



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudo de validação em amostras médico-legal e comunidade**

Ana Filipa Gravato Domingues (*e-mail*: [afilipagdomingues@gmail.com](mailto:afilipagdomingues@gmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em **Psicologia Clínica e da Saúde**,  
sub-área de especialização em **Psicologia Forense** sob a orientação  
de **Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões**

### **Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudo de validação em amostras médico-legal e comunidade**

**Resumo:** O exame de comportamentos de simulação, esforço insuficiente ou exagero de sintomas (cognitivos e psicopatológicos) constitui atualmente uma exigência básica em qualquer protocolo de avaliação em contexto forense. O presente estudo enquadra um dos procedimentos passíveis de avaliar esses comportamentos: os testes psicológicos, especificamente a recente Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE; Simões, Nunes & Cunha, 2010). Ambicionando conhecer melhor a validade e utilidade da EVS-VE, foram realizados dois estudos: o Estudo I, de natureza normativa (*Amostra da Comunidade*: N=180) e o Estudo II, de validação, com uma amostra heterogénea recolhida em contexto médico-legal (*Amostra Médico-Legal*: N=53). Para além da EVS-VE o protocolo de avaliação deste estudo inclui outras provas, como o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, et al., 2010) e o *Rey 15-Item Memory Test* (RMT; Rey, 1958, Boone et al., 2002; Simões, et al., 2010), medidas de exagero de sintomas; o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007), medida de psicopatologia; a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro, Simões & Sousa, 2012), medida de desejabilidade social e uma medida do nível intelectual global, as Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven (MPR; Raven & Court, 1996; versão portuguesa Infoteste, 1999).

Os resultados da EVS-VE foram promissores relativamente à fiabilidade (consistência interna) na amostra médico-legal ( $\alpha=.920$ ), mas questionáveis na amostra de comunidade ( $\alpha=.519$ ). No que diz respeito à validade convergente dos resultados na EVS-VE é de referir a sua relação com as pontuações no SIMS (relação entre Total das escalas:  $r=.610$  na amostra da comunidade;  $r=.779$  na amostra médico-legal). Por sua vez, não foi observada relação com significado estatístico entre pontuações na EVS-VE e a medida de desejabilidade social (MCSDS) ou a medida de exagero de sintomas cognitivos (RMT). Já entre as pontuações na EVS-VE e a medida de psicopatologia (BSI) foi observada uma relação positiva com

significado estatístico na amostra da comunidade, o que sugere alguma vulnerabilidade da EVS-VE como medida de simulação. Nessa mesma amostra não foi identificado qualquer impacto nos resultados da EVS-VE das variáveis sociodemográficas (idade, género e escolaridade). No que concerne ao contexto médico-legal, foram considerados dois subgrupos amostrais com base nos processos legais dos examinados (*Responsabilidades Parentais e Outras Avaliações*), onde foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre subgrupos (pontuações mais altas no subgrupo Outras Avaliações). Foi ainda estudada a relação entre pontuações na EVS-VE e a "percepção de saúde" (física e psicológica) do indivíduo sobre si (estudados no trabalho de Nunes, 2011). Os resultados discriminaram significativamente os indivíduos, obtendo os sujeitos que não se consideravam saudáveis pontuações mais altas na EVS-VE, relativamente aos outros que se percebiam "saudáveis".

**Palavras-chave:** Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental; simulação; esforço reduzido; exagero de sintomas; contexto médico-legal; avaliação neuropsicológica; psicopatologia; desejabilidade social.

**Symptom Validity Scale – Experimental Version (EVS-VE):  
Validity study in medico-legal and community samples**

**Abstract:** The exam of malingering, insufficient effort or exaggeration of symptoms (cognitive and psychopathological) is now a basic requirement in any evaluation protocol in the forensic context. This study involves a procedure which that can assess these behaviors: the psychological tests, specifically the recent Symptom Validity Scale – Experimental Version (EVS-VE; Simões Nunes & Cunha, 2010). Aspiring to better understanding the validity and usefulness of the EVS-VE, two studies were conducted: Study I is based on a normative nature (*Community Sample*: N=180) and Study II involves a heterogeneous sample collected in medical-legal context (*Medical-Legal Sample*: N=53). Apart from the EVS-VE, the protocol of this study includes other tests, such as Structured Inventory Malingering Symptomatology (SIMS, Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, et al., 2010) and the Rey 15-Item Memory Test (RMT; Rey, 1958 Boone at al., 2002; Simões, et al., 2010), measures of exaggeration of symptoms, the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007), a measure of psychopathology, the Marlowe Crowne Social Desirability Scale (MCSDS; Crowne & Marlowe, 1960; Almiro, Simões & Sousa, 2012), measure of social desirability, and a measure of cognitive intellectual level, the Raven's Progressive Matrices Standardized (MPR; Raven & Court, 1996; Portuguese version Infoteste, 1999).

The results of the EVS-VE were promising regarding the reliability (internal consistency) both in the community sample ( $\alpha=.519$ ) and in the forensic sample ( $\alpha=.920$ ). Regarding the validity of the results in the EVS-

VE convergence is observed with scores on SIMS (ratio of Total scales:  $r=.610$  in community sample,  $r=.779$  in the forensic sample). On the other hand, there was no statistically significant relationship between scores on the EVS-VE and the measure of social desirability (MCSDS) or the measure of the extent of exaggeration of cognitive symptoms (RMT). Among the scores on the EVS-VE and the measure of psychopathology (BSI) was observed a statistically significant positive relationship, revealing vulnerabilities in the EVS-VE as a measure of simulation. In this sample it was not identified any impact on the results of the EVS-VE on the sociodemographic variables (age, gender and education). Regarding the medical-legal context, two sample subgroups were identified based on the legal processes of the ones examined (*Child Custody* and *Other Assessments*), where statistically significant differences were observed between subgroups (higher scores in the subgroup *Other Assessments*). It was also considered the relationship between scores on the EVS-VE and “perceived health” (physical and psychological) of the individual over himself (studied in the work of Nunes, 2011). The results significantly discriminated individuals, obtaining higher scores in EVS-VE those who did not consider themselves “healthy”, when compared to those who did consider themselves “healthy”

**Key Words:** Symptom Validity Scale – Experimental Version; malingering; reduced effort; overreporting; medico-legal context; neuropsychological assessment; psychopathology; social desirability.

## **Agradecimentos**

Num ano de esforço contínuo, entre momentos de inspiração e outros menos produtivos, houve um foco preponderante neste trabalho: todos aqueles que acreditaram em mim! Por isso, gostava de agradecer:

A todas as pessoas que participaram neste estudo, pela disponibilidade e esforço. Obrigada por cada resposta, minuto, amizade, pois sem a vossa colaboração não seria possível.

À Catarina por aceitar desenvolver este estudo comigo, pela ajuda e pela forte posição assumida aquando das dificuldades.

Ao Professor Doutor Mário Rodrigues Simões por partilhar a sua admirável sabedoria e pela exigência que deposita no trabalho propondo constantes desafios e novas visões das matérias.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal, nomeadamente ao Dr. Francisco Corte-Real por ter autorizado a realização deste estudo. À Dr.<sup>a</sup> Margarida Barreto e à Dr.<sup>a</sup> Isabel Cruz pelo privilégio de trabalhar com elas, pelo incentivo, disponibilidade e incansável apoio na recolha da amostra.

Aos meus pais, Francisco e Paula, por não só me abrirem o seu coração e me transmitiram os seus valores, como por me darem a possibilidade de concretizar este curso e nunca deixar de sonhar.

Ao meu primo João Cupido, pela força e maturidade com que encarou as suas fragilidades, que indiretamente me impulsionaram neste trabalho abordando-o com esperança e coração.

À minha família e amigos, a cada um deles em especial, que contribuíram com a sua ajuda e humilde esforço, mesmo quando não compreendiam integralmente os meus projetos e trabalhos... obrigada pelo apoio, paciência e carinho. Obrigada Mano!

À Inês pelas boas energias, à Sara pela presença, à Bárbara pelas viagens mentais por terras da Lua e do Sol e à Ana, a “voz da consciência”.

Ao Joaquim por se manter fiel às suas palavras e depositar em mim toda a confiança, transmitindo-me força e motivação, e pela forma amiga e o amor com que me encorajou.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I. Enquadramento concetual (revisão da literatura)</b> .....	<b>2</b>
<b>Simulação: concetualização e instrumentos de medida</b> .....	<b>2</b>
1. Diagnóstico de simulação .....	3
2. Detecção de comportamentos de simulação .....	4
<b>O contexto médico-legal</b> .....	<b>6</b>
<b>Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental</b> .....	<b>8</b>
<b>II. Objetivos</b> .....	<b>10</b>
<b>III. Metodologia</b> .....	<b>11</b>
<b>Participantes</b> .....	<b>11</b>
Amostra da Comunidade (AC).....	11
Amostra Médico-Legal (AINML) .....	12
<b>Instrumentos de avaliação</b> .....	<b>13</b>
Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental .....	13
Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas .....	13
Rey 15-Item Memory Test.....	14
Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne .....	14
Inventário de Sintomas Psicopatológicos .....	14
Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven .....	15
<b>Procedimento</b> .....	<b>15</b>
Amostra da Comunidade (AC).....	15
Amostra Médico-Legal (AINML) .....	15
<b>IV. Resultados</b> .....	<b>16</b>
<b>Estudo I: EVS-VE numa Amostra da Comunidade (AC)</b> .....	<b>16</b>
Estudos de Validade .....	18
1. Validade Interna .....	18
2. Validade Convergente-Divergente .....	18
3. Validade Discriminante .....	20
<b>Estudo II: EVS-VE numa Amostra Médico-Legal (AINML)</b> .....	<b>21</b>
Estudos de Validade .....	22
1. Validade Interna .....	23
2. Validade Convergente-Divergente .....	23
2.1 Subgrupo Outras Avaliações .....	23
2.2 Subgrupo Responsabilidades Parentais.....	25
3. Validade Discriminante .....	26
<b>IV. Discussão</b> .....	<b>27</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>34</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>36</b>

## Lista de Acrónimos

### EVS-VE

P	Psicose
PE	Perturbações Emocionais
PC	Perturbações Cognitivas
SS	Sintomas Somáticos
It. Ind	Itens Indiferenciados

### SIMS

P	Psicose
NI	Défice Neurológico
AM	Perturbações Mnésicas
LI	Capacidade Intelectual Reduzida
AF	Perturbações Afetivas

### BSI

S	Somatização
OC	Obsessões Compulsões
SI	Sensibilidade Interpessoal
D	Depressão
A	Ansiedade
H	Hostilidade
AF	Ansiedade Fóbica
IP	Ideação Paranóide
IGS	Índice Geral de Sintomas
TSP	Total de Sintomas Positivos
ISP	Índice de Sintomas Positivos

## Introdução

A avaliação psicológica exige, por definição, o recurso a técnicas e instrumentos válidos e representativos que considerem a dinâmica do comportamento do examinado de maneira a conhecer e compreender variáveis como esforço despendido, a motivação para colaborar validamente no processo de avaliação e o estilo de resposta adotado (Simões, 1994). Em contexto forense a possibilidade dos indivíduos examinados forjarem os seus desempenhos é elevada (Bush, et al., 2005; Vitacco, Rogers, Gabel & Muniza, 2007; Vitacco, et cols., 2008), podendo estes adotar comportamentos denominados: *faking good* ou *faking bad* (Lanyon, Dannenbaum, Wolf & Brown, 1989 *cit in* Berry, Wetter & Baer, 1995). Daí que, segundo Iverson (2003) quando uma avaliação (neuro)psicológica não contempla considerações sobre as motivações do indivíduo, esta deve ser considerada incompleta. Tal deve-se à relação positiva entre ganhos secundários e o exagero ou fabrico de sintomas, ou esforço insuficiente (*cit in* Bush, et al., 2005). No caso específico desta tese pretende-se explorar os comportamentos *faking bad*, especificamente, os comportamentos de simulação ou exagero de sintomas.

A simulação é definida como a produção intencional de falsa ou muito exagerada sintomatologia, com o propósito de servir uma recompensa externa, identificada e assumida pelo indivíduo. Pode associar-se ao exagero deliberado de sintomas ou défices, *overreporting*, assim como à tentativa do indivíduo apresentar-se como estando perturbado do ponto de vista psicológico (cognitivo ou emocional), *faking bad*. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) estes comportamentos não são indicativos de um transtorno mental, mas antes uma condição “adicional que pode ser um foco de atenção clínica” (*American Psychiatric Association* - APA, 2000/2002).

É crucial a avaliação dos comportamentos de simulação. Nesse sentido, notou-se um esforço em desenvolver linhas orientadoras de avaliação que designassem técnicas passíveis de diagnóstico, como entrevistas clínicas, recolha de dados colaterais, observação dos comportamentos e, incontornavelmente, o recurso a testes psicológicos (cf. Bush, et al., 2005; Heilbronner, et al., 2009; Larrabee, et al., 2007; Slick, Sherman & Iverson, 1999; Slick, Tan, Strauss & Hultsch, 2004).

Em termos práticos e éticos, existem problemas na implementação deste tipo de avaliações (Berry, Wetter & Baer, 1995), pela exigência e importância de recorrer a vários instrumentos de identificação de estilos de resposta, que, por sua vez, designem múltiplas fontes (Rogers, 2008a; Heilbronner, et al., 2009; Widows & Smith, 2005). Os estudos nesta área em Portugal são relativamente recentes (para uma revisão cf. Simões, 2012). O desenvolvimento recente da EVS-VE teve como objetivo tornar mais rigorosa a avaliação dos comportamentos de simulação ou exagero de sintomas que constituem, como referimos, uma ameaça à validade da avaliação (neuro)psicológica em contexto forense. A EVS-VE pode constituir um complemento indispensável ao SIMS que já dispõe de alguns

estudos realizados em Portugal (Maior, 2008; Mota, 2007; Oliveira, 2008; Simões, et al., 2009; Simões, et al., 2011). Este tipo de instrumentos pretendem proporcionar uma primeira aproximação à possibilidade de diagnóstico de simulação, remetendo (ou não) posteriormente, para uma avaliação mais compreensiva. Apesar dos resultados promissores encontrados nos primeiros estudos com a EVS-VE (ver Cunha, 2011; Nunes, 2011), são necessários mais estudos sistemáticos que suportem a sua validade e utilidade. Relativamente ao estudo de Cunha (2011), o trabalho desenvolvido nesta tese destina-se a fornecer pontos de referência normativos numa amostra da comunidade mais numerosa e representativa. Relativamente à validação em contexto médico-legal (Nunes, 2011) pretende-se alargar a investigação a novos grupos relevantes (sobretudo o grupo das *Responsabilidades Parentais* e, também, um grupo heterogéneo que denominámos *Outras Avaliações*). Nestas amostras e com base no protocolo administrado, o desenho experimental pretende averiguar a estabilidade da relação da EVS-VE com o SIMS e, paralelamente, conhecer a relação dos seus resultados com os obtidos noutros instrumentos de medidas relevantes (medidas de simulação ou exagero de sintomas, desajustamento social, psicopatologia, cognitivas).

## I – Enquadramento concetual (revisão da literatura)

### *Simulação: concetualização e instrumentos de medida*

Nos últimos quinze anos as pesquisas, estudos e publicações sobre a deteção de exagero de sintomas ou esforço reduzido, conceitos preferíveis ao conceito de simulação, originaram um elevado número de publicações e revisões (ver revisão de Bianchini, Mathias & Greve, 2001, e recentemente de Simões, 2012). Além disso, têm sido desenvolvidas linhas de conduta e recomendações específicas para a avaliação dos estilos de respostas e motivações dos indivíduos submetidos a uma avaliação (Iverson, 2006), em consequência das taxas de prevalência dos comportamentos de simulação.

Em 1996, Rogers, Sewell, Morey e Ustad estimaram, em contexto forense, uma taxa de 17% de comportamentos de simulação, mas a equidade de tal estimativa era questionável, devido ao sucesso na capacidade de dissimulação por parte de muitos indivíduos simuladores. Algum do sucesso destes comportamentos está relacionado com o fato de, por vezes, serem manifestados por indivíduos que já tiveram ou têm verdadeira experiência de sintomatologia (Rogers & Bender, 2003). Mais recentemente, outros autores propuseram taxas de prevalência de simulação entre 15 e 17% (Rogers & Bender, 2003), 21% (Vitacco, Roggers, Gabel & Munizza, 2007 *cit in* Ray, 2009) e 40% (Larrabe, 2003 *cit in* Wisdom, Callahan & Shaw, 2010).

A taxa de prevalência, a relevância e implicações desta problemática justificam a presente pesquisa, a análise de fatores relevantes da simulação, bem como a forma como os comportamentos de simulação são detetados.

## 1. Diagnóstico de simulação

Encontram-se na literatura, várias reflexões acerca dos fatores (preferível à designação “critérios”; ver Otto, 2008) que conduzem a uma identificação de comportamentos de simulação (p. ex. Brennan & Gouvier, 2006; Conroy & Kwartner, 2006; Kane, 2010) propostos pelo DSM-IV-TR (APA 2000/2002). Estes prendem-se com: (i) a realização da avaliação em contexto médico-legal, (ii) uma discrepância entre as queixas apresentadas pelo indivíduo e os resultados objetivos identificados, (iii) a não colaboração do indivíduo na avaliação diagnóstica ou no processo de tratamento, e (iv) uma Perturbação da Personalidade Antissocial. Porém, a aplicação prática destes critérios é limitativa (ver Otto, 2008). Estudos como o de Nicholson e Martelli (2007) e Vitacco (2008) encontraram 80% de falsos positivos (*cit in* Kane, 2010) quando utilizaram estes “critérios”, para averiguar diagnóstico de simulação.

Estes fatores apesar de serem guias de ação profissional, não devem ser considerados fora da investigação empírica atualizada e da reflexão conceptual disponível. Neste contexto, a crítica reside no fato de não existirem índices mais pormenorizados para definir a presença de simulação (Berry & Nelson, 2010), uma vez que são vários os cenários necessários reconhecer. É importante considerar os comportamentos de simulação como um contínuo (Rogers, 2008b), e não como um fenómeno “tudo ou nada”, uma vez que estes existem em vários níveis. P. ex., alguns indivíduos têm sintomatologia genuína mas comunicam intencionalmente uma maior gravidade dessa mesma sintomatologia. Outros indivíduos “fabricam” a totalidade dos sintomas comunicados para receberem benefícios externos. (Conroy & Kwartner, 2006). Além disso, simulação não pode ser vista como um traço de personalidade (Poythress, Edens & Watkins, 2001) e a sua presença não exclui a possibilidade de sintomas genuínos. E ainda, o diagnóstico de simulação corresponde a um juízo clínico pejorativo, mas por outro lado um falso diagnóstico tem consequências negativas substanciais para a vida pessoal, familiar e profissional do examinado.

A complexidade dos comportamentos de simulação é evidente, principalmente quando a confirmação do diagnóstico é difícil de estabelecer. A suspeita de simulação é diferente da evidência de simulação, em consequência da existência de simuladores sofisticados e da diversidade de comportamentos que apresentam. Assim, vários autores refletiram sobre uma melhor definição de simulação (p. ex. Greiffenstein, Baker & Gola, 1994; Rogers, 1997; Trueblood & Schmidt, 1993 e, sobretudo, a proposta mais consensual feita por Slick, Sherman & Iverson, 1999 *cit in* Brennan & Gouvier, 2006). Importa por agora definir os padrões de simulação e de respostas frequentes, para perceber a dinâmica que não é mutuamente exclusiva entre psicopatologia e simulação.

Segundo Ferguson (2003), os padrões de simulação podem incluir: (i) a falsificação de sintomas, (ii) o exagero de sintomas existentes, (iii) a manutenção ou agravamento de sintomas e, por fim, (iv) a atribuição incorreta de sintomas (*cit. in* Simões, 2006). Por sua vez, Resnick (1997) descreve três padrões de simulação, (i) Simulação Pura, (ii) Simulação

Parcial e (iii) Falsa Imputação (*cit in* Conroy & Kwartner, 2006). Importa considerar estes padrões de simulação para evitar uma visão simplista da simulação, que considere apenas Simulação Pura ou Falsificação de Sintomas como verdadeira simulação (Iverson, 2006). Por sua vez, Wilson e Moran (2004 *cit in* Kane, 2010) identificaram padrões de resposta frequentes do examinado, como reduzida fiabilidade teste-reteste, inconsistência entre avaliações, presença de resposta ilógicas e/ou inconsistentes ao longo da sessão, respostas aproximadas, embora erradas, evidência de “conjetura” acerca daquilo que o teste mede, sintomas implausíveis, esforço reduzido ou falta de cooperação no processo de avaliação por parte do sujeito (muitas respostas “não sei”, desistir rapidamente da tarefa), ou ainda, esforço excessivo (em estabelecer umnexo causal entre a alteração que apresenta e um acontecimento traumático prévio) (Lowenstein, 2002; Simões, 2006).

Neste sentido definir a variante *esforço insuficiente*, como o desempenho num teste substancialmente inferior aos padrões esperados para perturbações neurológicas verdadeiras. Esse desempenho, não está associado a uma patologia cerebral e não é atribuível a outras variáveis como p. ex. idade. Assim, simulação pode também ser definida como um exemplo específico de esforço insuficiente, mas apenas e só se este estiver orientado para a obtenção de ganhos secundários (Simões, 2005; Iverson, 2006).

Como é possível verificar, intrínseco aos comportamentos de simulação está o conceito de *ganhos secundários* (também designados por incentivos externos), que importa definir. Estes designam-se como uma condição necessária à definição de simulação, no entanto, limitada a contextos específicos de avaliação psicológica (Heilbronner, et al., 2009). Exemplos destes incentivos incluem compensações financeiras, compensações ao trabalhador, desresponsabilização nos casos criminais, justificação, desculpa ou atenuação para as consequências de comportamento criminal, relativização de deveres, obrigações ou outras responsabilidades (APA, 2000/2002). Contudo, se o objetivo do indivíduo não for um incentivo externo, mas exclusivamente o de assumir o “papel de doente”, o estilo de resposta é considerado factício (e não simulação).

A definição dos conceitos em torno da deteção dos comportamentos de simulação suscitam inevitavelmente a questão dos instrumentos de avaliação respetivos.

## **2. Deteção de comportamentos de simulação**

Uma avaliação adequada sobre a validade das respostas é essencial no contexto forense (Conroy & Kwartner, 2006), para maximizar a confiança nos resultados dos instrumentos, bem como no diagnóstico e recomendações feitas ao examinado (Bush, et al., 2005) e minimizar as consequências graves de identificação/diagnóstico errados (Coppola, Bewley, Harrison & Shapiro, 2007; Drob, Meehan & Waxman, 2009; Jackson, Rogers & Sewell, 2005). Ambas as considerações devem ser consistentes com as linhas de conduta da APA (Bush, et al., 2005) que enumeram pontos essenciais da avaliação (neuro)psicológica.

Para além da administração de instrumentos de avaliação específicos

na detecção de simulação, importa fazer uma análise qualitativa das respostas dos indivíduos, considerando variáveis contextuais/situacionais e inconsistências nos desempenhos (Simões, 2005). Especificamente, a qualidade das respostas do indivíduo pode ser avaliada através da análise da consistência da informação recolhida ao longo da entrevista ao examinado, incluindo informação relativa à história de vida e observação do comportamento (Berry, Wetter & Baer, 1995), nomeadamente situações que possam estar associadas a incentivos externos reconhecíveis: história de emprego irregular, ausências excessivas ao trabalho; comportamentos de desonestidade arreigados; conhecimento das normas legais relevantes para o seu caso; exposição prévia a processos litigiosos e experiência com companhias de seguro (Conroy & Kwartner, 2006; Lowenstein, 2002).

Relativamente à administração de instrumentos de medida, importa assinalar o trabalho dedicado a medidas de detecção de simulação que as tornara medidas progressivamente mais diversas e sofisticadas (Greve & Bianchini, 2004). É atualmente consensual que os protocolos de avaliação devem incluir o recurso a várias medidas de exame da simulação ou validade de sintomas. O uso de uma única medida não é aconselhável (Kane, 2010). A diversidade do conteúdo dos testes e do formato deles, realçam o seu potencial psicométrico quando aplicados conjuntamente, comparativamente à sua aplicação isolada (Lowenstein, 2002).

São vários os instrumentos disponíveis: (i) medidas de avaliação da personalidade mais tradicionais como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2* (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989) ou o *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991), ou ainda o *Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3* (MCMI-III; Millon, 1994); (ii) medidas de exame de inteligência ou cognição, e finalmente, (iii) medidas mais específicas como testes de validade de sintomas, nomeadamente, para averiguação de sintomas neurocognitivos, o *Test of Memory Malingered* (TOMM; Tombaugh, 1996) e o *Rey 15-Item Memory Test* (RMT; Rey, 1958, at Boone al., 2002), o *Word Memory Test* (WMT; Green, Allen & Astner, 1996), o *Victoria Symptom Validity Test* (VSVT; Slick, Hopp, Strauss & Thompson, 1997), o *Portland Digit Recognition Test* (PDRT; Binder, 1993), o *Digit Memory Test* (DMT; Hiscock & Hiscock, 1989), o *Reliable Digit Span Task* (RDST; Greffenstein, et al., 1994), o *Computerized Dot Counting Test* (CDCT; Rey, 1941; Lezak, 1995) e o *Amsterdam Short-Term Memory Test* (ASTM; Schmand, et al., 1998); assim como, para avaliação dos sintomas psicopatológicos, a *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby, Dickens, 1992), o *Strutred Inventory Malingered Symptomatology* (SIMS, Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005) (cit in Simões, 2006; Simões, et al., 2009).

Essencialmente, estes testes pretendem avaliar o estilo de resposta dos indivíduos, para perceber até que ponto este afeta a validade dos resultados da avaliação. Em Portugal, são considerados representativos inventários de auto-resposta, como o SIMS, e, recentemente a EVS-VE ou, ainda, uma entrevistas estruturada, *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS;

Rogers, 1992; Rogers, Bagby & Dickens, 1992) (Simões, et al., 2009).

Os testes tradicionais (medidas de personalidade e inteligência), já referenciados, incluem subescalas ou outros indicadores de validade, contudo são potencialmente menos específicos e objetivos (Simões, 2006). Já os testes de validade de sintomas visam responder a essa problemática, com a sua composição do tipo resposta forçada, onde duas alternativas de resposta, dão 50% de hipóteses do examinado responder corretamente ou ao acaso (Guilmette, et al., 1994, Slick, et al., 1994 *cit in* Simões, 2006).

É crucial a análise da concordância entre os resultados (Bush, et al., 2005; Simões, et al., 2009), sendo que uma parte dos problemas de avaliação pode ser evitada se os profissionais seguirem as seguintes recomendações: (i) recurso sistemático a vários testes que avaliem esforço reduzido ou exagero de sintomas; (ii) explicar aos examinados a importância de empregarem o seu melhor esforço e reportarem os seus sintomas de forma verdadeira; (iii) conhecimento da literatura e familiarização com os testes utilizados e (iv) formular conclusões de forma cuidadosa, explícita e clara (Iverson, 2006).

#### *O contexto médico-legal*

Um dos estudos desta tese desenvolve-se no contexto médico-legal, onde a avaliação (neuro)psicológica está centrada em variáveis relativas a características de personalidade e ao funcionamento cognitivo, emocional e psicopatológico do indivíduo. Este é um contexto de excelência em avaliação psicológica e, paralelamente, onde o potencial fabrico de sintomatologia ou exagero desta é elevado, comparativamente a vários outros contextos clínicos (cf. Berry & Shipper, 2008; Larrabee, 2003), tendo em conta as temáticas adversas dos processos e os riscos que o diagnóstico de simulação acarreta (*cit in* Conroy & Kwartner, 2006). Além disso, outros estilos de resposta podem ser adotados, há até quem defenda que em contexto forense o estilo de resposta adotado é “híbrido” (definição de Rogers, 1997 *cit in* Otto, 2008), pois os examinados podem variar o estilo de resposta adotado mediante o aspeto avaliado (p. ex. os progenitores quando avaliados podem sobrevalorizar as suas capacidades parentais, como comunicação e proteção, mas por outro lado, fingir-se perturbados emocionalmente, devido ao seu afastamento do filho).

Importa perceber, até que ponto os psicólogos estão capacitados para determinar o comprometimento das avaliações, causado pelos incentivos externos (Christiansen & Vincent, 2012). Neste sentido, há um amplo consenso na literatura que o comportamento enganoso é difícil de detetar (Ensalada, 2000 *cit in* Drob, Meehan, & Waxman, 2009). Vários estudos mostram que os clínicos não são muito bem-sucedidos em identificar esses comportamentos; p. ex., um estudo demonstrou que os psicólogos são apenas pouco mais precisos na deteção de fraude do que os participantes estudantes desse mesmo estudo (62% de precisão em comparação com 54%, respetivamente) (Drob, Meehan, & Waxman, 2009).

A avaliação deve ser conceptualizada como um fenómeno complexo, multidimensional e multifacetado que requer uma abordagem de carácter biopsicossocial (González, Capilla, & Matalobos, 2008). Por vezes uma

avaliação incompleta, nomeadamente no âmbito da avaliação de comportamentos de simulação pode ocorrer: “*largely because practitioners are so conditioned to accept clients reports as being ingenuous that they fail to scrutinize the accuracy of the report and, consequently, do not formally assess for malingering*” (Guriel & Fremouw, 2003). Contudo, este tipo de problema não é aceitável, uma vez que em contexto médico-legal há uma prevalência de 20% de sujeitos que procuram uma compensação após um episódio de *stress* (Frueh, Hammer, Cahill, Gold & Hamlin, 2000 *cit in* Taylor, Frueh & Asmundson, 2007), nomeadamente nos casos que simulam *Perturbação de Stress Pós-Traumático* (PTSD). Estes indivíduos abordam e comunicam os sintomas de forma sofisticada, obrigando o exame a considerar a variedade de sintomas de simulação, que por sua vez, podem variar em função do tipo de trauma e contexto (p. ex. motivação) da queixa (cf. Peace & Masliuk, 2011). Nos processos de *Regulação das Responsabilidades Parentais* (RRP), os pais podem (ou não) intencionalmente, distorcer a informação com intuito de salvaguardar o seu objetivo legal (Baerger, Galatzer-Levy, Gould & Nye, 2002). Outras investigações referem taxa de incidência de comportamentos de simulação em indivíduos que sofreram *Traumatismo Crânio-Encefálico* (TCE) de 38.5%, com prevalência destes sintomas superior em contexto médico-legal (McDermott y Feldman, 2007 *cit in* Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002). Frederick (2000) e Heinze e Purisch (2001) sugerem que a simulação cognitiva em contexto forense pode variar de 13 a 17% (*cit in* Duncan, 2005). Todas estas percentagens são consideráveis e abordam tipos de processos trabalhados em contexto médico-legal, obrigando os técnicos a reconhecer que a sua capacidade de detetar comportamentos de simulação com base num juízo clínico pode evidenciar pouco valor preditivo, sendo necessário o recurso a medidas empíricas de exame da simulação para garantir a integridade do testemunho dos especialistas (Simões, 2006). Uma vez que os indivíduos apresentam simultaneamente queixas cognitivas e emocionais, tal requer que ambos os domínios sejam apropriadamente examinados de forma válida (Heilbronner, et al., 2009).

Embora as taxas de prevalência registadas são caracterizadas sobretudo por comportamentos de simulação de exagero de sintomatologia (e não o produção integral de sintomas), podem ainda ser vistos outros estilos de resposta, como comportamentos de negação, referentes à minimização dos sintomas (p. ex. *Regulação das Responsabilidades Parentais*). Alguns autores (p. ex. Hall & Poirier, 2001 *cit in* Cima, 2003) equivalem a negação à *desejabilidade social* (avaliada neste estudo mediante administração da MCSDS), uma vez que esta se designa pela tendência de negar defeitos ou falhas, para dar uma boa impressão de si, segundo as normas e valores morais da sociedade. Consequentemente, depreende-se que o tipo de comportamento que o indivíduo assume, remete não só ao contexto social onde está inserido (Cima, 2003), mas também ao processo de avaliação específico em que está envolvido e ao pretexto específico avaliado durante o exame.

Importa referir que quando a intencionalidade do indivíduo é posta em

dúvida, a avaliação e o comportamento do indivíduo devem ser considerados com grau de certeza reduzido (Roger, 1997 *cit in* Conroy & Kwartner, 2006). Contudo, a identificação de um ou mais sintomas relacionados com comportamentos de simulação não provam que a pessoa está a forjar o seu comportamento (Resnick & Knoll, 2008), sendo necessário corroborar essa conclusão com evidências provenientes de várias fontes. Da mesma forma, se os avaliadores recorrem a instrumentos de avaliação é crucial que estejam familiarizados com a validade e fidedignidade das medidas de simulação e que as apliquem em populações onde a motivação para simular e a presença de incentivos estejam presentes (Conroy & Kwartner, 2006). A seleção e utilização de instrumentos de medida devem ter em conta a população e o contexto, uma vez que, em contexto forense, o comportamento adotado por alguém que está a simular, por exemplo, uma psicose, é muito diferente do comportamento adotado pelo mesmo indivíduo num internamento hospitalar em unidade de psiquiatria (Smith, 2008).

Atualmente, a maioria dos psicólogos forenses empregam tanto instrumentos de avaliação globais (medidas de inteligência ou personalidade, p. ex) que incluem escalas de validade, como medidas específicas de deteção de simulação (Christiansen & Vincent, 2012), assim como instrumentos de medida que avaliem outros estilos de resposta (p. ex. desejabilidade social).

Importa referir ainda o cuidado necessário em proteger estes testes, uma vez que a propagação de informação acerca deste tipo de instrumentos pode comprometer a validade e utilidade das avaliações (Tan, Slick, Strauss, & Hultsch, 2002).

#### *Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE)*

Os primeiros estudos realizados com a EVS-VE enquanto nova medida de simulação de sintomas psicopatológicos, neurocognitivos e somáticos, pretenderam dar resposta às necessidades técnicas do exame de comportamentos de simulação em Portugal, nomeadamente a necessidade já referida deste tipo de avaliação recorrer a várias medidas. O desenvolvimento da escala relacionou-se com a sua futura utilidade como um passo inicial da avaliação dos sujeitos (valorizando a sensibilidade da escala, evitando os falsos negativos), que posteriormente pudessem merecer uma avaliação mais compreensiva (valorizando a especificidade, detetando os falsos positivos).

Simões, Cunha e Nunes (2010) basearam a seleção dos itens que compõem a escala, considerando a literatura e as descrições que esta apresenta sobre as características qualitativas da simulação, bem como numa revisão dos instrumentos existentes de avaliação de simulação e escalas de validade de medidas tradicionais. Neste contexto, socorreram-se dos testes: *Malingering Probability Scale* (MPS; Silverton, 1999), *SIRS, Miller Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST; Miller, 2001), *Assessment of Depression Inventory* (ADI; Mogge & LaPage, 2004) assim como da *Escala Negative Impression Management* (NIM), pertencente ao *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991), da *Debasement Scale* (Escala Z) do *MCMII-III* e da *Fake Bad Scale* (FBS) do *MMPI-2*, respetivamente (cf.

Cunha, 2011; Nunes, 2011).

O processo de seleção teve em conta sucessivos tratamentos dos itens (385 itens considerados inicialmente) com eliminação, reformulação e progressivo aperfeiçoamento da formulação dos mesmos, resultando uma versão final experimental de 81 itens. Estes itens foram distribuídos por 5 dimensões considerando a sua categorização em diferentes patologias, de acordo com o estudo de prevalência das mesmas e, uma vez que, a literatura defende que os instrumentos de validade de sintomas devem atender um vasto conjunto de simulação de perturbações (cf. Sullivan & King, 2010), bem como de queixas somáticas. A divisão dos itens foi realizada por apenas três psicólogos clínicos com níveis de experiência muito distintos. Estes não foram submetidos a uma análise factorial devido ao reduzido tamanho da amostra. Contudo, os itens foram categorizados com base nas estratégias de deteção de simulação de psicopatologia investigadas por Rogers e Bender (2003) (Cunha, 2011; Nunes, 2011).

Partindo da revisão de literatura sobre estratégias de deteção de simulação (cf. Rogers & Schuman, 2005; Rogers, 2008; Rogers & Bender, 2009 *cit in* Cunha, 2011 e Nunes, 2011), ponderando a combinação de modelos empíricos e heurísticas de simulação proposta por Rogers, bem como as considerações de Berry e Nelson (2010) que sugerem a utilização de múltiplas estratégias de deteção de simulação, a EVS-VE contempla 5 das estratégias concetualizadas: Sintomas Raros, Sintomas Quase-Raros, Sintomas Improváveis, Combinação de Sintomas e Estereótipos Erróneos (ver Rogers, 2008a; Rogers, 2008b).

Para validar a EVS-VE, enquanto medida de deteção de simulação, e tomando em linha de conta o programa de estudos do SIMS, as estratégias utilizadas responderam a um *design* de simulação (*simulation design*), a um *design* de comparação de grupos conhecidos (*known-groups comparison*) e a um *design* de prevalência diferencial (*differential prevalence design*).

Os resultados obtidos no estudo que aplicou o *design* de prevalência, provaram algumas limitações inerentes à validade interna, dado o não controlo sobre o estilo de resposta adotado pelos indivíduos. Contudo, a EVS-VE evidenciou resultados convergentes e similares nas amostras forenses utilizadas (*Amostra Estabelecimento Prisional de Coimbra*: N=16; *Amostra Médico-Legal*: N=40), bem como diferenças estatisticamente significativas entre essas amostras forenses e a *Amostra da Comunidade* (N=40) (diferenças no resultado Total da EVS-VE M(INML)=23.63 vs M(AC)=18.69;  $t(55.765)=2.039$ ,  $p=.046$ ) (cf. Nunes, 2011).

No que concerne ao estudo segundo o *design* de comparação de grupos conhecidos, especificamente em contexto médico-legal (N=40) os resultados médios obtidos para o Total foram 23.63 (DP=13.80), apresentando-se este resultado com uma consistência interna “muito boa” ( $\alpha=.943$ ). Neste estudo, além do Total, as dimensões *Psicose*, *Perturbações Emocionais* e *Perturbações Cognitivas* apresentaram-se como dimensões mais homogéneas e unidimensionais, comparativamente aos outros indicadores, considerando-se esses quatro resultados como medidas mais objetivas e consistentes da simulação (Nunes, 2011).

No estudo que utilizou uma aproximação ao *design* experimental de simulação verificou-se que a EVS-VE discrimina significativamente *Respostas Honestas* (M=18.13; DP=5.53) de *Respostas de Simulação*, com resultados significativamente superiores nos cenários onde era solicitado que os indivíduos simulassem uma patologia específica.

Relativamente à aplicação da EVS-VE a uma amostra reduzida da *Comunidade* (N=39), com objetivo de obter normas provisórias (pontuação Total na EVS-VE: M=18.69; DP=6.22). De acordo com o esperado num registo de validade dos resultados, e numa outra amostra não forense a EVS-VE apresentou resultados similares no cenário *Respostas Honestas* do *design* experimental. Já relativamente à consistência interna observaram valores de *alfa* de *Cronbach* para cada dimensão “fracos” ou “inadmissíveis”. Contudo isso não se verificou no Total da escala ( $\alpha=.765$ ), apresentando-se este como uma medida mais fiável de avaliação de comportamentos de simulação comparativamente às suas dimensões analisadas isoladamente (cf. Cunha, 2011).

As consequências de um relato inverosímil podem tornar-se num problema, assim como uma identificação/diagnóstico errado pode acarretar consequências graves para o examinado; neste particular são conhecidas e possíveis consequências de natureza científica (p. ex. distorcendo os resultados nos testes), ética (p. ex. impedindo o acesso a tratamentos e cuidados adequados, origem de fragilidades psicológicas) e social (p. ex. perda de benefícios no emprego ou de indemnizações) (Coppola, Bewley, Harrison & Shapiro, 2007; Drob, Meehan, & Waxman, 2009; Jackson, Rogers & Sewell, 2005). Por estes motivos é importante continuar a explorar os comportamentos de simulação através da investigação com mais (e novos) instrumentos, como a EVS-VE, também no contexto português.

## II – Objetivos

A partir deste enquadramento que sobretudo refere a importância de usar instrumentos sólidos do ponto de vista psicométrico (válidos, dispondo de dados de natureza normativa) na avaliação de comportamentos de simulação, foram elaborados dois estudos, a seguir apresentados.

O **Estudo I** pretende identificar pontos de referência normativos numa *Amostra da Comunidade* (N=180), com normas provisórias definidas por idade, género e escolaridade. Assim como, com base na amostra normativa, serão igualmente analisadas as relações entre as dimensões internas da EVS-VE e desta com os outros instrumentos de avaliação administrados. São expectáveis: [H1] que os resultados na EVS-VE não são influenciados pelo género, idade ou escolaridade; [H2] correlações elevadas entre as dimensões específicas da EVS-VE e a pontuação Total, sugestivas de presença de validade interna; [H3] correlação positiva e significativa entre os resultados da EVS-VE e do SIMS; [H4] correlações entre a EVS-VE e o BSI estatisticamente não significativas; [H5] uma relação negativa, estatisticamente significativa entre os resultados da EVS-VE e MCSDS; [H6] resultados na EVS-VE não influenciados pela capacidade cognitiva global (obtida pela administração da prova MPR).

O **Estudo II** pretende realizar uma nova validação da prova em contexto médico-legal, numa amostra heterogénea, aproximada da diversidade de quesitos solicitados ao Serviço de Clínica Forense. A *Amostra Médico-Legal* (N=53) foi dividida em dois subgrupos, consoante o teor das avaliações realizadas, nomeadamente no âmbito das *Responsabilidades Parentais* (n=29; 54.7%) e *Outras Avaliações* (n=24; 45.3%), tendo os seguintes objetivos e hipóteses: [H7] valores de consistência interna da EVS-VE elevados no Total e nas dimensões específicas aceitáveis ou bons; [H8] correlações elevadas, entre as dimensões específicas da EVS-VE e a pontuação Total, suportando a sua validade interna; [H9] diferenças estatisticamente significativas ao nível dos resultados totais e das dimensões específicas da EVS-VE na comparação dos subgrupos; [H10] no âmbito da validade concorrente, uma relação positiva e estatisticamente significativa entre os resultados da EVS-VE e o SIMS, no subgrupo *Outras Avaliações*; [H11] correlação positiva entre os resultados na EVS-VE e no BSI no subgrupo *Outras Avaliações*; [H12] relação negativa estatisticamente significativa entre os resultados na EVS-VE e o RMT; [H13] no subgrupo *Responsabilidades Parentais*, uma relação negativa e estatisticamente significativa entre a EVS-VE e a MCSDS, com valores que indiquem tendência de respostas socialmente aceitáveis; [H14] uma relação negativa e estatisticamente significativa entre a EVS-VE e o BSI no subgrupo *Responsabilidades Parentais*; [H15] ausência de influência nos resultados da EVS-VE da capacidade cognitiva global (medida pela aplicação das MPR); [H16] impacto significativo da percepção de ser ou não saudáveis, nos resultados da EVS-VE.

## II - Metodologia

### *Participantes*<sup>1</sup>

#### **Amostra da Comunidade (AC)**

À *Amostra da Comunidade* pertencem indivíduos residentes em vilas de Vagos e Avanca e cidades de Ílhavo e Santa Maria da Feira do distrito de Aveiro (áreas predominantemente rurais), num total de 180 sujeitos, onde 98 são do sexo masculino (54.4%) e 82 do sexo feminino (45.6%). As idades dos indivíduos variam entre os 18 e os 60 anos (M=37.23; DP=10.70). No que diz respeito à escolaridade esta varia dos 4 anos aos 17 anos, encontrando-se o maior número de sujeitos no nível de escolaridade equivalente ao Ensino Superior (67; 37.2%). Esta amostra tem ainda, 6 sujeitos (3.3%) com 4º ano; 11 sujeitos (6.1%) com 6º ano; 33 sujeitos (18.3%) com 9º ano; 59 sujeitos (32.8%) com 12º ano e 4 sujeitos (2.2%) com o equivalente ao Ensino Médio. A maioria dos sujeitos da amostra tem um Nível Socioeconómico (NSE) médio (108; 60%). Existem ainda 26

<sup>1</sup> A categorização das variáveis foi feita segundo o que foi utilizado no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Simões, 1994).

sujeitos (14.4%) pertencentes ao nível baixo e os restantes 46 sujeitos (25.6%) ao NSE elevado.

**Tabela 1. Caracterização da Amostra da Comunidade**

	Frequência	Percentagem %
<b>GÉNERO</b>		
Masculino	82	45.6
Feminino	98	54.4
	Frequência	Percentagem %
<b>ESCOLARIDADE</b>		
4º ano	6	3.3
6º ano	11	6.1
9º ano	33	18.3
12º ano	59	32.8
Ensino Médio	4	2.2
Ensino Superior	67	37.2
	Frequência	Percentagem %
<b>NÍVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Baixo	26	14.4
Médio	108	60.0
Elevado	46	25.6

### **Amostra Médico-Legal (AINML)**

A *Amostra do Instituto Nacional de Medicina Legal* é constituída por indivíduos examinados no Serviço de Clínica Forense, do Instituto Nacional de Medicina Legal da Delegação Centro, compreendendo um total de 53 indivíduos. Caracteriza-se por uma amostra de 34 indivíduos do sexo masculino (64.2%) e 19 do sexo feminino (35.8%), com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos de idade ( $M=39.15$ ;  $DP=9.51$ ). O NSE dos indivíduos corresponde maioritariamente ao nível baixo e médio, com igual número de sujeitos (19; 35.8%), tendo os outros 15 sujeitos um NSE elevado. No que respeita à escolaridade, o maior número de sujeitos tem o Ensino Superior (17; 32.1%) existindo ainda: 9 sujeitos (17%) com o 4º ano; 8 sujeitos (15.1%) com 6º ano e o mesmo número com 12º ano e 11 sujeitos (20.8%) com 9º ano.

Os indivíduos da AINML foram subdivididos em dois subgrupos. Um primeiro subgrupo designa-se *Responsabilidades Parentais* (RP: 29; 54.7%) ao qual pertencem indivíduos que se dirigem ao INML para serem submetidos a uma avaliação psicológica no âmbito da avaliação das responsabilidades parentais ou processos de promoção e proteção. O segundo subgrupo designa-se *Outras Avaliações* (OA: 24; 45.3%), onde foram incluídos indivíduos que se dirigem ao INML para serem submetidos a avaliações psicológicas no âmbito de diversos processos, incluindo avaliações psicológicas complementares de psiquiatria – p. ex. diagnósticos de *Perturbação de Stress Pós-Traumático* (PTSD), exames complementares de neurologia – p. ex. *Traumatismo Crânio-Encefálicos* (TCE) e solicitações dos sistemas judiciais – p. ex. (in)imputabilidade, liberdade condicional,

perícias à personalidade entre outros.

**Tabela 2. Caracterização da Amostra Médico-legal (AINML)**

	Frequência	Percentagem %
<b>GÉNERO</b>		
Masculino	34	64.2
Feminino	19	35.8
	Frequência	Percentagem %
<b>ESCOLARIDADE</b>		
4º ano	9	17.0
6º ano	8	15.1
9º ano	11	20.8
12º ano	8	15.1
Ensino Médio	0	0
Ensino Superior	17	32.1
	Frequência	Percentagem %
<b>NÍVEL SÓCIO ECONÓMICO</b>		
Baixo	19	35.8
Médio	19	35.8
Elevado	15	28.3
	Frequência	Percentagem %
<b>SUB GRUPOS</b>		
Responsabilidades Parentais	29	54.7
Outras Avaliações	24	45.3

### *Instrumentos de avaliação*

**Escala de Validade de sintomas – Versão Experimental (EVS-VE; Simões, Nunes & Cunha, 2010).** Medida breve de avaliação de simulação psicopatológica, cognitiva e somática, com um total de 81 itens, numa escala de auto-resposta de “Verdadeiro” ou “Falso”, com pontuações de 1 e 0 pontos. Além do resultado Total da escala, os itens encontram-se distribuídos por 5 dimensões: (i) *Psicose* (P) - sintomas psicóticos bizarros, raros e combinados de forma infrequente ou pouco usual, (ii) *Perturbações Emocionais* (PE) - sintomas pouco comuns referentes a estados depressivos e ansiógenos relativos ao humor, apetite e sono, (iii) *Problemas Cognitivos* (PC) - sintomas relacionados com problemas de memória, concentração e atenção excepcionais; (iv) *Sintomas Somáticos* (SS) - reportam dores ou mal-estar físico frequente, e, finalmente, (v) *Itens Indiferenciados* (It. Ind.) - itens de cariz não patológico, que não se integram em nenhuma das dimensões anteriores e se baseiam na estratégia de deteção “avaliação direta da honestidade” (Cunha, 2011; Nunes, 2011).

**Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, et al., 2010).** Inventário de auto-resposta, que permite recolher informação sobre comportamentos de simulação, averiguando eventual necessidade de uma avaliação mais

compreensiva (Widows & Smith, 2005). Esta prova evidencia na investigação pouco consenso no ponto de corte a considerar, Smith (2008) considera uma variação entre 14 e 16 pontos, enquanto Wisdom, Callaham e Shaw (2010) propõem um ponto de corte de 24 pontos. É aplicada a sujeitos com 18 ou mais anos de idade e é constituído por 75 itens de resposta “Verdadeira” ou “Falsa”. Além do resultado Total, proveniente da soma da pontuação nas respostas (atribuídas com 0 ou 1 pontos), está dividida em 5 escalas (com 15 itens cada), que identificam sintomas psicopatológicos e funções cognitivas, nomeadamente (i) *Psicose (Psychosis; P)*, (ii) *Défice Neurológico (Neurologic Impairment: NI)*, (iii) *Perturbações Mnésicas (Amnestic Disorders; AM)*, (iv) *Capacidade Intelectual Reduzida (Low Intelligence; LI)*, (v) *Perturbações Afetivas (Affective Disorders; AF)* (Widows & Smith, 2005).

**Rey 15-Item Memory Test (RMT; Rey, 1958, Boone, et al., 2002; Simões, et al., 2010).** Prova rápida e fácil de administrar, usada para detetar comportamentos de simulação relacionados com processos de memória, ou défices de memória. Consiste numa folha que regista 15 elementos em cinco linhas e três colunas exibidos ao sujeito durante 10 segundos, com a instrução de que deverá estar atento, uma vez que os terá de memorizar e seguidamente reproduzi-los. Depois de retirada a folha do seu campo de visão, é dado ao sujeito uma folha em branco para que possa desenhar os elementos de que se recorda (dispondo de 2 minutos) (Reznek, 2005). Além da *Evocação Imediata* aplica-se ainda uma tarefa de *Reconhecimento*, que consiste em apresentar uma folha com os 15 elementos que o sujeito previamente observou, misturados com outros 15 (distratores); a tarefa é a de identificar os elementos anteriormente observados. Esta prova parece não ser afetada por variáveis psicopatológicas e cognitivas (p. ex., ansiedade, depressão, declínio cognitivo) (Boone, et al., 2002).

**Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro, Simões & Sousa, 2012).** Escala com 33 afirmações que avaliam a tendência do participante responder aos inventários de forma socialmente aceitável. Do total dos itens, existem 18 deles aos quais se prevê que o sujeito responda autonomamente com “Falso” e 15 com “Verdadeiro”. Cada resposta dada é posteriormente analisada e cotada com 0 ou 1 pontos obtendo-se, pela soma simples dos resultados em cada item, o resultado Total (Scagliusi, et al., 2004).

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007).** Inventário que permite avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas. Esse mal-estar é analisado segundo as pontuações de 9 dimensões (*Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo*) que fornecem informação sobre o tipo de sintomatologia que

mais perturba o indivíduo. São 53 itens numa escala de auto-resposta do tipo *Likert* variando num espetro desde 0 “nunca” a 4 “muitíssimas vezes”. A escala tem também 3 Índices Globais, o *Índice Geral de Sintomas* (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados; o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) que corresponde ao número de queixas sintomáticas apresentadas e o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) média da intensidade de todos os sintomas assinalados (Canavarro, 2007).

**Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven (MPR; Raven & Court, 1996; versão portuguesa Infoteste, 1999).** Prova que permite uma avaliação global da capacidade cognitiva, considerada internacionalmente das melhores medidas psicológicas do *fator g* (inteligência geral). Os itens iniciais são sobretudo de percepção gestáltica (organização perceptiva dos elementos da matriz como um todo), enquanto os últimos itens se estruturam já numa lógica de dedução e indução de relações entre os seus elementos constituintes (raciocínio por analogia). A prova é constituída por 60 itens organizados por quatro séries (A, B, C, D e E) de dificuldade crescente, estando os 12 itens em cada uma das séries também organizados por ordem ascendente de dificuldade (Raven & Court, 1996).

#### *Procedimento*

##### **Amostra da Comunidade (AC)**

Para integrar na *Amostra da Comunidade* consideraram-se os seguintes critérios: sujeitos cuja língua materna fosse o português, maiores de 18 anos e menores de 60 anos, com nível de escolaridade igual ou superior ao 4º ano e que não apresentassem défices cognitivos graves, ou perturbações psicóticas, consentimento informado para participar na investigação. O protocolo foi administrado de acordo com as normas e instruções de cada teste, bem como garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações. Optou-se por não se aplicar o RMT sendo que as outras provas ficaram com a seguinte ordem de administração: MPR, EVS-VE, BSI, SIMS e MCSDS.

##### **Amostra Médico-Legal (AINML)**

Mediante recolha da autorização pedida à Direção da Delegação Centro do INML, deu-se início à recolha da *Amostra Médico-Legal* tendo em conta os seguintes critérios de exclusão: sujeitos cuja língua materna não fosse o português; menores de 18 anos; nível de escolaridade inferior ao 4º ano e aqueles que apresentassem défices cognitivos graves, assim como perturbações psicóticas. Para o efeito, inicialmente eram recolhidas as informações sociodemográficas e feita uma entrevista ao sujeito. Referir que todos os participantes foram informados que as provas seriam objeto de estudo académico, garantindo-lhes o completo anonimato e confidencialidade das informações, no entanto, era dito que o objetivo das escalas seria a avaliação de sintomatologia psicopatológica e neurocognitiva

e não, a presença de simulação. O protocolo estendia-se durante aproximadamente 45 minutos e a ordem de aplicação dos testes era a seguinte: MPR, EVS-VE, RMT (Evocação Imediata seguida da tarefa de Reconhecimento), BSI, SIMS e MCSDS.

#### IV - Resultados

A análise de resultados do estudo empírico foi executada na sua totalidade com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 para o *Windows*. Toda a interpretação estatística foi auxiliada com base nas obras de Maroco (2010) e Pestana e Gageiro (2005).

##### *Estudo I: EVS-VE numa Amostra da Comunidade (AC)*

A análise descritiva dos resultados obtidos na EVS-VE (Total e dimensões) na AC, discriminados na Tabela 3, apresenta resultados semelhantes aos primeiros estudos com a escala. A média obtida na pontuação Total corresponde a 17.10 (DP=5.56). As pontuações não ultrapassam os 39 pontos, nem são menores que 6 pontos, correspondendo o Total a uma média de resposta positiva de 21% dos itens associados a comportamentos de simulação (cognitiva, somática e psicopatológica). A dimensão com média mais elevada foi PE (M=4.67; DP=2.78;), no entanto, visto as dimensões não terem o mesmo número de itens, a dimensão com mais itens assinalados foi It. Ind. com 43%, seguida da SS com 27%, depois as dimensões PE e PC, ambas com 19% e, por fim, como dimensão menos assinalada (16%) encontra-se P.

**Tabela 3. EVS-VE: Análise Descritiva (Médias, Desvios-padrão e amplitudes) dos resultados**

EVS-VE	M	DP	Máx.	Mín.	Nº itens
<b>Total</b>	17.10	5.56	39	6	81
<b>Psicose</b>	3.66	1.75	11	1	23
<b>Pert. Emocionais</b>	4.67	2.78	14	0	24
<b>Pert. Cognitivas</b>	3.17	1.49	9	1	17
<b>Sintomas Somáticos</b>	2.71	1.22	7	0	10
<b>Itens Indiferenciados</b>	2.98	1.36	6	0	7

Nota: N=180

Foi estudado se variáveis sociodemográficas (**género, idade e escolaridade**) influenciavam os resultados na EVS-VE, pelo que foi aplicado um procedimento estatístico para testar a normalidade amostral. Verificou-se que os níveis de significância foram inferiores a .05 nas três variáveis. Desta forma, foram aplicados testes não paramétricos, nomeadamente o *U de Mann Whitney*, para testar a influência da variável género, e o teste *Kruskal-Wallis*, para averiguar a influência da variável idade e escolaridade (Martinez & Ferreira, 2007). Não foram encontradas diferenças com significado estatístico para nas variáveis idade e escolaridade (cf. Tabelas 5 e 6). No entanto, pode registar-se que os resultados na EVS-VE aumentaram com o incremento da idade, exceto na dimensão It. Ind,

onde a relação é divergente. E que, os resultados na EVS-VE diminuíram consoante o nível de escolaridade aumentasse, exceto na dimensão P, onde acontece o contrário (indivíduos com maior grau de escolaridade, apresentam média superior em P). Para a variável género, os resultados na EVS-VE foram superiores nas mulheres comparativamente aos homens, exceto na dimensão It. Ind. onde os homens apresentaram média mais elevada (que no estudo de Cunha, 2011 apresentou-se como uma diferença estatisticamente significativa). Neste estudo, apenas a dimensão PE evidenciou diferenças com valor estatisticamente significativo ( $p < .01$ ), apresentando as mulheres ( $M=5.17$ ;  $DP=2.73$ ) uma média superior aos homens ( $M=4.07$ ;  $DP=2.74$ ) (cf. Tabela 4).

**Tabela 4. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE no género**

EVS-VE	Feminino		Masculino		U	Z	P
	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	17.84	6.12	16.22	5.68	3349.000	-1.96	.051
<b>P</b>	3.83	1.94	3.46	1.49	3694.500	-.96	.339
<b>PE</b>	5.17	2.73	4.07	2.74	2978.000	-3.01	.003**
<b>PC</b>	3.22	2.59	3.10	1.38	3957.500	-.18	.856
<b>SS</b>	2.73	1.26	2.67	1.19	3924.000	-.28	.780
<b>It. Ind.</b>	2.97	1.40	3.00	1.32	3985.500	-.10	.924

Nota: \*\*  $p < .01$ ; N=180; Feminino: n=98; Masculino: n=82.

**Tabela 5. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE na idade**

EVS-VE	18-32		33-47		48-60		$X^2$	df	P
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	16.75	5.73	16.82	5.30	18.48	7.67	.70	2	.707
<b>P</b>	3.57	1.75	3.62	1.61	3.97	2.10	1.21	2	.546
<b>PE</b>	4.46	2.75	4.60	2.65	5.27	3.13	1.58	2	.454
<b>PC</b>	3.01	1.37	3.09	1.43	3.67	1.80	2.86	2	.240
<b>SS</b>	2.65	1.27	2.71	1.07	2.82	1.47	.27	2	.876
<b>It. Ind.</b>	3.12	1.31	2.88	1.47	2.94	1.20	1.25	2	.535

Nota: N=180; 18-32: n=69; 33-47: n=78; 48-60: n=33

**Tabela 6. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE na escolaridade**

EVS-VE	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		$X^2$	Df	P
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	19.24	8.45	16.96	5.66	16.77	5.63	1.09	2	.579
<b>P</b>	3.41	2.27	3.61	1.76	3.79	1.62	3.05	2	.217
<b>PE</b>	5.29	3.75	4.67	2.66	4.52	2.70	.42	2	.812
<b>PC</b>	3.82	1.78	3.29	1.52	2.85	1.32	6.55	2	.058
<b>SS</b>	3.35	1.32	2.58	1.15	2.72	1.26	5.42	2	.067
<b>It. Ind.</b>	3.53	1.23	2.91	1.33	2.94	1.41	2.37	2	.305

Nota: N=180; Grupo 1 ( $\leq 6^{\circ}$  ano): n=17; Grupo 2 ( $6^{\circ}$  -  $12^{\circ}$  anos): n=92 Grupo 3 ( $> 12^{\circ}$  ano): n=71

Relativamente ao estudo da consistência interna da EVS-VE na AC, este valeu-se da análise estatística do *alfa de Cronbach*, estando representados os resultados na Tabela 7. Considerando os critérios de exame de valores, verificam-se resultados: “razoáveis” no Total da EVS-VE,

“fracos” na dimensão PE e “inadmissíveis” nas dimensões P, PC e It. Ind.

**Tabela 7. EVS-VE na AC: Consistência Interna das pontuações Total e dimensões**

EVS-VE	Nº Itens	$\alpha$ de Cronbach
Total	81	.774
Psicose	23	.519
Pert. Emocionais	24	.660
Pert. Cognitivas	17	.445
Sintomas Somáticos	10	-.030
Itens Indiferenciados	7	.427

Nota: N=180

### Estudos de Validade

O estudo da validade interna e da validade convergente-divergente valeu-se da análise estatística das correlações, especificamente do coeficiente de correlação *Produto-Momento de Pearson*. Quanto ao tratamento estatístico para averiguar a validade discriminante da EVS-VE, este foi feito recorrendo à *ANOVA One Way*.

#### 1. Validade Interna

Pelos valores apresentados na Tabela 8, o resultado Total da EVS-VE relaciona-se de forma positiva e significativa ( $p < .01$ ) com todas as dimensões que a compõem e evidenciando magnitudes mais altas. Especificamente, as magnitudes destas correlações variam entre um nível “alto” ( $r = .860$ : Total com PE) e “moderado” ( $r = .540$ : Total com It. Ind). Relativamente às correlações entre dimensões, as suas pontuações dimensões estão positiva e significativamente ( $p < .01$ ) correlacionadas entre si, à exceção da relação entre It. Ind. e PC, onde a correlação apesar de positiva, não é estatisticamente significativa. As associações entre dimensões variam entre magnitudes “moderadas”, a mais elevada entre PE e PC ( $r = .487$ ), e “baixas”, a mais baixa entre It. Ind. e SS ( $r = .202$ ).

**Tabela 8. Inter-correlações entre as pontuações Total e dimensões da EVS-VE**

EVS-VE	P	PE	PC	SS	It. Ind.
Total	.724**	.860**	.663**	.581**	.540**
P	-	.473**	.404**	.355**	.218**
PE	-	-	.487**	.331**	.377**
PC	-	-	-	.324**	.139
SS	-	-	-	-	.202**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; N=180.

#### 2. Validade Convergente-Divergente

Neste ponto serão descritos os principais resultados obtidos na correlação da EVS-VE com todos os instrumentos escolhidos e administrados no protocolo de avaliação do estudo.

A relação entre a **EVS-VE e SIMS**, dois instrumentos de medida de comportamentos de simulação, pode ser observada a partir da análise da Tabela 9. Verifica-se que as escalas se relacionam de forma positiva e,

globalmente, as relações são estatisticamente significativas ( $p < .01$ ). A magnitude mais alta encontra-se na relação entre os totais das duas escalas, com um valor “moderado” ( $r = .610$ ). São ainda visíveis relações com a mesma magnitude, entre o Total da EVS-VE e a dimensão P do SIMS ( $r = .450$ ), bem como entre o Total do SIMS e as dimensões P ( $r = .402$ ), PE ( $r = .564$ ) e PC ( $r = .538$ ) da EVS-VE. Relativamente às correlações entre as dimensões das duas escalas de medida, verificam-se relações estatisticamente não significativas entre a escala LI do SIMS e as dimensões P, PC, SS e It. Ind., da EVS-VE e, por sua vez, It. Ind. da EVS-VE e as dimensões P, NI, AM e LI do SIMS. No entanto, outras dimensões correlacionam-se significativamente, variando as magnitudes entre valores “moderados”, a mais alta entre as dimensões PE da EVS-VE e P do SIMS ( $r = .430$ ;  $p < .01$ ) e valores “muito baixos”, a mais baixa entre as dimensões PE da EVS-VE e LI do SIMS ( $r = .168$ ;  $p < .05$ ).

**Tabela 9. Correlação entre os resultados na EVS-VE e os resultados no SIMS**

	SIMS	Total	P	NI	AM	LI	AF
<b>EVS-VE</b>	-	.	.	.	.	.	.
<b>Total</b>	-	.610**	.450**	.399**	.273**	.158**	.259**
<b>P</b>	-	.402**	.395**	.313**	.185*	.064	.070
<b>PE</b>	-	.564**	.430**	.394**	.203**	.168*	.226**
<b>PC</b>	-	.538**	.422**	.384**	.205**	.103	.214**
<b>SS</b>	-	.298**	.129	.126	.215**	.114	.192**
<b>It. Ind.</b>	-	.221**	.104	.106	.115	.069	.160*

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ;  $N = 180$ .

O estudo das relações entre a **EVS-VE** e **BSI** necessita de uma análise prévia aos resultados do BSI. Segundo Canavarro (2007) os intervalos normativos dos índices variam entre .835 e 1.315 para o IGS, 26.993 e 38.717 para o TSP e 1.561 e 1.946 para o ISP. Os resultados observados na AC (IGS:  $M = .75$ ;  $DP = 1.47$ ; TSP:  $M = 23.42$ ;  $DP = 13.35$ ; ISP:  $M = 1.61$ ;  $DP = 3.26$ ) evidenciam ausência de psicopatologia, situando-se os valores médios abaixo ou dentro dos intervalos normativos identificados na normalização da escala para distinguir indivíduos com perturbações emocionais. Relativamente às inter-correlações entre os resultados na EVS-VE e as dimensões e índices do BSI, visíveis na Tabela 10, é possível verificar-se que estes instrumentos se relacionam globalmente de forma positiva. Contudo, existem valores de correlação negativos, mas sem significado estatístico. A correlação do resultado Total da EVS-VE é positiva e significativa ( $p < .01$ ) com quase todas as dimensões do BSI (S:  $r = .391$ ; OC:  $r = .420$ ; SI:  $r = .300$ ; D:  $r = .487$ ; A:  $r = .513$ ; H:  $r = .414$ ; AF:  $r = .240$ ; Ps:  $r = .495$ ). Quando relacionado o Total da EVS-VE com os índices globais IGS ( $r = .158$ ) e TSP ( $r = .452$ ) do BSI, estas relações apresentam-se também positivas e significativas ( $p < .05$ ). Já a relação entre o Total da EVS-VE com o ISP do BSI apesar de ser positiva não é estatisticamente significativa. Relativamente às correlações entre as dimensões dos dois instrumentos de medida, estas têm valores estatisticamente significativos ( $p < .01$ ) sobretudo na relação da dimensão A do BSI com as várias dimensões da EVS-VE,

assim como na relação das dimensões P, PE e PC da EVS-VE e todas as dimensões do BSI. A dimensão IP do BSI não tem uma relação significativa com nenhuma dimensão da EVS-VE, apresentando até correlações negativas.

**Tabela 10. Correlação entre aos resultados na EVS-VE e os resultados no BSI**

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	Ps	IGS	TSP	ISP
T	.391**	.420**	.300**	.487**	.513**	.414**	.240**	.026	.495**	.158*	.452*	.047
P	.205**	.254**	.168*	.359**	.321**	.248**	.209**	-.017	.400**	.072	.321**	-.006
PE	.396**	.377**	.309**	.464**	.528**	.358**	.232**	-.000	.421**	.120	.421**	.016
PC	.359**	.399**	.250**	.320**	.337**	.250**	.209**	-.050	.376**	.052	.347**	-.036
SS	.125	.113	.055	.134	.204**	.141	.031	.144	.156*	.183*	.141	.152*
II	.164*	.257**	.165*	.289**	.244**	.389**	.067	.069	.278**	.140	.273**	.080

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; N=180.

Na análise da associação entre a **EVS-VE** e **MCSDS** procedeu-se anteriormente à análise descritiva das pontuações na MCSDS (M=19.46; DP=5.42) na AC, que evidenciou um resultado médio, acima dos dados preliminares sugeridos por Almiro, Simões e Sousa (2012) em população portuguesa (M=18.81; DP=5.67), bem como mostrou-se superior ao ponto de corte estabelecido por Marlowe e Crowne (1960), que referiram valores superiores a 17 indicativos de forte desejo de aceitação social (*cit in Scagliusi, et al., 2004*). Privilegiando-se as pontuações descritivas da população portuguesa mais recentes e considerando o DP, a AC respondeu de acordo com o esperado na MCSDS. Relativamente às correlações encontradas entre as duas escalas, que medem constructos diferentes, estas registaram valores negativos, como pode ser visto na Tabela 11. Estes resultados são indicativos de uma relação divergente entre os resultados da EVS-VE e o Total da MCSDS. Contudo, estas relações não são estatisticamente significativas.

**Tabela 11. Correlação entre os resultados na EVS-VE e a MCSDS**

	EVS-VE	Total	P	PE	PC	SS	It. Ind.
MCSDS	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-.283	-.172	-.240	-.109	-.096	-.344

Nota: N=180

### 3. Validade Discriminante

Pretendeu-se verificar até que ponto variáveis como a capacidade cognitiva dos indivíduos da AC influenciam a sua resposta à EVS-VE.

Para determinar a influência da **capacidade cognitiva** na resposta à EVS-VE, foi aplicado a *ANOVA One Way*. Na Tabela 12 podem ser observados os principais valores estatísticos encontrados. Da aplicação do tratamento estatístico verificou-se que o teste à homogeneidade de variâncias (teste de Levene) revelou que estas não diferem significativamente entre os grupos definidos segundo o seu desempenho nas MPR, dado que o nível de significância é superior a .05. Assim como, todas as estatísticas F da *ANOVA*, apresentam uma significância superior a .05 e a .01 pelo que se

conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas (Martinez & Ferreira, 2007) entre os indivíduos pertencentes aos vários grupos formados consoante o seu nível intelectual (por sua vez definidos pela administração das MPR).

**Tabela 12. Análise das diferenças nos resultados da EVS-VE entre os 5 Grupos formados pelo resultado obtido nas MPR**

EVS-VE	Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		Homogeneity variances		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	Levene	p	F	P
<b>Total</b>	19.20	8.27	16.55	6.18	17.10	5.71	.82	.442	.78	.460
<b>P</b>	3.90	1.97	3.55	1.96	3.67	1.69	.66	.517	.17	.846
<b>PE</b>	5.20	3.62	4.18	2.83	4.77	2.71	1.27	.284	.85	.430
<b>PC</b>	3.80	1.87	3.21	1.36	3.11	1.50	.49	.615	1.03	.361
<b>SS</b>	3.20	1.69	2.50	1.27	2.73	1.17	.69	.502	1.38	.254
<b>It. Ind.</b>	3.30	.82	3.16	1.22	2.91	1.43	1.42	.245	.78	.460

Nota: N=180; Grupo 3 ("médio"- 21 a 34 pontos): n=10; Grupo 4 ("médio superior" – 35 a 45 pontos): n=38; Grupo 5 ("superior" – 45 a 60 pontos): n=138

#### *Estudo II: EVS-VE numa Amostra Médico-Legal (AINML)*

A partir das estatísticas descritivas apresentadas na Tabela 13 podemos observar as médias obtidas na AINML, separadamente no subgrupo OA e RP. A média do Total no subgrupo OA é maior (M=27.38; DP=10.94) comparativamente ao subgrupo RP (M=14.97; DP=7.79), verificando-se o mesmo nos resultados de cada dimensão. Uma vez que o número de itens por dimensão é bastante variável, em termos proporcionais, no subgrupo OA a dimensão mais pontuada foi It. Ind. com 49% de itens assinalados e a menos pontuada foi P, apenas com 26% dos itens assinalados. No subgrupo RP a dimensão mais pontuada foi também It. Ind, com 33% de respostas assinaladas e a menos pontuada foi PE com apenas 14% de respostas assinaladas.

**Tabela 13. EVS-VE no subgrupo Outras Avaliações (OA) e Responsabilidades Parentais (RP): Análise Descritiva (Médias, Desvios-padrão e amplitudes) dos resultados**

EVS-VE	M	DP	Máx.	Mín.	Nº itens
<b>Total (OA)</b>	27.38	10.94	51	15	81
<b>RP Total (RP)</b>	14.97	7.79	49	7	
<b>P (OA)</b>	6.04	3.57	13	2	23
<b>P (RP)</b>	3.38	1.80	11	1	
<b>PE (OA)</b>	8.88	4.49	18	3	24
<b>PE (RP)</b>	3.31	3.12	17	0	
<b>PC (OA)</b>	6.17	2.48	12	2	17
<b>PC (RP)</b>	3.34	1.72	11	2	
<b>SS (OA)</b>	3.54	1.56	7	1	10
<b>SS (RP)</b>	2.69	1.29	6	0	
<b>It. Ind. (OA)</b>	3.42	1.38	6	0	7
<b>It. Ind. (RP)</b>	2.31	1.71	6	0	

Nota: OA (Outras Avaliações): n=24; RP (Responsabilidades Parentais) N=29.

Uma vez que a amostra do INML foi subdividida nesses dois **subgrupos** com base no tipo de processo requerido ao Serviço de Clínica Forense, foi aplicado o teste *U de Mann-Whitney* para calcular a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos nos resultados da EVS-VE e pertinência dos mesmos, apresentando-se os resultados na Tabela 14. Relativamente ao Total da EVS-VE, verifica-se que o RP difere de forma estatisticamente significativa do OA ( $U=96.000$ ,  $z=-4.51$ ,  $p<.01$ ). Relativamente às dimensões, em todas elas são encontrados resultados médios superiores em OA, com significado estatístico, sobretudo em PE e PC. Ou seja, todos os indicadores (Total e dimensões internas da EVS-VE) diferenciam sujeitos pertencentes a estes dois subgrupos formados.

**Tabela 14. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE nos diferentes subgrupos**

EVS-VE	Subgrupo RP		Subgrupo OA		U	Z	P
	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	14.97	7.79	27.38	10.94	96.000	-4.51	.000**
<b>P</b>	3.38	1.80	6.04	3.57	191.500	-2.88	.004**
<b>PE</b>	3.31	3.12	8.88	4.49	78.000	-4.86	.000**
<b>PC</b>	3.34	1.72	6.17	2.48	110.500	-4.31	.000**
<b>SS</b>	2.69	1.29	3.54	1.52	236.500	-2.10	.036*
<b>It. Ind.</b>	2.31	1.71	3.42	1.38	205.500	-2.59	.010**

Nota: \*\*  $p<.01$ ; \*  $p<.05$ ; Subgrupo RP (Responsabilidades Parentais):  $n=29$ ; Subgrupo OA (Outras Avaliações):  $n=24$ .

No que respeita à análise da consistência interna da EVS-VE na AINML, calculada através do *alfa de Cronbach*, registaram-se os resultados apresentados na Tabela 15. Considerando os critérios de exame de valores, verificam-se resultados: “muito bons” no resultado Total da EVS-VE; “bons” na dimensão PE, “razoáveis” na dimensão P, “fracos” na dimensão PC e “inadmissíveis” nas dimensões SS e It. Ind.

**Tabela 15. EVS-VE: Consistência Interna das pontuações Total e dimensões**

EVS-VE	Nº Itens	$\alpha$ de Cronbach
<b>Total</b>	81	.920
<b>P</b>	23	.761
<b>PE</b>	24	.872
<b>PC</b>	17	.651
<b>SS</b>	10	.209
<b>It. Ind.</b>	7	.590

Nota:  $N=53$

### Estudos de Validade

O estudo da validade interna e da validade convergente-divergente valeu-se da análise estatística das correlações, especificamente do coeficiente de correlação *Produto-Momento de Pearson*. O tratamento estatístico para averiguar a validade discriminante da EVS-VE foi feito recorrendo ao teste *Kruskal-Wallis* e ao teste *U de Mann Whitney*.

## 1. Validade Interna

A EVS-VE apresenta correlações internas positivas e significativas ( $p < .01$ ) (cf. Tabela 16). No que respeita ao Total da EVS-VE este relaciona-se significativamente com todas as suas dimensões, apresentando valores de magnitude “muito altos” (P:  $r = .921$ ; PE:  $r = .949$ ; PC:  $r = .900$ ), “altos” (SS:  $r = .789$ ) e “moderados” (It. Ind.:  $r = .523$ ). Todos os valores da relação do Total da EVS-VE com as suas dimensões apresentam valores mais elevados, comparativamente à relação entre as dimensões internas. Entre dimensões as maiores associações correspondem à relação entre P e PE (magnitude “alta”;  $r = .810$ ), entre P e PC (magnitude “alta”;  $r = .833$ ) e entre PE e PC (magnitude “alta”;  $r = .858$ ), não desprezando as correlações da dimensão SS com as outras dimensões, que apresenta também magnitudes “moderadas” e “altas”. As relações “baixas” situam-se sobretudo na relação dos It. Ind. com as outras dimensões da EVS-VE.

**Tabela 16. Inter-correlações entre as pontuações Total e dimensões da EVS-VE**

EVS-VE	P	PE	PC	SS	It. Ind.
<b>Total</b>	.921**	.949**	.900**	.789**	.523**
<b>P</b>	-	.810**	.833**	.713**	.403**
<b>PE</b>	-	-	.858**	.680**	.391**
<b>PC</b>	-	-	-	.629**	.283**
<b>SS</b>	-	-	-	-	.395**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; N=53.

## 2. Validade Convergente-Divergente

Foram analisadas correlações entre a EVS-VE e os testes aplicados aos indivíduos da AINML. Em seguida estão descritos os resultados mais relevantes em cada um dos subgrupos.

### 2.1 Subgrupo Outras Avaliações

A relação entre duas escalas de rastreio de simulação, a **EVS-VE** e **SIMS**, verifica-se globalmente positiva e significativa, como pode ser analisado na Tabela 17. A relação mais forte verifica-se entre os totais das escalas (magnitude “alta”:  $r = .779$ ;  $p < .01$ ). No que respeita à EVS-VE esta apresenta sobretudo valores de magnitude “moderada” na relação do seu Total com as dimensões P ( $r = .671$ ;  $p < .01$ ), NI ( $r = .521$ ;  $p < .05$ ), AF ( $r = .503$ ;  $p < .05$ ) e LI ( $r = .449$ ;  $p < .05$ ) do SIMS. Por sua vez, a relação com a dimensão AM não é estatisticamente significativa. Relativamente ao SIMS, o Total apresenta uma maior magnitude de relação, significativa ( $p < .01$ ), com as dimensões da EVS-VE, do que a correlação das dimensões entre si. Especificamente apresenta magnitudes “altas” (P:  $r = .743$ ; PC:  $r = .761$ ) e “moderadas” (PE:  $r = .686$ ; SS:  $r = .640$ ). Entre dimensões, verificam-se associações positivas e significativas, apresentando-se a maior magnitude na relação entre as dimensões P das duas escalas (“moderada”:  $r = .675$ ;  $p < .01$ ) e a menor magnitude, entre SS da EVS-VE e P do SIMS (“moderada”:  $r = .453$ ;  $p < .05$ ). Referir ainda que a relação entre It. Ind. da EVS-VE e AF do SIMS apresenta uma associação negativa e significativa ( $r = -.058$ ;  $p < .05$ ). Apesar

de não se apresentarem com valores estatisticamente significativos, a dimensão It. Ind. da EVS-VE relaciona-se fraca ou negativamente com o Total e dimensões do SIMS.

**Tabela 17. Correlação entre os resultados na EVS-VE e os resultados no SIMS**

	SIMS	Total	P	NI	AM	LI	AF
<b>EVS-VE</b>	-	.	.	.	.	.	.
<b>Total</b>	-	.779**	.671**	.521*	.390	.449*	.503*
<b>P</b>	-	.743**	.675**	.498*	.331	.388	.495*
<b>PE</b>	-	.686**	.623**	.496*	.347	.384	.392
<b>PC</b>	-	.761**	.655**	.392	.310	.500*	.672**
<b>SS</b>	-	.640**	.453*	.351	.346	.493*	.409
<b>It. Ind.</b>	-	.150	-.014	.262	.324	-.056	-.058*

Nota: \*\* p<.01; \* p<.05; n=24.

Relativamente à associação dos resultados entre a **EVS-VE e BSI**, fez-se uma análise prévia, especificamente ao índice global ISP, para averiguar a existência de psicopatologia, uma vez que este índice é usado como referência para discriminar grupos da comunidade de grupos com perturbações emocionais (Canavarro, 2007). O subgrupo OA apresenta pontuações no índice ISP (M=2.05; DP=.55) superiores ao ponto de corte ( $\geq 1.7$ ), evidenciando existência de sintomatologia psicopatológica. Relativamente à correlação entre as escalas, como se pode verificar na Tabela 18, estas relacionam-se positiva e significativamente. É precisamente o ISP que apresenta maior número de relações significativas (p<.01) e com magnitudes “moderadas” (Total: r=.612; P: r=.581; PE: r=.576).

**Tabela 18. Correlação entre os resultados na EVS-VE e os resultados no BSI**

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	Ps	IGS	TSP	ISP
<b>T</b>	.356	.622**	.506*	.448*	.274	.468*	.329	.597**	.428*	.520*	.288	.612**
<b>P</b>	.266	.529*	.549**	.290	.173	.408	.261	.585**	.352	.426*	.204	.581**
<b>PE</b>	.387	.627**	.469*	.577**	.477*	.497*	.468*	.577**	.397	.611**	.405	.576**
<b>PC</b>	.507*	.726**	.568**	.493*	.295	.481*	.319	.582**	.458*	.590**	.334	.644**
<b>SS</b>	.339	.435*	.253	.343	.092	.386	.144	.354	.322	.339	.163	.403
<b>II</b>	-.254	-.124	-.089	-.191	-.333	-.083	-.176	.062	.125	-.213	-.223	.061

Nota: \*\* p<.01; \* p<.05; n=24.

A associação entre as provas **EVS-VE e RMT**, necessita da análise da prestação dos indivíduos na prova RMT isoladamente, onde a média de resposta (M=11.33; DP=3.52) situou-se acima do ponto de corte definido na literatura (>8), assim como, o cálculo da média da pontuação combinada (M=22.88; DP=6.85): somatório dos elementos referidos na *Evocação Imediata* e o *Ensaio de Reconhecimento* (Reconhecimentos Corretos – Falsos Positivos) (ponto de corte >20), ditando ausência de comportamentos de simulação relacionados com processos mnésicos (cf. Boone, et al., 2002). Na Tabela 19 são apresentados os dados relativos às correlações entre os dois instrumentos. O Total da EVS-VE relaciona-se negativamente com o *Ensaio de Evocação*, assim como com o resultado de *Reconhecimento*, contudo apenas esta última relação de magnitude “moderada” é

estatisticamente significativa ( $r=-.492$ ;  $p<.05$ ). O *Ensaio de Evocação* do RMT relaciona-se negativamente com as dimensões da EVS-VE, à exceção da dimensão It. Ind. que é positiva, contudo nenhuma das relações tem significado estatístico. Por sua vez, o *Ensaio de Reconhecimento*, na sua totalidade, relaciona-se negativamente com todos os indicadores da EVS-VE, onde as magnitudes das relações estatisticamente significativas são “moderadas” (P:  $r=-.546$ ;  $p<.01$ ; Total:  $r=-.492$ ;  $p<.05$ ; PC:  $r=-.487$   $p<.05$ ; PE:  $r=-.421$   $p<.05$ ).

**Tabela 19. Correlação entre os resultados na EVS-VE e os resultados no RMT**

	EVS-VE	Total	P	PE	PC	SS	It. Ind.
<b>RMT</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Evocação</b>	-	-.287	-.319	-.317	-.310	-.026	.131
<b>Reconhecimento</b>	-	-.492*	-.546**	-.421*	-.487*	-.244	-.080

Nota: \*\*  $p<.01$ ; \*  $p<.05$ ;  $n=24$ .

## 2.2 Subgrupo Responsabilidades Parentais

A correlação entre a **EVS-VE** e **MCSDS** é negativa, mas sem significado estatístico, como pode ser observado na Tabela 20. Contudo, é visível que neste grupo os comportamentos tendem a evidenciar estilos de respostas socialmente aceitáveis, e não comportamentos de simulação. Neste subgrupo os resultados na EVS-VE são bastante inferiores, comparativamente aos do subgrupo OA e situam-se abaixo dos resultados da AC. No entanto, na MCSDS, os resultados deste subgrupo ( $M=24.59$ ;  $DP=4.96$ ) são muito superiores ao ponto de corte sugerido por Marlowe e Crowne ( $>17$  cit in Scagliusi, et al., 2004) e aos dados preliminares sugeridos por Almiro, Simões e Sousa (2012) na população portuguesa ( $M=18.81$ ;  $DP=5.67$ ).

**Tabela 20. Correlação entre os resultados na EVS-VE e a MCSDS**

	EVS-VE	Total	P	PE	PC	SS	It. Ind.
<b>MCSDS</b>	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-.236	-.198	-.248	-.150	-.083	-.190

Nota:  $n=29$

Antes da análise da correlação entre a **EVS-VE** e **BSI**, procedeu-se à análise do BSI, verificando-se a ausência de sintomatologia psicopatológica neste subgrupo (IGS:  $M=.52$ ;  $DP=.56$ ; TSP:  $M=18.31$ ;  $DP=14.40$ ; ISP:  $M=1.33$ ;  $DP=.75$ ) comparativamente aos resultados obtidos nos estudos da aferição portuguesa da escala por Canavarro (2007). Relativamente à correlação entre estes dois instrumentos, esta verificou-se, neste subgrupo, positiva e significativa ( $p<.01$ ) na maior parte das relações, como é visível na Tabela 21. O Total da EVS-VE relaciona-se com magnitudes “altas” com a dimensão D ( $r=.723$ ) do BSI, e com magnitudes “moderadas” com as dimensões A ( $r=.682$ ), Ps ( $r=.559$ ), IP ( $r=.541$ ), SI ( $r=.507$ ) e S ( $r=.474$ ); e com os índices globais IGS ( $r=.498$ ) e TSP ( $r=.484$ ). Nas correlações inter-dimensões, são as dimensões D ( $r=.740$ ), A ( $r=.695$ ) e Ps ( $r=.574$ ) do BSI, que se apresentam maior magnitude na relação com a dimensão PE da EVS-

VE.

**Tabela 21. Correlação entre os resultados na EVS-VE e os resultados no BSI**

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	Ps	IGS	TSP	ISP
T	.474**	-.069	.507**	.723**	.682**	.379*	.341	.541**	.559**	.498**	.484**	.394*
P	.346	-.135	.457*	.658**	.604**	.329	.295	.418*	.435**	.389*	.411*	.254
PE	.467*	.015	.498**	.740**	.695**	.402*	.338	.508**	.574**	.521**	.507**	.356
PC	.275	.077	.289	.522**	.422*	.219	.015	.354	.244	.270	.257	.199
SS	.293	-.076	.391*	.453*	.489**	.094	.216	.432*	.336	.343	.322	.389*
II	.482*	-.226	.386*	.464*	.474**	.392*	.453*	.472**	.574**	.418*	.391*	.393*

Nota: \*\* p&lt;.01; \* p&lt;.05; n=29.

### 3. Validade Discriminante

Procurou verificar-se até que ponto, variáveis como, a capacidade cognitiva e a percepção de ser (ou não) saudável, influenciam a resposta dos indivíduos à EVS-VE.

Segundo o desempenho na prova MPR, os sujeitos foram subdivididos em grupos por ordem de desempenho. O tratamento estatístico aplicado foi o teste *Kruskal-Wallis*, com o objetivo de se analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas na EVS-VE, influenciadas pela **capacidade cognitiva** global do sujeito, estando os resultados registados na Tabela 22. No que concerne ao resultado Total da EVS-VE verifica-se uma diferença entre médias considerável (M(2)=31.00 vs M(3)=22.92 vs M(4)=14.75 vs M(5)=17.79) com significado estatístico (p<.05). Relativamente às dimensões da EVS-VE, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p<.01) entre os grupos, na dimensão PC (M(2)=7.25 vs M(3)=5.46 vs M(4)=3.50 vs M(5)=3.67). Nas outras dimensões não existem diferenças com significado estatístico. Contudo, pelas estatísticas descritivas, verifica-se que as médias no Grupo referente ao nível intelectual “Inferior” são sempre superiores às médias dos outros grupos (que remetem a um nível intelectual superior).

**Tabela 22. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE entre os 5 Grupos formados pelo resultado obtido nas MPR**

EVS-VE	Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		X <sup>2</sup>	Df	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	31.00	13.64	22.92	13.01	14.75	4.89	17.79	8.23	9.590	3	.022*
<b>P</b>	7.25	4.43	4.77	3.42	3.13	1.46	4.08	2.13	3.581	3	.310
<b>PE</b>	10.00	5.37	6.69	5.84	3.38	2.26	4.79	3.44	7.626	3	.054
<b>PC</b>	7.25	2.82	5.46	2.76	3.50	.93	3.67	1.86	13.723	3	.003**
<b>SS</b>	3.88	1.81	3.46	1.66	2.88	.84	2.67	1.31	5.244	3	.155
<b>It. Ind.</b>	3.38	1.51	3.00	1.53	2.00	1.77	2.79	1.72	4.503	3	.212

Nota: \*\* p<.01; \* p<.05; N=53; Grupo 2 (“médio inferior” – 10 a 20 pontos): n=8; Grupo 3 (“médio” – 21 a 34 pontos): n=13; Grupo 4 (“médio superior” – 35 a 45 pontos): n=8; Grupo 5 (“superior” – 45 a 60 pontos): n=24.

A amostra do INML foi também subdividida em dois grupos formados com base na **percepção de ser (ou não) saudável** do indivíduo. Desta forma foram encontrados 39 (73.6%) sujeitos que se acham saudáveis e 14 (26.4%)

sujeitos que, pelo contrário, se consideram não saudáveis. O tratamento estatístico aplicado foi o *U de Mann Whitney* e os resultados podem ser observados na Tabela 23. No que concerne ao Total da EVS-VE verifica-se uma diferença entre médias considerável ( $M(1)=16.44$  vs  $M(2)=32.14$ ) com significado estatístico ( $U=47.50$ ,  $z=-4.56$ ,  $p<.01$ ). Relativamente às dimensões da EVS-VE, foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, nas dimensões P, PE, PC e SS. Na dimensão It. Ind. não existem diferenças estatisticamente significativas, contudo, pelas estatísticas descritivas desta dimensão, verifica-se que a média do indivíduo que se percebe como não saudáveis é superior (como de resto se apresentaram todas as médias).

**Tabela 23. Análise das diferenças dos resultados na EVS-VE entre o Grupo 1 (percepção de ser saudável) e o Grupo 2 (percepção de não ser saudável)**

EVS-VE	Grupo 1		Grupo 2		U	Z	P
	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	16.44	8.08	32.14	10.57	47.50	-4.56	.000**
<b>P</b>	3.59	1.94	7.36	3.80	110.00	-3.38	.001**
<b>PE</b>	3.92	3.25	11.14	3.96	38.00	-4.77	.000**
<b>PC</b>	3.64	1.77	7.36	2.27	48.00	-4.61	.000**
<b>SS</b>	2.77	1.31	3.93	1.59	156.50	-2.48	.013*
<b>It. Ind.</b>	2.67	1.74	3.21	1.37	214.00	-1.21	.226

Nota: \*\*  $p<.01$ ; \*  $p<.05$ ; N=53; Grupo 1 (percepção de ser saudável): n=39; Grupo 2 (percepção de não ser saudável): n=14.

## V - Discussão

É consensual que os instrumentos de avaliação de comportamentos de simulação são uma parte indispensável na avaliação (neuro)psicológica. Neste contexto, é necessário considerar o processo e os resultados da validação dos testes administrados, uma vez que melhoram a eficiência dos profissionais nas suas avaliações (Conroy & Kwartner, 2006). Alguns desses instrumentos (validados e disponíveis) são de uso mais demorado, necessitando os examinadores de recorrer a medidas breves de avaliação, que lhes economizem tempo para o uso de outras medidas relacionadas com a avaliação mais focalizada nos problemas do indivíduo (Alwes, Clark, Berry & Granacher, 2008). Vitacco, et al. (*cit in* Ray, 2008) considera que a avaliação sistemática de comportamentos de simulação deve contemplar a administração de medidas breves de rastreio numa fase inicial. Essas medidas devem ser desenvolvidas e identificadas, como a EVS-VE, uma vez que em Portugal, com estes contornos, apenas é reconhecido e utilizado o SIMS. Este estudo pretende continuar o trabalho anteriormente desenvolvido com a EVS-VE, que se apresentou com boas qualidades psicométricas. Pretende contribuir com o estudo da validade da escala, mediante a análise da consistência interna e a identificação de uma matriz de correlações entre a escala e outros instrumentos relevantes. Isto porque, sujeitos identificados como simuladores, não apresentam desempenhos iguais nos vários testes (neuro)psicológicos (Meyers & Volbrecht, 2003), sendo necessário verificar a correlação da EVS-VE com outros instrumentos de medida. O estudo

pretendeu ainda, avaliar a influência de variáveis consideradas pertinentes na interpretação dos resultados.

Durante a administração do protocolo foram evidentes as dúvidas em torno das duas medidas de comportamentos de simulação, o SIMS e a EVS-VE. Especificamente na EVS-VE, foi constatada alguma relutância em responder a certos itens (p. ex. item 21, item 50 e item 62), “ambíguos” na opinião dos sujeitos. Em itens que requeriam capacidades cognitivas (p. ex. item 7 e item 41), alguns sujeitos respondiam de forma aleatória e não segundo o seu conhecimento. Em ambas as amostras recolhidas podemos verificar que a maioria dos sujeitos tem o ensino superior (67 sujeitos, 37.2% na AC; 17 sujeitos, 32.1% na AINML) e pertencem à classe com capacidade cognitiva superior (138; 76.7% na AC; 24; 45.3% na AINML) medida pela prova MPR, o que contrariamente ao registado por Nunes (2011), neste estudo a incompreensão de certos itens não tem como causa maior uma escolaridade inferior. Contudo, identicamente aos outros estudos o item 21 “Sou capaz de não obedecer aos comandos das vozes que oiço” continuou a ser problemático, o que confirma a necessidade de reformular o item para “Oiço frequentemente vozes, às quais tenho de obedecer”. O item 42 “Acredito que algumas plantas têm poderes sobrenaturais” também teve várias interpretações erróneas, confirmando-se mais uma vez a necessidade de reformular o item para “Acredito que tenho poderes sobrenaturais” (cf. Nunes, 2011). Relativamente aos itens cognitivos as dúvidas surgiram maioritariamente no item 41, “Sábado é depois de Domingo”, que na opinião das pessoas é relativo se considerado o Domingo o primeiro dia da semana. Nesse sentido seria pertinente alterar-se o item para “Sexta é depois de Sábado”. Estatisticamente os itens que suscitaram maior ambivalência de respostas foram os itens 22 e 7, “Mesmo quando estou mais nervoso(a) não tenho dores no meu corpo” e “As palavras valente e corajoso tem o mesmo significado”, respetivamente. No caso do item 7 poderá dever-se à interpretação literal das palavras, considerando alguns indivíduos uma pergunta com caráter relativo.

Relativamente à consistência interna da EVS-VE esta apresentou resultados, previsivelmente, mais sólidos em contexto médico-legal, comparativamente à AC, uma vez que o contexto forense é marcado por autorrelatos distorcidos (Ackerman, 2010). Este resultado confirma [H7]. Na AC são encontrados valores negativos que podem refletir um erro grave na codificação dos itens (Maroco, 2006). Em ambas as amostras são encontrados valores de consistência interna “inadmissíveis” nas dimensões *Sintomas Somáticos* e *Itens Indiferenciados* que podem representar uma amálgama de itens de dimensões diferentes (Maroco, 2006). Estas considerações não se verificam no Total da EVS-VE, o que pressupõe, à semelhança do que foi encontrado por Cunha e Nunes (2011), que para uma avaliação mais objetiva e consistente deve ser considerado essencialmente este resultado da escala. Assim como as dimensões *Psicose* e *Perturbações Emocionais*, que se demonstraram indicadores mais homogêneos e unidimensionais. Estes resultados são convergentes com o apontado na literatura para a prova SIMS (cf. Maior, 2008; Merckelbach & Smith, 2003;

Mota, 2007; Simões, et al., 2009; Widows & Smith, 2005) onde se registam valores elevados de coerência entre as respostas aos itens que constituem a prova, considerando a pontuação Total dos 81 itens quer em grupos de controlo, quer em grupos da população forense. Contudo, estes valores diminuem quando são individualmente consideradas as 5 dimensões específicas. Desta forma, assim como no SIMS, estes dados suportam a utilização da pontuação Total da EVS-VE como uma medida de rastreio fiável dos comportamentos de simulação e salvaguardam a necessária cautela quando trabalhadas as dimensões da escala, caracterizadoras de tipos mais específicos de sintomatologia simulada. De realçar que a própria natureza multidimensional da simulação, pode ser uma ameaça à validade de constructo (Rohling & Boone, 2007).

Debruçando-nos apenas nos resultados obtidos no **Estudo I**, o pressuposto que a validade interna da EVS-VE demonstrava uma associação positiva e significativa foi confirmado, apoiando [H2]. As associações entre o Total e as várias dimensões registaram resultados de maior magnitude. Tal reporta que resultados elevados nas dimensões dão consequência a um resultado mais elevado no Total da EVS-VE. À semelhança do que foi encontrado nos primeiros estudos com a EVS-VE, verificou-se que a associação mais elevada regista-se entre o Total e a dimensão *Perturbações Emocionais* (cf. Cunha, 2011), com magnitude “alta” ( $r=.860$ ;  $p<.01$ ). A associação entre as dimensões *Perturbações Cognitivas* e *Itens Indiferenciados* é a única que não revela significado estatístico. Além disso a dimensão *Itens Indiferenciados* apresenta valores de magnitude mais baixo na sua relação com as outras dimensões e total da EVS-VE, o que confirma a divergência e os limites desta dimensão, em relação aos outros indicadores (ver Cunha, 2011; Nunes, 2011).

Relativamente aos estudos de validade referenciada a critérios externos o Total da EVS-VE está associada de forma positiva e significativa com o Total da uma prova que mede o mesmo constructo, o SIMS, com magnitude “moderada” ( $r=.610$ ;  $p<.01$ ). Essa relação apresentou-se com magnitude maior, constatando-se uma convergência de aspetos avaliados entre as escalas. Entre as dimensões encontram-se associações estatisticamente significativas entre as dimensões *Psicose* das duas provas (o que não se registou no estudo de Cunha, 2011) com magnitude “moderada” ( $r=.395$ ;  $p<.01$ ), assim como entre as dimensões *Perturbações Emocionais* da EVS-VE e *Perturbações Afetivas* do SIMS, com magnitude “baixa” ( $r=.226$ ;  $p<.01$ ) e entre as dimensões *Perturbações Cognitivas* da EVS-VE com *Défice Neurológico* e *Perturbações Mnésicas* do SIMS ( $r=.384$ ;  $p<.01$  e  $r=.205$ ;  $p<.01$ , respetivamente). A mesma associação não se revelou com significado estatístico entre as dimensões *Perturbações Cognitivas* da EVS-VE e *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS. À exceção de certas associações entre dimensões, [H3] é confirmada, demonstrando validade convergente da EVS-VE.

No que concerne ao estudo de validade concorrente com uma medida de psicopatologia, os resultados mostraram várias associações significativas entre os instrumentos EVS-VE e BSI. Se atendermos ao índice considerado

para discriminar grupos da comunidade e grupos clínicos, o *Índice de Sintomas Positivos*, podemos verificar que à exceção da associação deste com a dimensão *Sintomas Somáticos*, todas as outras associações não são estatisticamente significativas, confirmando nesta situação [H4] e prediz a medição de constructos diferentes entre as provas. No entanto, se atendermos ao índice global *Total de Sintomas Positivos* bem como a várias dimensões do BSI, já se verificam várias associações significativas. Este resultado pode estar associado à vulnerabilidade de certas medidas de simulação (Sullivan & King, 2010). Se restringirmos a análise estatística àqueles sujeitos que evidenciam psicopatologia nos resultados do BSI, verificamos uma associação negativa entre os índices dessa escala e a EVS-VE, mas sem significado estatístico. Tal vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Merckelbach e Smith (2003) com o SIMS, onde apenas 10% dos casos que evidenciavam sintomas depressivos ou traços de ansiedade, excediam o ponto de corte por eles considerado no SIMS (>16).

No último estudo feito à validade referenciada a critérios externos os resultados na EVS-VE estão associadas de forma negativa mas sem significado estatístico com a prova MCSDS. Neste tipo de população os resultados (M=19.46; DP=5.42) foram ao encontro dos resultados previstos na MCSDS (Almiro, Simões e Sousa, 2012; Scagliusi, et al., 2004) segundo os quais indivíduos da população portuguesa registam média 18.81 (DP=5.67). No entanto, apenas confirmam parcialmente [H5] com a associação negativa entre as provas (relação entre resultados Total:  $r=-.283$ ). Apesar de serem ambas medidas de estilos de resposta, uma referencia um comportamento de exagero ou fabrico de sintomatologia (EVS-VE) e outra um desejo do sujeito apresentar uma imagem favorável de si (MCSDS). Segundo as pontuações obtidas num estudo que relaciona o total do SIRS com o MMPI-2 ( $r=-.548$  na escala L,  $r=-.606$  na escala K,  $r=.685$  na escala F,  $r=.644$  na escala Fb,  $r=.727$  na escala F-K e  $r=.744$  na escala Ds; Amaral, 2007) estes vão de encontro ao hipotetizado por Rogers e colaboradores (1992) que referem correlações moderadas entre as escalas da SIRS e os indicadores de Infrequência do MMPI-2, bem como para a existência de correlações negativas (baixas a moderadas) entre as escalas da SIRS e as escalas L (avalia a intenção de apresentar uma imagem favorável e ajustada) e K (medida de defensividade) (*cit in* Simões et al., 2009). Desta forma, para o estudo em questão, corrobora-se a validade convergente da EVS-VE, concluindo que este é um instrumento que avalia a simulação como forma de distorção das respostas, diferenciando-a dos estilos de resposta defensivos.

Verificou-se que não existe influência da capacidade cognitiva em nenhum dos resultados da EVS-VE, confirmando-se [H6]. Da mesma forma, esses resultados parecem não ser influenciados pelas variáveis sociodemográficas idade e escolaridade, confirmando [H1] e semelhantes aos resultados de Cunha (2011). No entanto, relativamente à variável género, verificou-se que as mulheres (M=5.17; DP=2.73) obtêm resultados significativamente mais elevados que os homens (M=4.07; DP=2.74) na dimensão *Perturbações Emocionais* (U=2978.000, Z=-3.01,  $p<.01$ ).

Relativamente ao **Estudo II** a matriz de correlações entre pontuações

na EVS-VE apresentaram resultados com significância estatística para todas as associações, o que corrobora [H8] e suporta a validade interna da EVS-VE. Neste estudo as associações apresentaram-se todas significativas, o que não se verificou no estudo de Nunes (2011) com população idêntica (p. ex. nesse estudo a relação da dimensão *Itens Indiferenciados* com a dimensão *Psicose* e *Perturbações Cognitivas* não teve significado estatístico). As correlações mais elevadas relacionam as dimensões internas com o Total da escala. Nomeadamente a relação do Total com PE ( $r=.949$ ,  $p<.01$ ), com P ( $r=.921$ ,  $p<.01$ ) e com PC ( $r=.900$ ,  $p<.01$ ), comparativamente à relação das dimensões entre si. Estes resultados traduzem que, o aumento das pontuações numa das dimensões está associado a um acréscimo de valor nas outras dimensões, assim como, e principalmente, no Total da escala.

A AINML foi subdividida em dois grupos amostrais, pelo que foi testado até que ponto essa divisão coincidiu com resultados discriminantes dos grupos. De acordo com os resultados obtidos, foi confirmada [H9], uma vez que os resultados se apresentaram com significado estatístico discriminante entre os dois subgrupos amostrais. O subgrupo RP apresentou resultados médios muito superiores aos resultados obtidos pelos sujeitos pertencentes ao grupo OA (p. ex. os valores no resultado Total foram em OA:  $M=27.38$ ,  $DP=10.94$  e em RP:  $M=14.97$ ,  $DP=7.79$ ;  $U=96.000$ ,  $Z=-4.51$ ,  $p<.01$ ; assim como na dimensão *Perturbações Emocionais* e *Perturbações Cognitivas*). Além disso o subgrupo RP apresenta resultados inferiores aos evidenciados na AC. Podendo justificar-se pelo fato de, apesar do contexto forense ser considerado na literatura como um contexto potenciador de comportamentos de simulação (cf. Berry, & Shipper, 2008; Larrabee, 2003; Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002 *cit in* Bush, et al., 2005), deve discriminar o teor das avaliações feitas e os estilos de respostas passíveis de serem adotados, que no caso de RP se assemelham à desajustabilidade social. Uma vez que os protocolos foram aplicados a indivíduos sinalizados para avaliação psicológica, o facto de estarem num contexto em que estes pais se sentem controlados e avaliados, pode aumentar a desajustabilidade social e a necessidade de serem considerados bons progenitores. Pelo contrário, os sujeitos de OA, percebem que mediante o fingimento ou exagero de sintomas é que poderão obter uma compensação externa.

No subgrupo OA a matriz de correlações de Pearson tendo como critério externo o SIMS confirmou os resultados esperados [H10]. As associações entre os resultados da EVS-VE e os do SIMS foram globalmente positivas, mas nem todas com significado estatístico. Encontram-se sobretudo associações estatisticamente significativas ao nível da correlação dos resultados totais das duas escalas entre si (onde se verifica o resultado mais alto,  $r=.779$ ,  $P<.01$ ) e destes com as dimensões da outra escala, o que vai ao encontro do identificado por Nunes (2011); no entanto nesse estudo as relações foram no geral de magnitudes mais elevadas (entre resultados Total:  $r=.954$ ,  $p<.01$ ). Este tipo de resultados demonstra convergência dos aspetos avaliados entre as duas provas. A dimensão *Itens Indiferenciados* da EVS-VE apresentou algumas limitações, exibindo resultados negativos com as dimensões *Psicose*, *Capacidade Intelectual* e *Perturbações Afetivas* do

SIMS, esta última com significado estatístico. Este tipo de resultado poderá estar ligado à natureza desta dimensão que não especifica nenhuma psicopatologia específica, o que não caracteriza nenhuma das escalas do SIMS.

Os resultados deste estudo permitem-nos depreender a existência de uma relação positiva e significativa entre os resultados da EVS-VE e o BSI no subgrupo OA, comprovando [H11] (p. ex. relação entre Total da EVS-VE e ISP do BSI:  $r=.612$ ,  $p<.01$ ). Neste sentido, pontuações elevadas na EVS-VE são acompanhadas de pontuações altas na prova BSI, uma medida de psicopatologia. Nesta subamostra este tipo de associação não revela a convergência do constructo das provas, mas sim e de acordo com a literatura, a sinalização de que comportamentos de simulação e psicopatologia genuína coocorrem (p. ex. Conroy & Kwartner, 2006). Por exemplo em casos de TCE (casos presentes nesta subamostra) o padrão de simulação mais frequente é o exagero de sintomatologia (Mittenberg, Patton, Canary & Condit, 2002). Assim como, os casos de PTSD evidenciam essa associação na própria conceptualização da perturbação, que se caracteriza por vários sintomas pessoais, altamente comorbida com uma variedade de perturbações clínicas e de personalidade (Kaene & Wolfe, 1990 *cit in* Elhai, Gold, Sellers & Dorfman, 2001) e relacionada com o exagero de sintomas (Hyer, et al., 1989 *cit in* Elhai, Gold, Sellers & Dorfman, 2001). Ou seja, p. ex. indivíduos que experienciam sintomatologia genuína têm tendência a exagerar os seus sintomas para assegurar possíveis recompensas em determinado contexto/situação (Clegg, Fremouw & Mogge, 2009). Os resultados encontrados podem ainda ser explicados pelo facto de os simuladores manifestarem tendência indiscriminada para confirmar sintomas psicopatológicos (Sullivan & King, 2010).

Relativamente aos resultados das associações entre os resultados na EVS-VE e os resultados no *Ensaio de Evocação e Reconhecimento* do RMT, constatou-se uma correlação negativa. As relações com significado estatístico manifestam-se entre os resultados da EVS-VE e o *Ensaio de Reconhecimento* do RMT, observando-se a dimensão *Itens Indiferenciados e Sintomas Somáticos* sem significado estatístico. Desta forma os resultados vão sistematicamente no sentido de [H12] e assemelham-se a um estudo sobre a relação entre as pontuações totais do SIMS e o RMT, onde estas se apresentaram associadas de forma negativa e significativa (Oliveira, 2008). Os resultados apresentados sem significado estatístico pode dever-se à existência de poucos sujeitos que evidenciam comportamentos de simulação associados a processos mnésicos, uma vez que a média de resultados quer no ensaio de *Evocação* ( $M=11.33$ ), quer no de *Reconhecimento* ( $M=11.58$ ) ou no cálculo da pontuação combinada ( $M=22.88$ ) estão acima do ponto de corte sugeridos na literatura para o RMT. Já os resultados com significado estatístico verificam-se maioritariamente, como referido, na relação da EVS-VE com o *Ensaio de Reconhecimento*. Na literatura este ensaio proporciona uma medida mais objetiva, baseada em critérios psicométricos capazes de discriminar entre sujeitos com défices mnésicos genuínos e aqueles que o fingem (Boone, et al., 2002). Neste sentido aqueles que tendem a responder

adotando comportamentos de simulação na EVS-VE (resultado elevado), tendem a evidenciar resultados mais baixos no RMT (indicativos de simulação de défices mnésicos), sobretudo nos indicadores Total:  $r=-.492$ ,  $p<.05$ ; P:  $r=-.546$ ,  $p<.01$ ; PE:  $r=-.421$ ,  $p<.05$ ; PC:  $r=-.487$ ,  $p<.05$ . As magnitudes moderadas dos resultados podem ser explicadas pelo facto dos testes (EVS-VE *versus* RMT) diferirem consideravelmente na natureza da tarefa (autorrelato *versus* desempenho atual) (Nelson & Sweet, 2009). De realçar a relação, previsível, significativa do RMT com o indicador *Perturbações Cognitivas* da EVS-VE, uma vez que tanto pontuações elevadas nesse indicador, como pontuações reduzidas no ensaio do RMT são indicativos de simulação cognitiva. A relação significativa com os outros indicadores da EVS-VE pode dever-se ao facto dos indivíduos apresentarem simulação *híbrida*, registando quer simulação de défices cognitivos, como de sintomas psicopatológicos (Otto, 2008).

Considerando o subgrupo amostral RP foi importante perceber o comportamento destes na prova MCSDS onde tendem a revelar resultados superiores aos da população geral, como já foi referido. A discrepância entre médias é significativa ( $M=24.59$  obtida nesta subamostra *versus*  $M=18.81$  obtida no estudo de Almiro, Simões e Sousa, 2012). No entanto, relativamente à sua associação com a EVS-VE os resultados foram os esperados, prevendo [H13] (relação entre resultados Total:  $r=-.236$ ), ou seja os indivíduos responderam de acordo com a desejabilidade social, contrariando comportamentos de simulação. Estes resultados corroboram, novamente, a validade convergente da EVS-VE, concluindo que este é um instrumento que avalia a simulação como forma de distorção das respostas, diferenciando-a dos estilos de resposta defensivos. Em relação aos resultados elevados na MCSDS neste subgrupo, segundo Austin (2002 *cit in* Pereira & Matos, 2011) é de extrema relevância avaliar a credibilidade e validade de informações obtidas junto dos progenitores, uma vez que estes apresentam as histórias muitas vezes de forma enviesada pelas suas motivações face ao processo, principalmente pela desejabilidade social. As próprias linhas de conduta sobre este tipo de avaliações documentam alíneas com a necessária pesquisa (informações colaterais e testes de validade) dos técnicos de informação que corrobore o que é dito nas entrevistas (Ackerman, 2010). Um dos instrumentos bastante utilizados neste âmbito é o MMPI-2 (ver estudos de Keilin & Bloom, 1986 e a sua replicação por Ackerman & Ackerman, 1997) que reporta escalas de validade, usadas como informação primária para validar as respostas numa avaliação. Neste contexto as pessoas envolvidas em situações no subgrupo RP apresentam-se mais defensivas nas suas respostas do que a população em geral (Ackerman, 2010; Emery, Otto e O'Donohue, 2005).

Ainda relativamente à subamostra RP, a associação entre a escala EVS-VE e o BSI, embora se hipotetizasse inicialmente como negativa, acabou por ser positiva, e com significado estatístico em várias relações, rejeitando-se [H14] (p. ex. relação entre Total da EVS-VE e o *Índice de Sintomas Positivos* do BSI:  $r=.394$ ,  $p<.05$ ). Os problemas associados a este tipo de resultados configuram-se na medição do mesmo constructo por parte

das duas provas. Trueblood e Schmidt (1993) justificam sinais de falta de validade que embora não sejam frequentes, concluem que a sua sobreposição com sintomas válidos não é rara. Num registo complementar recorde-se que a resposta aos testes está dependente da cooperação e motivação do sujeito e que os testes (neuro)psicológicos são vulneráveis à simulação (Heubrock & Petermann, 1998), tal como são instrumentos de auto-resposta/*checklist* (Sullivan & King, 2010).

Verificámos se na população médico-legal os sujeitos eram influenciados pela sua capacidade cognitiva, assim como pela sua percepção de ser ou não saudáveis. Ao contrário da AC, neste contexto foi encontrada relação entre a capacidade cognitiva e a pontuação na dimensão *Perturbações Cognitivas* ( $M(2)=7.25$  vs  $M(3)=5.46$  vs  $M(4)=3.50$  vs  $M(5)=3.67$ ;  $X^2=13.723$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ ) e no Total ( $M(2)=31.00$  vs  $M(3)=22.92$  vs  $M(4)=14.75$  vs  $M(5)=17.79$ ;  $X^2=9.590$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ ), rejeitando-se [H15]. Os valores médios mais elevados na EVS-VE observam-se no grupo com capacidades cognitivas da classe “médio inferiores”. Estes resultados podem indicar que indivíduos com nível cognitivo superior podem perceber o objetivo desta prova, uma vez que neste contexto os indivíduos estão mais atentos ao teor das provas. Salientar que aquando da administração das provas houve sujeitos que referiram sobre a EVS-VE “isto só pode ser de controlo!”. Relativamente à percepção de ser (ou não) saudável, referir que os sujeitos que se percecionam com baixo grau de saúde no momento da avaliação, revelam resultados mais elevados comparativamente aos indivíduos que se acham saudáveis. Este resultado confirma [H16], uma vez que se registam diferenças estatisticamente significativas para o Total e para quatro dimensões, designadas como categorias de patologias específicas: *Psicose*, *Perturbações Emocionais*, *Perturbações Cognitivas* e *Sintomas Somáticos*. Transparece a relação de que indivíduos que já se auto percecionam “mal” do ponto de vista psicológico ou físico, na resposta à EVS-VE intensificam, exageram sintomatologia psicopatológica, cognitiva e somática (cf. p.ex. Conroy & Kwartner, 2006 definem um nível de simulação).

## VI - Conclusões

Nenhum resultado por si só num teste aplicado numa avaliação (neuro)psicológica é suficiente para identificar validamente comportamentos de simulação. Este tipo de comportamentos leva os profissionais a posicionar-se sobre a questão assumindo que cada peça de informação sugestiva de simulação é acumulável com outras, proporcionando crescente confiança no diagnóstico (Taylor, Frueh & Asmundson, 2007). É crucial a investigação de medidas que avaliem estilos de resposta, maioritariamente em Portugal onde o leque de escolhas é reduzido. É também importante verificar a interação entre os vários instrumentos, para que o técnico consiga retirar conclusões consistentes e empiricamente suportadas. Este trabalho pretendeu responder às lacunas existentes ainda, no que a medidas breves de comportamento de simulação diz respeito, além de oferecer uma matriz de relações com provas relevantes em contexto médico-legal. No entanto é um

estudo exploratório, que fornece reflexões sobre os resultados, pelo que é necessário alertar para o cuidado a ter nalgumas generalizações.

Primeiramente, deve ser valorizado o fato da EVS-VE ter sido estudada numa amostra onde a motivação para simular (indivíduos com intenção e existência de prováveis ganhos secundários) sintomas psicopatológicos, cognitivos e somáticos é evidente, nomeadamente no subgrupo amostral *Outras Avaliações*.

Individualmente com a EVS-VE, obtiveram-se resultados satisfatórios e próximos daquilo que seriam de esperar, uma vez que se percebeu a capacidade discriminatória da escala entre respostas honestas e respostas de pessoas que simulam, sobretudo quando considerado o Total da escala. Já os resultados nas dimensões apresentam alguns limites, uma vez que o número de itens constituinte de algumas dimensões é reduzido. Além disso, a simulação é motivada por incentivos externos e apresenta variância contextual e de situações (p. ex. tipo de processo) pelo que os sujeitos apresentam-se seletivos relativamente aos sintomas objeto de distorção.

O presente estudo encontrou na sua realização alguns obstáculos que implicam limitações na análise dos resultados obtidos e na conclusão. Estas prendem-se inevitavelmente com a dimensão reduzida das amostras quer da comunidade, quer médico-legal. O número de sujeitos pertencentes à amostra global não é suficiente para se proceder à análise fatorial e esta deve ser uma preocupação primária em futuros estudos. É também de considerar uma correta definição dos critérios de cotação, nomeadamente itens inversos, com vista à rejeição de resultados com magnitudes “inadmissíveis” ou negativos, evidentes neste estudo quando averiguada a consistência interna da EVS-VE, nomeadamente na dimensão *Sintomas Somáticos* e *Itens Indiferenciados*. P. ex. podem futuras avaliações verificar a utilidade da dimensão *Sintomas Somáticos*, recorrendo a uma prova que avalie simulação de sintomas somáticos. Quanto à dimensão *Itens Indiferenciados* estes resultados podem dever-se ao fato de não constituir uma dimensão consistente de psicopatologia e também ao número reduzido de itens.

No que concerne à amostra médico-legal, este estudo pretendeu aproximar-se da população dirigida ao Serviço de Clínica Forense do INML (heterogénea e onde a frequência do tipo de casos varia de ano para ano). Sugere-se que futuras investigações devem especificar por tipo de processo os indivíduos pertencentes neste estudo ao subgrupo *Outras Avaliações*, trabalhando-os como grupos experimentais, p. ex. avaliações no âmbito de diagnóstico de PTSD, ou TCE. Para isso este estudo fornece já um “grupo de controlo” (*Responsabilidades Parentais*), com o qual esses grupos podem ser comparados. A partir daí, poder-se-iam discriminar melhor a coocorrência de comportamentos de simulação e psicopatologia (p. ex. PTSD) e ainda a relação da EVS-VE com escalas que avaliam o esforço reduzido (p. ex. TCE). É forçoso admitir que esta escala em termos de ponto de corte deverá futuramente admitir a possibilidade de dispor de diferentes pontos de corte em função do contexto e natureza dos grupo (clínicos, forenses e normativos) e de grupos experimentais específicos (p. ex. de acordo com o tipo de processo). Além disso, outras variáveis devem ser

consideradas, como a idade, analisando as respostas à EVS-VE com menores de 18 anos ou o género (cf. Heilbronner et al., 2009).

Seria relevante admitirem futuras investigações um grupo clínico, com indivíduos com patologia mas sem intenção de simular. No entanto, deve ter-se em conta o fato da aplicação do SIMS nesse contexto se apresentar questionável, uma vez que é apontado em certos trabalhos com associações positivas entre os seus resultados e sintomatologia psicopatológica (ver Edens, Otto & Dwyer, 1999; Merckelbach & Smith, 2003).

A validade interna deste estudo deve ser reanalisada, considerando novos estudos com o SIMS que estabeleçam um ponto de corte mais consensual. No que respeita à validade de constructo, a matriz de relações aqui trabalhada, delimita potencialidades e legitimidade da EVS-VE como escala que avalia a simulação ou exagero de sintomas. Porém o estudo da fiabilidade da EVS-VE embora se tenha analisado a sua consistência e as inter-correlações dos resultados enunciados pela própria escala, permanece incompleta uma vez que não foram investigados dados referentes à estabilidade temporal da escala.

Uma vez que foi confirmada a dificuldade de resposta a alguns itens da escala EVS-VE, investigações posteriores devem considerar a mudança ou aperfeiçoamento dos itens sugeridos.

De um modo geral, prevê-se que a utilização desta escala seja feita numa fase inicial das avaliações (neuro)psicológicas e que os resultados aqui obtidos respondam à necessidade de uma avaliação mais compreensiva da simulação ou exagero de sintomas.

Em suma, pretende-se que esta investigação seja um contributo no avanço da compreensão das dinâmicas e variáveis envolvidas na avaliação psicológica, especificamente nos comportamentos de simulação, para que progressivamente numa avaliação se compare objetivamente o que se obteve e o que esperava obter (Slick, Tan, Strauss, & Hultsch, 2004) no contexto de uma abordagem multimétodo e multi-informador (Simões, et al., 2009). Nenhuma prova por si só permite o diagnóstico de simulação, além disso além deste estilo de resposta, outros estão definidos na literatura, de acordo com objetivos específicos do indivíduo, podendo este recorrer a dois estilos de resposta diferentes num mesmo momento de avaliação (Otto, 2008). E o comportamento adotado, pode variar de acordo com o próprio formato do instrumento psicométrico (Slick, Tan, Strauss, & Hultsch, 2004).

### **Bibliografia**

- Ackerman, M. J., & Arckerman, M. C. (1997). Custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (Revisited). *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 137-145.
- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Wiley.
- Almiro, P., Simões, M. R., & Sousa, L. (2012). Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (versão 33 itens): Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa. Em preparação.

- Alwes, Y. R., Clark, J. A., Berry, D. T. R., & Granacher, R. P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *30*, 133-140.
- American Psychiatric Association (2000/2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baerger, D. R., Galatzer-Levy, R., Gould, J. W., & Nye, S. G. (2002). A methodology for reviewing the reliability and relevance of child custody evaluations. *Child Custody Evaluations*, *18*, 35-73.
- Berry, D. T., Wetter, M. W., & Baer, R. A. (1995). Assessment of malingering. In J. N. Butcher, *Clinical personality assessment: practical approaches* (pp. 236-247). New York: Oxford University Press.
- Berry, D. T., & Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, *3*, 295-303.
- Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom Validity Testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, *15*, 19-45.
- 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*, 561-573.
- Brennan, A. M., & Gouvier, W. D. (2006). Are you honestly studying malingering? A profile and comparison of simulated and suspected malingerers. *Applied Neuropsychology*, *13*, 1-11.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., & Koffler, S. P., et al. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 419-426.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3; pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., & Kremer, K., et al. (2003). The other side of malingering: Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, *17*, 235-243.
- Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. L. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingered among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatric & Psychology*, *20*, 239-254.
- Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology*

*in Criminal Justice*, 2, 29-51.

- Coppola, N., Bewley, L., Harrison, J. P., & Shapiro, M. (2007). Medical malingering and disability: Historic, economic and modern perspectives with management considerations. In J. Kitaeff, *Malingering, lies and junk science in the courtroom* (pp. 35-79). New York: Cambria Press.
- Cunha, C. C. T. (2011). *Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudos de "simulação" e validação em amostra da Comunidade*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2012). Assessment of litigation context, suggestion, and malingering measures among simulated personal injury litigants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12, 238-258.
- Drob, S. L., Meehan, K. B., & Waxman, S. E. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 98-106.
- Duncan, A. (2005) The impact of cognitive and psychiatric impairment of psychotic disorders on the Test of Memory Malingering (TOMM). *Assessment*, 12(2), 123-129.
- Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387-396.
- Elhai, J. D., Gold, S. N., Sellers, A. H., & Dorfman, W. I. (2001). The detection of malingered posttraumatic stress disorder with MMPI-2 Fake Bad Indices. *Assessment*, 8, 221-236.
- Emery, R., Otto, R., & O'Donohue, W. (2005). A critical assessment of child custody evaluations. *Psychological Science In The Public Interest*, 6, 1-29.
- González, H., Capilla, P., & Matalobos, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 393-415.
- Greve, K.W. & Bianchini, K.J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: A methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 533-541.
- Guriel, J., & Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 882-904.
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., & Millis, S.

- R., et al. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment effort, response bias and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 1093-1129.
- Heubrock, D., & Petermann, F. (1998). Neuropsychological assessment of suspected malingering: Research results, evaluations techniques, and futher direction of research and application. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 211-225.
- Iverson, G. L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.
- Jackson, R. L., Rogers, R., & Sewell, K. W. (2005). Forensic applications of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): screening for feigned disorders in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, 29,199-210.
- Kane, A. W. (2010). Essentials of malingering assessment. In M. J. Ackerman (Ed.), *Essentials of forensic psychological assessment* (pp. 85-111). New York: Wiley.
- Keilin, W., & Bloom, L. (1986). Child custody evaluation practices: A survey of experienced professionals. *Professional Psychology: Research and practice*, 17, 338-346.
- Larrabee, G.J., et al., (2007). Refining diagnostic criteria for malingering. In G.J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 334-371). New York: Oxford University Press.
- Lowenstein, L. (2002). Recent research into dealing with the problem of malingering. *Medico-Legal Journal*, 70, 38-49.
- Maior, F. N. S. (2008). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) e Test of Memory Malingered (TOMM): Estudos de validação numa amostra normativa*. Tese de Mestrado Integrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS – Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Merckelbach, H., & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145-152.
- Meyers, J. E., & Volbrecht, M. E. (2003). A Validation of multiple

- malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 261-276.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- Mota, M. S. (2007). *Comportamentos de simulação numa amostra de reclusos: Estudos de validação com a SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms), o SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) e o TOMM (Test of Memory Malingered)*. Tese de Mestrado Integrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Nelson, N. W. & Sweet, J. J. (2009). Malingering of psychiatric disorders in neuropsychological evaluation: Divergence of cognitive effort measures and psychological test validity indicators. In J. E. Morgan & J. J. Sweet (Eds.), *Neuropsychology of malingering casebook* (pp. 195-213). New York: Psychology Press.
- Nunes, A. (2011). *Escala de Validade de Sintomas - Versão Experimental (EVS-VE): Estudos de validação em contexto forense*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Oliveira, C. S. (2008). *Comportamentos de simulação numa amostra de reclusos em “cadeias especiais”: Estudos de validação com o Test of Memory Malingering (TOMM), Rey 15 – Item Memory Test (RMT) e o Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*. Tese de Mestrado Integrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Otto, R. K. (2008). Challenges and advances in assessment of response style in forensic examination contexts. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 365-375). New York: Guilford Press.
- Peace, K. A., & Masliuk, K. A. (2011). Do motivations for malingering matters? Symptoms of malingering PTSD as a function of motivation and trauma type. *Psychology Injury and Law*, 4, 44-55.
- Pereira, A., & Matos, M. (2011). Avaliação psicológica das responsabilidades parentais nos casos de separação e divórcio. In C. Machado, M. Matos & R. Gonçalves (Eds), *Manual de Psicologia Forense* (pp.31-47). Coimbra: Psiquilíbrios.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25,

567-582.

- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1996). *Seccão 3- Matrizes Progressivas Standard*. Lisboa: Infoteste.
- Ray, C. L. (2009). The importance of using malingering screeners in forensic practice. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 9, 138-146.
- Resnick, P. J., & Knoll, J. L. (2008). Malingered psychosis. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 51-68). New York: Guilford Press.
- Reznek, L. (2005). The Rey 15-item test for malingering: A meta-analysis. *Brain Injury*, 19(7), 539-543.
- Rogers, R. (2008a). Detection strategies for malingering and defensiveness. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3<sup>rd</sup> ed.; pp.14-35). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). Current status of clinical methods. In R. Rogers, *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 391-410). New York: Guilford Press.
- Rogers, R., & Bender, S.D. (2003) Evaluation of malingering and deception. In I.B. Weiner & A.M. Goldstein (Ed.), *Handbook of psychology: Forensic psychology* (pp. 109-129). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rohling, M. L. & Boone, K. B. (2007). Future directions in effort assessment. In K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 453-469). New York: Guilford Press.
- Scagliusi, F. B., Cordás, T. A., Polacow, V. O., Coelho, D., & Alvarenga, M., et al. (2004). Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 272-278.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R. (1994). Notas em torno da arquitectura da Avaliação Psicológica. *Psychologica*, 11, 7-44.
- Simões, M. R. (2005). O exame dos comportamentos de simulação em avaliação (neuro)psicológica. In C. Vieira, A. M. Seixas, A. Matos, M. P. Lima, M. Vilar, & M. R. Pinheiro (Eds.), *Ensaio sobre o comportamento humano: Do diagnóstico à intervenção. Contributos nacionais e internacionais* (pp. 453-481). Coimbra: Almedina.
- Simões, M. R. (2006). Testes de validades de sintomas na avaliação de comportamentos de simulação. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. C. Simões, & M. S. Pinho, *Psicologia Forense* (pp. 279-309).

Coimbra: Almedina.

- Simões, M. R., Sousa, L. B., Mota, M. S., Maior, F. S. & Amaral, M. L., et al. (2009). Simulação de sintomas psicopatológicos: Síntese de estudos exploratórios. *Revista de Psiquiatria*, 22, 70-78.
- Simões, M. R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., Pires, L., Batista, P., Silva, A. R., Silva, S., Ferreira, A. R., França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1, 209-226.
- Simões, M. R., Maior, F., Mota, M., Oliveira, C., Duarte, P., Gaspar, N., Veloso, M., & Costa, A. (2011). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): Estudos de validação em grupos "normativos", reclusos e traumatismos crânio-encefálicos*. V Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça. Maia, Instituto Superior da Maia.
- Simões, M. R. (2012). Simulação, esforço insuficiente e exagero de sintomas em avaliação neuropsicológica forense. In F. Almeida, & M. Paulino (Eds.), *Profiling, vitimologia e ciências forenses: Perspectivas actuais* (pp. 147-166). Lisboa: Pactor/Lidel.
- Slick, D.J., Sherman, E.M., & Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Slick, D. J., Tan, J. E. & Esther H. Strauss, D. F. (2004). Detecting malingering: A survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 465-473.
- Smith, G. P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. In R. Rogers (Ed), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 182-206). New York: Guilford Press.
- Sullivan, K. & King, J. (2010). Detecting faked psychopathology: A comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176, 75-81.
- Tan, J. E., Slick, D. J., Strauss, E., & Hultsch, D. F. (2002). How'd they do it? Malingering strategies on symptom validity tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 16, 495-505.
- Taylor, S., Frueh, B. C. & Asmundson, G. J. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41.
- Trueblood, W. & Schmidt, M. (1993). Malingering and other validity considerations in the neuropsychological evaluations of mild head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15,

578-590.

- Vitacco, M. J., Jackson, R. L., Rogers, R., Neumann, C. S. & Miller, H. A, et al. (2008). Detection strategies for malingering with the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test. A confirmatory factor analysis of its underlying dimensions. *Assessment*, *15*, 97-103.
- Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J. & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior*, *31*, 249-260.
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wisdom, N. M., Callahan, J. L., & Shaw, T. G. (2010). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*, 1-8.