UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Deteção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas numa amostra de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra

Dalila de Melo Soares (e-mail: soares_dalila@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde,
Subárea de especialização em Psicologia Forense,
sob a orientação do Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões

Deteção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas numa amostra de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra

A deteção de comportamentos de simulação, esforço reduzido e exagero de sintomas é uma questão preponderante na prática e investigação no contexto da avaliação psicológica em contexto forense. O presente estudo analisa a deteção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas numa amostra de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra, tendo como objetivos a análise da relação entre as medidas de validade de sintomas utilizadas e variáveis demográficas (idade e escolaridade) e o funcionamento cognitivo; a análise de potenciais vantagens/limites das medidas de validade de sintomas utilizadas na presente amostra; a análise da relação entre as várias medidas de validade de sintomas utilizadas. Foram utilizados dois instrumentos dirigidos à deteção de esforço reduzido ou exagero de sintomas de dificuldades cognitivas: *Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996; Mota et al., 2008) e *Rey 15-Item Memory Test* (FIT; Rey, 1964); dois índices de esforço reduzido derivados de testes oriundos de um instrumento clássico de avaliação neuropsicológica (Vocabulário e Memória de Dígitos; WAIS-III); um instrumento orientado para a deteção de exagero de sintomas psicopatológicos (*Structured Inventory of the Malingered Symptomatology*; SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010); e um instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo (*Montreal Cognitive Assessment*; MoCA; Nasreddine et al., 2005; Simões, et al., 2008).

Não foram encontradas evidências de relação entre nenhuma das variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e os resultados no TOMM e SIMS, justificando o recurso a estas medidas na avaliação da validade de sintomas. Com exceção do índice V-MD, verificou-se que todas as medidas utilizadas revelaram relações moderadas com o resultado no MoCA. Os resultados obtidos apoiam a utilização do TOMM nesta amostra, comparativamente às restantes medidas. Por fim, são apresentadas as pontuações obtidas pelos sujeitos no MoCA, um instrumento recente de rastreio cognitivo relativamente ao qual não são conhecidas investigações em contexto prisional.

Palavras-chave: esforço reduzido, exagero de sintomas, contexto prisional

Assessment of reduced effort and symptom exaggeration in a sample of inmates from the prison of Coimbra

The assessment of malingering, reduced effort and symptom exaggeration is a prevalent issue for the practice and research in the psychological assessment, especially in the forensic context. This study assesses the detection of reduced effort and symptom exaggeration behaviors in a sample of inmates from the prison of Coimbra. The main goals are the assessment of the relationship between the symptom validity measures used and the demographic variables (age and education) and cognitive functioning; the analysis of potential advantages/limits of the symptom validity measures applied in the present sample; the analysis of the relationship between the different symptom validity measures used. The instruments applied were: the Test of Memory Malingering (TOMM, Tombaugh, 1996; Mota et al., 2008) and the Rey 15-Item Memory Test (FIT; Rey, 1964), two instruments specifically designed for the detection of reduced effort or exaggeration of symptoms of cognitive difficulties; two indicators of reduced effort derived from a classic test of neuropsychological assessment (Vocabulary and Digit Span, WAIS-III); a tool oriented towards the detection of exaggeration of psychopathological symptoms (Structured Inventory of the Malingered Symptomatology; SIMS, Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010); and an instrument for assessing cognitive functioning (Montreal Cognitive Assessment; MoCA; Nasreddine et al., 2005; Simões, et al., 2008).

There was no evidence found that suggests the presence of a relationship between either of the sociodemographic variables (age and education) and the results on the TOMM and the SIMS, which supports their use on symptom validity assessment. Except for the V-DS index, it was found that all measures applied revealed moderate relationships with the results in MoCA. The results support the use of the TOMM this sample, as compared to the other measures. Lastly, the scores obtained by the subjects in MoCA, a recent cognitive screening instrument for which no investigations are known in the prison context, are presented.

Key Words: reduced effort, symptom exaggeration, prisional context

Agradecimentos

Naquele que foi, sem dúvida, o ano mais desafiante no decorrer do meu percurso académico, não podia deixar de expressar a minha gratidão às pessoas que permitiram que aqui chegasse. Assim, agradeço:

Antes de mais, aos meus pais, não só por todo apoio que me deram a vários níveis, tendo tornado possível que eu frequentasse este curso, e por terem sempre acreditado que eu seria capaz, mesmo nos momentos em que eu própria tive algumas (muitas) dúvidas.

Aos reclusos que concordaram participar neste estudo, pois sem a sua colaboração não teria sido possível realizá-lo.

Ao Professor Doutor Mário Simões, pelo privilégio que foi aprender com a partilha dos seus conhecimentos e pelo esforço que despendeu para que eu conseguisse ultrapassar os desafios inerentes ao desenvolvimento do estudo.

À Dr.ª Isabel Sofia Teixeira Dias, responsável pelo Serviço de Psicologia do Estabelecimento Prisional de Coimbra, pela aprendizagem que me permitiu ao trabalhar sob a sua orientação no local de estágio, e pela disponibilidade e incentivo oferecidos.

A todos os meus amigos pelas palavras de carinho e incentivo ao longo deste percurso.

À Ana Ávila, Eva Rodrigues e Maria Antunes, colegas nesta jornada e amigas que estiveram presentes nos momentos de alegria e nos de maior desânimo e falta de motivação. Pelas palavras de carinho e pelas palavras mais “duras”, essenciais para “despertar” quando a vontade de desistir foi maior. À Ana Ávila em particular, como colega de casa num ano em que sei não ter sido sempre fácil conviver comigo, pela enorme paciência.

Índice

Introdução 1
I. Enquadramento concetual 3
Simulação 3
Simulação de Disfunção Neurocognitiva 3
Esforço reduzido ou *insuficiente* e *exagero de sintomas* *4*
II - Objetivos 8
III – Metodologia 9
Participantes 9
Instrumentos 11
Test of Memory Malingering 11
Rey 15-Item Memory Test 11
Vocabulário e Memória de Dígitos 11
Structured Inventory of Malingered Symptomatology 12
Montreal Cognitive Assessment 13
Procedimento 13
IV – Resultados 14
Relação entre as pontuações no TOMM, FIT, RDS, V-MD e SIMS e a idade, escolaridade e pontuações no MoCA 14
TOMM: Resultados no Ensaio 1, Ensaio 2, Ensaio de Retenção e Índice de Consistência de Albany (ACI) 15
TOMM: Análise de novos pontos de corte para os Ensaios 2 e de Retenção 16
TOMM: o Ensaio 1 como medida de validade de sintomas 16
TOMM: o ACI como medida de validade de sintomas 17
Deteção de comportamentos de esforço reduzido/exagero de sintomas 18
Relação entre pontuações nas medidas de validade de sintomas 19
Casos simultaneamente assinalados como sugestivos da presença de esforço reduzido em pelo menos duas medidas 20
Casos simultaneamente assinalados como sugestivos da presença de exagero de sintomas e de esforço reduzido 20
Resultados no MoCA 21
V – Discussão 21
VI – Conclusões 30
Bibliografia 33
Anexos

Introdução

A questão da validade das respostas obtidas durante as avaliações (neuro)psicológicas tem sido alvo de numerosos estudos, sobretudo nas últimas duas décadas.

Para que os resultados alcançados no decorrer de uma avaliação (neuro)psicológica sejam válidos é necessário que exista envolvimento ativo, cooperação, motivação, honestidade e esforço adequado por parte do sujeito ao longo do processo de avaliação, de forma a possibilitar que as respostas obtidas nos testes, inventários ou entrevistas representem adequadamente as suas capacidades, aptidões e funcionamento emocional (An, Zakzanis, & Joordens, 2012; Bordini, Chaknis, Ekman-Turner, & Perna, 2002; Green, 2001; Heilbronner et al., 2009; Larrabee, 2007a; Sharland & Gfeller, 2007; Simões, 2006, 2012; Tombaugh, 1996, 2003; Wisdom, Callahan, & Shaw, 2010). No entanto, são diversas as potenciais ameaças à validade da informação e aos resultados obtidos pelo sujeito no decorrer de uma avaliação neuropsicológica (Bush et al., 2005), não podendo ser passivamente assumido que o sujeito coloca o seu melhor esforço nas tarefas de avaliação, sendo possível que apresente um desempenho problemático por motivação reduzida, esforço insuficiente, ou mesmo simulação de défices, incapacidades ou perturbações, face a existência de incentivos externos (Simões, 2006).

Desta forma, para incrementar a confiança na interpretação dos resultados obtidos no decorrer de uma avaliação neuropsicológica, deve ser determinado em que grau o examinado apresentou um esforço adequado nas tarefas ou respondeu honestamente às questões (Bush et al., 2005; Iverson, 2008). A deteção da simulação, esforço reduzido e outros enviesamentos de respostas são funções importantes no âmbito da avaliação (neuro)psicológica (Heilbronner et al., 2009; Pollock, 1997). Neste plano, a avaliação da validade de sintomas tornou-se num dos temas centrais da pesquisa atual em neuropsicologia e da prática clínica (Bigler, 2012). Por conseguinte, é essencial que todas as avaliações (neuro)psicológicas incluam métodos para determinar o esforço do examinado e a validade dos sintomas apresentados ao longo do processo de avaliação (Boone, 2013; Heilbronner et al., 2009; Miele, Gunner, Lynch, & McCaffrey, 2012; Iverson, 2006; Nelson et al., 2003), particularmente em contextos nos quais existam potenciais ganhos secundários, como é o caso do contexto forense (Heilbronner et al., 2009; Pivovarova, Rosenfeld, Dole, Green, & Zapf, 2009).

A prevalência de enviesamento de respostas varia de acordo com o contexto (Heilbronner et al., 2009; Hilsabeck, Gordon, Hietpas-Wilson, & Zartman, 2011; McDermott, Dualan & Scott, 2013; O'Bryant & Lucas, 2006), existindo indicações de que a prevalência de comportamentos associados à simulação é substancialmente elevada em contexto prisional (Scott, McDermott, Bobb, & Reid, 2012). Vários estudos que analisaram estes comportamentos em contexto prisional centraram-se no exagero de sintomas (cf. por exemplo, McDermott et al., 2013; McDermott & Sokolov, 2009; Norris & May, 1998; Pollock, 1997; Pollock, Quigley, Worley, &

Bashford, 1997; Walters, 2011), tendo sido encontrados valores entre os 32%, numa amostra proveniente de uma prisão de média segurança (Pollock et al., 1997) e os 45-56%, dependentemente do instrumento utilizado, numa amostra de reclusos que relataram solicitaram serviços de consulta psicológica (Norris & May, 1998). Estudos mais recentes (McDermott et al., 2013; McDermott & Sokolov, 2009), detetaram prevalências de comportamentos de simulação de 64.5% e 66.5% em amostras de reclusos que procuraram serviços psiquiátricos; no entanto, estes números poderão ter sido inflacionados pelo facto de apenas os reclusos previamente apontados como suspeitos de simulação terem sido submetidos a avaliação.

Desta forma, a deteção dos comportamentos associados à simulação em contexto prisional é considerada de extrema importância (McDermott & Sokolov, 2009). A falha da sua identificação pode resultar na tomada de decisões inapropriadas (Pollock, 1997) e ter consequências importantes (McDermott & Sokolov, 2009). Por outro lado, os falsos-positivos na avaliação dos comportamentos de simulação podem levar à falha em assinalar reclusos que tenham necessidades legítimas de apoio de serviços clínicos (McDermott & Sokolov, 2009). De acordo com Denney (2007), apesar de os indivíduos que se encontram em situação de pré-julgamento ou pré-sentença apresentarem um risco muito superior de apresentar comportamentos associados à simulação, os reclusos sentenciados podem ocasionalmente ter motivação para manifestar desempenhos fracos nos processos de avaliação neuropsicológica. Os reclusos podem ter como motivação para exagerar ou apresentar sintomas falsos a obtenção de determinados privilégios ou benefícios, como é o caso da obtenção de aposentos diferenciados, a transferência para um estabelecimento médico ou para uma localização com melhores condições, acesso a medicação, atenuar infrações comportamentais, aumentar a interação com a equipa de saúde, ou para escapar às dificuldades associadas a um estabelecimento prisional, como conflitos com outros reclusos ou com a equipa do estabelecimento correcional (Denney, 2007; Norris & May, 1998; Scott et al., 2012). Além disso, Denney (2007) acrescenta que, atendendo à sua experiência, existem reclusos sem motivação clara para simular défices mas que apresentam desempenhos fracos devido à falta de interesse, de empenho ou, simplesmente, por aborrecimento.

Atendendo às potenciais consequências da falta de validade da informação obtida através das respostas do sujeito e à prevalência dos comportamentos que poderão colocar em causa a sua validade, justifica-se que sejam feitos esforços sistemáticos no sentido de aperfeiçoar as estratégias de deteção deste tipo de comportamentos ou estilos de resposta. Adicionalmente, uma vez que o estudo destes comportamentos em contexto prisional é, tendencialmente, abordado no âmbito do exagero de sintomas, importa também fazer investigação direcionada à questão da problemática do esforço reduzido ou insuficiente neste contexto.

I – Enquadramento concetual

Importa começar por delimitar os conceitos centrais a este trabalho: Simulação (*Malingering*), Simulação de Disfunção Neurocognitiva (*Malingered Neurocognitive Dysfunction*, MND), esforço insuficiente ou reduzido, e exagero de sintomas.

Simulação

A simulação é definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) como a "produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos tais como evitar o serviço militar ou o trabalho, obtenção de compensações económicas, evitar cumprimento de penas ou obtenção de drogas" (APA, 2002, p.739). No entanto, vários autores consideram os critérios estabelecidos por este manual de diagnóstico excessivamente amplos, podendo levar à identificação errada de comportamentos de "simulação" em indivíduos honestos, traduzindo um elevado número de falsos-positivos (McDermott & Sokolov, 2009).

Mais recentemente, numa conferência organizada pela *American Academy of Clinical Neuropsychology* orientada para o estudo dos fenómenos associados aos comportamentos de simulação (Heilbronner et al., 2009), defende-se que é possível fazer diagnósticos de simulação através de uma análise cautelosa que combine julgamento clínico com os resultados em medidas cientificamente validadas. Para tal é necessária a determinação de intencionalidade dos comportamentos, através da incorporação de múltiplas fontes de informação, nomeadamente a história do passado do sujeito e os dados de entrevista, observação, testes neuropsicológicos e medidas de enviesamento de resposta. Além disso, devem ser considerados outros fatores, tais como a presença de incentivos externos, inconsistências entre queixas subjetivas e a apresentação clínica objetiva, história clínica, entrevistas e informação colaterais e a presença de sintomas bizarros não encontrados normalmente em contexto neurológico e psiquiátrico (Bordini et al., 2002; O'Bryant & Lucas, 2006; Samuel & Mittenberg, 2005; Stimmel, Green, Belfi, & Klaver, 2012).

Simulação de Disfunção Neurocognitiva

Slick, Sherman e Iverson (1999), consideraram importante a existência de um consenso relativamente à definição e critérios para o fenómeno da simulação e, nessa medida, propuseram um novo modelo de classificação e o conceito Simulação de Disfunção Neurocognitiva (*Malingered Neurocognitive Dysfunction*, MND), definido como um exagero volitivo ou fabrico de disfunção cognitiva com o objetivo de obter ganho material substancial ou evitar/ escapar a deveres legais formais ou outras responsabilidades formais. Os critérios de Slick et al. (1999) consideram indicadores provenientes de avaliação neuropsicológica e de autorrelato, dividindo o diagnóstico de MND em três níveis formais: (i) conclusiva ("*definitive*"), (ii) provável e (iii) possível. Estes critérios são compreensivos e flexíveis, de modo a que a sua operacionalização

apropriada permite uma aplicação objetiva, sistemática organizada e estruturada (Larrabee, Greiffenstein, Greve, & Bianchini, 2007).

No entanto, a investigação e a clínica identificaram problemas que limitam o seu valor potencial (Larrabee et al., 2007), tendo já sido apresentadas propostas de modificação a esta classificação. Assim, Larrabee et al. (2007) afirmam os critérios de Slick et al. (1999) são excessivamente conservadores e que o facto de focarem apenas a vertente cognitiva, tendendo a ignorar ou minimizar a importância da simulação em outros domínios, resultará provavelmente na ocorrência de falsos-positivos. Boone (2007) aponta para a existência de questões problemáticas nas recomendações de Slick (para um aprofundamento da análise cf. Boone, 2007), defendendo que o papel dos neuropsicólogos é o de determinar se as queixas de disfunção cognitiva são credíveis, independentemente das causas para eventual presença de sintomas não credíveis. Assim, Boone (2007) defende que o termo "simulação" deve ser posto de parte e substituído por expressões que descrevam o comportamento, e não as intenções, como "sintomas/desempenho não credíveis", "enviesamento negativo de resposta" e "esforço suspeito ou reduzido", da mesma forma que a terminologia utilizada por Slick de "diagnóstico de simulação de funções neuro-cognitivas" deve ser substituída por "determinação de função neuro-cognitiva não-credível" (p.38).

Esforço reduzido* ou *insuficiente* e *exagero de sintomas

Têm sido utilizados vários conceitos na descrição dos comportamentos associados à deteção da apresentação intencional de capacidade reduzida e de sintomas exagerados (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009), sendo importante fazer a distinção entre estes comportamentos.

No que diz respeito aos comportamentos associados ao desempenho deliberadamente fraco (*underperform*) por parte sujeitos, traduzido num impacto negativo substancial sobre os resultados obtidos nas medidas de funções neuropsicológicas, tornando-os, assim, potencialmente inválidos (Heilbronner et al., 2009; Iverson, 2006, 2008), têm sido utilizados vários termos relacionados com a problemática do esforço, tais como esforço insuficiente, incompleto, reduzido, inadequado ou pobre (Heilbronner et al., 2009; Iverson, 2006, 2008). De forma a uniformizar os conceitos utilizados no presente trabalho, daqui em diante serão utilizados os termos *esforço insuficiente* ou *reduzido* que, de uma forma simplificada, se referem ao comportamento apresentado no decorrer da avaliação, significando que o sujeito demonstrou um desempenho fraco durante a mesma (Iverson, 2006, 2008).

A falta de validade das respostas associada ao relato falso de sintomas é uma problemática independente da questão do esforço e está relacionada com a atribuição de incapacidade subjetiva a disfunções somáticas (Heilbronner et al., 2009), tendo vindo a ser igualmente utilizados termos como fingimento, amplificação e exagero de sintomas (Iverson, 2006, 2008). No presente trabalho será utilizado o termo *exagero de sintomas*, definido como a apresentação não credível de sintomas subjetivos (Heilbronner et al.,

2009; Iverson, 2006).

Apesar de existir, ainda, alguma confusão relativamente às semelhanças e diferenças entre exagero de sintomas e esforço reduzido, estes conceitos são distintos, podendo ocorrer, ou não, em simultâneo (Iverson, 2006, 2008), pelo que as avaliações (neuro)psicológicas devem incluir simultaneamente medidas destinadas à deteção de esforço reduzido e de exagero de sintomas (Berry & Schipper, 2007; Iverson, 2006; Rosenfeld, Green, Pivovarova, Dole, & Zapf, 2010).

A *avaliação da validade de sintomas* remete para um processo que tem como objetivo averiguar a honestidade, veracidade ou o esforço manifestado pelo sujeito na resposta aos testes. Esta avaliação permite atestar um maior grau de exatidão e segurança às interpretações dos desempenhos manifestados, sendo essencial para maximizar a confiança nos resultados, diagnósticos e recomendações baseados em avaliações neuropsicológicas (Bush et al., 2005; Simões, 2006). Esta avaliação tem sido objeto de estudo em duas linhas de investigação (Boone, 2013; Bordini et al., 2002; Larrabee, 2005, 2007b; O'Bryant & Lucas, 2006; Simões & Sousa, 2008; Smith & Burger, 1997; Tombaugh, 1996): (i) análise dos padrões de resposta atípicos em instrumentos de avaliação neuropsicológica clássicos, bem como a identificação e validação de pontos de corte nestes instrumentos que possam ser indicativos de esforço reduzido; (ii) desenvolvimento de testes especificamente destinados à medida da validade de sintomas, comummente designados de Testes de Validade de Sintomas (TVS).

Apesar dos benefícios associados à utilização de indicadores de esforço derivados dos testes neuropsicológicos, é ainda limitada a informação que vá ao encontro da possibilidade de estes serem utilizados em detrimento de TVS (Miele et al., 2012), havendo, inclusivamente, a indicação de que são menos objetivos na confirmação da fidedignidade dos sintomas (Simões et al., 2010) pelo que, apesar de facultarem informação relevante, a sua utilização deve ser complementada com a administração de TVS (Simões, 2006). Desta forma, um dos objetivos do presente estudo é, justamente, a comparação dos resultados obtidos através de dois indicadores de esforço reduzido derivados de um instrumento clássico de avaliação (WAIS-III) com os provenientes de dois TVS.

A capacidade dos TVS para detetar comportamentos de simulação depende substancialmente da sua insensibilidade a outras variáveis, nomeadamente idade, educação, género, quociente de inteligência, défices neurológicos e perturbações afetivas (Tombaugh, 1996, 1997, 2003). Por conseguinte, a análise da presença de relações entre os resultados obtidos pelos TVS e outras variáveis que não o esforço e/ou o exagero de sintomas em diferentes amostras é uma questão pertinente, sendo considerada neste estudo.

Embora exista uma multiplicidade de TVS disponíveis, não existe consenso relativamente a qual será o “melhor” instrumento na deteção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas. Relativamente aos TVS destinados à deteção do esforço reduzido, o *Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996; Mota et al., 2008) foi já referido

como o mais frequentemente utilizado, seguido do *Rey 15-Item Memory Test* (FIT; Rey, 1964), tendo o primeiro sido considerado pelos inquiridos como o mais preciso na classificação de sujeitos que apresentam esforço adequado/reduzido, obtendo uma pontuação média de 7.5 em 10 (Sharland & Gfeller, 2007; Slick, Tan, Strauss, & Hultsch, 2004). Estes dois instrumentos serão utilizados no presente trabalho e, sendo um dos objetivos a análise de diferentes critérios de interpretação encontrados na literatura, justifica-se uma apresentação sumária dos mesmos. Adicionalmente, uma vez que, como já mencionado, será analisada a relação entre os resultados obtidos nestes instrumentos e outras variáveis, mais especificamente a idade, escolaridade e funcionamento cognitivo, é importante uma breve contextualização dos resultados obtidos por investigações anteriores.

Vários dados apontam para uma relativa insensibilidade do TOMM à idade e escolaridade (Greve et al., 2006a; Gunner, Miele, Lynch, & McCaffrey, 2012; Hilsabeck et al., 2011; Lezak, Howieson, & Loring, 2004; O'Bryant et al., 2008; Rees, Tombaugh, Gansler, & Moczynski, 1998; Tombaugh, 1996, 1997, 2003). No entanto, Mota et al. (2008), com uma amostra portuguesa de reclusos, obtiveram resultados sugestivos de que poderá existir alguma influência da escolaridade nas pontuações obtidas no TOMM por esta amostra. As investigações com este instrumento apontam para a obtenção de valores satisfatórios de especificidade e sensibilidade com uma grande variedade de amostras, nomeadamente com estudantes universitários (Rees et al., 1998), sujeitos com traumatismo crânio-encefálico (Greve, Bianchini, & Doane, 2006b; Greve, Ord, Curtis, Bianchini, & Brennan, 2007; Rees et al., 1998; Tombaugh, 1997), com défices cognitivos (Sánchez, Jiménez, Ampudia, & Merino, 2012; Tombaugh, 1997), défices de memória e neurológicos (Rees et al., 1998; Tombaugh, 1996, 1997), deficiência mental (Simon, 2007), afasia (Tombaugh, 1997), demência (Tombaugh, 1996, 1997), sintomas de ansiedade e depressão (O'Bryant, Finlay, & O'Jile, 2007), e sujeitos alegadamente expostos a substâncias tóxicas (Greve et al., 2006a). Contudo, existem estudos em grupos com demência (Tombaugh, 1997) e perturbações da memória (maioritariamente suspeitos de demência) (Greve et al., 2006a; 2006b) que obtiveram taxas de falsos-positivos que exigem uma utilização cautelosa do instrumento com estes grupos. Adicionalmente, Gierok, Dickson e Cole (2005), numa amostra psiquiátrica forense, encontraram correlações significativas entre o funcionamento cognitivo e as pontuações obtidas no TOMM.

Apesar das evidências apontarem para a validade e utilidade do TOMM, estudos recentes indicam a necessidade de aumentar a sua sensibilidade, propondo a utilização de diferentes estratégias para alcançar esse objetivo: (i) ajustamento do ponto-de-corte tradicional, havendo estudos recentes que apontam para a possibilidade de este ser conservador e mencionando a utilidade de novos pontos de corte que permitam um acréscimo na sensibilidade produzida, resultando, portanto, numa deteção mais elevada do esforço reduzido, sem que se dê um aumento da taxa de falsos positivos (Greve et al., 2006a, 2006b; 2007; Gunner et al., 2012; Schroeder et al., 2012); (ii) utilização do Ensaio 1 como medida de validade

de sintomas (Bauer, O'Bryant, Lynch, McCaffrey, & Fisher, 2007; Denning, 2012; Hilsabeck et al., 2011; O'Bryant et al., 2008; Schroeder et al., 2012; Wisdom, Brown, Chen, & Collins, 2012); (iii) a estratégia mais recentemente criada foi a criação de um índice de consistência (*Albany Consistency Index*; ACI) para a interpretação das pontuações obtidas (Gunner et al., 2012). Este índice analisa a consistência das respostas do sujeito nos 3 ensaios (1, 2 e de retenção) do teste, sendo que uma resposta é considerada inconsistente se o sujeito responder corretamente num item em determinado ensaio mas incorretamente nos outros dois, ou se responder corretamente em dois dos ensaios mas incorretamente no outro.

Por outro lado, existem indicações de que as pontuações obtidas no FIT podem ser influenciadas por outras variáveis que não o esforço, nomeadamente, a idade (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002; Griffin, Glassmire, Henderson, & McCann, 1997), a escolaridade (Boone et al., 2002; Boone & Lu, 2007; Griffin et al., 1997; Nelson et al., 2003), a inteligência (Griffin et al., 1997; Simon, 1994), o funcionamento cognitivo (Griffin et al., 1997; Simões et al., 2010), a memória (Griffin et al., 1997), amnésia (Arnett et al., 1995; Greiffenstein, Baker & Gola, 1996) e perturbações neurológicas, como a demência (Dean, Victor, Boone, Philpott & Hess, 2008), défices espaciais-visuais (Arnett, Hammeke, & Schwartz, 1995) ou défices na acuidade visual (Arnett et al., 1995). A principal limitação deste instrumento prende-se com a identificação do ponto-de-corte mais apropriado (McGuire, 2006; Taylor, Kreutzer, & West, 2003), existindo falta de consenso acerca de qual o ponto-de-corte que permite alcançar os valores de especificidade e sensibilidade mais satisfatórios (Etcoff & Kampfer, 1996; McGuire, 2006; Tombaugh, 1996). As críticas associadas a este instrumento baseiam-se, sobretudo, na sua falta de sensibilidade: foram obtidos valores de sensibilidade inferiores a 50% com pontos-de-corte <7 (Heinze & Purisch, 2000) e <9 (Boone et al., 2002); inferiores a 60% com pontos-de-corte <8 (Arnett, Hammeke, & Schwartzs,1995) e <9 (Griffin et al., 1997); e inferiores ou iguais a 72% com pontos-de-corte <8 (Arnett et al., 1995), <9 (Arnett et al., 1995; Heinze & Purisch, 2001) e <10 (Greiffenstein et al., 1996).

No que diz respeito à deteção de exagero de sintomas, os instrumentos mais extensivamente validados implicam um tempo de administração considerável (Alwes, Clark, Berry, & Granacher, 2008; Clegg, Fremouw, & Mogge, 2009) que constitui um impedimento em contextos cujo tempo de disponível é limitado (Clegg et al., 2009). Para resolver esse problema, têm sido desenvolvidos instrumentos de autorresposta que podem ser completados em cerca de 5-15 minutos. O *Structured Inventory of the Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010) é um destes instrumentos, que tem mostrado resultados particularmente promissores (Clegg et al., 2009), estando a sua utilização já amplamente difundida (Jelicic, Ceunen, Peters & Merckelbach, 2011). A utilização de medidas de rastreio pode ser substancialmente vantajosa no contexto prisional considerando a probabilidade de motivação para recorrer ao exagero de sintomas e atendendo à escassez de recursos existente. (Norris & May, 1998).

Tem sido encorajada a utilização de várias medidas de validade de sintomas para aumentar a precisão de classificação alcançada e recomendada mais investigação no desenvolvimento e validação de métodos que combinem múltiplos TVS e/ou indicadores derivados (Heilbronner et al., 2009). Neste sentido, vários estudos assinalam que a utilização agregada de várias medidas na deteção do esforço reduzido/exagero de sintomas traz mais vantagens se os resultados nos vários testes forem relativamente independentes (Rosenfeld, Sands & Van Gorp, 2000). Assim, no presente estudo pretende-se analisar a relação entre as várias medidas de validade de sintomas utilizadas, bem como o impacto da utilização de mais que um instrumento como critério indicador da presença de esforço reduzido.

II - Objetivos

O presente estudo tem como objetivo a identificação de comportamentos de esforço reduzido e/ou exagero de sintomas, numa amostra de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra, mediante a análise dos resultados em instrumentos que fazem habitualmente parte dos protocolos de avaliação da validade de sintomas, especificamente, dois indicadores derivados de testes oriundos de um instrumento clássico de avaliação neuropsicológica (Vocabulário e Memória de Dígitos da WAIS-III), dois instrumentos dirigidos para a deteção de esforço reduzido ou exagero de sintomas de dificuldades cognitivas (TOMM e FIT) e um TVS orientado para a deteção de exagero de sintomas psicopatológicos (SIMS).

Pretende-se responder às seguintes questões e objetivos:

1. Averiguar a relação entre os resultados nas medidas de validade de sintomas utilizadas (medidas especificamente desenvolvidas para o efeito e medidas derivadas de uma prova clássica, a WAIS-III), o funcionamento cognitivo dos sujeitos (analisado a partir dos resultados numa conhecida medida de rastreio cognitivo, o MoCA, utilizado pela primeira vez em contexto prisional) e variáveis sociodemográficas, como a idade e a escolaridade. Com base na investigação disponível, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1.1: O TOMM é relativamente insensível à idade e escolaridade, bem como ao funcionamento cognitivo;

H1.2: Existe relação entre as pontuações no FIT e as variáveis idade, escolaridade e funcionamento cognitivo.

2. Examinar a utilidade do FIT comparativamente ao TOMM.

3. Analisar a utilidade dos índices derivados dos subtestes Vocabulário e Memória de Dígitos na deteção do esforço reduzido, comparativamente aos instrumentos especificamente desenvolvidos para esse objetivo.

4. Analisar os novos critérios propostos para interpretação das pontuações no TOMM, nomeadamente, a utilidade discriminativa,

comparativamente com os pontos-de-corte clássicos:

4.1. novos pontos-de-corte para os Ensaios 2 e de Retenção do TOMM;

4.2. novos pontos-de-corte para o Ensaio 1 do TOMM;

4.3. utilidade do *Albany Consistency Index* (ACI).

5. Compreender as relações entre as pontuações nas diferentes medidas destinadas à deteção de esforço reduzido e de exagero de sintomas psicológicos, procurando identificar potencialidades e limites inerentes a cada um dos instrumentos.

6. Analisar o impacto da utilização de mais do que uma medida na deteção de esforço reduzido, em comparação com a utilização de uma única medida.

7. Investigar a presença/ausência da apresentação simultânea de comportamentos de exagero de sintomas e de esforço reduzido nas várias medidas usadas.

8. Apesar de a análise dos resultados no MoCA não estar incluída no foco principal do estudo (comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas), serão valorizados os resultados obtidos neste instrumento de rastreio cognitivo, recentemente adaptado e validado para a população portuguesa, uma vez que se desconhecem outros estudos que tenham feito a sua aplicação em contexto prisional.

III – Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 30 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos (M=32.53; DP=9.719) e escolaridade entre os 4 e os 12 anos (M=7.67; DP=2.564). Quanto ao tipo de delitos[1], a maioria cometeu crimes contra o património (N=21; 70%), seguindo-se dos crimes contra as pessoas (N=5; 16.7%), crimes de tráfico de estupefacientes (N=3; 10%) e crimes relacionados com o trânsito rodoviário (N=1; 3.3%). No que diz respeito ao número de anos de condenação, a maioria cumpre penas entre 5 a 10 anos (N=10; 33.3%), seguindo-se penas de 0 a 5 anos (N=8; 26.7%), 10 a 15 anos (N=6; 20%), 20 a 25 anos (N=4; 13.3%) e 15 a 20 anos (N=2; 6.7%). A maioria dos sujeitos tem processos pendentes (N=20; 66.7%) e já cumpriu pena de prisão anteriormente (N=23; 76.7%). Relativamente a problemas de comportamentos aditivos, a maioria reporta ter história de consumo abusivo de estupefacientes (N=21, 70%). Um número elevado de sujeitos não tem acompanhamento na Consulta de Toxicodependência do

[1] De forma a permitir uma classificação mediante o tipo de crime cometido, e uma vez que o mesmo sujeito poderá estar condenado por mais que um delito, foi considerado o crime que teve um contributo mais elevado na determinação da pena aplicada.

Estabelecimento Prisional (N=13; 43.4%). Dos sujeitos restantes, 11 (36.7%) encontram-se em programa de substituição por metadona e 6 (20%) fazem controlo analítico periódico. Por fim, a maioria dos sujeitos que constitui esta amostra encontra-se envolvida em atividades laborais (N=26; 86.7%), não se encontra envolvido em atividades escolares (N=25; 83.3%) e não possui medidas de flexibilização da pena (N=21; 70%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra (n=30) em função do crime cometido, número de anos de condenação, antecedentes, programa de acompanhamento da toxicodependência, atividades laborais e escolares, e medidas de flexibilização da pena

	Tipo de crime cometido	
	N	**Percentagem %**
Crimes contra o património	21	70
Crimes contra as pessoas	5	16.7
Crimes de tráfico	3	10
Crimes relacionados com o trânsito rodoviário	1	3.3
	Duração da pena	
0 a 5 anos	8	26.7
5 a 10 anos	10	33.3
10 a 15 anos	6	20
15 a 20 anos	2	6.7
20 a 25 anos	4	13.3
	Processos pendentes	
Sim	20	66.7
Não	10	33.3
	Cumprimento de pena anterior	
Primário	7	23.3
Reincidente	23	76.7
	História de consumo abusivo	
Sim	21	70
Não	5	16.7
	Acompanhamento consulta de toxicodependência	
Sem acompanhamento	13	43.4
Controlo analítico	6	20
Metadona	11	36.7
	Atividades laborais	
Ativo	4	13.3
Inativo	26	87.6
	Atividades escolares	
Ativo	5	16.7
Inativo	25	83.3
	Medidas de flexibilização	
Sem medidas	21	70
Regime aberto voltado para o interior (R.A.V.I.)	4	13.3
Saídas precárias prolongadas (S.P.P.) e R.A.V.I.	5	16.7

Instrumentos

***Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996; Mota et al., 2008)**

O TOMM é um TVS baseado no reconhecimento por escolha forçada de dois estímulos visuais facilmente codificados, que permite avaliar os comportamentos de simulação de défices mnésicos. É constituído por 50 itens, incluindo 2 Ensaios de aprendizagem e 1 Ensaio de Retenção, cuja administração é considerada opcional. Em cada ensaio os itens são apresentados, 1 a 1, ao sujeito, sendo depois apresentada uma série de 50 cartões constituídos por um dos itens apresentados inicialmente e um item novo, sendo pedido ao sujeito que indique qual dos itens já havia sido apresentado. De acordo com as recomendações originais (Tombaugh, 1996), na interpretação dos resultados podem ser utilizadas duas regras de decisão como sugestivas da presença de esforço reduzido: (i) pontuações inferiores ao ponto de corte de 45 acertos no Ensaio 2 ou no Ensaio de Retenção; (ii) pontuações inferiores ao acaso em qualquer um dos ensaios. No entanto, existe a indicação de que as interpretações devem basear-se sobretudo na primeira regra, já que é muito incomum que um sujeito que esteja a "simular" obtenha uma pontuação inferior ao acaso (Tombaugh, 1996). A pontuação no Ensaio 1 não é habitualmente considerada na interpretação dos resultados.

***Rey 15-Item Memory Test* (FIT; Rey, 1964; Boone et al., 2002; Simões et al., 2010)**

O FIT é um dos instrumentos mais utilizados na deteção do esforço reduzido (Slick et al., 2004), o que poderá dever-se à rapidez de administração e simplicidade do instrumento, que tornam a sua utilização "atrativa" (Griffin et al., 1997). É um instrumento de escolha não forçada, construído para avaliar a validade de queixas relativas a problemas mnésicos. Constituído por um cartão com 15 itens (5 linhas com 3 caracteres cada), este teste é apresentado como uma tarefa de memorização de 15 itens diferentes, fazendo-a parecer mais difícil do que é na realidade (Nitch & Glassmire, 2007 cit in Simões et al., 2010). A tarefa de Reconhecimento criada por Boone et al. (2002) permitiu um acréscimo substancial da sensibilidade do instrumento, com manutenção de níveis de especificidade adequados, através do cálculo do resultado combinado nas duas tarefas (Evocação imediata + [Reconhecimento – Falsos-positivos]).

Vocabulário e Memória de Dígitos (WAIS-III; Wechsler, 2008)

O Vocabulário é um subteste verbal constituído por um conjunto de palavras que deve ser definido pelo sujeito. A Memória de Dígitos é um subteste verbal constituído por sequências de dígitos que devem ser repetidas pelo sujeito em sentido direto ou em ordem inversa.

A Memória de Dígitos tem sido utilizada como indicador de enviesamento de respostas, nomeadamente através de um procedimento desenvolvido por Greiffenstein, Baker e Gola (1994), calculado através da

soma da maior sequência de dígitos repetida sem erros durante dois ensaios nos sentidos direto e inverso: *Reliable Digit Span* (RDS). Vários estudos têm vindo a encontrar resultados indicativos da utilidade deste índice na identificação do esforço reduzido, com a WAIS (WAIS-R, WAIS-III), ainda que seja defendido que este índice deve ser utilizado em conjugação com outros instrumentos/índices (cf. por exemplo, Axelrod et al., 2006; Babikian, Boone, Lu, & Arnold, 2006; Duncan & Ausborn, 2002; Etherton, Bianchini, Greve, & Heinly, 2005; Mathias, Greve, Bianchini, Houston, & Crouch, 2002; Miele et al., 2012; Schroeder & Marshall, 2011).

O Vocabulário tem sido utilizado em conjugação com a Memória de Dígitos, através do cálculo entre a diferença entre as pontuações nestes dois subtestes (Vocabulário-Memória de Dígitos; V-MD), num procedimento desenvolvido por Mittenberg, Theroux, Zielinski e Heilbronner (1995). A diferença V-MD é considerada informativa na triagem preliminar de perfis de simulação de défices intelectuais (Mittenberg et al., 2001), havendo resultados que apoiam a sua utilidade como um indicador sugestivo da presença de esforço reduzido (cf. por exemplo, Greve, Bianchini, Mathias, Houston, & Crouch, 2003; Iverson & Tulsky, 2003; Mittenberg et al., 2001).

***Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010)**

O SIMS é um inventário de autorresposta para sujeitos com 18 ou mais anos de idade, desenvolvido para avaliar a "simulação" de sintomas psicopatológicos e (neuro)psicológicos. É constituído por 75 itens, com formato de resposta verdadeiro/falso, divididos por cinco subescalas (Psicose, Défice Neurológico, Perturbações Mnésicas, Capacidade Intelectual Reduzida, Perturbações Afetivas). Recomenda-se que os resultados sugestivos da presença de exagero de sintomas neste instrumento devem ser corroborados com base no recurso a resultados noutros instrumentos (Clegg et al., 2009; Widows & Smith, 2005). Apesar de existirem pontos-de-corte independentes para cada subescala, é recomendada a utilização da pontuação total como indicador da presença de exagero de sintomas (Clegg et al., 2009; Edens, Otto, & Dwyer 1999; Smith & Burger, 1997), dado ter sido demonstrado que este é um melhor indicador na distinção de sujeitos "honestos" e sujeitos que "exageram sintomas", permitindo que a classificação seja feita com maior confiança (Widows & Smith, 2005).

Vários estudos apontam para o problema das pontuações neste instrumento poderem ser sensíveis a sintomas reais de psicopatologia (Clegg et al., 2009; Edens et al., 1999; Merckerlbach & Smith, 2003), havendo a indicação de que o ponto de corte original (>14) redunde em níveis de especificidade inaceitáveis (Boone, 2013), pelo que foi sugerido que pontos de corte mais elevados poderiam ser necessários para aumentar sua especificidade (Benge et al., 2012; Edens et al., 1999), especialmente em contexto clínico forense, devido às consequências particulares de falsos-positivos (Edens et al., 1999). O ponto-de-corte mais frequentemente utilizado é o da pontuação total >16 (Alwes et al., 2008), examinado em vários contextos, nomeadamente no âmbito forense civil, com sujeitos

envolvidos em processos de pedidos de compensação no trabalho ou de dano pessoal (Alwes et al., 2008), no âmbito clínico, em sujeitos com epilepsia (Benge et al., 2012), pacientes psiquiátricos (Merckelbach & Smith, 2003) e com estudantes (Merckelbach & Smith, 2003), tendo sido observados resultados que apoiam a sua utilidade na diferenciação das respostas de sujeitos honestos de sujeitos que simulam (ou exageram) sintomas. No entanto, outros autores indicam que este ponto-de-corte pode gerar muitos falsos-positivos, encontrando resultados mais harmonizados com o ponto-de-corte >19 (Clegg et al., 2009). Mais recentemente, Wisdom et al. (2010), numa amostra de sujeitos referenciados para avaliação em contexto médico-legal, sublinham que a obtenção de uma especificidade de 100% (eliminando os falsos-positivos) se sobrepõe à sensibilidade do teste e, nesta medida, recomendam a utilização de um ponto-de-corte de 24.

***Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Simões, et al., 2008)**

O MoCA é um instrumento breve de rastreio cognitivo que fornece uma indicação rápida do funcionamento cognitivo global do sujeito (Freitas, Simões, Marôco, Alves, & Santana, 2012), especificamente desenvolvido para rastreio de Défice Cognitivo Ligeiro (Nasreddine et al., 2005). A sua adaptação e validação foram já desenvolvidas em mais de 30 países e a sua utilidade estudada com múltiplas patologias (cf. http://www.mocatest.org).

Consiste num protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos, que inclui diversas tarefas que permitem avaliar oito domínios cognitivos (Função Executiva, Capacidade Visuo-espacial, Memória, Atenção, Concentração, Memória de Trabalho, Linguagem e Orientação). A pontuação pode atingir um mínimo de 0 e um máximo de 30, sendo que as pontuações mais elevadas são indicadoras de um melhor funcionamento cognitivo.

Procedimento

A recolha dos protocolos de avaliação foi feita entre Fevereiro e Maio de 2013, no Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC).

Inicialmente foi feita uma seleção preliminar dos sujeitos, sendo excluídos os indivíduos que não tinham nacionalidade portuguesa ou sujeitos analfabetos. Uma listagem de reclusos era comunicada ao Serviço de Vigilância do estabelecimento, que procedia à chamada dos mesmos. A administração dos protocolos decorreu em gabinetes destinados ao atendimento de reclusos, selecionados mediante a disponibilidade verificada, de forma a permitir a obtenção de condições adequadas de luminosidade e de ausência de distrações.

Atendendo a recomendações existentes na literatura, não foram feitas indicações aos participantes acerca da presença de índices destinados à avaliação do esforço no protocolo (Boone, 2007), tendo sido encorajados a despenderem o seu melhor esforço ao completar as tarefas propostas e a serem honestos na resposta às questões (cf. por exemplo Boone, 2007; Heilbronner et al., 2009; Iverson, 2008).

Resultados

A análise de resultados foi executada com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 para o *Windows*. A interpretação estatística foi realizada com base nas obras de Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005).

Para análise do grau de associação entre os resultados nas medidas de validade de sintomas utilizadas (TOMM, FIT, RDS, V-MD e SIMS) e a idade, escolaridade e desempenho no MoCA foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*; para análise dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos foram utilizadas técnicas de análise descritiva; para análise das relações entre as pontuações nas diferentes medidas de validade de sintomas foram utilizados os coeficientes de correlação de Spearman.

Relação entre as pontuações no TOMM, FIT, RDS, V-MD e SIMS e a idade, escolaridade e pontuações no MoCA

Não foram encontradas correlações significativas entre as pontuações nos 3 ensaios e ACI do TOMM e a idade e escolaridade.

Foram observadas correlações significativas moderadas positivas entre os resultados obtidos no MoCA e as pontuações nos 3 ensaios do TOMM e uma correlação significativa moderada negativa com o ACI (cf. Tabela 2), indicando a presença de uma relação entre o funcionamento cognitivo (analisado a partir dos resultados no MoCA) e os resultados no TOMM.

Tabela 2 – Correlações entre o TOMM, idade, anos de escolaridade e pontuações no MoCA

TOMM	E1	E2	ER	ACI
Idade	0.212	0.232	0.339	-0.252
Escolaridade	0.235	0.169	0.357	-0.243
MoCA	0.605**	0.531**	0.548**	-0.649**

*p<0.05; **p<0.01

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os resultados no Ensaio de Evocação e a pontuação combinada do FIT e a idade. Porém, foram encontradas correlações significativas moderadas entre estas pontuações e a escolaridade e as pontuações no MoCA, indicando a presença de uma relação entre a escolaridade e o funcionamento cognitivo e pontuações no FIT (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações entre o FIT, idade, anos de escolaridade e pontuações no MoCA

FIT	Ensaio de Evocação	Pontuação combinada
Idade	0.059	0.055
Escolaridade	0.419*	0.430*
MoCA	0.638**	0.546**

*p<0.05; **p<0.01

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas moderadas entre o resultado no RDS e a idade e a pontuação no MoCA e entre o V-MD e a escolaridade. Tal aponta para a presença de uma relação entre a idade e funcionamento cognitivo e o resultado do RDS e entre a escolaridade e o resultado do V-MD (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Correlações entre o RDS e V-MD, idade, anos de escolaridade e pontuações no MoCA

	RDS	V-MD
Idade	0.492**	0.038
Escolaridade	0.241	0.471**
MoCA	0.587**	0.011

*p<0.05; **p<0.01

Na Tabela 5 é possível observar que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade e escolaridade e a pontuação total no SIMS.

Foi encontrada uma correlação negativa moderada entre a pontuação total no SIMS e a pontuação no MoCA, sugerindo a presença de uma relação entre o funcionamento cognitivo e as pontuações obtidas no SIMS.

Tabela 5 - Correlações entre SIMS, idade, anos de escolaridade e pontuação no MoCA

	SIMS (Pontuação total)
Idade	-0.322
Escolaridade	-0.199
MoCA	-0.400*

*p<0.05; **p<0.01

TOMM: Resultados no Ensaio 1, Ensaio 2, Ensaio de Retenção e Índice de Consistência de Albany (ACI)

Com base nos dados apresentados na Tabela 6, é possível observar que nenhum dos sujeitos pontuou abaixo dos 44 acertos nos Ensaios 2 e de Retenção do TOMM, sendo obtidos resultados médios elevados, superiores aos pontos-de-corte apontados na literatura, verificando-se indicadores da ausência de esforço reduzido.

As pontuações no Ensaio 1 do TOMM foram marcadamente distintas das pontuações nos restantes ensaios, situando-se num intervalo de 25-50 acertos, com uma média ligeiramente inferior ao ponto-de-corte tradicional utilizado para os restantes Ensaios, verificando-se que 10 sujeitos (33.3%) alcançaram menos de 45 acertos neste ensaio.

Por fim, os valores médios do ACI são inferiores ao ponto-de-corte ≥10 para este índice (Gunner et al., 2012), situando-se num valor sugestivo da ausência de esforço reduzido.

Tabela 6 – Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das pontuações obtidas no TOMM em cada Ensaio e no ACI

	Média (M)	Desvio-padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Ensaio 1	44.73	6.591	25	50
Ensaio 2	49.17	1.683	44	50
Ensaio de Retenção	49.73	1.351	44	50
ACI	6.13	7.427	0	28

TOMM: Análise de novos pontos de corte para os Ensaios 2 e de Retenção

De acordo com os critérios mais comummente utilizados para interpretação do TOMM, apenas 2 reclusos (6.7%) apresentaram pontuações potencialmente sugestivas da presença de esforço reduzido, ambos apresentando pontuações de apenas 1 ponto abaixo ao ponto de corte (>45) no Ensaio 2 ou no Ensaio de Retenção. É de salientar que o sujeito que apresentou uma pontuação de 44 no Ensaio 2 alcançou uma pontuação ≥45 no Ensaio de Retenção, e vice-versa, pelo que, caso não tivesse sido administrado o Ensaio de Retenção, haveria 1 sujeito que não teria sido identificado como apresentando esforço reduzido (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Percentagens cumulativas das pontuações obtidas pelos reclusos para os Ensaios 2 e de Retenção do TOMM

Pontuação	Ensaio 2		Ensaio de Retenção	
	N	% Acumulada	N	% Acumulada
44	1	3.3	1	3.3
45	2	10.0	-	3.3
46	-	10.0	-	3.3
47	1	13.3	2	10.0
48	1	16.7	2	16.7
49	4	30.0	3	26.7
50	21	100.0	22	100.0

Analisando os pontos-de-corte sugeridos por investigações mais recentes para os Ensaios 2 e de Retenção, verifica-se um aumento do número de sujeitos com resultados sugestivos da presença de esforço reduzido. Nomeadamente, o ponto de corte ≤46 (Greve, et al., 2006b), leva à deteção de 3 sujeitos (10%); os pontos-de-corte de ≤47 e ≤48 nos Ensaios 2 e de Retenção (Greve et al., 2006a; 2006b; 2007), detetaram, respetivamente, 5 sujeitos (16.7%) e 6 sujeitos (20%) com pontuações indicadoras da presença de esforço reduzido.

TOMM: o Ensaio 1 como medida de validade de sintomas

Como é possível observar na Tabela 8, todos os sujeitos que obtiveram pontuações ≥44 neste Ensaio alcançaram pontuações ≥45 nos Ensaios 2 e de Retenção e pontuações abaixo do ponto-de-corte de 10 no ACI.

Se for feita uma comparação entre os resultados observados neste Ensaio e os pontos-de-corte recentemente propostos para interpretação dos Ensaios 2 e de Retenção, verifica-se que nenhum dos sujeitos que obtiveram uma pontuação <44 no Ensaio 1 alcançaram pontuações ≤46 nos Ensaios 2 ou de Retenção, 1 sujeito que obteve uma pontuação <44 no Ensaio 1 obteve pontuações ≤47 nos Ensaios 2 ou de Retenção e que 2 dos sujeitos que obtiveram pontuações <44 no Ensaio 1 obtiveram pontuações ≤48 nos Ensaios 2 ou de Retenção.

De seguida é feita uma análise tendo em conta os critérios propostos para a interpretação dos resultados obtidos neste Ensaio. Utilizando o ponto-de-corte ≤39 (Wisdom et al., 2012), são sinalizados 4 sujeitos; A utilização dos pontos-de-corte ≤40 e ≤41 (Denning, 2012) leva à identificação dos mesmos sujeitos (5); A utilização do ponto-de-corte <45 para o Ensaio 1 (O'Bryant et al., 2008) leva à identificação de 10 sujeitos; Por último, a utilização do ponto-de-corte ≤25 como indicador de esforço reduzido e ≥41 como indicador de esforço adequado (Hilsabeck et al., 2011) leva à identificação de 1 sujeito com pontuação sugestiva da presença de esforço reduzido e de 25 sujeitos com pontuações indicativas de esforço adequado.

Tabela 8 - Percentagens cumulativas das pontuações obtidas pelos reclusos para o Ensaio 1 do TOMM

Pontuação	Ensaio 1	
	N	% Acumulada
25	1	3.3
26	1	6.7
35	1	10.0
36	1	13.3
40	1	16.7
42	2	23.3
43	1	36.7
44	2	33.3
45	*3*	43.3
46	*1*	46.7
47	*1*	50.0
48	*4*	63.3
49	*5*	80.0
50	*6*	100.0

Nota: Em itálico encontram-se os casos cuja administração dos Ensaios 2 e de Retenção poderia ser dispensada, utilizando o critério de descontinuação proposto por O'Bryant et al. (2008).

TOMM: o ACI como medida de validade de sintomas

Como é possível observar na Tabela 9, a utilização do ponto-de-corte proposto por Gunner et al. (2012) de um ACI ≥ 10 como indicador da presença de esforço reduzido acarreta a identificação de 6 sujeitos (20%). Tal representa um acréscimo de 4 sujeitos (13.3%) com resultados sugestivos da possível presença de esforço reduzido, comparativamente à utilização do ponto-de-corte tradicional deste instrumento (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Percentagens cumulativas das pontuações obtidas pelos reclusos para o ACI do TOMM

Pontuação	Índice de Consistência de Albany	
	N	% Acumulada
0	6	20.0
1	4	33.3
2	4	46.7
3	2	53.3
4	1	56.7
5	1	60.0
7	3	70.0
8	1	73.3
9	2	80.0
10	1	83.3
14	2	90.0
18	1	93.3
26	1	96.7
28	1	100.0

Deteção de comportamentos de esforço reduzido/exagero de sintomas

Na Tabela 10 encontra-se o número de casos assinalados por cada medida e critério de interpretação utilizados.

Relativamente ao TOMM, verifica-se, tal como esperado, um aumento progressivo do número de casos sugestivos da presença de esforço reduzido, à medida que são utilizados pontos-de-corte mais "exigentes". Tal apenas não se verificou com a utilização dos ponto-de-corte ≤40 e ≤41, para o Ensaio 1, que sinalizam os mesmos casos.

Relativamente ao FIT, fazendo uma análise dos pontos-de-corte utilizados para o Ensaio de Evocação, verifica-se que o ponto-de-corte <7 sinaliza apenas 2 sujeitos, enquanto os pontos-de-corte <8 e <9 sinalizam ambos os mesmos casos (3 sujeitos) e o ponto-de-corte <10 sinaliza mais casos que os restantes critérios para este Ensaio; ambos os pontos-de-corte analisados para a pontuação combinada nos dois Ensaios sinalizam os mesmos casos (5 sujeitos).

O RDS sinaliza um número substancialmente mais elevado de casos que as restantes medidas de esforço reduzido. O mesmo acontece para os pontos-de-corte mais exigentes do índice V-MD, verificando-se um decréscimo do número de casos assinalados, paralelamente à diminuição da exigência dos pontos-de-corte analisados.

Por fim, relativamente ao SIMS, verifica-se que o ponto-de-corte >14 sinaliza substancialmente mais casos como sugestivos da presença de exagero de sintomas que os restantes valores analisados (mais de o dobro dos casos assinalados pelo ponto-de-corte >24, sugerido por Wisdom et al., 2010); não foram encontradas diferenças entre o número de casos assinalados pelos pontos-de-corte >16 e >19, verificando-se que ambos identificam os mesmos casos. A prevalência de exagero de sintomas encontrada no presente estudo, mediante a utilização dos diferentes pontos-

de-corte analisados para este instrumento, é de aproximadamente 33.3%, 23.3% e 13.3%, respetivamente.

Tabela 10 – Número de casos assinalados como sugestivos da presença de esforço reduzido ou exagero de sintomas pelas diferentes medidas utilizadas, mediante critérios assinalados na literatura

Instrumento	Pontos-de-corte	Pontuações sugestivas de esforço reduzido/exagero de sintomas (N)
TOMM	Ensaio 1 ≤25	1
	Ensaio 1 ≤39	4
	Ensaio 1 ≤40	5
	Ensaio 1 ≤41	5
	Ensaio 1 <45	10
	Ensaio 2 ou R <45	2
	Ensaio 2 ou R ≤46	3
	Ensaio 2 ou R ≤47	5
	Ensaio 2 ou R ≤48	6
	ACI ≥10	6
FIT	Ensaio de Evocação <7	2
	Ensaio de Evocação <8	3
	Ensaio de Evocação <9	3
	Ensaio de Evocação <10	4
	Pontuação combinada <20	5
	Pontuação combinada <19	5
RDS	≤7	18
	≤6	11
V-MD	≥2	13
	≥3	10
	≥4	7
	≥5	5
	≥6	2
SIMS total	>14	10
	>16	7
	>19	7
	>24	4

Relação entre pontuações nas medidas de validade de sintomas

Foi feito o cálculo das correlações entre as pontuações nas várias medidas de validade de sintomas utilizadas (cf. Anexo I).

Atendendo aos vários indicadores do TOMM (Ensaios 1, 2 e de Retenção e ACI), verifica-se que todos apresentam correlações estatisticamente significativas entre si, sendo a mais baixa entre os Ensaios 1 e de Retenção (r_s=0.484, p<0.01) e a mais elevada entre o Ensaio 1 e o ACI (r_s=-0.984, p<0.01). O facto de as relações entre o ACI e os 3 Ensaios do instrumento assumirem valores negativos é explicado pela natureza inversa das suas cotações, sendo que pontuações superiores no ACI associam-se ao esforço reduzido, enquanto as pontuações superiores nos três Ensaios se relacionam com esforço adequado. Analisando a associação entre os

indicadores do TOMM e as restantes medidas, apenas foram encontradas correlações significativas moderadas entre o Ensaio 1 e o ACI e o Ensaio de Evocação do FIT e o RDS.

O RDS é a medida que apresenta correlações estatisticamente significativas com o maior número de medidas, apenas não se verificando relações significativas entre este indicador e os Ensaios 2 e de Retenção do TOMM. Por outro lado, o V-MD é o indicador que se relaciona menos com os restantes, apenas se verificando uma correlação estatisticamente significativa baixa (r_s=0.367, $p<0.05$) entre estre indicador e o RDS.

Apenas foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o SIMS e a Pontuação Combinada do FIT e o RDS. Ambas traduzem correlações negativas baixas (r_s=-0.376, $p<0.05$; r_s=-0.371, $p<0.05$). O facto de assumirem uma natureza negativa pode ser explicado pelo carácter inverso de cotação das medidas, ou seja, enquanto que no SIMS as pontuações mais elevadas se associam ao exagero de sintomas, no FIT e RDS são os resultados mais baixos que sugerem a presença de esforço reduzido.

Casos simultaneamente assinalados como sugestivos da presença de esforço reduzido em pelo menos duas medidas

Foram assinalados os casos cujas pontuações são sugestivas da presença de esforço reduzido em pelo menos duas medidas em simultâneo (cf. Anexo II).

Mediante a utilização deste critério (pontuações sugestivas da presença de esforço reduzido em pelo menos duas medidas) verifica-se uma alteração substancial do número de casos assinalados, sendo que o número maior verificado é de 9 sujeitos, na associação entre a utilização do ponto-de-corte <45 para o Ensaio 1 do TOMM e do ponto-de-corte ≤7 para o RDS.

Fazendo uma análise sujeito a sujeito (cf. Anexo III), verifica-se mesmo a presença de alguns sujeitos que apresentam resultados sugestivos da presença de esforço reduzido em 3 medidas (sujeitos 3, 5, 9 e 13), sendo que apenas um destes sujeitos (sujeito 5) não foi assinalado por nenhum dos vários critérios de interpretação analisados para o TOMM. Por fim existe ainda 1 sujeito (sujeito 1) que foi assinalado por todos os instrumentos dirigidos à deteção do esforço reduzido (mas não por todos os pontos-de-corte analisados).

Casos simultaneamente assinalados como sugestivos da presença de exagero de sintomas e de esforço reduzido

Foram assinalados os casos cujas pontuações são simultaneamente sugestivas da presença de esforço reduzido e de exagero de sintomas (cf. Anexo IV), mediante a utilização dos vários pontos-de-corte analisados, verificando-se a existência de casos cujas pontuações são sugestivas simultaneamente da presença de exagero de sintomas e de esforço reduzido, assim como casos em que existe a indicação da presença de exagero de sintomas sem que se verifique a presença de comportamentos de esforço reduzido.

Resultados no MoCA

Na Tabela 11 são apresentados as pontuações obtidas pelos sujeitos no MoCA.

Uma vez que estão disponíveis valores normativos diferenciados por idade e escolaridade, foi feita a comparação entre os resultados obtidos por cada sujeito e os valores normativos para o grupo em que se insere, que pode ser consultada no Anexo V.

Tabela 11 – Pontuações obtidas no MoCA (médias, desvios-padrão, mínimos e máximos) para cada domínio e pontuação total.

Domínio Cognitivo[2]	Média (M)	Desvio-padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Função Executiva	2.33	1.184	0	4
Capacidade Visuo-espacial	2.53	1.167	0	4
Memória	2.8	1.324	0	5
Atenção, Concentração e Memória de Trabalho	4.63	1.245	2	6
Linguagem	4.83	1.147	2	6
Orientação	5.80	0.407	5	6
Pontuação Total	22.43	3.866	14	29

V – Discussão

A discussão dos resultados retoma os objetivos do presente estudo.

Relação entre as pontuações no TOMM, FIT, RDS, V-MD e SIMS e a idade, escolaridade e pontuações no MoCA

Os resultados obtidos apontam para a não existência de relação significativa entre as pontuações no TOMM e a idade e escolaridade, indo de encontro às indicações de Tombaugh (1996) de que este é um TVS relativamente insensível a estas variáveis. Estes resultados corroboram várias outras investigações (Greve et al., 2006a; Gunner et al., 2012; Hilsabeck et al., 2011; Lezak et al., 2004; O'Bryant et al., 2008; Rees et al., 1998; Tombaugh, 1997, 2003) constituindo um elemento de validação adicional do TOMM. Estes resultados contrariam os dados da investigação anterior de Mota et al. (2008) com uma amostra portuguesa de reclusos, que encontrou correlações significativas entre a escolaridade e as pontuações obtidas no Ensaio 1 (0.28, $p<0.01$) e o Ensaio de Retenção (0.23, $p<0.05$), indicando que tal sugeria a possibilidade de alguma relação entre escolaridade e pontuações obtidas no TOMM, dado que não foi observado

[2] Para a categorização dos domínios foi utilizada a informação disponibilizada por Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana (2010): para o cálculo do domínio das Funções Executivas são somadas as pontuações nas tarefas *Trail Making Test* B (adaptado), Fluência Verbal Fonémica e Abstração Verbal; do domínio Capacidade Visuo-espacial as tarefas Desenho do Relógio e Cópia do Cubo; do domínio Memória a tarefa Evocação Diferida de Palavras; do domínio Atenção, Concentração e Memória de Trabalho as tarefas Memória de dígitos (sentidos direto e inverso), de atenção sustentada (Deteção do Alvo) e Subtração em série de 7; do domínio da Linguagem as tarefas de Nomeação e Repetição de 2 frases e Fluência Verbal Fonémica; e do domínio Orientação, as tarefas de Orientação Espacial e Temporal. Como é possível observar, a tarefa Fluência Verbal Fonémica é incluída no cálculo de dois domínios cognitivos distintos.

no presente estudo. Estes resultados apoiam a utilidade deste instrumento na deteção do esforço reduzido, dada a importância da insensibilidade dos TVS a variáveis demográficas, como é o caso da idade e escolaridade (Tombaugh, 1996, 1997, 2003).

Os resultados observados no presente estudo sugerem a presença de uma relação entre o funcionamento cognitivo e os resultados neste instrumento, tendo sido encontradas correlações moderadas entre as pontuações obtidas nos 3 ensaios (positivas) e o ACI (negativa) e os resultados no MoCA. Tal vai de encontro aos resultados obtidos por Gierok et al. (2005), que observou correlações moderadas positivas entre os resultados nos Ensaios 2 e de Retenção do TOMM e o funcionamento cognitivo avaliado pelo *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975), numa amostra psiquiátrica forense.

Desta forma, foi apenas parcialmente corroborada a hipótese de que o TOMM se demonstraria relativamente insensível às variáveis idade e escolaridade e ao funcionamento cognitivo. Foram encontrados resultados que sugerem a existência de uma relação entre o funcionamento cognitivo e as pontuações no TOMM, indo de encontro aos resultados obtidos por Gierok et al. (2005) numa amostra psiquiátrica forense.

No que diz respeito ao FIT, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade e o número de itens corretamente evocados ou a pontuação combinada dos ensaios de Evocação e Reconhecimento, sugerindo que a variável idade não influência os resultados obtidos neste instrumento, na presente amostra prisional. Os resultados indicam a presença de relação significativa entre a escolaridade e as pontuações no FIT, indo ao encontro de dados de estudos anteriores (cf. por exemplo, Boone et al., 2002; Boone & Lu, 2007; Griffin et al., 1997; Nelson et al., 2003). Indicam, também, a existência de uma relação entre os resultados neste instrumento e o funcionamento cognitivo, indo ao encontro dos resultados obtidos por Griffin et al. (1997), que analisaram a relação entre o número de itens corretamente evocados e o funcionamento cognitivo avaliado pelo MMSE, encontrando uma correlação significativa moderada positiva. Assim, foi parcialmente corroborada a hipótese de que os resultados neste instrumento apresentariam relação com a idade, escolaridade e funcionamento cognitivo, apenas não tendo sido encontradas evidências sugestivas da presença de uma relação entre os resultados obtidos no FIT e a idade.

As correlações moderadas encontradas entre os resultados no RDS e a idade e funcionamento cognitivo, tornam questionável a utilização deste índice como medida de validade de sintomas na amostra estudada. A relação encontrada entre o índice V-MD e a escolaridade, associada ao facto de metade dos sujeitos terem uma escolaridade reduzida (6 ou menos anos de escolaridade concluídos) poderá, também, colocar em causa a sua utilização na presente amostra.

Por fim, relativamente à existência de relações entre as variáveis idade, escolaridade e funcionamento cognitivo e as pontuações obtidas no SIMS, os valores apontam para uma relação entre o funcionamento cognitivo e as pontuações obtidas neste instrumento, sugerindo que um

maior número de sintomas reportados está associado a um pior funcionamento cognitivo, podendo tornar assim questionável, sem outro tipo de informação, o uso do SIMS como medida de exagero de sintomas psicopatológicos.

Verifica-se que todas as medidas utilizadas, com exceção do índice V-MD revelaram relações moderadas com o resultado no MoCA. Desta forma, poderá colocar-se a hipótese de que o funcionamento cognitivo representa um fator importante na obtenção de pontuações sugestivas de esforço reduzido/exagero de sintomas, na presente amostra. Por outro lado, havendo indicação de que a obtenção de pontuações sugestivas da presença esforço reduzido poderá tornar questionável a validade dos resultados nos restantes instrumentos de avaliação (neuro)psicológica (cf. por exemplo, Iverson, 2008), poderá ser colocada a hipótese de que as pontuações do MoCA, nos casos em que os instrumentos dedicados à deteção de comportamentos de esforço reduzido apontam resultados positivos, não representem a verdadeira capacidade dos sujeitos. É possível observar (cf. Anexos III e V), por exemplo, que o sujeito que apresenta um maior desvio em relação à média para o seu grupo no resultado no MoCA (sujeito 13, mais de 5 desvios-padrão abaixo da média) apresenta também resultados sugestivos da presença de esforço reduzido em pelo menos um dos critérios analisados para 3 dos instrumentos dirigidos à deteção do esforço reduzido. Adicionalmente, o sujeito 1, que apresenta resultados sugestivos da presença de esforço reduzido em pelo menos um dos critérios analisados para todos os instrumentos dirigidos à deteção do esforço reduzido, obteve um resultado no MoCA mais de 3 desvios-padrão abaixo da média para o seu grupo. Estes exemplos poderão ser interpretados como apoiando a segunda hipótese explicativa levantada, de acordo com a qual os sujeitos não terão despendido um esforço adequado no decorrer da avaliação, pelo que os resultados no MoCA não são válidos. Por outro lado, não existindo outra informação e considerando que estudos anteriores já relataram a presença de relação entre as pontuações nas medidas utilizadas (nomeadamente o TOMM e FIT) e o funcionamento cognitivo, também poderá ser defendido de que o funcionamento cognitivo destes sujeitos teve impacto no seu desempenho na resposta às tarefas destinadas à deteção do esforço reduzido.

Utilidade do FIT, comparativamente ao TOMM na deteção de esforço reduzido

Tendo em conta os resultados expostos e o facto de o poder dos testes destinados à deteção do esforço reduzido depender substancialmente da sua insensibilidade a outras variáveis, o TOMM, comparativamente ao FIT, parece ser o instrumento mais adequado para a deteção do esforço reduzido nesta amostra. Tal é consistente com o facto de o TOMM ser reportado como o TVS mais utilizado e considerado como o mais preciso na classificação de sujeitos que apresentam esforço reduzido, em estudos realizados com neuropsicólogos (Sharland & Gfeller, 2007; Slick et al., 2004).

Utilidade dos índices derivados do Vocabulário e Memória de Dígitos como medidas de esforço reduzido

As correlações moderadas encontradas entre os resultados no RDS e a idade e funcionamento cognitivo, associadas ao facto de os resultados neste indicador apontarem para um número substancialmente mais elevado de casos suspeitos de esforço reduzido que os restantes instrumentos utilizados (instrumentos especificamente desenvolvidos para a avaliação do esforço insuficiente e exagero de sintomas), poderão ser consideradas como evidências que apontam para que a utilização do RDS como indicador de esforço reduzido não seja adequada nesta população. A relação encontrada entre o índice V-MD e a escolaridade, associada ao facto de metade dos sujeitos terem uma escolaridade reduzida (6 ou menos anos de escolaridade concluídos) poderão explicar o facto de os pontos-de-corte mais exigentes (≥2 e ≥3) terem sinalizado substancialmente mais casos como suspeitos de esforço insuficiente que os restantes instrumentos utilizados. Desta forma, a utilização destes indicadores e pontos-de-corte não será adequada nesta amostra prisional.

Os resultados obtidos por estes indicadores derivados corroboram a advertência de que estes são menos objetivos na confirmação da fidedignidade dos sintomas (Simões et al., 2010), devendo ser complementados com a informação obtida através da administração de TVS.

TOMM: Resultados no Ensaio 1, Ensaio 2, Ensaio de Retenção e Índice de Consistência de Albany (ACI)

Relativamente ao Ensaio 1 do TOMM, os valores médios observados são ligeiramente inferiores (observa-se menos de 1 ponto de diferença) aos encontrados num estudo português com reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra (cf. Mota et al., 2008), sendo que, no estudo referido, a média das pontuações obtidas neste Ensaio se situa acima de 45. Por outro lado, é superior aos valores médios encontrados numa amostra de homens referidos para avaliação da competência para julgamento (Gierok et al., 2005) e em grupos do domínio forense civil identificados como indeterminados, suspeitos ou a apresentar evidências associadas a MND (Greve et al., 2006a, 2006b, 2007), sujeitos com perturbações da memória (Greve et al., 2006a) ou da concentração (Duncan, 2005), declínio cognitivo (Tombaugh, 1996) e demência (Tombaugh, 1996).

Os valores médios observados para os Ensaios 2 e de Retenção são semelhantes aos encontrados na literatura, incluindo os apresentados por Mota et al. (2008). Não são conhecidos estudos que apresentem a análise dos valores médios obtidos com o ACI. Verifica-se, portanto, que os valores médios observados para os Ensaios 2 e de Retenção são elevados, superiores aos pontos-de-corte originalmente propostos e, portanto, sugestivos da ausência de esforço reduzido, o que acontece, também, com o valor médio observado para o ACI.

TOMM: Análise de novos pontos de corte para os Ensaios 2 e de Retenção

Mediante a utilização dos critérios mais comummente utilizados para interpretação do TOMM, verifica-se que a não administração do Ensaio de Retenção, considerado opcional, resultaria na não identificação de 1 sujeito

como apresentando esforço reduzido, indo ao encontro de resultados anteriores que indicam que a não administração deste Ensaio pode levar à não deteção cerca de 3% de casos suspeitos de possível esforço reduzido (cf. Greve & Bianchini, 2006).

No que diz respeito à análise dos novos pontos-de-corte para os Ensaios 2 e de Retenção, nomeadamente ≤46, cuja utilidade foi proposta para sujeitos com traumatismo cerebral moderado a severo (Greve, et al., 2006b), e ≤47 e ≤48, cuja utilidade foi sugerida para algumas amostras clínicas, nomeadamente em sujeitos com traumatismo cerebral ligeiro, sujeitos com dor crónica e sujeitos expostos a substâncias tóxicas, sem que a especificidade descesse abaixo dos 90% (Greve et al., 2006a; 2006b; 2007), verificou-se um aumento do número de casos assinalados, em comparação com a utilização do ponto-de-corte tradicional. Considerando os resultados observados em estudos anteriores, poderá ser colocada a hipótese de que o aumento observado do número de casos sinalizados com a utilização destes pontos-de-corte se deverá a um aumento da sensibilidade do instrumento, isto é, na identificação correta de sujeitos que apresentaram esforço reduzido, sem que se tenha dado um acréscimo significativo da ocorrência de falsos-positivos. Todavia, é necessário ter em conta a inexistência de um critério prévio de classificação dos sujeitos, o que impossibilita a estimativa adequada dos valores de especificidade e sensibilidade encontrados na presente amostra. Apesar de terem sido utilizados outros indicadores de esforço reduzido no estudo, a análise dos resultados já apresentada apoia a maior utilidade do TOMM comparativamente aos restantes indicadores, pelo que não se considerou adequada a utilização dos mesmos como critério de classificação dos sujeitos. Assim, é apenas possível afirmar que a utilização dos novos pontos-de-corte se traduziu num aumento de casos sugestivos da presença de esforço reduzido.

TOMM: o Ensaio 1 como medida de validade de sintomas

Os resultados observados de que todos os sujeitos que obtiveram pontuações ≥44 neste Ensaio alcançaram pontuações ≥45 nos Ensaios 2 e de Retenção são semelhantes com aos relatados por Wisdom et al. (2012), que constatou que apenas um dos sujeitos (numa amostra de 213 sujeitos) que obtiveram pontuações ≥45 neste ensaio obteve resultados sugestivos da presença de esforço reduzido (<45) num dos restantes ensaios.

Wisdom et al. (2012) sugere que a utilização do ponto-de-corte ≤39 no Ensaio 1 como indicador de esforço reduzido, implica que, muito provavelmente, sejam obtidas pontuações indicadoras de esforço reduzido no Ensaio 2 e/ou de Retenção, de acordo com o ponto-de-corte original. Tal não se verificou no presente estudo, sendo que apenas 1 dos 4 sujeitos que obtiveram pontuações ≤39 no Ensaio 1 obteve pontuação inferior a 45 num dos outros Ensaios.

Denning (2012), analisou a utilidade do Ensaio 1 como indicador de esforço reduzido numa amostra de pacientes referidos para avaliação neuropsicológica numa clinica para veteranos, apontando para a utilização do ponto-de-corte ≤40 e ≤41, caso sejam eliminados os sujeitos com suspeita de défice cognitivo. No presente estudo a utilização de ambos os valores levou à identificação dos mesmos sujeitos (5), sendo que apenas 1 dos 5

sujeitos que obtiveram estas pontuações alcançou pontuação inferior a 45 num dos outros ensaios.

O'Bryant et al. (2008) afirmam que pontuações <45 neste ensaio são indicadoras de esforço reduzido, pelo que o teste poderá ser descontinuado caso o resultado obtido neste ensaio seja ≥45. Seguindo esta indicação, constata-se que 10 sujeitos obtiveram pontuações sugestivas da presença de esforço reduzido no Ensaio 1, podendo o teste ser descontinuado para os restantes 20 sujeitos, com a indicação de que estes estariam a apresentar esforço adequado na realização do instrumento. A utilização deste critério eliminou os falsos-negativos (tendo como critério para os restantes ensaios o ponto-de-corte tradicional), sendo que os 2 sujeitos que obtiveram pontuações <45 no Ensaio 2/de Retenção também obtiveram pontuações indicadoras de esforço reduzido no Ensaio 1. Se for tido como critério de esforço reduzido a obtenção de pontuações ≤47 e ≤48 nos restantes ensaios, a utilização do critério de descontinuação de O'Bryant et al. (2008) levaria à não deteção de 1 ou 2 sujeitos (falsos-negativos), respetivamente.

Por último, Hilsabeck et al. (2011), ao analisarem a precisão deste Ensaio na identificação do esforço reduzido numa amostra clínica de veteranos, sugeriram a utilização de pontos de corte distintos como indicadores de esforço adequado e reduzido. Neste sentido, sugerem que não será necessário administrar os restantes ensaios do TOMM a indivíduos que obtenham pontuações ≤25 ou ≥41, sendo esperado que estes falhem ("failed") ou passem ("passed"), respetivamente, nos restantes ensaios do instrumento e que devem ser administrados os restantes ensaios aos sujeitos que obtenham pontuações entre 26 e 40. No presente estudo apenas 1 sujeito obteve uma pontuação ≤25 no Ensaio 1, verificando-se que obteve pontuações >45 nos restantes ensaios, pelo que não se comprova a indicação de Hilsabeck et al. (2011), de que deve ser assumido que os sujeitos que obtenham pontuações ≤25 no Ensaio 1 "falhem" posteriormente nos restantes ensaios do instrumento. Adicionalmente, 1 dos sujeitos que obteve pontuações ≥41 no Ensaio 1 obteve pontuação inferior a 45 num dos restantes ensaios, pelo que a utilização das indicações de Hilsabeck et al. (2011) levaria à não identificação de 1 dos 2 sujeitos que obtiveram pontuações ≤45 num dos restantes Ensaios.

Após análise dos vários critérios formulados para a utilização do Ensaio 1 como indicador de esforço reduzido, verifica-se que, na amostra utilizada no presente estudo, os critérios propostos por O'Bryant et al. (2008) parecem ser os mais adequados, sendo os únicos que não levam à identificação errada (falso-negativo) de nenhum indivíduo que apresenta pontuações sugestivas da presença de esforço reduzido, tendo como referência os critérios tradicionais de interpretação do instrumento, e levando ao insucesso na identificação de apenas 1 ou 2 sujeitos, caso sejam tidos como referência os pontos-de-corte mais exigentes de ≤47 ou ≤48, respetivamente, para os restantes ensaios. Porém, é importante lembrar as advertências postuladas para a utilização deste Ensaio como indicador de esforço reduzido, havendo a indicação de que não devem ser aplicadas as regras de descontinuação caso existam condições para a administração do teste na sua totalidade (Bauer et al., 2007) e de que a utilização abreviada do TOMM não deve ser feita em contexto forense, devendo pelo contrário ser utilizado o protocolo completo (O'Bryant et al., 2008).

TOMM: o ACI como medida de validade de sintomas

O ACI analisa a consistência das respostas do sujeito nos 3 Ensaios (1, 2 e de Retenção) do teste. Uma resposta é considerada inconsistente se o sujeito responder corretamente num item em determinado ensaio mas incorretamente nos outros dois, ou se responder corretamente em dois dos ensaios mas incorretamente no outro.

Os resultados obtidos por investigações anteriores indicam um aumento da sensibilidade com a utilização do ACI (Gunner et al., 2012; Schroeder et al., 2012). Adicionalmente, o estudo de Gunner et al. (2012) alcançou uma especificidade de 100% com a utilização deste índice, tendo como base as pontuações obtidas noutro instrumento de deteção do esforço reduzido. Desta forma, considerando os resultados em estudos anteriores, poderá ser colocada a hipótese de que o aumento observado do número de casos sinalizados mediante a utilização do ACI, relativamente à utilização dos critérios tradicionais, se deva a um aumento da sensibilidade do instrumento, isto é na identificação correta de sujeitos que apresentaram esforço reduzido. Não obstante, devem ser consideradas as limitações já apontadas no ponto referente à análise dos novos pontos-de-corte para este instrumento, de forma a evitar conclusões abusivas.

Deteção de comportamentos de esforço reduzido/exagero de sintomas nas diferentes medidas de validade de sintomas

Relativamente aos comportamentos de esforço reduzido verifica-se que a utilização de diferentes medidas (e respetivos pontos-de-corte analisados) resulta na sinalização de diferentes casos. Tal sugere que a escolha das medidas a utilizar na avaliação destes comportamentos tem influência na deteção dos comportamentos de esforço reduzido, o que é consistente com as indicações de que a escolha do método utilizado para a avaliação do esforço reduzido pode implicar diferenças na sua deteção (Green, 2001). Adicionalmente, o facto de o esforço não ser um conceito estático e sim contínuo, podendo variar ao longo da avaliação (Heilbronner et al., 2009; Iverson, 2006, 2008; Wisdom et al., 2010), poderá também ter contribuído para as diferenças encontradas entre os resultados nos vários instrumentos destinados à sua deteção.

Relativamente ao exagero de sintomas, analisado com o SIMS, os diferentes pontos-de-corte utilizados resultaram na sinalização de diferentes casos (com a exceção dos pontos-de-corte >16 e >19, que sinalizaram os mesmos sujeitos). A utilização dos pontos-de-corte >14, >16 e >19, e >24, levaram à identificação de 33.%, 23.3% e 13.3%, respetivamente, dos sujeitos como suspeitos de exagero de sintomas. Fazendo uma comparação com os resultados de estudos anteriores elaborados em contexto prisional, no presente estudo foram identificadas percentagens substancialmente mais baixas que as reportadas anteriormente. Oliveira (2008 cit in Simões et al., 2009), utilizou o SIMS numa amostra de reclusos de uma Prisão Escola, tendo-se verificado que 58.1% dos participantes obtiveram pontuações superiores ao ponto-de-corte >14 neste instrumento. Apenas a utilização do ponto-de-corte >14 levou a que se verificasse uma prevalência deste comportamento semelhante a um dos valores encontrados por estudos

anteriores (33.3%), sendo que Pollock et al. (1997) identificou uma prevalência 32% de casos sugestivos da presença de exagero de sintomas numa amostra proveniente de uma prisão de média segurança, enquanto que outros estudos relatam prevalências substancialmente mais elevadas (cf. por exemplo, McDermott et al., 2013; McDermott & Sokolov, 2009; Norris & May, 1998; Pollock, 1997; Walters, 2011). Há, no entanto, que introduzir alguma cautela na comparação entre os resultados observados no presente estudo e os mencionados, uma vez que os critérios utilizados para a identificação dos comportamentos de exagero de sintomas foram notoriamente diferentes, nomeadamente no que diz respeito aos instrumentos utilizados.

De uma forma geral, os resultados observados são consistentes com as recomendações de Heilbronner et al. (2009) segundo as quais, na interpretação dos resultados obtidos em medidas de avaliação da validade de sintomas, os avaliadores não devem depender de um único ponto-de-corte fixo para considerar uma pontuação como suspeita, devendo apreciar e considerar qual o mais adequado para casos específicos tendo em conta os custos associados aos casos falsos-positivos e falsos-negativos.

Relação entre as pontuações nas várias medidas de validade de sintomas

A avaliação da validade de sintomas deve ser multivariada e fundamentar-se na utilização de várias medidas ao longo do processo de avaliação (Larrabee, 2003; Heilbronner et al., 2009; Simões, 2010, 2012), existindo a indicação de que a utilização de várias medidas traz mais vantagens se os resultados nos vários testes forem relativamente independentes (Ronsenfeld, Sands & Van Gorp, 2000). Neste âmbito, foi analisada a relação entre as pontuações obtidas nas várias medidas utilizadas, tendo sido encontradas correlações significativas moderadas entre o Ensaio 1 e o ACI do TOMM e o Ensaio de Evocação do FIT e o RDS. Uma vez que o RDS apresenta correlações significativas baixas a moderadas com todos os restantes indicadores, à exceção dos Ensaios 2 e de Retenção do TOMM, poderá ser sugerido que a sua utilização simultânea com os restantes instrumentos não representaria um acréscimo na robustez da deteção do esforço reduzido. Por outro lado, apenas tendo sido encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o V-MD e o RDS, a utilização deste instrumento em conjugação com os restantes poderá ser considerada vantajosa.

Havendo indicação de que o esforço reduzido e o exagero de sintomas podem ocorrer de forma independente (Iverson, 2006, 2008), pelo que os testes destinados à deteção de esforço reduzido não são necessariamente sensíveis ao exagero de sintomas (Lezak et al., 2004), foi analisada a relação entre as pontuações no SIMS e nas medidas destinadas à deteção de esforço reduzido. Neste âmbito, apenas foram encontradas correlações estatisticamente significativas baixas entre o SIMS e a pontuação combinada do FIT e o RDS, sugerindo que o SIMS não é sensível ao esforço reduzido traduzido pelas pontuações nos restantes instrumentos, indo de encontro à indicação de que o esforço e o exagero de sintomas são comportamentos que

podem ocorrer de forma independente em diferentes domínios de funcionamento (emocional/psicopatológico e cognitivo). Por fim, o facto de apenas terem sido encontradas correlações estatisticamente significativas entre o SIMS e a Pontuação Combinada do FIT e o RDS, associado à indicação de que as avaliações (neuro)psicológicas devem incluir simultaneamente medidas destinadas à deteção do esforço reduzido e do exagero de sintomas, sugere que será útil a sua utilização em simultâneo com os restantes indicadores.

Impacto da utilização de mais que uma medida na deteção de esforço reduzido, em comparação com a utilização de uma única medida

Atendendo às recomendações de que, à medida que são encontrados mais dados consistentes com a presença de esforço reduzido, maior a confiança nas conclusões acerca da validade dos resultados obtidos, foram assinalados os casos cujas pontuações são sugestivas da presença de esforço reduzido em pelo menos duas medidas, tendo-se verificado alterações no número de casos assinalados, em comparação com a utilização de apenas uma medida dedicada à deteção do esforço reduzido. O número maior verificado é de 9 sujeitos, na associação entre a utilização do ponto-de-corte <45 para o Ensaio 1 do TOMM e do ponto-de-corte ≤7 para o RDS. Adicionalmente, verifica-se que as associações de medidas que assinalam o maior número de casos envolvem o RDS, o que poderá estar associado às correlações significativas baixas a moderadas observadas entre esta e as restantes medidas, à exceção dos Ensaios 2 e de Retenção do TOMM, pelo que, como já mencionado, poderá sugerir-se que a sua utilização simultânea com os restantes instrumentos não representaria um acréscimo na robustez da deteção do esforço reduzido.

Foi, também, feita uma análise sujeito a sujeito, verificando-se a existência de casos cujos resultados foram assinalados como indicativos da presença de esforço reduzido por pelo menos um dos critérios de interpretação utilizados em 3 das medidas utilizadas e mesmo 1 sujeito que foi assinalado por pelo menos um dos critérios de interpretação utilizados em todas as medidas destinadas à deteção do esforço reduzido administradas. Ao considerar como válidos os critérios de interpretação analisados, estes resultados poderão ser considerados como uma evidência adicional da presença de esforço reduzido ao longo da avaliação por parte destes sujeitos, constituindo um incremento na confiança para determinação da presença de esforço reduzido.

Presença/ausência da apresentação simultânea de comportamentos de exagero de sintomas e de esforço reduzido

De forma a investigar a presença/ausência da apresentação simultânea de comportamentos de exagero de sintomas e de esforço reduzido, foram assinalados os casos cujas pontuações são simultaneamente sugestivas da presença exagero de sintomas (SIMS) e de esforço reduzido (TOMM, FIT, RDS e V-MD), utilizando os vários pontos-de-corte analisados.

Neste âmbito, verifica-se a presença de casos cujas pontuações são simultaneamente sugestivas da presença de exagero de sintomas e de esforço

reduzido, assim como de casos cujas pontuações são sugestivas da presença de exagero de sintomas mas não de esforço reduzido.

Desta forma, os resultados observados vão ao encontro das indicações existentes na literatura de que esforço reduzido e exagero de sintomas não são conceitos sinónimos mas independentes, sendo possível que um mesmo sujeito apresente estes comportamentos em simultâneo (resultados sugestivos da presença de exagero de sintomas e de esforço reduzido) ou que apresente apenas um dos tipos de comportamento, sem que se verifique o outro (apresentando resultados sugestivos da presença de exagero de sintomas ou de esforço reduzido) (Iverson, 2006, 2008).

Resultados no MoCA

Como referido, apesar de a análise dos resultados obtidos no MoCA não estar inserida no foco principal do estudo, são valorizados os resultados obtidos neste instrumento, uma vez que se desconhecem estudos que tenham procedido à sua aplicação em contexto prisional.

Fazendo uma comparação entre os resultados observados no presente estudo e os dados normativos para a população portuguesa (Freitas, Simões, Alves e Santana, 2011) verifica-se que o valor médio da pontuação total é inferior ao reportado para a amostra normativa (considerando todas as idades e escolaridades, M=24.70; DP=3.67), em aproximadamente dois pontos. Tal como indicado, foi feita a comparação entre os resultados obtidos por cada sujeito e os valores normativos para o grupo em que se insere (mediante a sua idade e escolaridade; cf. Anexo V), sendo de destacar a prevalência de sujeitos que alcançaram resultados mais do que 2 desvios-padrão inferiores à média para o seu grupo (13 sujeitos, aproximadamente 43% da amostra), 4 dos quais obtiveram pontuações mais de 3 desvios-padrão inferiores à média e 1 uma pontuação mais de 5 desvios-padrão inferior à média.

Uma vez que as pontuações mais elevadas são indicadoras de um melhor funcionamento cognitivo, os resultados observados são importantes na medida em que indicam que a amostra estudada no presente estudo apresenta nível de funcionamento cognitivo médio inferior ao observado na amostra normativa. Por outro lado, é importante relembrar a possibilidade de, nos casos em que os instrumentos dedicados à deteção de comportamentos de esforço reduzido apontam resultados positivos, as pontuações obtidas pelos sujeitos no MoCA não representarem a sua verdadeira capacidade, dada a já referida advertência de que a existência de resultados sugestivos da presença de esforço reduzido ter implicações na validade dos resultados obtidos nos restantes instrumentos de avaliação, pelo que os mesmos devem ser interpretados com cautela.

Não são conhecidos estudos que apresentem os valores obtidos para cada domínio cognitivo em Portugal, pelo que não é possível fazer comparações com os valores obtidos no presente estudo.

VI – Conclusões

Este estudo tem como objetivo principal a identificação de comportamentos de esforço reduzido e/ou exagero de sintomas, numa

amostra de 30 reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra. Adicionalmente, tem ainda outros objetivos: a análise da relação entre os resultados no TOMM, FIT, RDS, V-MD e SIMS, o funcionamento cognitivo dos sujeitos e variáveis sociodemográficas, como a idade e a escolaridade; o exame da utilidade do FIT comparativamente ao TOMM, bem como a análise da utilidade do RDS e V-MD; a análise dos novos critérios propostos para interpretação dos resultados no TOMM; o estudo das relações entre as pontuações nas diferentes medidas destinadas à deteção de esforço reduzido e de exagero de sintomas psicológicos; a análise do impacto da utilização de mais que uma medida em simultâneo na deteção de esforço reduzido; investigar a presença/ausência da apresentação simultânea de comportamentos de exagero de sintomas e de esforço reduzido.

Os resultados alcançados vão ao encontro de evidências reportadas na literatura segundo as quais o TOMM é relativamente insensível a variáveis demográficas, não tendo sido encontradas relações significativas entre as pontuações obtidas neste instrumento e a idade e escolaridade. Também foram confirmados resultados anteriores segundo os quais a pontuação no FIT poderá ser sensível ao efeito da escolaridade, comprometendo assim a sua utilidade, em comparação com o TOMM. De uma forma geral, os resultados apontam o TOMM como a medida mais apropriada na deteção do esforço reduzido nesta amostra, em comparação com as restantes medidas utilizadas.

Verifica-se que todas as medidas utilizadas, com exceção do índice V-MD revelaram relações moderadas com o resultado no MoCA. A presença associações entre os resultados em testes destinados à deteção de comportamentos de esforço reduzido e o funcionamento cognitivo já tinha sido sugerida, no caso do TOMM (Gierok et al., 2005) e do FIT (Griffin et al., 1997). Havendo indicações acerca da importância da insensibilidade das medidas de validade de sintomas a outras variáveis e, atendendo que as relações observadas sugerem a presença de uma relação entre o funcionamento cognitivo e os resultados nas medidas de validade de sintomas utilizadas (com exceção do V-MD) na presente amostra, sugere-se a necessidade de investigações mais sistemáticas que analisem o impacto do funcionamento cognitivo nos resultados obtidos nos instrumentos utilizados, em contexto prisional. Uma proposta possível seria a formação de diferentes grupos de reclusos, mediante os resultados em instrumentos dedicados à avaliação do funcionamento cognitivo, como o MoCA, e a análise das diferenças entre grupos nos resultados obtidos nas medidas de avaliação de validade de sintomas. Não obstante, é importante reforçar as advertências já postuladas relativamente à interpretação dos resultados obtidos durante as avaliações (neuro)psicológicas após a obtenção de resultados sugestivos da presença de esforço reduzido, pelo que existe também a possibilidade de as pontuações obtidas pelo MoCA, nos casos sugestivos da presença de esforço reduzido, não traduzirem as verdadeiras capacidades dos sujeitos.

Os resultados obtidos indicam que o esforço reduzido e o exagero de sintomas são comportamentos independentes, reforçando a importância já estabelecida na literatura de que as avaliações (neuro)psicológicas incluírem simultaneamente medidas dirigidas a cada um destes comportamentos ou

estilos de resposta.

Adicionalmente, as diferenças verificadas mediante a utilização dos diversos instrumentos e respetivos critérios de interpretação devem ser consideradas como evidência da influência, não apenas da escolha dos instrumentos a administrar mas, também, dos pontos-de-corte selecionados para a respetiva interpretação, reforçando a importância da escolha ponderada no momento da constituição dos protocolos de avaliação, de instrumentos, critérios de interpretação das pontuações e adequação a populações específicas.

Por fim, a natureza dos resultados obtidos na avaliação do funcionamento cognitivo com o MoCA, conjugado com o facto de não serem conhecidas investigações prévias com este instrumento em contexto prisional, sugerem a necessidade de investigação mais sistemática deste instrumento na população prisional portuguesa. Para tal, considera-se que os resultados apresentados neste estudo poderão ser úteis para investigações futuras, na medida em que fornecem uma contextualização preliminar das pontuações obtidas por uma amostra de reclusos atualmente a cumprir pena de prisão.

Não obstante a utilidade dos resultados obtidos pelo presente estudo, este apresenta algumas limitações sendo a mais evidente a reduzida dimensão da amostra estudada, com implicações para a generalização da informação a grupos mais alargados. Adicionalmente, dado o facto de apenas ter sido utilizada uma medida destinada à deteção de exagero de sintomas, sugere-se que teria sido útil a inclusão de mais uma medida destinada a este tipo de comportamentos para verificar a consistência dos resultados obtidos mas, também, devido à natureza do SIMS (instrumento de rastreio). Neste âmbito, sugere-se o interesse em comparar os resultados obtidos no SIMS com um instrumento de deteção de exagero de com estudos em Portugal, como por exemplo a SIRS (*Structured Interview of Reported Symptoms*; Rogers, Bagby, & Dickens, 1992; Amaral, 2007), uma vez que a versão mais recente deste instrumento (SIRS-2; Rogers, Sewell & Guillard, 2010) não dispõe de investigações no nosso país.

Seria igualmente interessante a implementação de estudos futuros que comparassem os resultados obtidos por reclusos em diferentes situações de reclusão (por exemplo, reclusos em situação pré-sentencial de prisão preventiva, reclusos inseridos na população reclusa geral, reclusos que requereram internamento em ala hospitalar e reclusos já internados), de forma a permitir uma análise dos padrões de comportamentos de esforço reduzido/exagero de sintomas encontrados nos diferentes grupos.

Por fim, havendo a indicação da possível influência de variáveis demográficas, como é o caso do género, nos resultados obtidos em medidas de validade de sintomas aquelas deverão continuar a ser um foco da investigação na área dos comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas (Heilbronner et al., 2009). No contexto prisional esta variável poderia ser estudada através da comparação de grupos de reclusos do sexo feminino e masculino.

Bibliografia

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*(2), 133-140. doi: 10.1080/13803390701260363

American Psychiatric Association (APA, 2002). DSM-IV-TR: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

An, K. Y., Zakzanis, K. K., & Joordens, S. (2012). Conducting research with non-clinical healthy undergraduates: Does effort play a role in neuropsychological test performance?. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*, 849-857. doi: 10.1093/arclin/acs085

Arnett, P. A., Hammeke, T. A., & Schwartz, L. (1995). Quantitative and qualitative performance on Rey's 15-item Test in neurological patients and dissimulators. *The Clinical Neuropsychologist, 9*(1), 17-26.

Axelrod, B. N., Fichtenberg, N. L., Millis, S. R. & Wertheimer, J. C. (2006). Detecting incomplete effort with Digit Span from the Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition. *The Clinical Neuropsychologist, 20*, 513–523. doi: 10.1080/13854040590967117

Babikian, T., Boone, K. B., Lu, P., & Arnold, G. (2006). Sensitivity and specificity of various Digit Span scores in the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist, 20*, 145–159. doi: 10.1080/13854040590947362

Bauer, L., O'Bryant, S. E., Lynch, J. K., McCaffrey, R. J., & Fisher, J. M. (2007). Examining the Test of Memory Malingering Trial 1 and Word Memory Test Immediate Recognition as screening tools for insufficient effort. *Assessment, 14*(3), 215-222. doi: 10.1177/1073191106297617

Benge, J. F., Wisdom, N. M., Collins, R. L., Franks, R., LeMaire, A., & Chen, D. K. (2012). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology for identifying psychogenic non-epileptic events. *Epilepsy & Behavior, 24*(4), 439-44. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.05.007

Berry, D. T. R. & Schipper, L. J. (2007). Detection of feigned psychiatric symptoms during forensic neuropsychological examinations. In G.J. Larrabee (Ed.). *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 226-263). New York: Oxford University Press.

Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist, 15*(1), 19-45.

Bigler, E. D. (2012). Symptom validity testing, effort, and neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society, 18*, 632–642. doi:10.1017/S1355617712000252

Boone, K. B. (2007). A reconsideration of the Slick et al. (1999) criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction. In K. B. Boone (Ed.). *Assessment of feigned cognitive impairment – A neuropsychological perspective* (pp.29-49). New York: Guilford Press

Boone, K. B. (2013). *Clinical practice of forensic neuropsychology: An evidence-based approach*. New York: The Guilford Press

Boone, K. B. & Lu, P. H. (2007). Non-forced-choice effort measures. In G.J. Larrabee (Ed.). *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 27-43). New York: Oxford University Press.

Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A technique to enhance sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*(5), 561-573.

Bordini, E. J., Chaknis, M. M., Ekman-Turner, R. M., & Perna, R. B. (2002). Advances and issues in the diagnostic differential of malingering versus brain injury. *NeuroRehabilitation, 17,* 93–104.

Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology, 20,* 419-426. doi:10.1016/j.acn.2005.02.002

Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*(2), 239–254. doi: 10.1080/14789940802267760

Dean, A. C., Victor, T. L., Boone, K. B., Philpott, L. M., & Hess, R. A. (2008). Dementia and effort test performance. *The Clinical Neuropsychologist, 23*(1),133-152. doi: 10.1080/13854040701819050

Denning, J. H. (2012). The efficiency and accuracy of The Test of Memory Malingering Trial 1, errors on the first 10 items of The Test of Memory Malingering, and five embebed measures in predicting invalid test performance. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27,* 417-432. doi: 10.1093/arclin/acs044

Denney, R. L. (2007). Assessment of malingering in criminal forensic neuropsychological settings. In K.B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 428-452). New York: The Guilford Press.

Duncan, S. A., & Ausborn, D. L. (2002). The use of Reliable Digits to detect malingering in a criminal forensic pretrial population. *Assessment, 9*(1), 56-61. doi: 10.1177/1073191102009001007

Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malinger psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 27,* 387–396.

Etcoff, L. M., & Kampfer, K. M. (1996). Practical guidelines in the use of symptom validity and other psychological tests to measure malingering and symptom exaggeration in traumatic brain injury cases. *Neuropsychology Review, 6*(4), 171-201.

Etherton, J. L., Bianchini, K. J., Greve, K. W., & Heinly, M. T. (2005). Sensitivity and specificity of Reliable Digit Span in malingered pain-related disability. *Assessment, 12*(2), 130-136. doi: 10.1177/1073191105274859

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal

Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(9), 989-996.

Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society, 18*, 242-250. doi: 10.1017/S1355617711001573

Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica, 9* (3), 345-357.

Gierok, S. D., Dickson, A. L., Cole, J. A. (2005). Performance of forensic and non-forensic adult psychiatric inpatients on the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 20*, 755–760.

Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., & Gola, T. (1994). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment, 6*(3), 218-224.

Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., & Gola, T. (1996). Comparison of multiple scoring methods for Rey's malingered amnesia measures. *Archives of Clinical Neuropsychology, 11*, 283-293.

Green, P. (2001). Why clinicians often disagree about the validity of test results. *NeuroRehabilitation, 16*, 231–236.

Greve, K. W. & Bianchini, K. J. (2006). Should the Retention Trial of the Testo f Memory Malingering be optional?. *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*, 117-119. doi:10.1016/j.acn.2005.06.009

Greve, K. W., Bianchini, K. J., Black, F. W., Heinly, M. T., Love, J. M., Swift, D. A., & Ciota, M. (2006a). Classification accuracy of the Test of Memory Malingering in persons reporting exposure to environmental and industrial toxins: Results of a known-groups analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*, 439–448. doi: 10.1016/j.acn.2006.06.004

Greve, K. W., Bianchini, K. J., & Doane, B. M. (2006b). Classification accuracy of the Test of Memory Malingering in traumatic brain injury: Results of a known-groups analysis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 28*, 1176–1190. doi: 10.1080/13803390500263550

Greve, K. W., Bianchini, K. J., Mathias, C. W., Houston, R. J., & Crouch, J. A. (2003). Detecting malingered performance on the Wechsler Adult Intelligence Scale: Validation of Mittenberg's approach in traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology, 18*, 245–260.

Greve, H. W., Ord, J., Curtis, K. L., Bianchini, K. J., & Brennan, A. (2007). Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain: A comparison of three forced-choice Symptom Validity Tests. *The Clinical Neuropsychologist, 22*, 896–918. doi: 10.1080/13854040701565208

Griffin, G. A. E., Glassmire, D. M., Henderson, E. A., & McCann, C. (1997). Rey II: Redesigning the Rey screening test of malingering. *Journal of Clinical Psychology, 53*(7), 757-766

Gunner, J. H., Miele, A. S., Lynch, J. K., & McCaffrey, R. J. (2012). The Albany Consistency Index for the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*, 1-9. doi: 10.1093/arclin/acr089

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Conference Participants. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist, 23*, 1093–1129. doi: 10.1080/13854040903155063

Heinze, M. C., & Purisch, A. D. (2001). Beneath the mask: Use of psychological tests to detect and subtype malingering in criminal defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice, 1*(4), 23-52.

Hilsabeck, R. C., Gordon, S. N., Hietpas-Wilson, T. & Zartman, A. L. (2011). Use of Trial 1 of the Test of Memory Malingering (TOMM) as a screening measure of effort: Suggested discontinuation rules. *The Clinical Neuropsychologist, 25*(7), 1228-1238. doi: 10.1080/13854046.2011.589409

Iverson, G. L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology, 13*(2), 77-90

Iverson, G. L. (2008). Assessing for exaggeration, poor effort, and malingering in neuropsychological assessment. In A. M. Horton & D. Wedding (Eds.). *The neuropsychology handbook* (pp. 125-182). New York: Springer Publishing.

Iverson, G. L., & Tulsky, D. S. (2003). Detecting malingering on the WAIS-III: Unusual Digit Span performance patterns in the normal population and in clinical groups. *Archives of Clinical Neuropsychology, 18*, 1–9.

Jelicic, M., Ceunen, E., Peters M. J. V., & Merckelbach, H. (2011). Detecting coached feigning using the Test of Memory Malingering (TOMM) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 850-855. doi: 10.1002/jclp.20805

Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist, 17*(3), 410-425.

Larrabee, G. J. (2005). Assessment of malingering. In G.J. Larrabee (Ed.). *Forensic neuropsychology* (pp. 115-158). New York: Oxford University Press.

Larrabee, G. J. (2007a). Introduction: Malingering, research designs, and base rates. In G.J. Larrabee (Ed.). *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 3-13). New York: Oxford University Press.

Larrabee, G. J. (2007b). Identification of malingering by pattern analysis on neuropsychological tests. In G.J. Larrabee (Ed.). *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 80-99). New York: Oxford University Press.

Larrabee, G. J. (2008). Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios. *The Clinical Neuropsychologist, 22*(4), 666-679. doi: 10.1080/13854040701494987

Larrabee, G. J. (2011). Assessment of malingering. In G.J. Larrabee (Ed.). *Forensic neuropsychology: A scientific approach* (pp. 116-159). New York: Oxford University Press.

Larrabee, G. J., Greiffenstein, M. F., Greve, K. W., & Bianchini, K. J. (2007). Refining diagnostic criteria for malingering. In G.J. Larrabee (Ed.). *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 334-371). New York: Oxford University Press.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa : Sílabo.

Mathias, C. W., Greve, K. W., Bianchini, K. J., Houston, R. J., & Crouch, J. A. (2002). Detecting malingered neurocognitive dysfunction using the Reliable Digit Span in traumatic brain injury. *Assessment, 9*(3), 301-308. doi: 10.1177/1073191102009003009

McDermott, B. E., Dualan, I. V., & Scott, C. L. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence?. *International Journal of Law and Psychiatry, 36*, 287–292. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.013

McDermott, B. E. & Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: The use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample. *Behavioral Sciences and the Law, 27*, 753-765. doi: 10.1002/bsl.892

McGuire, B. E. (2006). Response mode and performance on the Rey 15-item test: A preliminary study. *Brain Injury, 20*(6), 647-651. doi: 10.1080/02699050600676891

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.

Miele, A. S., Gunner, J. H., Lynch, J. K., & McCaffrey, R. J. (2012). Are embedded validity indices equivalent to free-standing symptom validity tests?. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*, 10–22. doi: 10.1093/arclin/acr084

Mittenberg, W., Aguila-Puentes, G., Patton, C., Canyock, E. M., & Heilbronner, R. L. (2003). Neuropsychological profiling of symptom exaggeration and malingering. *Journal of Forensic Neuropsychology, 3*(1-2), 227-240. doi: 10.1300/J151v03n01_03

Mittenberg, W., Theroux, S., Aguila-Puentes, G., Bianchini, K., Greve, K., & Rayls, K. (2001). Identification of malingered head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale - 3rd Edition. *The Clinical Neuropsychologist, 15*(4), 440-445.

Mittenberg, W., Theroux, S., Zielinski, R. E., & Heilbronner, R. L. (1995). Identification of malingered head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(5), 491-498.

Mota, M., Simões, M. R, Amaral, L., Dias, I., Luís, D., Paredes, T., Maior, F. S., & Silva, I. (2008). Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de reclusos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça, 2*, 23 – 41.

Nelson, N. W., Boone, K., Dueck, A., Wagener, L., Lu, P., & Grills, C. (2003). Relationships between eight measures of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist, 17*(2), 263-272.

Norris, M. P., & May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior, (22)*3, 315-323.

O'Bryant, S. E., Finlay, C. G., & O'Jile, J. R. (2007). TOMM performances and self-reported symptoms of depression and anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 111-114. doi: 10.1007/s10862-006-9034-9

O'Bryant, S. E., Gavett, B. E., McCaffrey, R. J., O'Jile, J. R., Huerkamp, J. K., Smitherman, T. A., & Humphreys, J. D. (2008) Clinical utility of Trial 1 of the Test of Memory Malingering (TOMM). *Applied Neuropsychology, 15*, 113-116. doi: 10.1080/09084280802083921.

O'Bryant, S. E., & Lucas, J. A. (2006). Estimating the predictive value of the Test of Memory Malingering: An illustrative example for clinicians. *The Clinical Neuropsychologist, 20*, 533–540.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pivovarova, E., Rosenfeld, B., Dole, T., Green, D., & Zapf, P. (2009). Are measures of cognitive effort and motivation useful in differentiating feigned from genuine psychiatric symptoms?. *International Journal of Forensic Mental Health, 8*(4), 271-278. doi: 10.1080/14999011003635514

Pollock, P. H. (1997). A cautionary note on the determination of malingering in offenders. *Psychology, Crime & Law, (3)*2, 97-110. doi: 10.1080/10683169608409798

Pollock, P. H., Quigley, B., Worley, K. O., & Bashford, C. (1997). Feigned mental disorder in prisoners referred to forensic mental health services. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 4*, 9-15.

Rees, L. M., Tombaugh, T. N., Gansler, D. A., & Moczynski, N. P. (1998). Five validation experiments of the Test of Memory Malingering (TOMM). *Psychological Assessment, 10*(1), 10-20.

Rosenfeld, B., Green, D., Pivovarova, E., Dole, T., & Zapf, P. (2010). What to do with contradictory data? Approaches to the integration of multiple malingering measures. *International Journal of Forensic Mental Health, 9*(2), 63-73. doi: 10.1080/14999013.2010.499559

Rosenfeld, B., Sands, S. A., & Van Gorp, W. G. (2000). Have we forgotten the base rate problem? Methodological issues in the detection of distortion. *Archives of Clinical Neuropsychology, 15*(4), 349–359

Samuel, R. Z., & Mittenberg, W. (2005). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry, 12*(12), 60-68.

Sánchez, G., Jiménez, F., Ampudia, A., & Merino, V. (2012). In search of a fast screening method for detecting the malingering of cognitive impairment. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 4*(2), 135-158.

Schroeder, R. W., Buddin, W. H., Hargrave, D. D., VonDran, E. J., Campbell, E. B., Brockman, C. J., Heinrichs, R. J., & Baade, L. E. (2012). Efficacy of Test of Memory Malingering Trial 1, Trial 2, the Retention Trial, and the Albany Consistency Index in a criterion group forensic neuropsychological sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Advance online publication. doi:10.1093/arclin/acs094

Schroeder, R. W. & Marshall, P. S. (2011). Evaluation of the

appropriateness of multiple symptom validity indices in psychotic and non-psychotic psychiatric populations. *The Clinical Neuropsychologist, 25*(3), 437-453. doi: 10.1080/13854046.2011.556668

Scott, C., McDermott, B., Bobb, D., & Reid, R. (2012). Malingering assessment in a correctional environment. *Correctional Health Care Report, 13*(5), 65-80.

Sharland, M. J., & Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology, 22*, 213-223. doi: 10.1016/j.acn.2006.12.004

Simões, M. R. (2006). Testes de validade de sintomas na avaliação de comportamentos de simulação. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M- C. Taborda-Simões, & Pinho, M.S. (Eds.), *Psicologia forense* (pp. 279-309). Coimbra: Almedina.

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.

Simões, M. R., Amaral., L. B., Mota, M. S., Maior, F. S., Amaral, M. L., Oliveira, C. S., Dias, I., Luís, D., & Pedrosa, C. (2009). Simulação de sintomas psicopatológicos: Síntese de estudos exploratórios. *Hospital Júlio de Matos, 22*, 70-78.

Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão portuguesa*. Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Simões, M. R. & Sousa, L. (2008). Avaliação neuropsicológica em contexto forense**.** In A. C. Fonseca (Ed.). *Psicologia e Justiça* (pp.341-377). Coimbra: Almedina.

Simões, M., 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, XXVIII* (1), 209-226.

Simon, M. J. (1994). The use of the Rey Memory Test to assess malingering in criminal defendants. *Journal of Clinical Psychology, 50*(6), 913-917.

Simon, M. J. (2007). Performance of mentally retarded forensic patients on the Test of Memory Malingering. *Journal of Clinical Psychology, 63*(4), 339–344. doi: 10.1002/jclp.20351

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist, 13*(4), 545-561.

Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H., & Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: A survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19,* 465–473. doi:10.1016/j.acn.2003.04.001

Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 25*(2), 183-189.

Stimmel, M., Green, D., Belfi, B., & Klaver, J. (2012). Exploring the accuracy and utility of the Rey Fifteen Item Test (RMT) with Recognition Trial in a forensic psychiatric population. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*, 51-58.

Taylor, L. A., Kreutzer, J. S., & West, D. D. (2003). Evaluation of malingering cut-off scores for the Rey 15-Item Test: a brain injury case study series. *Brain Injury, 17*(4), 295-308. doi: 10.1080/0269905021000038401

Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering (TOMM)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc.

Tombaugh, T. N. (1997). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment, 9*(3), 260-268.

Tombaugh, T. N. (2003). The Test of Memory Malingering (TOMM) in forensic psychology. *Journal of Forensic Neuropsychology, 2*(3-4), 69-96. doi: 10.1300/J151v02n03_04

Walters, G. D. (2011). Screening for malingering⁄exaggeration of psychiatric symptomatology in prison inmates using the PICTS Confusion and Infrequency Scales. *Journal of Forensic Sciences, (56)*2, 444-449. doi: 10.1111/j.1556-4029.2010.01651.x

Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (3ª ed.)*. Lisboa: CEGOC-TEA.

Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Wisdom, N. M., Brown, W. L., Chen, D. K., & Collins, R. L. (2012). The use of all three Test of Memory Malingering trials in establishing the level of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*, 208–212. doi: 10.1093/arclin/acr107

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, 25*(2), 118-125. doi: 10.1093/arclin/acp110

Anexo I – Relação entre as pontuações nas medidas de validade de sintomas utilizadas

	TOMM_E1	TOMM_E2	TOMM _ER	TOMM_ACI	FIT_EE	FIT_PC	RDS	V-MD	SIMS
TOMM_E1	-	0.620**	0.484**	-0.984**	0.422*	0.324	0.450*	-0.024	-0.292
TOMM_E2	0.620**	-	0.532**	-0.681**	0.337	0.325	0.327	-0.126	-0.344
TOMM _ER	0.484**	0.532**	-	-0.568**	0.329	0.198	0.345	0.064	-0.317
TOMM _ACI	-0.984**	-0.681**	-0.568**	-	-0.440*	-0.348	-0.462*	0.068	0.326
FIT_EE	0.422*	0.337	0.329	-0.440*	-	0.922**	0.490**	-0.031	-0.234
FIT_PC	0.324	0.325	0.198	-0.348	0.922**	-	0.508**	-0.069	-0.376*
RDS	0.450*	0.327	0.345	-0.462*	0.490**	0.508**	-	-0.367*	-0.371*
V-MD	-0.024	-0.126	0.064	0.068	-0.031	-0.069	-0.367*	-	0.047
SIMS	-0.292	-0.344	-0.317	0.326	-0.234	-0.376*	-0.371*	0.047	-

*p<0.05; **p<0.01

Anexo II – Número de casos simultaneamente assinalados como indicadores de esforço reduzido, mediante os diferentes critérios analisados

Critério (n casos)	TOMM E1 ≤25 (1)	TOMM E1 ≤39 (4)	TOMM E1 ≤40 e ≤41 (5)	TOMM E1 <45 (10)	TOMM E2/ER <45 (2)	TOMM E2/ER ≤46 (3)	TOMM E2/ER ≤47 (5)	TOMM E2/ER ≤48 (6)	TOMM ACI ≥10 (6)	FIT EE <7 (2)	FIT EE <8 e <9 (3)	FIT EE <10 (4)	FIT PC <19 <20 (5)	RDS ≤6 (11)	RDS ≤7 (18)	V-MD ≥2 (13)	V-MD ≥3 (10)	V-MD ≥4 (7)	V-MD ≥5 (5)	V-MD ≥6 (2)
TOMM E1 ≤25 (1)	-	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
TOMM E1 ≤39 (4)	1	-	4	4	1	2	3	3	4	1	1	1	1	1	3	1	1	0	0	0
TOMM E1 ≤40 e ≤41 (5)	1	4	-	5	1	2	3	3	5	1	1	1	1	2	4	2	2	1	1	1
TOMM E1 <45 (10)	1	4	5	-	2	3	4	4	6	1	2	2	2	5	9	5	3	2	2	2
TOMM E2/R <45 (2)	0	1	1	2	-	2	2	2	2	0	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0
TOMM E2/R ≤46 (3)	0	2	2	3	2	-	3	3	3	0	1	1	1	0	2	2	1	0	0	0
TOMM E2/R ≤47 (5)	1	3	3	4	2	3	-	5	4	1	2	2	2	2	4	3	2	1	1	0
TOMM E2/R ≤48 (6)	1	3	3	4	2	3	5	-	4	1	2	3	3	3	5	3	2	1	1	0
TOMM ACI ≥10 (6)	1	4	5	6	2	3	4	4	-	1	2	2	2	2	5	3	2	1	1	1
FIT EE <7 (2)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	-	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0
FIT EE <8 e <9 (3)	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	-	3	3	2	3	2	1	1	1	0
FIT EE <10 (4)	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	-	4	3	4	2	1	1	1	0
FIT PC <19 e <20 (5)	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	4	-	4	5	2	1	1	1	0

RDS ≤6 (11)	1	1	2	5	0	0	2	3	2	2	2	3	4	-	11	7	5	5	5	2
RDS ≤7 (18)	1	3	4	9	2	2	4	5	5	2	3	4	5	11	-	8	5	5	5	2
V-MD ≥2 (13)	0	1	2	5	1	2	3	3	3	1	2	2	2	7	8	-	10	7	5	2
V-MD ≥3 (10)	0	1	2	3	0	1	2	2	2	1	1	1	1	5	5	10	-	7	5	2
V-MD ≥4 (7)	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	5	7	7	-	5	2
V-MD ≥5 (5)	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	-	2
V-MD ≥6 (2)	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	-

Nota: Foram agregados os pontos-de-corte ≤40 e ≤41 do Ensaio 1 do TOMM, <8 e <9 do Ensaio de Evocação do FIT, <19 e <20 para a Pontuação Combinada do FIT, e os pontos-de-corte >16 e >19 para o SIMS, uma vez que assinalam os mesmos casos

Anexo III – Análise individual da deteção de esforço reduzido para cada sujeito, mediante os diferentes critérios de interpretação analisados

Sujeito	TOMM E1 ≤25	TOMM E1 ≤39	TOMM E1 ≤40 e ≤41	TOMM E1 <45	TOMM E2/ER <45	TOMM E2/ER ≤46	TOMM E2/ER ≤47	TOMM E2/ER ≤48	TOMM ACI ≥10	FIT EE <7	FIT EE <8 e <9	FIT EE <10	FIT PC <19 <20	RDS ≤6	RDS ≤7	V-MD ≥2	V-MD ≥3	V-MD ≥4	V-MD ≥5	V-MD ≥6
1	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
6	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
7	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-
19	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
21	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
22	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-
28	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
29	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-

Nota: o sinal + indica que o resultado obtido pelo sujeito é indicador da presença de esforço reduzido; o sinal – indica que o resultado obtido pelo sujeito é indicador da ausência de esforço reduzido;
Foram agregados os pontos-de-corte ≤40 e ≤41 do Ensaio 1 do TOMM, <8 e <9 do Ensaio de Evocação do FIT, <19 e <20 para a Pontuação Combinada do FIT, e os pontos-de-corte >16 e >19 para o SIMS, uma vez que assinalam os mesmos casos

Anexo IV - Casos simultaneamente assinalados como sugestivos da presença de exagero de sintomas e de esforço reduzido

		Casos assinalados em ambas as medidas																			
		TOMM Ensaio 1 ≤25 (1)	TOMM Ensaio 1 ≤39 (4)	TOMM Ensaio 1 ≤40 e ≤41 (5)	TOMM Ensaio 1 <45 (10)	TOMM Ensaio 2 ou de Retenção <45 (2)	TOMM Ensaio 2 ou de Retenção ≤46 (3)	TOMM Ensaio 2 ou de Retenção ≤47 (5)	TOMM Ensaio 2 ou de Retenção ≤48 (6)	TOMM ACI ≥10 (6)	FIT EE <7 (2)	FIT EE <8 e <9 (3)	FIT EE <10 (4)	FIT PC <19 <20 (5)	RDS ≤6 (11)	RDS ≤7 (18)	V-MD ≥2 (13)	V-MD ≥3 (10)	V-MD ≥4 (7)	V-MD ≥5 (5)	V-MD ≥6 (2)
SIMS	>14 (10)	1	3	3	5	1	2	3	4	4	2	3	4	5	4	8	4	3	1	1	0
	>16 e >19 (7)	1	2	2	4	1	2	3	3	3	1	2	2	3	2	5	3	2	0	0	0
	>24 (4)	1	2	2	3	1	2	3	3	3	1	2	2	3	2	3	2	1	0	0	0

Nota: Foram agregados os pontos-de-corte ≤40 e ≤41 do Ensaio 1 do TOMM, <8 e <9 do Ensaio de Evocação do FIT, <19 e <20 para a Pontuação Combinada do FIT, e os pontos-de-corte >16 e >19 para o SIMS, uma vez que assinalam os mesmos casos

Anexo V – Apresentação dos resultados obtidos por cada sujeito no MoCA, valores normativos para o grupo e desvio em relação à média

Sujeito	Idade	Escolaridade	Valores normativos para o grupo M (DP)	Pontuação Obtida	Desvio em relação à Média
1	25	9	26.42 (2.18)	18	-8.42 (>3DP)
2	31	6	26.42 (2.18)	20	-6.42 (≈3DP)
3	22*	4	21.71 (3.18)	18	-3.71 (>1DP)
4	21*	6	25.65 (2.50)	21	-4.65 (>1DP)
5	28	6	26.42 (2.18)	20	-6.42 (≈3DP)
6	36	6	26.42 (2.18)	19	-7.42 (>3DP)
7	33	6	26.42 (2.18)	23	-3.42 (>1DP)
8	24*	9	25.65 (2.50)	22	-3.65 (>1DP)
9	35	12	27.39 (1.86)	23	-4.39 (>2DP)
10	34	8	26.42 (2.18)	25	-1.42 (<1DP)
11	26	6	26.42 (2.18)	27	0.58 (<1DP)
12	57	4	21.78 (2.86)	26	4.22 (>1DP)
13	30	5	26.42 (2.18)	14	-12.42 (>5DP)
14	62	4	21.78 (2.86)	27	5.22 (>1DP)
15	35	9	26.42 (2.18)	24	-2.42 (>1DP)
16	27	6	26.42 (2.18)	18	-8.42 (>3DP)
17	32	10	27.39 (1.86)	28	0.61 (<1DP)
18	26	6	26.42 (2.18)	21	-5.42 (>2DP)
19	34	9	26.42 (2.18)	27	0.58 (<1DP)
20	37	12	27.39 (1.86)	24	-3.39 (>1DP)
21	22*	6	25.65 (2.50)	23	-2.65 (>1DP)
22	22*	6	25.65 (2.50)	19	-6.65 (>2DP)
23	36	9	26.42 (2.18)	28	1.58 (<1DP)
24	49	11	27.39 (1.86)	29	1.61 (<1DP)
25	24*	12	26.77 (2.15)	21	-5.77 (>2DP)
26	33	11	27.39 (1.86)	25	-2.39 (>1DP)
27	36	10	27.39 (1.86)	26	-1.39 (<1DP)
28	40	9	26.42 (2.18)	18	-8.42 (>3DP)
29	25	9	26.42 (2.18)	22	-4.42 (>2DP)
30	34	4	23.55 (2.56)	17	-6.55 (>2DP)

***Nota:** como não existem valores normativos para a idade destes sujeitos, foram utilizados os valores tendo em conta a sua escolaridade, para todas as idades.