivo), quando ela se desenvolve em pessoas que ainda estão empregadas (Evans, 2016). No entanto, os locais de trabalho não estão equipados para apoiar os trabalhadores mais velhos com declínio da função cognitiva (Melillo, 2013, como citado em Evans, 2016).

Problemas de natureza emocional

O pedido de reforma pode ter como origem problemas de natureza emocional, como é o caso de depressão (Nexo et al., 2015; Reeuwijk et al., 2013). A depressão é um problema mental corrente (cf. Nexo et al., 2015), constituindo-se como um dos principais motivos para elaborar o

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

pedido de reforma antecipada por invalidez nos países do ocidente (Borg, Nexo, Kolte, & Andersen, 2010, Gjesdal, Ringdal, Haug, & Maeland, 2008, Wallman et al., 2009, como citados em Nexo et al., 2015). Alguns dos sintomas da depressão são a tristeza frequente e a perda de interesse em actividades que anteriormente eram prazerosas (American Psychiatric Association, 2014; World Health Organization, 2010). Esta sintomatologia influencia vários aspectos do funcionamento habitual da pessoa, inclusivamente no que diz respeito à sua capacidade de execução do trabalho (Borg et al., 2010, Sanderson, Tilse, Nicholson, Oldenburg, & Graves, 2007, Schultz & Edington, 2007, como citados em Nexo et al., 2015), implicando muitas vezes a ausência da pessoa do mesmo (Hjarsbech et al., 2011, como citado em Nexo et al., 2015). A revista *Teste Saúde* (2013, como citado em Dores, 2013) elaborou um estudo com uma amostra de 2069 portugueses (entre os 18 e os 74 anos), a fim de perceber os hábitos de consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, os seus efeitos e os níveis de satisfação das pessoas. Deste estudo, apurou-se que as mulheres (31%) recorrem mais ao uso de ansiolíticos do que os homens (19%), encontrando-se a faixa etária em que se verificou maior consumo desta medicação entre os 55 e os 74 anos (31%). Entre 2004 e 2009, registou-se um aumento de 25.3% na ingestão de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos, estando estes dados confirmados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), encontrando-se Portugal acima da média em relação aos países que integram a OCDE, principalmente no uso de ansiolíticos.

Investigadores referem que a depressão aumenta o risco de pedido de reforma antecipada voluntária (Karpansalo et al., 2005; Doshi, Cen, & Polsky, 2008, Harkonmaki, Lahelma, Martikainen, Rahkonen, & Silventoinen, 2006, Harkonmaki, Rahkonen, Martikainen, Silventoinen, & Lahelma, 2006, como citados em Nexo et al., 2015) ou reforma por invalidez (Gjesdal et al., 2008, Vaez et al., 2007, como citados em Nexo et al., 2015).

A depressão é um problema de saúde que afecta várias pessoas em vários países. Por exemplo, as perturbações mentais são uma das razões que mais levam os finlandeses a pedirem a reforma por invalidez, podendo isto dever-se ao maior reconhecimento da depressão como causa de incapacidade. Entre 1987 e 1995, este aumento triplicou (Salminen, Saarijarvi, & Raitasalo, 1997, como citado em Karpansalo et al., 2005). Os trabalhadores com depressão apresentam uma redução na produtividade e tendem a usufruir de mais cuidados de saúde, o que acaba por ter um impacto negativo para a sociedade (Karpansalo et al., 2005). Karpansalo e colaboradores (2005) realizaram um estudo com 1726 homens finlandeses, entre 1984 e 2000, sendo que do total da amostra, 839 (48.6%) dos trabalhadores receberam pensão por invalidez e cerca de 142 (16.9%) reformaram-se devido a problemas mentais. Destes 142 trabalhadores, 75 (52.8%) reformaram-se devido a depressão. Relativamente à idade, as pessoas com tendência depressiva apresentam uma média de 57.6 anos e os trabalhadores com menos propensão para a depressão registam uma média de 59.1 anos para o pedido de reforma. Estes valores indicam que o facto da pessoa apresentar depressão antecede em 1.5 anos o pedido de reforma antecipada. Da amostra analisada,

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Karpansalo e colaboradores (2005) extraíram ainda outros dados. As principais razões para a incapacidade no trabalho foram problemas de natureza músculo-esquelética (39.3%), seguindo-se as doenças cardiovasculares (28.2%), as perturbações mentais (16.9%) e, por fim, outras doenças (15.5%). De salientar que estes dados só reflectem o perfil da população masculina, uma vez que a amostra não integrou pessoas do sexo feminino.

Roberts e colaboradores (1997, como citado em Karpansalo et al., 2005) constataram que pessoas mais velhas saudáveis não apresentam mais propensão para ter depressão do que pessoas mais jovens, no entanto, a depressão relacionada com a idade parece fazer sentido quando a pessoa apresenta vulnerabilidades físicas ou outras incapacidades. O efeito do envelhecimento está mais relacionado com problemas de natureza física do que sintomatologia depressiva. Contrastando, a depressão evidencia correlações com as doenças físicas crónicas, doenças cardiovasculares, doença de Parkinson e problemas músculo-esqueléticos (Roberts et al., 1997, como citado em Karpansalo et al., 2005).

Uma investigação realizada por Costa, McCrae e Kay (1995) revelou que trabalhadores que apresentem evidências de Neuroticismo ou afectividade negativa seriam mais propensos a perceber o mundo à sua volta de forma negativa. No entanto, não há certezas sobre o impacto destas características face ao pedido de reforma antecipada por parte de trabalhadores mais velhos, havendo a hipótese de poderem influenciar a pessoa a retirar-se da vida laboral, ou a permanecer nela, para que não tenha que enfrentar uma série de situações que a pessoa percebe como negativas na situação de reformado.

Segundo vários estudos (Klein et al., 2011, Kotov et al., 2010, Steunenberg et al., 2009, como citados em Junni, 2017), o traço de personalidade que se encontra mais associado com a depressão é o Neuroticismo. Steunenberg e colaboradores (2009, como citado em Junni, 2017) afirmam que o Neuroticismo elevado prediz recaídas posteriores na depressão ao longo da vida. De acordo com a literatura (Klein et al., 2011, Kotov et al., 2010, como citados em Junni, 2017), os sintomas depressivos encontram-se ainda associados com a baixa Extroversão. No entanto, a associação entre depressão e Extroversão (baixa) não é tão significativa como a associação entre depressão e Neuroticismo (Klein et al., 2011, Kotov et al., 2010, como citados em Junni, 2017). Klein e colaboradores (2011, como citado em Junni, 2017) tentaram perceber a estabilidade de traços de personalidade antes, durante e depois de um estado depressivo, encontrando evidência de que o Neuroticismo elevado prediz o início de depressão e uma recuperação mais difícil. Junni (2017) tentou perceber se o Neuroticismo podia ser um factor de risco para a depressão. No seu estudo, encontrou evidências de que a probabilidade de ter depressão clinicamente significativa ($BDI-II \geq 14$) foi de quase 20% no grupo com Neuroticismo elevado, comparado a 1% no grupo com Neuroticismo baixo. Junni (2017) utilizou o NEO-FFI (Costa & McCrae, 1989) e o BDI-II (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996, como citado em Junni, 2017) como instrumentos de recolha de dados.

A literatura (Friedman, 2000, Hampson, 2012, como citados em Terracciano, Stephan, Luchetti, Albanese, & Sutin, 2017) refere ainda uma associação entre traços da personalidade e demência, uma vez que os mesmos influenciam comportamentos, estilos de vida e a saúde das pessoas. Das dimensões da personalidade, as que apresentam maior associação com o aumento do risco de demência são a Conscienciosidade (valores baixos) e o Neuroticismo (valores elevados) (Duberstein et al., 2011, Johansson et al., 2014, Wilson et al., 2007, como citados em Terracciano et al., 2017). Um estudo elaborado por Terracciano e colaboradores (2017) encontrou uma associação significativa mas independente entre (baixa) Conscienciosidade, Neuroticismo (elevado) e (baixa) Amabilidade e maior risco de demência. Terracciano e colaboradores (2017) utilizaram o *Midlife Development Inventory* (MIDI; Lachman et al., 1997, como citado em Terracciano et al., 2017) e a *Telephone Interview for Cognitive Status* (TICSm; Crimmins et al., 2011, como citado em Terracciano et al., 2017) como meios de obtenção de dados para análise.

1.3. Importância da avaliação neuropsicológica

Em 2011, a percentagem de população mundial com 60 ou mais anos foi de 11.2%, sendo que em 2050 dever-se-á registar um aumento significativo, atingindo os 22% (Nações Unidas, 2011). Respeitante à União Europeia, é possível afirmar que o número de jovens começou a diminuir, o que faz com que a população seja cada vez mais envelhecida.

Estabelecer o estado de saúde de uma pessoa é complexo, sendo por norma utilizados factores associados a doenças diagnosticadas ou a auto-avaliação da pessoa (Bailis, Segall, & Chipperfield, 2003, Jylhä, 2009, Layes, Asada, & Kephart, 2012, como citados em Nilsson, Hydbom, & Rylander, 2016). As doenças diagnosticadas são, usualmente, atestadas por um médico e caracterizam-se por serem uma maneira objectiva de avaliação do estado de saúde. Já a auto-avaliação, ou seja, a percepção que a pessoa faz do seu estado, é uma medida subjectiva (Nordenfelt, 1991, como citado em Nilsson et al., 2016). Um estudo elaborado por Nilsson e colaboradores (2016) concluiu que a auto-avaliação é um melhor preditor de saúde do que uma doença diagnosticada, bem como para prever a aposentadoria e mortalidade. Estes dados são congruentes com dados obtidos noutras investigações (Karlsson et al., 2008, Karpansalo, Manninen, Kauhanen, Lakka, & Salonen, 2004, Pietiläinen, Laaksonen, Rahkonen, & Lahelma, 2011, como citados em Nilsson et al., 2016).

Provar os efeitos da saúde para efectuar o pedido de reforma antecipada é difícil, uma vez que não é sempre directamente observável tal efeito. A estimativa que é feita relativamente ao estado de saúde é subjectiva, pois muitas vezes é feita tendo por base auto-avaliações, o que pode fazer com que haja um desfasamento face ao funcionamento real da pessoa. Ao usar medidas subjectivas para avaliar a saúde ou capacidade de trabalho, estas podem não estar a captar o real estado, mas sim um estado que é mais favorável à pessoa e ao que ela pretende. Este desfasamento pode ser relativo a exagero de sintomatologia (ou défice), se a pessoa pretende

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

efectivamente obter a reforma antecipada, como a redução da mesma, ou se a pessoa pretende continuar a trabalhar (Dwyer & Mitchell, 1998).

A bibliografia existente sobre a avaliação do pedido de reforma antecipada remete maioritariamente para a avaliação dos motivos físicos, nomeadamente através da elaboração de exames médicos. No que diz respeito à avaliação dos motivos cognitivos e/ou emocionais parece não haver *guidelines* de avaliação específicos. O Centro Nacional de Pensões (2019) redigiu um guia prático sobre a pensão por invalidez, especificando apenas que para pedir este apoio a pessoa tem que se submeter a uma avaliação para verificar a incapacidade permanente (funcionamento físico, sensorial e mental, estado geral, idade, aptidões profissionais e capacidade de trabalho que ainda possui). No entanto, não estabelece como é que esta avaliação deve ser feita e que profissionais devem efectivamente fazer estas avaliações, em particular no domínio do funcionamento mental. Deste modo, o psicólogo forense não se encontra, ainda, efectivamente identificado e reconhecido como o técnico de peritagem apropriado para elaborar este tipo de avaliação.

As avaliações respeitantes aos pedidos de reforma antecipada por invalidez são da responsabilidade das Juntas Médicas, sendo que os procedimentos utilizados por estes profissionais devem ser apenas de cariz técnico-científico. Como são actos médicos, devem ser exercidos por profissionais da área da medicina. Primeiramente, o exame médico é elaborado por um médico relator, sendo que este verifica a incapacidade e elabora um relatório que servirá de base para a deliberação da decisão e que será submetido para a Junta Médica. O médico relator pode ainda sugerir a incorporação de um perito de uma área em específico para integrar a Junta Médica. As Juntas Médicas são compostas por três médicos e têm como função a apreciação do processo clínico elaborado pelo médico relator e outros elementos que possam constar do processo da pessoa que se submete à avaliação. São as Juntas Médicas que fazem a apreciação e tomam uma decisão face aos pedidos de reforma antecipada por invalidez (Decreto-Lei 377/2007, de 09 de Novembro). Assim, pode verificar-se que o papel do médico está estabelecido por lei, no entanto, se assim se justificar, o psicólogo pode integrar uma junta médica, mas só se o médico relator fizer essa sugestão. A lei efectivamente cria uma disparidade entre a validação de problemas físicos e de natureza cognitiva e/ou emocional, uma vez que estabelece claramente o papel do médico na avaliação mas não evidencia ou identifica o psicólogo forense como perito essencial para elaborar uma perícia neuropsicológica. Assim, no âmbito dos pedidos de reforma, o envolvimento do psicólogo forense costuma ocorrer por solicitação do médico.

Os psicólogos são cada vez mais chamados a responder/trabalhar como peritos em procedimentos forenses de natureza civil e criminal (Heilbronner, 2004, Meulemans & Seron, 2014, como citados em Simões, Sousa, Marques-Costa, & Almiro, 2017). Assim sendo, também são chamados a realizar processos de avaliação (neuro)psicológica em contextos forenses (LaDuke, DeMatteo, Heilbrun, & Swirsky-Sacchetti, 2012, Meulemans & Seron, 2014, como citados em Simões et al., 2017).

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Para além do recurso a entrevistas, o protocolo de avaliação neuropsicológica deve ser detalhado, abrangendo múltiplas dimensões do funcionamento da pessoa, nomeadamente a inteligência, as funções cognitivas (por exemplo, a memória), a psicopatologia e personalidade e os estilos de resposta/validade de desempenhos e sintomas. É importante recorrer a várias medidas para cada um destes parâmetros (Simões et al., 2017). É crucial referir que os psicólogos devem fundamentar o seu testemunho em dados consistentes do ponto de vista científico, utilizando métodos e procedimentos de avaliação válidos e precisos (cf. American Psychological Association, 2013, Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, 2011, como citados em Simões et al., 2017).

Como há pedidos que incidem sobre questões cognitivas e/ou emocionais, há uma enorme necessidade de validar ou invalidar os motivos apresentados. Este estudo também passa por perceber se os testes psicométricos utilizados nestes casos podem contribuir para o estabelecimento do perfil de funcionamento das pessoas que solicitam o pedido de reforma antecipada por invalidez, no sentido de facilitar a tomada de decisão.

II – Objectivos

Os objectivos deste estudo remetem para a elaboração de um perfil descritivo de caracterização dos pedidos de reforma antecipada por invalidez, em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas (mais pormenorizadamente, género, idade, escolaridade, estado civil, profissão, tempo de serviço, número e tipo de condições de saúde e situação profissional actual) e em termos de motivo ou condição subjacente ao pedido (física, cognitiva e/ou emocional). A caracterização/descrição detalhada do perfil neuropsicológico é outra das finalidades, incluindo o perfil de inteligência geral, o perfil neurocognitivo, de capacidade funcional, emocional, de características socio-afectivas/personalísticas e de validade de desempenho (desejabilidade social e esforço insuficiente). Visou-se, ainda, efectuar uma análise comparativa da natureza do pedido de avaliação (física, cognitiva e/ou emocional), em função das variáveis género, idade e categorias profissionais, bem como comparar os perfis de funcionamento cognitivo (rastreo), sintomatologia psicopatológica (rastreo), auto-conceito e (in)capacidade funcional obtidos em cada uma dessas condições.

III – Metodologia

3.1 Participantes

O presente estudo tem por base uma amostra da comunidade obtida por conveniência (método de amostragem não probabilística), de 68 sujeitos adultos, de ambos os géneros (30.9% de homens e 69.1% de mulheres). A amostra foi recolhida em Portugal continental, numa clínica privada da zona centro do país, entre 2014 e 2018. Os participantes estavam em processo de Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

pedido de reforma antecipada por invalidez e haviam solicitado uma avaliação abrangente/integrativa. Por encaminhamento/solicitação do médico que acompanhava os processos, foi incluída avaliação neuropsicológica, nesse âmbito.

3.2. Instrumentos e Procedimentos

À presente amostra foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos no processo de avaliação, para efeitos de investigação, tendo sido obtido o consentimento informado dos participantes (para efeitos de avaliação). As avaliações foram elaboradas de forma individual, por uma profissional credenciada, com especialização em Avaliação Neuropsicológica e subespecialização em Psicologia da Justiça/Forense, reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). O número de sessões variou entre duas a quatro conforme a especificidade dos casos em análise, não estando esta informação quantificada para efeitos de análise de dados. O protocolo utilizado sofreu, assim, algumas alterações conforme a particularidade dos casos, mas de um modo geral manteve-se um protocolo de base o mais semelhante possível para os sujeitos avaliados (ainda que com implicação para o N das subamostras, por instrumento aplicado). A recolha dos dados foi, então, realizada através de entrevista semi-estruturada/questionário sociodemográfico e de uma bateria de instrumentos/testes psicométricos que avaliam vários domínios do funcionamento psicológico, descritos adiante. Assim, iniciou-se o processo com a recolha de dados sociodemográficos e clínicos e de aspectos de contextualização e de história relevante dos sujeitos, incluindo o género, idade, escolaridade, estado civil, profissão, tempo de serviço, situação profissional actual, número e tipos de condições de saúde e os motivos (de natureza física, cognitiva e/ou emocional) que estiveram na origem do pedido de reforma antecipada por invalidez. Os instrumentos aplicados foram os descritos na Tabela 1.

Foram ainda utilizados outros instrumentos de avaliação, mas que não foram alvo de análise de dados devido a terem sido aplicados a um número reduzido de sujeitos, como é o caso do 23-QVS (Questionário de Vulnerabilidade ao Stress) e do *STROOP*/Teste de Cores e Palavras.

Para uma melhor compreensão e discussão dos dados, constituindo-se também como um procedimento metodológico, foi accionado um grupo focal de profissionais reconhecidos nas suas áreas, nomeadamente da psicologia e da psiquiatria, com vasta experiência no domínio das avaliações de pedido de reforma antecipada, incluindo avaliação neuropsicológica. O grupo focal integrou, para além de mim e das orientadoras deste trabalho (como mediadoras e observadoras), um profissional médico (serviço privado), um psicólogo (serviço público) e uma aluna de Mestrado Integrado em Psicologia/Psicologia Forense, a elaborar dissertação no âmbito desta temática.

Tabela 1: *Protocolo de avaliação neuropsicológica*

Instrumento	Dimensões avaliadas	Variável/Normas para a população portuguesa
INTELIGÊNCIA		
WAIS-III <i>Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition</i> (Wechsler, 1997a; Versão portuguesa: Wechsler, 2008a)	Inteligência Geral (QIEC) Escala verbal (QIV) Escala de realização (QIR) Compreensão Verbal (ICV) Memória de Trabalho (IMT) Organização Perceptiva (OP) Velocidade de Processamento (VP)	Idade
RASTREIO COGNITIVO		
ACE-R <i>Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised</i> (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; Versão portuguesa: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008, 2017; Simões et al., 2015)	Pontuação global Atenção e orientação Memória Funções executivas Linguagem Visuoespacial (+ pontuação derivada do MMSE)	Idade + Escolaridade
MoCA <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (Nasreddine et al., 2005; Versão portuguesa: Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011; Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010)	Pontuação global [relativa a funções executivas, visuoespacial, memória, linguagem, orientação atenção, concentração e memória de trabalho]	Idade + Escolaridade
FUNÇÕES NEUROCOGNITIVAS		
TMT A / B <i>Trail Making Test A e B</i> (Reitan, 1979; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013a)	Exploração visuomotora Velocidade de processamento Atenção dividida Flexibilidade cognitiva	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade
FVS e FVF <i>Fluência Verbal Semântica e Fluência Verbal Fonémica</i> (Lezak, Howieson, Loring, Hannay, & Fischer, 2004; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013b)	Produção espontânea de palavras de acordo com condições de procura restritas, linguagem, memória, funções executivas	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade
Teste de Barragem de Toulouse e Piéron (Versão portuguesa: Amaral, 1967)	Atenção selectiva e sustentada	Escolaridade
FAB <i>Frontal Assesment Battery</i> (Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, 2000; Versão portuguesa: Espírito-Santo et al., 2015)	Funções executivas: - Conceptualização, - Flexibilidade mental, - Programação, - Sensibilidade à interferência, - Controlo inibitório, - Autonomia ambiental	Idade + Escolaridade

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

FCR	- Memória visual	Idade
Figura Complexa de Rey (Rey,1964; Versão portuguesa: Bonifácio, Cardoso-Pereira, & Pires, 2003)	- Capacidade visuocognitiva/visuoespacial; - Planificação e resolução de problemas - Atenção - Capacidades visuomotoras	Escolaridade
Listas de Palavras I e II <i>Wechsler Memory Scale-Third Edition</i> (Wechsler, 1997b, 2008b)	Memória auditiva imediata Potencial de aprendizagem Memória auditiva diferida Reconhecimento Retenção	Idade
Memória Lógica I e II <i>Wechsler Memory Scale-Third Edition</i> (Wechsler, 1997b, 2008b)	Memória auditiva imediata Potencial de aprendizagem Memória auditiva diferida Reconhecimento Retenção	Idade
SÓCIO-AFFECTIVO e PERSONALIDADE		
BSI <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1982; Versão portuguesa: Canavarro, 2007)	- Índice Geral de Sintomas - Total de Sintomas Positivos - Índice de Sintomas Positivos - Somatização - Obsessões-compulsões - Sensibilidade interpessoal - Depressão - Ansiedade - Hostilidade - Ansiedade fóbica - Ideação paranóide - Psicoticismo	População geral Grupo clínico com perturbação emocional
BDI-II <i>Beck Depression Inventory-II</i> (Beck, Steer, & Brown, 1996; Versão portuguesa: Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2014)	Sintomatologia depressiva	Grau da sintomatologia (<i>mínima, ligeira, moderada e grave ou severa</i>)
STAI-Y <i>State-Trait Anxiety Inventory - Y</i> (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; Versão portuguesa: Silva, 2003)	Sintomatologia ansiógena - Traço - Estado	População geral (género) Grupos clínicos com perturbação de ansiedade
EPQ-R <i>Eysenck Personality Questionnaire-Revised</i> (Eysenck & Eysenck, 1994; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985; Versão portuguesa: Almiro & Simões, 2011, 2014)	N – Neuroticismo E – Extroversão P – Psicoticismo L - Mentira	População geral (idade)

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

NEO-FFI NEO Five-Factor Inventory (Costa & McCrae, 1989, 1992; Versão portuguesa: Lima & Simões, 2000; Lima et al., 2014)	N – Neuroticismo E – Extroversão O – Abertura à experiência A – Amabilidade C – Conscienciosidade	População geral: Idade Género Escolaridade
ICAC Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1986, 1995)	Auto-conceito - Aceitação/rejeição social - Auto-eficácia - Maturidade psicológica - Impulsividade/actividade	População geral (Idade)
CAPACIDADE FUNCIONAL		
IAFAI Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (Sousa, Prieto, Vilar, Firmino, & Simões, 2015; Sousa, Vilar, & Simões, 2013, 2015)	- Actividades Básicas de Vida Diária - Actividades Instrumentais de Vida Diária (Familiares e Avançadas) - Incapacidade Física, Cognitiva e Emocional	População geral: - Género + idade - Género + tipo de condições clínicas - Género + nº de condições clínicas
VALIDADE DE DESEMPENHO		
MCSDS Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1960; Versão portuguesa: Almiro, Simões, & Sousa, 2012)	Desejabilidade social	População Geral (idade)
REY 15-IMT Rey-15 Item Memory Test (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002; Rey, 1964; Versão portuguesa: Simões et al., 2010; Vilar et al., 2017)	Esforço insuficiente	População Geral (escolaridade) Grupos de adultos e idosos com declínio cognitivo e sintomatologia depressiva

3.3. Análise Estatística

Para efectuar a análise dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v.22.0). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, nomeadamente frequências/percentagens, médias, desvios-padrão e amplitudes, relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, profissão, tempo de serviço, estado civil, número e tipos de condições de saúde) e natureza do pedido de reforma, de maneira a caracterizar a amostra, bem como relativas aos resultados obtidos nos instrumentos do protocolo de avaliação neuropsicológica implementado, por forma a caracterizar o perfil de desempenho. Na análise das diferenças entre grupos (natureza do pedido de reforma) foi utilizada a ANOVA para as variáveis idade, funcionamento cognitivo, sintomatologia psicopatológica e auto-conceito (com *post hoc* Teste de Scheffe, quando exigido). Neste âmbito, o eta quadrado (*partial eta-squared value*/ η^2) foi usado para estimar a magnitude do efeito das variáveis (valores de 0.01,

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

0.06, e 0.14 são considerados de efeito/impacto *pequeno, médio e grande*, respectivamente). Para a significância estatística, foi considerado o valor de $p < .05$. Por motivos de tamanho das subamostras, a análise das variáveis categoriais (género e categorias profissionais) e da (in)capacidade funcional foi efectuada apenas qualitativamente.

IV – Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Perfil sociodemográfico e clínico

A amostra global é constituída por 68 sujeitos, sendo 69.1% (47) do sexo feminino e 30.9% (21) do sexo masculino, com idades entre os 46 e os 64 anos ($M=57.38$; $DP=3.532$). Do total da amostra, a maioria está casada (76.5%) ou é divorciada (14.7%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra ($N=68$): Variáveis sociodemográficas

	Variáveis	N (%)	M (DP)	Min – Máx
Género	<i>Masculino</i>	21 (30.9%)		
	<i>Feminino</i>	47 (69.1%)		
Idade			57.38 (3.532)	46 – 64
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	1 (1.5%)		
	<i>Casado</i>	52 (76.5%)		
	<i>União de Facto</i>	2 (2.9%)		
	<i>Divorciado</i>	10 (14.7%)		
	<i>Viuvo</i>	3 (4.4%)		
Escolaridade	<i>1º ciclo</i>	12 (17.6%)		
	<i>2º e 3º ciclos</i>	19 (27.9%)		
	<i>Ensino secundário</i>	12 (17.6%)		
	<i>Ensino superior</i>	25 (36.8%)		
Profissão	<i>Directores/gestores executivos</i>	2 (2.9%)		
	<i>Profissionais de saúde</i>	3 (4.4%)		
	<i>Professores</i>	12 (17.6%)		
	<i>Técnicos financeiros/administrativos</i>	10 (14.7%)		
	<i>Técnicos de ciência/engenharia</i>	4 (5.9%)		
	<i>Pessoal administrativo/secretariado</i>	8 (11.8%)		
	<i>Indústria/motoristas pesados</i>	9 (13.2%)		
	<i>Assistentes operacionais</i>	15 (22.1%)		
	<i>Restauração/comércio</i>	5 (7.4%)		
Tempo de serviço			36.33 (6.475)	23-47
Situação profissional actual	<i>Activo</i>	19 (27.9%)		
	<i>Desempregado</i>	8 (11.8%)		
	<i>Baixa médica</i>	41 (60.3%)		

Relativamente à escolaridade, 25 pessoas (36.8%) possuem o ensino superior e 19 (27.9%) o 2º ou 3º ciclos. Os sujeitos encontram-se divididos por diferentes áreas de profissão,

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

sendo que a maioria (22.1%) trabalha ou trabalhou como assistente operacional, destacando-se também os professores (17.6%) e os técnicos financeiros/administrativos (14.7%). O tempo de serviço registado varia entre 23 e 47 anos de serviço (M=36.33; DP=6.475). Quando analisados os dados relativos à condição profissional actual, 60.3% da amostra encontra-se de baixa médica (cf. Tabela 2).

Tabela 3. Caracterização da amostra (N=68): Variáveis Clínicas

	Variáveis	N (%)
	1	2 (2.9%)
Condições de saúde	2	7 (10.3%)
	3	15 (22.1%)
	4 ou mais	44 (64.7%)
Diagnósticos de natureza:		
	<i>Psiquiátrica</i>	60 (88.2%)
	<i>Neurológica</i>	20 (29.4%)
	<i>Músculo-esquelético</i>	47 (69.1%)
	<i>Cardiovascular</i>	41 (60.3%)
	<i>Endócrino</i>	30 (44.1%)
	<i>Oncológico</i>	7 (10.3%)
	<i>Respiratório</i>	18 (26.5%)
Natureza do motivo do pedido	<i>Física</i>	13 (19.1%)
	<i>Cognitiva</i>	14 (20.6%)
	<i>Emocional</i>	41 (60.3%)

Foi ainda extraída informação relativamente às condições de saúde apresentadas pelos sujeitos. A maioria das pessoas (64.7%) indica ter quatro ou mais condições de saúde (sendo de notar que, exceptuando 2 sujeitos, todos apresentam mais do que uma problemática). Do total da amostra, 60 (88.2%) pessoas referem ter problemas psiquiátricos.

De acordo com a natureza do pedido, a decisão prende-se maioritariamente com motivos de vulnerabilidade emocional (60.3%), seguindo-se os motivos de natureza cognitiva (20.6%) e física (19.1%) (cf. Tabela 3).

Perfil neuropsicológico

Ainda que evidenciando variabilidade, a análise dos resultados relativos à Inteligência Geral (WAIS-III) revela que o Quociente de Inteligência da Escala Completa é médio (M=106.36; DP=14.046). Evidenciando-se um padrão geral tendencialmente médio, destacam-se o Quociente de Inteligência Verbal (M=109.77; DP=12.683) e o Índice Factorial da Compreensão Verbal (M=113.18; DP=13.615), com valor médio superior, e o índice de Memória de Trabalho (M=99.36; DP=15.238), com valor mais baixo. Nos subtestes, salientam-se os valores mais elevados de Semelhanças (M=12.30; DP=2.791) e Compreensão (M=13.03; DP=1.630) e mais baixos de Código (M=8.86; DP=2.609) e Memória de Dígitos (M=8.94; DP=3.083) (cf. Tabela 4).

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Tabela 4. Caracterização da amostra: Inteligência Geral (WAIS-III)

	Mínimo	Máximo	M	DP	Classificação
<i>QI Escala Completa (N=39)</i>	80	143	106.36	14.046	Médio
<i>QI Verbal (N=39)</i>	85	142	109.77	12.683	Médio superior
<i>QI de Realização (N=39)</i>	69	141	100.64	14.773	Médio
<i>Compreensão verbal (N=39)</i>	87	139	113.18	13.615	Médio superior
<i>Organização perceptiva (N=39)</i>	71	146	101.97	15.464	Médio
<i>Memória de trabalho (N=39)</i>	77	150	99.36	15.238	Médio
<i>Velocidade de processamento (N=39)</i>	74	133	100.87	13.563	Médio
<i>Completamento de Gravuras (N=40)</i>	2	14	9.38	2.752	Médio
<i>Vocabulário (N=65)</i>	5	17	11.57	2.828	Médio
<i>Código (N=65)</i>	3	15	8.86	2.609	Médio
<i>Semelhanças (N=43)</i>	5	19	12.30	2.791	Médio
<i>Cubos (N=39)</i>	6	19	11.03	3.175	Médio
<i>Aritmética (N=39)</i>	6	18	10.31	3.010	Médio
<i>Matrizes (N=39)</i>	4	19	10.51	3.016	Médio
<i>Memória de dígitos (N=66)</i>	4	19	8.94	3.083	Médio
<i>Informação (N=44)</i>	6	19	11.57	3.295	Médio
<i>Disposição de gravuras (N=39)</i>	6	15	10.10	2.732	Médio
<i>Compreensão (N=39)</i>	10	16	13.03	1.630	Médio superior
<i>Pesquisa de símbolos (N=54)</i>	4	18	9.76	3.138	Médio
<i>Sequências de letras e números (N=52)</i>	4	19	9.92	2.656	Médio
<i>QIV – QIR (N=39)</i>	-10	29	9.54	9.403	

Observando os dados relativos ao Perfil Neurocognitivo, e analisando mais especificamente os resultados obtidos no ACE-R, verifica-se que os domínios mais prejudicados (inferiores) são os relativos à Memória (M=17.25; DP=4.749), Fluência verbal/funções executivas (M=7.30; DP=2.956) e às funções Visuoespaciais (M=12.63; DP=2.801). Nesse sentido, os valores globais do ACE-R (M=77.12; DP=13.594) e do MMSE (M=25.42; DP=3.517) são também inferiores. O mesmo padrão inferior é obtido no MoCA (M=19.54; DP=4.647). No *Trail Making Test A* a média registada foi de 57.29 (DP=23.241), evidenciando valor médio, sendo que no TMT B foi de 137.50 (DP=72.251), evidenciando-se neste um padrão médio inferior. A FVF e a FVS evidenciam um padrão geral de valores médios (M=23.19; DP=10.154; e M=13.15; DP=4.345, respectivamente). A FAB (M=13.90; DP=2.746) apresenta valores inferiores.

Tabela 5. Caracterização da amostra: Rastreo Cognitivo/Funções Neurocognitivas (ACE-R, MoCA, TMT A e B, FV, Teste de Barragem de Toulouse e Piéron, FAB, FCR, LP I e II, ML I e II)

	Mínimo	Máximo	M	DP	Classificação
ACE-R (N=65)					
<i>Total</i>	18.00	95.00	77.12	13.594	Inferior
<i>Atenção / Orientação</i>	7.00	18.00	17.04	1.770	Médio
<i>Memória</i>	2.00	26.00	17.25	4.749	Inferior
<i>Fluência verbal</i>	.00	14.00	7.30	2.956	Inferior
<i>Linguagem</i>	7.00	26.00	22.85	3.763	Médio Inferior
<i>Visuoespacial</i>	1.00	16.00	12.63	2.801	Inferior
<i>MMSE</i>	14.00	30.00	25.42	3.517	Inferior
MoCA (N=28)					
	6.00	29.00	19.54	4.647	Inferior
TMT (N=66)					
<i>A (tempo)</i>	12.00	155.00	57.29	23.241	Médio
<i>B (tempo)</i>	49.00	341.00	137.50	72.251	Médio inferior
FV (N=52)					
<i>Fonémica (total)</i>	3.00	50.00	23.19	10.154	Médio
<i>Semântica (total)</i>	4.00	24.00	13.15	4.345	Médio
Teste de Barragem de Toulouse e Piéron (N=18)					
	.70	32.30	14.48	7.530	Inferior
FAB (N=30)					
	8.00	18.00	13.90	2.746	Inferior
FCR (N=54)					
<i>Cópia</i>	11.00	36.00	25.20	5.769	Inferior
<i>Evocação</i>	3.00	26.00	11.25	4.926	Inferior
LP- I (N=63)					
<i>Total</i>	2.00	16.00	8.33	2.730	Médio
<i>1ª Evocação</i>	3.00	15.00	9.30	2.751	Médio
<i>Aprendizagem</i>	5.00	17.00	8.83	2.673	Médio
<i>Contraste1</i>	4.00	17.00	10.37	3.162	Médio
<i>Contraste2</i>	2.00	17.00	9.47	3.142	Médio
LP - II					
<i>Evocação</i>	5.00	14.00	9.06	2.735	Médio
<i>Retenção</i>	3.00	16.00	9.59	3.256	Médio
<i>Reconhecimento</i>	1.00	14.00	7.49	3.301	Médio Inferior
ML - I (N=28)					
<i>Total</i>	6.00	15.00	9.14	2.399	Médio
<i>1ª Evocação</i>	6.00	14.00	9.25	2.205	Médio
<i>Aprendizagem</i>	5.00	15.00	9.46	2.349	Médio
ML - II					
<i>Evocação</i>	5.00	14.00	9.36	2.585	Médio
<i>Retenção</i>	5.00	15.00	10.18	2.568	Médio

O Teste de Barragem de Toulouse e Piéron (M=14.48; DP=7.530) e a Figura Complexa de Rey (Cópia, M=25.20 e DP=5.769; Memória, M=11.25 e DP=4.926) apresentam resultados que evidenciam prejuízo neurocognitivo, com valores inferiores aos valores normativos. Ainda relativamente à FCR, o tipo de construção mais utilizado em ambos os ensaios foi a Construção sobre Armação, sendo que 40.7% da amostra o executa no Ensaio Cópia e 46.3% no Ensaio de Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Memória (cf. Anexo A). No entanto, regista-se a presença cumulativamente mais elevada de tipos de construção menos elaborados (como justaposição de detalhes, detalhes englobados na armação e contorno geral). Os testes Listas de Palavras I e II e a Memória Lógica I e II, relativamente aos diferentes parâmetros avaliados, apresentam resultados médios, estando mais afectados os desempenhos no Reconhecimento (Listas II) e Total da Evocação (Listas I) (cf. Tabela 5). No entanto, é de salientar a variabilidade de resultados, nos diferentes instrumentos, considerando os valores máximos e mínimos obtidos.

Tabela 6. Caracterização da amostra: Sócio-afectivo e Sintomatologia (BSI, BDI-II, STAI-Y, EPQ-R, NEO-FFI, ICAC)

	Mínimo	Máximo	M	DP	Classificação
BSI (N=60)					
<i>Somatização</i>	.43	4.00	2.20	0.893	Muito superior
<i>Obsessões-compulsões</i>	1.00	4.00	2.96	0.720	Muito superior
<i>Sensibilidade interpessoal</i>	.25	4.00	2.25	0.895	Muito superior
<i>Depressão</i>	.50	4.00	2.67	0.865	Muito superior
<i>Ansiedade</i>	.33	4.00	2.48	0.908	Muito superior
<i>Hostilidade</i>	.60	4.00	2.02	0.922	Muito superior
<i>Ansiedade fóbica</i>	.00	4.00	1.87	1.006	Muito superior
<i>Psicoticismo</i>	.60	3.60	2.06	0.739	Muito superior
<i>Ideação paranóide</i>	1.20	18.00	2.61	2.174	Muito superior
<i>IGS</i>	.77	3.66	2.33	0.713	Muito superior
<i>TSP</i>	23.00	53.00	47.47	6.647	Muito superior
<i>ISP</i>	1.35	3.66	2.56	0.585	Muito superior
BDI-II (N=56)					
	5.00	62.00	33.84	12.315	Muito superior
STAI-Y (N=55)					
<i>Estado</i>	34.00	85.00	61.96	12.297	Muito superior
<i>Traço</i>	34.00	79.00	61.29	11.070	Muito superior
EPQ-R (N=58)					
<i>Neuroticismo</i>	8.00	31.00	19.17	3.898	Superior
<i>Extroversão</i>	.00	15.00	5.62	4.400	Inferior
<i>Psicoticismo</i>	.00	6.00	1.31	1.257	Médio
<i>Escala de mentira</i>	4.00	17.00	11.75	3.520	Médio
NEO-FFI (N=36)					
<i>Neuroticismo</i>	17.00	46.00	34.42	6.725	Muito superior
<i>Extroversão</i>	1.00	28.00	16.19	7.095	Muito inferior
<i>Abertura à experiência</i>	13.00	42.00	24.36	6.825	Médio
<i>Amabilidade</i>	11.00	40.00	28.72	6.209	Médio
<i>Conscienciosidade</i>	7.00	47.00	27.06	9.514	Médio inferior
ICAC (N=55)					
<i>Total</i>	45.00	87.00	67.27	11.645	Médio
<i>Aceitação/rejeição social</i>	6.00	22.00	15.16	3.665	Médio
<i>Auto-eficácia</i>	7.00	30.00	18.31	4.768	Médio inferior
<i>Maturidade psicológica</i>	9.00	20.00	15.13	3.278	Médio
<i>Impulsividade/actividade</i>	6.00	15.00	10.52	1.982	Médio Inferior

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Em termos Sócio-afectivos/de sintomatologia, os dados obtidos no BSI, quer para os parâmetros gerais, quer para as dimensões, evidenciam um padrão de presença significativa de sintomas (compatível com valores característicos do grupo clínico/com perturbações emocionais). No BDI-II (M=33.84; DP=12.315) os valores encontram-se igualmente num nível muito superior, predominando a sintomatologia grave/severa (cf. Anexo B). Regista-se que apenas 1 sujeito apresenta ausência de sintomatologia. No STAI-Y, os resultados são muito superiores para a ansiedade-estado (M= 61.96; DP=12.297) e para a ansiedade-traço (M=61.29; DP=11.070). Relativamente às características de Personalidade, no EPQ-R, destacam-se o Neuroticismo (M=19.17; DP=3.898), com um resultado superior, e a Extroversão (M=5.62; DP=4.400), com um resultado inferior. Do NEO-FFI ressaltam, mais uma vez, estes factores: Neuroticismo (M=34.42; DP=6.725), com resultado muito superior, e Extroversão (M=16.19; DP=7.095), com um resultado inferior. Relativamente ao ICAC, surgem com valores mais baixos (médio inferior) os factores Auto-eficácia (M=18.31; DP=4.768) e Impulsividade/actividade (M=10.52; DP=1.982) (cf. Tabela 6).

Tabela 7. Caracterização da amostra: Capacidade Funcional (IAFAI)

	Mínimo	Máximo	M	DP	Classificação
IAFAI (N=23)					
<i>Total</i>	22.50	87.00	57.72	15.904	Muito Inferior
<i>ABVD</i>	6.25	37.78	18.72	9.698	Muito Inferior
<i>AIVDF</i>	8.20	34.78	22.77	6.272	Muito Inferior
<i>AIVDA</i>	6.10	24.49	16.35	5.093	Muito Inferior
<i>Físico</i>	.00	59.60	19.86	18.249	Muito Inferior
<i>Cognitivo</i>	2.00	38.00	21.88	9.215	Muito Inferior
<i>Emocional</i>	.00	47.83	16.75	12.670	Muito Inferior

Relativamente à caracterização da (In)Capacidade Funcional, todos os domínios avaliados pelo IAFAI [Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD); Actividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVDF); e Actividades Instrumentais de Vida Diária - Avançadas (AIVDA)] apresentam valores muito inferiores quando comparados com as normas aferidas para a população portuguesa. O mesmo padrão (muito inferior) surge quando se considera a natureza da incapacidade, considerando os valores obtidos na Incapacidade Física (M= 19.86; DP=18.249), na Incapacidade Cognitiva (M= 21.88; DP=9.215) e na Incapacidade Emocional (M=16.75; DP=12.670) (cf. Tabela 7).

Tabela 8. Caracterização da amostra: Validade de Desempenho (MCSDS e REY 15-IMT)

	Mínimo	Máximo	M	DP	Classificação
MCSDS (N=46)					
	4.00	27.00	18.69	4.697	Médio
REY 15-IMT (N=46)					
<i>Evocação imediata</i>	3.00	15.00	11.10	2.929	Médio
<i>Resultado combinado do reconhecimento</i>	6.00	30.00	21.20	6.334	Médio

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Referente à Validade de Desempenho, na *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS) os valores obtidos são médios (M=18.69; DP=4.697); o mesmo se verifica no Rey 15-IMT (Evocação Imediata: M=11.10; DP=2.929; e Resultado Combinado do Reconhecimento: M=21.20; DP=6.334) (cf. Tabela 8).

4.2. Análise comparativa da natureza do pedido de avaliação (física, cognitiva e/ou emocional)

Tabela 9. *Natureza do pedido de avaliação, em função das categorias profissionais*

		Natureza do pedido de avaliação		
		Física (N=13)	Cognitiva (N=14)	Emocional (N=41)
Profissão	<i>Directores/gestores executivos</i>	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.9%)
	<i>Profissionais de saúde</i>	1 (1.5%)	0 (0%)	2 (2.9%)
	<i>Professores</i>	1 (1.5%)	3 (4.4%)	8 (11.8%)
	<i>Técnicos financeiros/administrativos</i>	2 (2.9%)	2 (2.9%)	6 (8.8%)
	<i>Técnicos de ciência/engenharia</i>	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (2.9%)
	<i>Pessoal administrativo/secretariado</i>	0 (0%)	0 (0%)	8 (11.8%)
	<i>Indústria/motoristas pesados</i>	1 (1.5%)	4 (5.9%)	4 (5.9%)
	<i>Assistentes operacionais</i>	4 (5.9%)	5 (7.4%)	6 (8.8%)
	<i>Restauração/comércio</i>	2 (2.9%)	0 (0%)	3 (4.4%)

Não tendo sido possível fazer a estatística *Qui Quadrado*, devido ao não cumprimento dos pressupostos, fica claro que, de modo transversal a todas as classes profissionais, as causas de natureza emocional estão na base dos pedidos de reforma. Apenas nos técnicos de ciência/engenharia há um igual número de pedidos devido a natureza emocional e física; nos profissionais de indústria/motoristas há um igual número de pedidos por causa emocional e cognitiva (cf. Tabela 9).

Tabela 10. *Natureza do pedido de avaliação em função do género*

		Natureza do pedido de avaliação		
		Física (N=13)	Cognitiva (N=14)	Emocional (N=41)
Género	<i>Masculino</i>	6 (8.8%)	3 (4.4%)	12 (17.6%)
	<i>Feminino</i>	7 (10.3%)	11 (16.2%)	29 (42.6%)

Não tendo sido possível fazer a estatística *Qui Quadrado*, devido ao não cumprimento dos pressupostos, fica claro que as causas de natureza emocional estão na base do maior número de pedidos de reforma, quer nos homens, quer nas mulheres (cf. Tabela 10).

Não se observam diferenças com significado estatístico na idade dos participantes, em função da natureza do pedido de avaliação (apenas ligeira elevação da idade dos participantes que pedem reforma antecipada por causas de natureza física) (cf. Tabela 11).

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Tabela 11. *Natureza do pedido de avaliação em função da idade*

		Natureza do pedido de avaliação			F	p
		Física (N=13)	Cognitiva (N=14)	Emocional (N=41)		
Idade	M	58.31	57.29	57.12	0.555	.577
	DP	4.309	2.840	3.516		

Não se observam diferenças com significado estatístico na idade dos participantes, em função da natureza do pedido de avaliação (apenas ligeira elevação da idade dos participantes que pedem reforma antecipada por causas de natureza física) (cf. Tabela 11).

Tabela 12. *Rastreio cognitivo/ACE-R em função da natureza do pedido*

		Natureza do pedido de avaliação			F	p	Eta ²
		Física (N=12)	Cognitiva (N=14)	Emocional (N=39)			
<i>ACE-R Total</i>		76.50 (14.126)	71.50 (20.508)	79.49 (10.055)	1.791	.175	.055
<i>Atenção/ Orientação</i>		17.08 (1.505)	16.36 (3.225)	17.28 (.972)	1.397	.255	.043
<i>Memória</i>		16.67 (5.614)	15.71 (6.120)	18.10 (3.878)	1.436	.246	.044
<i>Fluência verbal</i>		7.33 (2.425)	6.71 (3.099)	7.56 (3.102)	.415	.662	.013
<i>Linguagem</i>		22.08 (3.848)	21.29 (5.837)	23.56 (2.624)	2.181	.121	.066
<i>Visuoespacial</i>		13.33 (2.462)	11.43 (3.756)	12.97 (2.378)	2.025	.141	.061
<i>MMSE</i>		25.50 (3.943)	24.71 (4.665)	25.74 (2.935)	.433	.650	.014

Não se observam diferenças com significado estatístico no rastreio cognitivo avaliado pelo ACE-R nos três grupos, quer se considerem os valores totais, o resultado por funções ou o MMSE (cf. Tabela 12). Relembramos que, neste teste, o perfil de resultados é predominantemente *inferior* (evidenciando déficit). Considerando o resultado Total ACE-R, destaca-se o efeito médio da variável *natureza do pedido* no funcionamento cognitivo global.

Tabela 13. *Rastreio de sintomatologia psicopatológica (BSI) em função da natureza do pedido*

		Natureza do pedido de avaliação			F	p	Eta ²
		Física (N=10)	Cognitiva (N=13)	Emocional (N=37)			
<i>Somatização</i>		1.76 (.934)	2.24 (.698)	2.30 (.929)	1.469	.239	.049
<i>Obsessões-Comp.</i>		2.44 (.865)	3.00 (.608)	3.09 (.669)	3.465	.038*	.108
<i>Sensibilid. interp</i>		1.73 (.604)	1.923 (.793)	2.50 (.913)	4.471	.016*	.136
<i>Depressão</i>		1.88 (.812)	2.47 (.641)	2.95 (.810)	7.977	.001**	.219
<i>Ansiedade</i>		1.87 (1.015)	2.32 (.811)	2.70 (.844)	3.822	.028*	.118
<i>Hostilidade</i>		1.38 (.768)	1.92 (1.076)	2.22 (.837)	3.643	.032*	.113
<i>Ansiedade fóbica</i>		1.06 (.743)	1.68 (.798)	2.16 (1.014)	5.790	.005**	.169
<i>Psicoticismo</i>		1.48 (.641)	1.77 (.559)	2.32 (.705)	7.815	.001**	.215
<i>Ideação paranóide</i>		3.52 (5.127)	2.05 (.703)	2.56 (.814)	1.339	.270	.045
<i>IGS</i>		1.72 (.625)	2.18 (.550)	2.54 (.692)	6.577	.003**	.188
<i>TSP</i>		41.60 (7.351)	48.23 (4.884)	48.78 (6.277)	5.411	.007**	.160
<i>ISP</i>		2.16 (.532)	2.38 (.508)	2.73 (.563)	5.164	.009**	.153

*p<.05 **p<.01

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Observam-se diferenças com significado estatístico nos diversos parâmetros do BSI, nos três grupos, com exceção das dimensões Somatização e Ideação Paranóide (não significativo). As análises de *post hoc* sinalizam a existência de diferenças com significado estatístico ($p < .05$) entre o grupo cuja natureza do pedido é física e o grupo com causa emocional ($F < E$), para as dimensões Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Ansiedade, Hostilidade e ISP, e também diferenças significativas ($p < .01$) para Depressão, Ansiedade fóbica, Psicoticismo, IGS e TSP. Há também diferenças significativas ($p < .05$) entre o grupo cuja natureza do pedido é física e o de natureza cognitiva, para TSP ($F < C$). O grupo de natureza cognitiva difere significativamente ($p < .05$) do grupo de natureza emocional na dimensão Psicoticismo ($C < E$) (cf. Tabela 13). Relembramos que, neste inventário, o perfil de resultados é predominantemente *muito superior* (evidenciando sintomatologia clinicamente significativa e/ou probabilidade de existência de psicopatologia). Considerando os parâmetros gerais (IGS, TSP e ISP), destaca-se o efeito grande da variável *natureza do pedido* na sintomatologia manifestada.

Tabela 14. Auto-conceito (ICAC) em função da natureza do pedido

	Natureza do pedido de avaliação			F	p	Eta ²
	Física (N=9)	Cognitiva (N=11)	Emocional (N=35)			
Total	72.89 (10.752)	67.00 (11.958)	65.91 (11.655)	1.302	.281	.048
<i>Aceitação/rej. soc.</i>	17.22 (2.949)	15.73 (3.133)	14.46 (3.830)	2.306	.110	.081
<i>Auto-eficácia</i>	20.56 (5.077)	18.64 (4.610)	17.63 (4.685)	1.402	.255	.051
<i>Maturidade psicol.</i>	15.89 (2.977)	15.09 (3.300)	14.94 (3.404)	.291	.749	.011
<i>Impulsividade/ativ.</i>	11.33 (1.581)	9.73 (1.902)	10.63 (1.970)	1.744	.185	.063

Não se observam diferenças com significado estatístico no auto-conceito avaliado pelo ICAC nos três grupos, quer se considerem os valores totais ou os factores (cf. Tabela 14). Relembramos que, neste inventário, o perfil de resultados é predominantemente *médio inferior* para os factores Auto-eficácia e Impulsividade/actividade. Destacamos o efeito médio da variável *natureza do pedido* nestes factores.

Tabela 15. Perfis de (in)capacidade funcional em função da natureza do pedido

	Natureza do pedido de avaliação		
	Física (N=3)	Cognitiva (N=7)	Emocional (N=13)
IAFAI Total	45.53 (28.589)	63.95 (13.930)	57.83 (16.251)
ABVD	17.99 (17.136)	19.379 (10.279)	17.93 (8.507)
AIVD-F	17.49 (10.112)	25.79 (3.923)	22.39 (6.181)
AIVD-A	9.05 (3.586)	18.77 (2.255)	17.51 (4.250)
Incapacidade Física	24.10 (22.650)	23.99 (19.682)	14.89 (16.547)
Incapacidade Cognitiva	13.91 (10.485)	26.32 (7.281)	22.07 (9.097)
Incapacidade Emocional	5.48 (0.983)	13.63 (10.924)	21.03 (13.312)

Considerando o N das subamostras, não foi possível proceder à análise comparativa quantitativa. No entanto, em termos qualitativos, destaca-se que a natureza/tipo de incapacidade Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

(física, cognitiva e/ou emocional) segue um padrão compatível com a natureza do pedido. Ainda, parece haver discrepância mais marcada entre os resultados relativos às AIVD-Avançadas, com o grupo cuja natureza do pedido é física, a apresentar valores mais baixos, comparativamente aos de natureza cognitiva e emocional (cf. Tabela 15).

V – Discussão

O presente estudo exploratório teve como principal objectivo a elaboração de um perfil descritivo e de caracterização dos pedidos de reforma antecipada em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas, assim como a caracterização/descrição do perfil neuropsicológico.

Por forma a agilizar a reflexão/discussão de resultados obtidos, para além da integração considerando os dados da literatura, os mesmos foram também discutidos por um grupo focal, com profissionais da área da psiquiatria e da psicologia que acompanham casos de pedido de reforma antecipada por invalidez, e uma aluna de Mestrado a desenvolver investigação no mesmo tema geral.

Os dados sociodemográficos mostram que, nesta amostra, há mais pessoas do sexo feminino (69.1%) do que do sexo masculino (30.9%) a pedir a reforma antecipada por invalidez. Estes dados não são congruentes com a evidência de alguns estudos, em que os homens têm mais tendência a aposentarem-se mais cedo (Artacoz et al., 2010; Clark, 1988, George et al., 1984, como citados em Feldman, 1994). Há estudos (e.g. Lund & Villadsen, 2005) que não evidenciam diferenças entre géneros. Um estudo de Bradley e colaboradores (2002) concluiu, no entanto, que há mais mulheres a pedir a reforma antecipada, colocando como hipótese explicativa o facto de estarem mais ligadas ao papel de cuidadoras dos familiares mais novos ou mais idosos ou dos cônjuges. Rice e colaboradores (2011) também encontraram evidências de que as mulheres se aposentam mais cedo do que os homens, estando em congruência com os dados do presente estudo. De acordo com o que foi discutido pelo grupo focal, e tendo em conta que a diferença entre percentagens é de facto elevada, e mesmo enquadrando a questão do maior número de mulheres na população geral, o resultado pode indicar uma tendência da população portuguesa, podendo esta amostra ser representativa da população que pede a reforma antecipada, tendo em conta a percepção dos profissionais do grupo focal. No entanto, ficaram por explorar outras variáveis (e.g., se o cônjuge está já reformado, qual a posição do cônjuge face ao pedido de reforma, eventuais retornos económicos ou níveis de poupança), que poderão ser objecto de análise em futuros estudos, no sentido de melhor esclarecer estes dados.

A média de idades da amostra (57 anos/M=57.38) está em consonância com a média de idades obtida no estudo de Karpansalo e colaboradores (2005) (58 anos/M=57.60), estando esta média associada à população com tendência depressiva. De notar, neste âmbito, e corroborando o estudo referido, que a amostra do nosso estudo evidencia presença de sintomatologia depressiva (excepção feita a 1 sujeito) e a maior parte reporta motivos de vulnerabilidade emocional, para efectuar o pedido de reforma.

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Nesta amostra, a maioria das pessoas que pede a reforma antecipada tem uma escolaridade correspondente ao ensino superior (36.8%), seguindo-se as que têm o 2º ou 3º ciclos (27.9%), podendo dizer-se que a amostra é muito escolarizada face à população geral da mesma faixa etária. A questão da escolaridade foi discutida pelo grupo focal avançando que é relevante para a interpretação deste dado o facto da amostra ter efectuado a avaliação psicológica numa entidade privada, o que poderá ter uma relação com os dados referentes à escolaridade (e também socioeconómicos).

De acordo com a distribuição das profissões, a maior parte das pessoas que elaboram o pedido de reforma antecipada são assistentes operacionais, professores ou técnicos financeiros/administrativos, representando 54.4% do total da amostra. Como a maioria dos sujeitos tem ou teve profissões relacionadas com o Ensino (professores) ou cargos de Administração e Serviços, e sendo profissões que exigem um nível de escolaridade relativamente mais elevado, estes dados relativos à categoria profissional são consonantes com o nível de escolaridade característicos desta amostra de estudo. Cerca de 60.3% da amostra encontra-se de baixa médica, 11.8% em situação de desemprego, encontrando-se apenas 27.9% no activo. A literatura (Feldman, 1994) afirma que a falta de saúde pode fazer com que não seja possível continuar a trabalhar, passando o pedido de reforma a ser a única opção. Efectivamente, a maior parte da amostra encontra-se de baixa médica, o que indica que o seu estado de saúde se encontra debilitado, acabando por enveredar pelo pedido de reforma, como alternativa de resposta à sua situação.

Relativamente ao estado civil, 79.4% da amostra está casada ou a viver em união de facto. De acordo com Walter e Price (1976, como citado em Feldman, 1994) o facto de ter um cônjuge com quem partilhar o tempo livre que irá dispor após a reforma revela-se importante na tomada de decisão, podendo isto ter uma possível correlação com os dados obtidos.

A maior parte dos sujeitos (64.7%) apresenta quatro ou mais condições que vulnerabilizam a saúde dos mesmos. Mais especificamente, do total da amostra, 20 indivíduos apresentam défices sensoriais, 47 afirmam ter problemas músculo-esqueléticos, 41 problemas cardíacos, 30 problemas endócrinos, 7 problemas oncológicos e 18 problemas respiratórios. Ainda, 60 pessoas relatam ter problemas psiquiátricos e 20 afirmam ter problemas neurológicos. Karpansalo e colaboradores (2005) concluíram que a principal razão para a incapacidade no trabalho são problemas de natureza músculo-esquelética (39.3%), seguindo-se as doenças cardiovasculares (28.2%), as perturbações mentais (16.9%) e outras doenças (15.5%), sendo que na amostra do presente estudo este padrão de problemas parece estar também evidenciado, de forma mais vincada, exceptuando-se as perturbações mentais, se atendermos à percentagem do grupo de problemas psiquiátricos. No entanto, tal poderá dever-se a critérios/diferenciação entre problemas e efectiva perturbação (diagnóstico). Este dado, considerando o registo efectuado, não é passível de análise mais aprofundada. Ainda, quando analisado o motivo do pedido de reforma antecipada por invalidez, verifica-se que 60.3% se prende com motivos de natureza emocional,

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

seguindo-se os motivos de natureza cognitiva (20.6%) e física (19.1%). Rice e colaboradores (2011) afirmam a partir do seu estudo que uma das causas mais reportadas para pedir a reforma antecipada se prende com depressão ou sintomatologia depressiva, parecendo estar em congruência com os resultados aqui obtidos. As perturbações mentais são uma das razões que mais levam os finlandeses a pedir a reforma por invalidez, podendo isto dever-se ao maior reconhecimento da depressão como causa de inabilidade (Salminen et al., 1997, como citado em Karpansalo et al., 2005). A percentagem elevada de casos em que o motivo para pedido de reforma antecipada passa por questões emocionais pode dever-se, tal como no estudo de Salminen e colaboradores (1997, como citado em Karpansalo et al., 2005), ao maior reconhecimento da problemática. A literatura (e.g. Artazcoz et al., 2010; Muller & Boaz, 1988, como citado em Feldman, 1994) refere ainda que a saúde precária contribui de facto para elaborar o pedido de reforma antecipada. Acrescenta-se ainda que a literatura (Robert set al., 1997, como citado em Karpansalo et al., 2005) evidencia uma correlação entre depressão e problemas físicos crónicos, nomeadamente doenças cardiovasculares e problemas músculo-esqueléticos. A percepção que o grupo focal tem, face à sua experiência profissional, é que em contexto português há uma desvalorização das queixas emocionais, como natureza de pedido, que é validada para obter a reforma antecipada por invalidez, acrescentando que, para além da necessidade de (obter a) reforma, há uma necessidade de acompanhamento posterior, uma vez que a reforma por si só poderá não conseguir dar resposta aos problemas apresentados, no sentido de se constituir como uma alternativa para diminuir os problemas (e considerando que se associa o próprio trabalho e as suas exigências à presença dos sintomas).

Quanto ao perfil neuropsicológico, a Inteligência Geral apresenta, em termos globais, níveis médios, com o QIV e o Índice de Compreensão Verbal com valor médio superior. Estes resultados reflectem a preservação do conhecimento verbal assimilado e o processamento mental indispensável à elaboração de respostas, ou seja, à capacidade de compreensão. Os Índices de Memória de Trabalho e da Velocidade de Processamento são os que apresentam valores mais baixos relativamente aos restantes mas, ainda assim, dentro dos valores médios. Assim sendo, os resultados apresentam um padrão que indica que a inteligência cristalizada e/ou a inteligência pré-mórbida se encontram preservadas. A inteligência fluída (e.g., exigida em tarefas que envolvam memória de trabalho e a velocidade de processamento) encontra-se mais afectada. A literatura (Salthouse, 2010, 2013, como citados em Belbase et al., 2015) indica que a inteligência cristalizada (ou seja, o conhecimento adquirido) melhora ou permanece estável com o passar dos anos, contrariamente à capacidade cognitiva fluída, sendo que a experiência preserva a capacidade de trabalho para as funções que não se alteram com o tempo, o que parece consonante com os dados obtidos. Um estudo desenvolvido por Powell (1994, como citado em Pitkanen et al., 2008) evidencia uma correlação positiva entre declínio progressivo e idade, evidenciando-se os declínios mais na memória verbal, raciocínio e capacidade visuoespacial. No entanto, relembremos, estes dados foram analisados apenas com recurso à variável idade; a escolaridade

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

elevada característica desta amostra pode evidenciar reserva cognitiva, atenuando o perfil de resultados, em termos de padrão. Porém, quando se consideram os resultados do rastreio, em que a escolaridade é considerada na análise dos dados, o padrão de funcionamento já surge afectado (cf., por exemplo, valores totais do ACE-R e do MoCA).

Assim, analisando os dados do Rastreio Cognitivo, verifica-se, usando os resultados por funções obtidos no ACE-R, que a função executiva, a função visuoespacial e a memória são os domínios mais afectados. Ainda, quando comparado com os valores médios de grupos clínicos com Depressão e/ou com Declínio Cognitivo Ligeiro (Simões, Firmino, Sousa, & Pinho, 2011), o presente perfil de resultados surge compatível com o desses grupos clínicos. Com este perfil de rastreio cognitivo é possível afirmar que a capacidade de concentração, de realização e resistência à fadiga (manter a concentração numa tarefa) parecem estar comprometidas, assim como a memória visual, as funções de planeamento e execução de acções, a capacidade de resolução de problemas e a memória imediata.

Numa análise mais detalhada, por Funções Neurocognitivas, são obtidos valores médios no TMT-A, no entanto o perfil no TMT-B é médio inferior, mostrando alguma vulnerabilidade a nível das funções executivas e de atenção dividida. Os dados referentes à FAB e ao teste de Barragem sublinham, mais uma vez, as vulnerabilidades dos processos executivos e atencionais complexos. Um dado que vem corroborar o défice de planificação e organização presente na amostra prende-se com o tipo de construção que é utilizado na Figura Complexa de Rey. Ainda que utilizada a construção sobre a armação (nos Ensaios Cópia e Evocação), regista-se a presença cumulativamente mais elevada de tipos de construção menos elaborados (como justaposição de detalhes, detalhes englobados na armação e contorno geral). Podemos a partir daqui, mais uma vez, perceber as fragilidades a nível executivo. Os dados referentes à Memória Lógica e Listas de Palavras encontram-se dentro dos valores médios, no entanto como os dados foram analisados tendo em conta a variável idade, a escolaridade poderá atenuar este perfil de resultados. De acordo com a experiência dos elementos integrantes do grupo focal, quando as pessoas chegam ao consultório para efectuar avaliação neuropsicológica, as primeiras queixas subjectivas que evidenciam são de natureza cognitiva, nomeadamente a perda de memória (e.g., onde deixam certos objectos). No entanto, quando o caso é analisado mais em detalhe, podem não apresentar apenas um défice de memória, podendo também constituir-se a função executiva e a atenção como problemáticas. Nesse sentido, justifica-se o recurso a um protocolo que avalie as diferentes funções, preferencialmente com mais do que uma prova ou teste, assegurando, também, que os referenciais normativos utilizados confirmem robustez às interpretações, visando obter um perfil representativo das características dos sujeitos (cf. Simões et al., 2017).

No domínio Sócio-afectivo e da Sintomatologia, os dados traduzem a presença de sintomatologia clinicamente significativa e a probabilidade de existência de psicopatologia. De acordo com o BSI, a amostra apresenta níveis muito elevados de sintomatologia em todos os domínios avaliados pelo instrumento, destacando-se a dimensão Depressão. Relativamente aos

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Índices, apresentam, em congruência com as dimensões, valores muito acima dos valores médios, mesmo quando se tem como referência o grupo de perturbações clínicas. Os valores elevados de Depressão do instrumento BSI estão em conformidade com os obtidos pelo BDI-II, sendo que de um modo geral a amostra reporta sintomatologia depressiva grave. Os dados obtidos pelo STAI-Y no domínio da Ansiedade-estado estão, do mesmo modo, em consonância com os resultados obtidos pelo BSI, reportando a maioria da amostra sintomatologia num nível muito superior. Ainda sobre os valores obtidos no domínio das Obsessões-compulsões no BSI, e discriminando os itens que efectivamente pontuaram (e.g., “não me consigo concentrar” ou “tenho que verificar as coisas mais do que uma vez”) parece transparecer o conteúdo relacionado com a fragilidade/vulnerabilidade do funcionamento cognitivo.

De acordo com o EPQ-R, a amostra apresenta valores elevados de Neuroticismo, sendo que este valor corrobora os resultados obtidos pelo NEO-FFI no mesmo domínio. Pessoas com esta problemática caracterizam-se por apresentarem instabilidade emocional, nomeadamente ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, tristeza, nervosismo, inquietação e emotividade. Relativamente à Extroversão, tanto no EQP-R como no NEO-FFI, a amostra apresenta níveis inferiores relativamente aos valores normativos para a população portuguesa. Os sujeitos que apresentam níveis baixos de Extroversão têm tendência a ser sossegados e discretos, com falta de espontaneidade, assertividade e optimismo e sentem frequentemente desânimo. Relativamente à Ansiedade (traço), medida pelo STAI-Y, a amostra apresenta valores muito acima dos normativos, o que parece estar em conformidade com os valores elevados de Neuroticismo captados tanto pelo EPQ-R como pelo NEO-FFI. Os dados da literatura (e.g. Klein et al., 2011, Kotov et al., 2010, Steunenbergh et al., 2009, como citados em Junni, 2017) demonstram uma forte relação entre Neuroticismo elevado e Depressão, encontrando-se ainda os sintomas depressivos associados a baixa Extroversão. O perfil de resultados da presente amostra parece evidenciar estes dados. É de destacar ainda, no ICAC, o perfil predominantemente *médio inferior* nos factores Auto-eficácia e Impulsividade/actividade, traduzindo a percepção dos sujeitos em termos de dificuldades e “falta de energia” para enfrentar e resolver problemas, o que surge congruente com as características sintomatológicas e personalísticas reportadas.

Deste modo, o perfil desta amostra de candidatos à reforma antecipada por invalidez é marcado por valores muito elevados associados a sintomatologia de Depressão e Ansiedade. O padrão neurocognitivo é compatível com a presença de Declínio Cognitivo Ligeiro e/ou Depressão. Os dados obtidos vão ao encontro da literatura, sendo a problemática relacionada com a depressão relevante no âmbito dos motivos para pedido de reforma antecipada (Nexo et al., 2015). Como foi referido, a depressão é um dos principais motivos para elaborar o pedido de reforma antecipada por invalidez nos países do ocidente (Borg et al., 2010, Gjesdal et al., 2008, Wallman et al., 2009, como citados em Nexo et al., 2015), estando os dados do presente estudo em conformidade com o reportado na literatura. Investigadores referem que a depressão aumenta o risco de pedido de reforma antecipada voluntária (Doshi et al., 2008, Harkonmaki et

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

al., 2006, como citados em Nexo et al., 2015; Karpansalo et al., 2005) ou reforma por invalidez (Gjesdal et al., 2008; Vaez et al., 2007, como citados em Nexo et al., 2015).

Relativamente à Funcionalidade, o instrumento utilizado (IAFAI) revela que a amostra apresenta uma capacidade funcional deteriorada em todos os domínios. A incapacidade a nível físico foi reportada em contexto de entrevista, sendo que a amostra evidenciou a existência de inúmeros problemas de saúde (e.g., músculo-esqueléticos), estando isto também compatível com a literatura (e.g. Karpansalo et al., 2005). Os dados da incapacidade emocional e cognitiva são congruentes com os dados obtidos, tanto em contexto de entrevista, como nos instrumentos psicométricos que avaliam a sintomatologia e o funcionamento neurocognitivo, acrescentando que estão igualmente de acordo com a literatura (e.g. Rice et al., 2011).

Relativamente à questão da reforma ser ou não voluntária, não há dados que permitam afirmar conclusões, no entanto, no que diz respeito a reformas por invalidez, e tendo em conta a percentagem de sujeitos da amostra que se encontram de baixa médica (60.3%) parece haver uma relação com essa informação, ainda que não seja possível especificar se o pedido é solicitado de forma “voluntária” ou “involuntária”.

Observando os resultados obtidos nos instrumentos que avaliam a Validade de Desempenho, denota-se que não parece haver evidência de desejabilidade social ou de esforço insuficiente, podendo afirmar-se que os perfis neuropsicológicos obtidos serão válidos e representam o funcionamento real dos sujeitos da amostra. A Escala de Mentira do EPQ-R apresenta valores médios. A MCSDS também demonstra que a maioria da amostra apresenta valores médios, tendo em conta os dados relativos à população portuguesa. Relativamente ao Rey 15-IMT, a maioria da amostra apresenta resultados médios, na Evocação Imediata e no Resultado Combinado. Cerca de 23.9% e 30.5% da amostra obteve um nível de resposta abaixo dos valores médios na Evocação Imediata e no Resultado Combinado, respectivamente (cf. Anexo C). No entanto, estes dados podem ser explicados pela influência do funcionamento cognitivo nos resultados obtidos no Rey 15-IMT (Lages, 2016; Simões et al., 2010), pois os níveis mais baixos de funcionamento cognitivo estão associados a resultados mais baixos (possibilidade de identificar falsos positivos). A sintomatologia depressiva parece ter, igualmente, influência no desempenho no Rey 15-IMT (Lages, 2016; Simões et al., 2010), o que pode também enquadrar os dados obtidos no Rey 15-IMT. Neste âmbito, é de referir o trabalho de Silva (2018), que num estudo com o Rey 15 IMT, usando uma subamostra (N=42) da amostra do nosso estudo, emparelhada nas variáveis sociodemográficas com uma subamostra do estudo do Rey 15-IMT, visou contribuir para a validação do teste numa amostra clínica forense, de sujeitos em processo de reforma antecipada, atestando a validade discriminante do mesmo. Nesse âmbito, e controlando o efeito da sintomatologia e do funcionamento cognitivo, não foi evidenciada a presença de esforço insuficiente, permitindo validar o perfil de resultados obtidos. Este dado,

corroborar o referido, em termos de possibilidade de reenquadrar os resultados mais baixos no Rey 15 –IMT.

Em resumo, de um modo geral, os resultados obtidos nos instrumentos da dimensão de Validade de Desempenho demonstram que efectivamente não há tendência para a desejabilidade social, nem para o esforço insuficiente, na amostra analisada. O perfil obtido nos diferentes instrumentos capta as vulnerabilidades/fragilidades cognitivas e/ou emocionais das pessoas que foram avaliadas. Deste modo, estes dados deviam ser tidos mais em conta nas decisões de atribuir ou não a reforma por invalidez, quando o pedido é efectuado, diminuindo a disparidade que existe em termos de validação de problemas físicos e cognitivos e/ou emocionais, disparidade essa que se verifica pela clara referência de avaliações e procedimentos médicos discriminados na legislação (Decreto-Lei 377/2007, de 09 de Novembro).

Durante o grupo focal, surgiu a questão acerca do perfil dos sujeitos que eram avaliados nos serviços públicos vs privados, a fim de perceber as semelhanças ou possíveis discrepâncias entre as populações desses serviços de avaliação. Em termos de actividade profissional e da idade média de pedido de reforma, há congruência efectiva, no entanto, quando comparados os dados obtidos nos instrumentos BSI e BDI-II, não são tão discriminativos nas avaliações efectuadas em contexto público como na presente amostra de estudo referente à instituição privada, nomeadamente no domínio da depressão. O psicólogo (serviço público) afirma que as populações que recorrem aos dois tipos de serviço parecem ligeiramente diferentes, tendo o médico psiquiatra (serviço privado) levantado a hipótese de esta discrepância poder ser explicada pelo facto da população que procura o serviço público não estar em situação tão grave (haveria uma triagem mais selectiva de doentes na entidade privada, por hipótese).

A análise comparativa elaborada, considerando a natureza do pedido de avaliação (física, cognitiva e/ou emocional), evidencia o predomínio dos problemas emocionais, independentemente da categoria profissional e do género, não havendo diferenças quando se considera a idade. Assim, na amostra analisada, a problemática emocional parece estar na base dos pedidos de reforma antecipada por invalidez. A literatura também tem vindo a evidenciar este padrão (Karpansalo et al., 2005; Borg et al., 2010, Doshi et al., 2008, Harkonmaki et al., 2006, Gjesdal et al., 2008, Wallman et al., 2009, como citados em Nexo et al., 2015).

Apesar de não se verificarem diferenças significativas no ACE-R, em função da natureza do pedido, relembramos que os valores, em termos de classificação, eram inferiores (para o total, MMSE, Memória, Funções executivas/fluência verbal e capacidade visuoespacial) evidenciando défice de funcionamento em qualquer dos grupos. De acordo com o grupo focal, efectivamente, as queixas cognitivas são comumente indicadas pelas pessoas que efectuam pedido de reforma antecipada. Ainda, observa-se que o grupo cuja natureza do pedido é emocional apresenta um perfil mais marcado de sintomas psicopatológicos, como seria expectável. O perfil do grupo cuja natureza do perfil é física tem um perfil menos acentuado de sintomas psicopatológicos. O de natureza cognitiva equivale-se ao emocional (exceptuando a dimensão Psicoticismo, em que

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

apresenta valores mais baixos). Nesse sentido, verificamos que a presença de sintomatologia, *per si*, pode não permitir diferenciar os grupos cuja natureza do pedido é cognitiva ou emocional. Apesar de não se verificarem diferenças significativas no ICAC, em função da natureza do pedido, relembramos que os valores, em termos de classificação, eram médios inferiores para os factores Auto-eficácia e Impulsividade/actividade, evidenciando alguma vulnerabilidade nestas dimensões. Em termos de (in)capacidade funcional, qualitativamente, destaca-se que a natureza/tipo de incapacidade (física, cognitiva e/ou emocional) segue um padrão compatível com a natureza do pedido. Ainda, parece haver discrepância mais marcada entre os resultados relativos às AIVD-Avançadas, com o grupo cuja natureza do pedido é física a apresentar valores mais baixos, comparativamente aos de natureza cognitiva e emocional. Nesse sentido, as actividades de vida diária mais complexas/avançadas, necessárias para o funcionamento independente em casa e na comunidade (onde também podemos incluir as tarefas laborais), são as que exigem um processamento mais elaborado/níveis mais complexos de funções cognitivas, como as executivas, mnésicas e atencionais. Sabendo que o impacto de défices cognitivos e de sintomatologia na funcionalidade está documentado (cf. Sousa et al., 2013, 2015), este perfil poderia servir de fundamentação para a tomada de decisão, em termos de aferir o nível de incapacidade (para o trabalho) dos sujeitos.

Este estudo levantou algumas questões, como a objectivação da incapacidade que é normalmente traduzida num grau de incapacidade, indicada como uma percentagem [de acordo com o Serviço de Verificação de Incapacidades (SVI; Centro Nacional de Pensões, 2019)]. Nesse caso, quando os motivos apresentados são de natureza cognitiva ou emocional, como é atribuída uma certa percentagem de incapacidade? Que critérios são usados? Qual é o peso atribuído a uma avaliação psicológica para decisão/deferimento do pedido? Até que ponto pode haver subjectividade na atribuição da incapacidade quando é feita por diferentes avaliadores? Efectivamente há uma Tabela Nacional de Incapacidades, mas esta encontra-se dirigida a acidentes de trabalho, vincando a dimensão física/problemas físicos. A percepção dos profissionais que integram o grupo focal é que efectivamente a decisão de aceitar ou rejeitar o pedido de reforma antecipada é, eventualmente, pouco fundamentada, acrescentando que alguns relatórios parecem apresentar discrepâncias entre si no que diz respeito aos instrumentos/protocolos aplicados, à robustez dos instrumentos, à fundamentação das interpretações e conclusões. Este estudo vem evidenciar não só a necessidade de eventual revisão dos critérios utilizados para a tomada de decisão relativamente aos pedidos de reforma antecipada por invalidez, mas também a formação ou especificação dos técnicos que fazem estas avaliações, nomeadamente do domínio da psicologia com formação em clínica forense ou avaliação psicológica/avaliação neuropsicológica, para que haja uma maior exigência em termos de validar os problemas associados a questões emocionais e/ou cognitivas, quando estes são os motivos apresentados para efectuar o pedido de reforma antecipada por invalidez. Uma proposta seria, também, a alteração da terminologia legal de reforma por invalidez para reforma por

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

incapacidade para abranger outras causas, como a cognitiva e os sintomas psicológicos. O paradigma da legislação é demasiadamente focado na componente médica, sem englobar as dimensões biopsicossociais que caracterizam o ser humano.

Ainda, tendo em conta o quadro clínico psicológico dos sujeitos da amostra, e de acordo com as sugestões do grupo focal, há uma necessidade efectiva de acompanhamento destes casos em intervenção psicológica, tanto nos casos em que o pedido de reforma venha a ser aceite, como nos que venha a ser recusado.

Após a análise de literatura pesquisada, dos dados obtidos e da discussão em grupo focal, surgiram questões interessantes para sugerir algumas propostas futuras, como a análise de outras variáveis, nomeadamente a recolha de dados do cônjuge, incluindo estar ou não reformado, poupanças/retorno económico, por exemplo, para perceber melhor qual o seu impacto na decisão do pedido. Neste momento encontra-se a decorrer um estudo que consiste em realizar um *follow-up* com o objectivo de perceber qual o funcionamento psicológico global das pessoas que integraram a presente amostra, percebendo qual foi o seu ajustamento à condição de reformado no caso de aceitação do pedido ou de não reformado no caso de rejeição. Os dados ainda não estão disponíveis, mas informalmente apreende-se a dificuldade em obter a reforma, quando os motivos são de natureza emocional e/ou cognitiva. Neste sentido, explorar e aprofundar esta temática poderá ser uma ancoragem para perceber a realidade portuguesa e informar os decisores, no âmbito destes processos.

Conclusão

Segundo este estudo, quem recorre ao pedido de reforma antecipada por invalidez e apresenta motivos de natureza física, cognitiva e/ou emocional evidencia, na sua maioria, um perfil de funcionamento neurocognitivo comprometido, nomeadamente em termos de funções executivas e atencionais complexas e de capacidade funcional, bem como presença de sintomatologia clinicamente significativa e a probabilidade de existência de psicopatologia, nomeadamente, depressão e ansiedade. Ainda, segundo os dados, não parece haver evidência de desajustabilidade social e/ou de esforço insuficiente. A análise elaborada, considerando a natureza do pedido de avaliação (física, cognitiva e/ou emocional), evidencia o predomínio dos problemas emocionais.

Assim, há evidência que permite afirmar que, de acordo com o que foi possível apurar, este tipo de dados poderá ser útil na tomada de decisão, em termos de ponderação para estabelecer a (in)capacidade para o trabalho e o deferimento do pedido de reforma (aceitar ou rejeitar o pedido).

De um modo geral, no âmbito da avaliação neuropsicológica, percebe-se a importância de aplicar uma bateria multidimensional de instrumentos, devidamente validados para a população portuguesa, por forma a captar o mais representativamente possível o perfil de funcionamento das pessoas que recorrem ao pedido de reforma antecipada por invalidez. A bateria aqui analisada poderá constituir-se como uma base a ser usada (mas também melhorada).

O estabelecimento do grau de incapacidade a nível nacional encontra-se ainda muito dependente do modelo médico e dos técnicos da área da medicina. A bibliografia e a legislação remetem substancialmente para a avaliação dos motivos físicos, não havendo tanta informação sobre a avaliação de motivos emocionais/cognitivos, continuando o paradigma nacional muito enraizado na avaliação do que é observável e testado por exames médicos, assim como no papel dos profissionais de medicina nesse processo. O papel do psicólogo, nomeadamente do psicólogo forense, ainda não se encontra estabelecido no que se refere a estas avaliações, sendo que tampouco há linhas orientadoras de avaliação (neuro)psicológica. É a própria lei que cria esta disparidade nas avaliações. Este estudo remete para a necessidade de reajustamento legislativo, no que respeita a pedido de reforma tendo por base motivos emocionais e/ou cognitivos. Uma vez mais vem reforçar a importância do psicólogo forense neste tipo de avaliações, constituindo-se como o técnico que possui de facto competências para realizar uma avaliação efectiva no que diz respeito ao perfil funcionamento (neuro)psicológico.

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

Este estudo tem algumas limitações, que passamos a elencar. Primeiramente, o N da amostra deveria ser aumentado, bem como a sua proveniência (serviço público/privado, zona centro), por forma a conferir representatividade à mesma. Lembramos, também, que este estudo não foi inicialmente desenhado para fins investigacionais, mas sim com um propósito clínico. Assim, temos de assinalar que o protocolo não foi uniformemente aplicado à totalidade da amostra, seguindo a “necessidade específica” de caracterização de cada caso, no âmbito do pedido (daí a discrepância de N nas subamostras). O protocolo poderia, ainda, ter incorporado outros instrumentos, nomeadamente, que avaliassem o exagero de sintomas (a título de exemplo, a Escala de Validade de Sintomas-Versão 2/EVS-2 ou o *Self Report Symptom Inventory*/SRSI), que estão em processo de validação para a população portuguesa. Ainda, o recurso a informadores significativos (e.g., para estabelecer a (in)capacidade funcional), poderia alargar a compreensão do perfil de funcionamento, estabelecendo a possibilidade de comparação de informação. Como salientado, o *follow-up* desta amostra está a ser implementado. Situar o perfil de funcionamento em termos de progressão temporal e em função da obtenção ou não de reforma, também contribuirá para explorar e aprofundar esta temática, para perceber a realidade portuguesa e informar (eventualmente/idealmente) os decisores, no âmbito destes processos.

Bibliografia

- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2011). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R): Breve revisão dos estudos de validade concorrente. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 42, 101-120.
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp.211-229). Coimbra: Almedina.
- Almiro, P., Simões, M. R., & Sousa, L. (2012). *Escala de deseabilidade social de Marlowe-Crowne (versão 33 itens): Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- maral, J. R. (1967). *O teste de barragem de Toulouse e Piéron na medição e diagnóstico da atenção: Elementos de aferição para a população portuguesa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2010). Gender and Social Class Differences in the Association between Early Retirement and Health in Spain. *Women's Health Issue*, 20, 441-447.
- Associação Sindical dos Juizes Portugueses. (2011). *Idade da reforma já é de 66 anos de idade para alguns trabalhadores*. Acedido a 02 de julho de 2019, em <http://www.asjp.pt/2011/12/02/idade-da-reforma-ja-e-de-66-anos-para-alguns-trabalhadores/>
- Astrand, N. E., & Isacson, S. O. (1988). Back pain, back abnormalities, and competing medical, psychological, and social factors as predictors of sick leave, early retirement, unemployment, labour turnover and mortality: a 22 year follow up of male employees in a Swedish pulp and paper company. *British Journal of Industrial Medicine*, 45, 387-395.
- Bazzoli, G. J. (1985). The Early Retirement Decision: New Empirical Evidence on the Influence of Health. *Journal of Human Resources*, 20, 215-234.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belbase, A., Khan, M. R., Munnell, A. H., & Webb, A. (2015). *Slowed or Sidelined? The Effect of "Normal" Cognitive Decline on Job Performance Among the Elderly*. (Relatório de Pesquisa/2015). Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Bonifácio, V., Cardoso-Pereira, N., & Pires, A. M. (2003). *Aferição do teste da Figura Complexa de Rey numa amostra nacional*. Actas do Congresso de Neurociências Cognitivas. Évora. Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

- Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A technique to enhance sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573.
- Böttcher, H. M., Steimann, M., Koch, U., & Bergelt, C. (2012). Return to work-experiences and expectations of cancer patients during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*, 51, 31-38.
- Bradley, J. C., Brief, A. P., & George, J. M. (2002). More than the Big Five: Personality and careers. In D. C. Feldman (Ed.), *Work careers: A developmental perspective* (pp. 27-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... Teixeira-Pinto, A. (2013a). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi: 10.1093/arclin/acs115
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I.,... Teixeira-Pinto, A. (2013b). Semantic Fluency and Phonemic Fluency: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/act001
- Centro Nacional de Pensões. (2019). *Guia prático – Pensão de Invalidez [Manual]*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Chaplin, R., & Davidson, I. (2016). What are the experiences of people with dementia inemployment? *Dementia*, 15(2), 147–161. doi: 10.1177/1471301213519252
- Costa, P., & McCrae, R. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins’s circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 586-595.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., & Kay G. G. (1995). Persons, places, and personality: Career assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Career Assessment*, 3, 123-139. doi:10.1177/106907279500300202
- Cotrim, T., Simões, A., Ramalho, F., & Duarte, A. P. (2005). Why healthcare workers ask for early retirement at a central Portuguese hospital: Work ability preliminary results. *International Congress Series*, 1280, 258-263.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Decreto-Lei n° 126-B/2017, de 6 de Outubro -Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. ELI. Disponível em <https://data.dre.pt//eli/dec-lei/126-b/2017/10/06/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei n.º 119/2018, de 27 de Dezembro - Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. ELI. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/117503935/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/352/2007/10/23/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 377/2007, de 09 de Novembro - Presidência do Conselho de Ministros. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/377/2007/11/09/p/dre/pt/html>
- Departamento de Prestações e Contribuições. (2018). *Guia prático – Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente [Manual]*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Derogatis, L. (1992). *BSI: Brief symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dong, Y. (2008). *The Early Retirement Decision and Its Impact on Health - What the Chinese Mandatory Retirement Reveals*. Boston College: Department of Economics.
- Dores, M. J. (2013). *Qualidade de Vida na Reforma Antecipada por Doença Mental*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Beja, Beja.
- Dorn, D., & Sousa-Poza, A. (2010). 'Voluntary' and 'involuntary' early retirement: An international analysis. *Applied Economics*, 42, 427-438.
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, L., & Pillon, B. (2000). The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626.
- Dwyer, D. S., & Mitchell, O. S. (1998). *Health problems as determinants of retirement: are self-rated measures endogenous? [Working Paper N.º 6503]*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.,
- Economias (2018a). *Quem pode pedir a reforma antecipada?* Acedido a 04 de Janeiro de 2018, em <https://www.economias.pt/quem-pode-pedir-a-reforma-antecipada/>
- Economias (2018b). *Reforma antecipada*. Acedido a 04 de Janeiro de 2018, em <https://www.economias.pt/reforma-antecipada/>
- Economias (2019a). *Reforma antecipada 2019: tudo o que precisa de saber*. Acedido a 08 de Julho de 2019, em <https://www.economias.pt/reforma-antecipada/>
- Economias (2019b). *Idade da reforma em Portugal em 2019*. Acedido a 02 de Julho de 2019, em <https://www.economias.pt/idade-da-reforma-em-portugal/>
- Erder, R. A., & Guy, R. F. (1990). Career identification and women's attitudes towards retirement. *International Journal of Aging and Human Development*, 30, 129-139.
- Espírito-Santo, H., Lemos, L., Torres-Pena, I., Vicente, F., Silva, G. F., Costa, M., ... Daniel, F. (2015). Bateria de Avaliação Frontal (FAB). In M. R. Simões, I. Santana, & GEECD (coord.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 68-75). Porto Salvo: Novatis.
- Evans, D. (2016). An exploration of the impact of younger-onset dementia on employment. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301216668661
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire: Comprising the EPQ-Revised (EPQ-R) and EPQ-R Short Scale*. San Diego, CA: EdITS

- Eysenck, S. B., Eysenck, H. J., & Barrett, P. T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Feldman, D. C. (1994). The Decision to Retire Early: A Review and Conceptualization. *The Academy of Management Review*, 19, 285-311.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2017). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Versão Revista. Manual Técnico*. Coimbra: FPCEUC/Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative Study for the Portuguese Population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996
- Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudo de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9, 345-357.
- Gendell, M. (2001). Retirement age declines again in 1990s. *Monthly Labor Review*, October, 12-21.
- Haahr, J. P. L., Frost, P., & Andersen, J. H. (2007). Predictors of health related job loss: a two-year follow-up study in a general working population. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 581-592.
- Jenny, H. H., & Acton, M. A. (1974). *Early Retirement. A New Issue in Higher Education: The Financial Consequences of Early Retirement*. New York: Teachers Insurance and Annuity Association.
- Junni, J. (2017). *Personality and Depression: Relationship Between Five-Factor Personality Traits and Depressive Symptoms*. Masters dissertation, Department of Psychology and Logopedy, University of Helsinki, Helsinki, Finland.
- Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T. A., Manninen, P., Kaplan G. A., & Salonen, J. T. (2005). Depression and early retirement: Prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 70-74.
- Lags, H. J. (2016). *Rey-15 Item Memory Test (Rey 15-IMT): Estudo de normalização para a população portuguesa de adultos e adultos idosos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., Hannay, H. J., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4.^a Ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lima, M., & Simões, A. (2000). *NEO PI-R: manual profissional*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Lima, M. P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Psicologia*, 28(2). doi: 10.17575/rpsicol.v28i2.534 (Acessível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492014000200001)

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez

- Lund, T., & Villadsen, E. (2005). Who retires early and why? Determinants of early retirement pension among Danish employees 57-62 years. *European Journal of Ageing*, 2, 275-280.
- Markkula, R., Kalso, E., Huunan-Seppälä, A., Koskenvuo M., Koskenvuo, K., Leino-Arjas, P., & Kaprio, J. (2011). The burden of symptoms predicts early retirement: A twin cohort study on fibromyalgia-associated symptoms. *European Journal of Pain*, 15, 741-747.
- Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S. A., Brunner, E. J., Fuhrer, R., & Marmot, M. G. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing*, 29, 529-536.
- Mioshi, E. Dawson, K. Mitchell, J. Arnold, R., & Hodges J.R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Nações Unidas. (2011). *World Population Prospects. The 2010 Revision. Highlights and Advanced Tables. [Working Paper N° 220]*. New York, UN: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Nasredinne, Z., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 52, 695-699.
- Negrini, A., Panari, C., Simbula, S., & Alcover, C. M. (2013). The push and pull factors related to early retirees' mental health status: A comparative study between Italy and Spain. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 51-58. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a8>
- Nexo, M. A., Borg, V., Sejbaek, C. S., Carneiro, I. G., Hjarsbech, P. U., & Rugulies, R. (2015). Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: Cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*, 15, 1-8. doi:10.1186/s12889-015-1973-1
- Nilsson, K., Hydbom, A. R., & Rylander, L. (2016). How are self-rated health and diagnosed disease related to early or deferred retirement? A cross-sectional study of employees aged 55-64. *BMC Public Health*, 16, 1-9. doi:10.1186/s12889-016-3438-6
- Oliveira-Brochado, F., Simões, M. R., & Paúl, C. (2014). Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp. 187-209). Coimbra: Edições Almedina.
- Perry, W., & Crean, R. D. (2005). A retrospective review of the neuropsychological test performance of physicians referred for medical infractions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 161-170.
- Pitkanen, M., Hurn, J., & Kopelman, M. D. (2008). Doctors' health and fitness to practise: performance problems in doctors and cognitive impairments. *Occupational Medicine*, 58, 328-333. doi:10.1093/occmed/kqn080
- Portaria n° 25/2018, de 18 de janeiro-Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República, 1.ª série, N.º 13*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114545481>

- Reeuwijk, K. G., Wind, A., Westerman, M. J., Ybema, J. F., van der Beek, A. J., & Geuskens, G. A. (2013). 'All those things together made me retire': Qualitative study on early retirement among Dutch employees. *BMC Public Health*, *13*, 1-11.
- Reitan, R. M. (1979). *Manual for administration of neuropsychological test batteries for adults and children*. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rice, N. E., Lang, I. A., Henley, W., & Melzer, D. (2011). Common health predictors of early retirement: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, *40*, 54-61.
- Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In Miguel M. Gonçalves, Mário R. Simões, Leandro S. Almeida, & Carla Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. I, pp. 45-63). Coimbra: Quarteto.
- Silva, M. M. M. (2018). *Rey 15- Item Memory Test (Rey 15 – IMT): Estudos de validação e normalização para a população portuguesa de jovens adultos, adultos e idosos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L., & Pinho, M. S. (2011) *Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming*. Paper presented at the 39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry, Porto.
- Simões, M. R., Pinho, M. S., Prieto, G., Sousa, L. B., Ferreira, I., Gonçalves, C., ... Firmino, H. (2015). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R). In Mário R. Simões, Isabel Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 32-37). Lisboa: Novartis.
- Simões, M. R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, *1*(XXVIII), 209-226.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Marques-Costa, C., & Almiro, P.A. (2017). Avaliação neuropsicológica em contextos forenses: Fundamentos, protocolo e instrumentos de avaliação. In F. Vieira, A.C. Cabral, & C. B. Saraiva (Coord.), *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 373-410). Lisboa: Pactor.
- Sousa, L. B., Prieto, G., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2015). The Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory: A Rasch Model Analysis. *Research on Aging*, *37*(8), 787-814.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI). Manual Técnico*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/FPCE-UC.

- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. STAI (Form Y). Self-Evaluation Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Terracciano, A., Stephan, Y., Luchetti, M., Albanese, E., & Sutin, A. R. (2017). Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *Journal of Psychiatric Research*, *89*, 22–27. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.01.011
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, *7*(2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In Leandro S. Almeida, Mário R. Simões, & Miguel M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 151-163). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vilar, M., Sousa, B. L., Fonseca, S. M., Lages, H., Garcia, G. S., Pinho, ... Simões, M. R. (2017). Teste de Memória de Rey – 15 Itens (15-IMT). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Eds), *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 377-396). Lisboa: Pactor.
- Wechsler, D. (1997a). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III)*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997b). *Wechsler Memory Scale. Third edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008a). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-Terceira Edição (Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition; WAIS-III)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008b). *Escala de Memória de Wechsler - Terceira Edição (Wechsler Memory Scale - Third Edition; WMS-III)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- World Health Organization. (2010). *International classification of diseases. 10th revision*. Geneva: WHO.

Anexos

Anexo A. Tipo de reprodução da Figura Complexa de Rey (Ensaio de Cópia e de Memória)

Tipo de reprodução		N (%)
Cópia (N=54)	<i>Construção sobre a armação</i>	22 (40.7%)
	<i>Detalhes englobados na armação</i>	13 (24.1%)
	<i>Contorno geral</i>	1 (1.9%)
	<i>Justaposição de detalhes</i>	18 (33.3%)
	<hr/>	
Memória (N=54)	<i>Construção sobre a armação</i>	25 (46.3%)
	<i>Detalhes englobados na armação</i>	9 (16.7%)
	<i>Contorno geral</i>	2 (3.7%)
	<i>Justaposição de detalhes</i>	18 (33.3%)
	<hr/>	

Anexo B. Classificação do grau de depressão (BDI-II)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
BDI-II (N=56)	<i>Ausência</i>	1 (1.8%)
	<i>Ligeiro</i>	6 (10.7%)
	<i>Moderado</i>	13 (23.2%)
	<i>Severo</i>	36 (64.3%)

Anexo C. Classificação dos resultados de Validade de Desempenho (MCSDS e REY 15-IMT)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)	
MCSDS (N=46)	<i>Médio</i>	27 (58.7%)	
	<i>Médio Inferior</i>	8 (17.4%)	
	<i>Inferior</i>	4 (8.7%)	
	<i>Muito Inferior</i>	7 (15.2%)	
REY 15-IMT (N=46)	<i>Evocação imediata</i>	<i>Médio superior</i>	1 (2.2%)
		<i>Médio</i>	32 (69.6%)
		<i>Médio Inferior</i>	2 (4.3%)
		<i>Inferior</i>	4 (8.7%)
		<i>Muito Inferior</i>	7 (15.2%)
	<i>Resultado combinado</i>	<i>Médio superior</i>	1 (2.2%)
		<i>Médio</i>	29 (63.0%)
		<i>Médio Inferior</i>	2 (4.3%)
		<i>Inferior</i>	11 (23.9%)
		<i>Muito Inferior</i>	3 (6.6%)

Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez