



**Universidade de  
Aveiro**

Departamento de Educação

2012

**CATARINA  
ALEXANDRA AMADOR  
PEREIRA**                      **ESTUDO DE "SIMULAÇÃO" EM AMOSTRA MÉDICO-  
LEGAL COM O SIMS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos**  
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões**  
professora associada com agregação do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

**Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva**  
professor catedrático da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Dedico esta dissertação:

A todas as pessoas que participaram neste estudo, pela disponibilidade e esforço, obrigada por cada resposta e minuto despendido, pois sem a vossa colaboração teria sido impossível.

Ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva por orientar a elaboração deste projeto, pelo incentivo e por partilhar o seu conhecimento.

Ao Professor Doutor Mário Simões pelo incentivo a desenvolver um projeto no âmbito da simulação, pela sua afabilidade para comigo e por partilhar os seus notáveis conhecimentos técnico-profissionais.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal, nomeadamente ao Dr. Francisco Corte-Real pela autorização da realização deste estudo e, especialmente, às Dras. Isabel Cruz e Margarida Barreto que me incentivaram a melhorar as minhas práticas profissionais e que se prontificaram, através de um apoio incondicional, a ajudar-me sempre que necessitei.

À Filipa Domingues, parceira de estágio e atual amiga, que se mostrou incansável no desenvolvimento deste estudo e pela entreatajuda e cooperação que sempre existiu.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e dedicação com que sempre me apoiaram e incentivaram, pela força e maturidade com que encararam as minhas fragilidades, pela sapiência com que me orientaram, incentivando-me constantemente a superar-me.

Ao Ricardo, por depositar em mim toda a confiança, transmitindo-me força e motivação, incentivando-me a superar todas as agruras e pela forma amiga e calorosa com que sempre me encorajou a empenhar-me arduamente neste projeto.

À minha família, padrinhos e amigos, a cada um deles em especial, que contribuíram com a sua ajuda e esforço, mesmo quando não compreendiam integralmente os meus projetos e trabalho e, que mesmo assim, me fizeram acreditar nas minhas capacidades, um sincero obrigada.

A todos, MUITO OBRIGADO!

## palavras-chave

Simulação; SIMS; Ponto de corte; Contexto forense; Contexto médico-legal; BSI; psicopatologia; Desejabilidade Social; avaliação psicológica; esforço reduzido; exagero de sintomas.

## resumo

O presente estudo teve como principais objetivos analisar, em contexto médico-legal, os comportamentos de simulação através do SIMS (Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas; Smith & Burger, 1997 cit in Simões, 2010; Widows & Smith, 2005), bem como a relação entre psicopatologia, desejabilidade social e percepção de ser ou não saudável (física e psicológica) nos comportamentos de simulação. Também se pretendeu propor um novo ponto de corte para o SIMS. Para tal foi recolhida uma amostra total de 233 sujeitos, 53 indivíduos no âmbito médico-legal e 180 da comunidade. A amostra médico-legal, foi subdividida em dois subgrupos com base nos processos legais dos examinados: (a) Responsabilidades Parentais e (b) Outras Avaliações. Para este estudo, o protocolo de avaliação incluiu ainda provas psicométricas como as Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven (MPR; Raven & Court, 1996; versão portuguesa Infoteste; Raven, 1999), o *Rey 15-Item Memory Test* (15-RMT; Rey, 1958; Simões et al., 2010), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 1999) e a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro, Simões, & Sousa, 2012; Scagliusi et al., 2004). Os resultados demonstraram que no que concerne aos dois subgrupos amostrais foram observadas diferenças estatisticamente significativas (pontuações mais altas no subgrupo *Outras Avaliações*). Os resultados sugerem também um ponto de corte de 17 para a dimensão total do SIMS, que pode melhorar a sua utilidade como instrumento de triagem em contexto médico-legal. Verificou-se ainda existência de relações positivas e significativas entre SIMS e BSI. Do mesmo modo, verificou-se que a desejabilidade social não influencia os resultados do SIMS. Foi ainda estudada a relação entre pontuações no SIMS e a "percepção de saúde" do indivíduo sobre si. Os resultados discriminaram significativamente os indivíduos, obtendo os sujeitos que não se consideravam saudáveis pontuações mais elevadas no SIMS. Não foram identificados impactos significativos das variáveis sociodemográficas (idade, género e escolaridade) no resultado total do SIMS. As nossas descobertas providenciam suporte para a utilização do SIMS em âmbito médico-legal. Implicações médico-legais são discutidas e são apresentadas recomendações para futuros estudos.

**keywords**

Malingering; SIMS; cut-scores; Forensic context; Medico-legal context; psychopathology, psychological assessment; reduced effort; overreporting.

**abstract**

The present study had as main objective to analyze, in medical-legal context, malingering by SIMS (*Strutured Inventory of Malingered Symptomatology*; Smith & Burger, 1997 cit in Simões, 2010; Widows & Smith, 2005) and the relationship between psychopathology, social desirability and perception of whether or not healthy (physical and psychological) with malingering. It is also intended to propose a new cut-score for SIMS. This study had as taken in a total sample of 233 subjects, 53 subjects in the medical-legal context and 180 off the community. Two medico-legal samples were examined, based on the legal processes of the ones examined: (a) *Child Custody* and (b) *Others Assessments*. For this study, the assessment protocol also included psychometric tests such as the Raven's Progressive Matrices Standardized (MPR; Raven & Court, 1996; portuguese version Infoteste; Raven, 1999), the Rey 15-Item Memory Test (15-RMT; Rey, 1958; Simões et al., 2010), Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 1999) and the Marlowe Crowne Social Desirability Scale (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro et al., 2012; Scagliusi et al., 2004). The results showed that regarding the two sample subgroups, statistically significant differences were observed (higher scores in the subgroup *Other Assessments*). The results also suggest a cut-score of 17 for the total score of SIMS, which may improve their utility in screening for malingering among medico-legal context. It was found that there are significant and positive relationships between SIMS and BSI. Similarly, it was found that social desirability does not influence the results of SIMS. It was also considered the relationship between scores on the SIMS and "perceived health" of the individual over himself. The results significantly discriminated individuals, obtaining higher scores in SIMS those who did not consider themselves "healthy". No significant impacts were identified sociodemographic variables (age, gender and education level) on the overall outcome of the SIMS. All in all, our findings provide a basis for the usefulness of the SIMS as a screening tool for malingering. Implications for forensic practice are discussed and recommendations for future research are offered.

**ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>METODOLOGIA</b> .....	7
<b>OBJETIVOS E HIPÓTESES</b> .....	7
<b>PARTICIPANTES</b> .....	8
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	9
<i>Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven</i> .....	9
<i>Rey 15-Item Memory Test</i> .....	9
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos</i> .....	10
<i>Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas</i> .....	10
<i>Escala de Desejabilidade Social de Marlowe Crowne</i> .....	11
<b>PROCEDIMENTO</b> .....	11
<b>ANÁLISE DE DADOS</b> .....	12
<b>RESULTADOS</b> .....	12
<b>DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	24

ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> SIMS: Médias e Desvios-padrão para a pontuação SIMS Total e 5 dimensões nas amostras da comunidade, médico-legal e respectivos subgrupos.....	18
<b>Tabela 2:</b> Inter-correlações entre as dimensões do SIMS nas amostras médico-legal .....	19
<b>Tabela 3:</b> Diferenças estatísticas entre os 2 subgrupos.....	20
<b>Tabela 4:</b> Consistência Interna SIMS.....	20
<b>Tabela 5:</b> Influência da percepção de ser ou não saudável nos resultados do SIMS (pontuação total e dimensões) .....	23
<b>Tabela 6.</b> Pontes de corte (PC).....	23

## INTRODUÇÃO

O contexto médico-legal é um potencial meio onde os indivíduos tentam forjar os seus desempenhos (Bush et al., 2005; Vitacco et al., 2008; Vitacco, Rogers, Gabel, & Munizza, 2007), tendo-se vindo a verificar um aumento de solicitações para profissionais de psicologia se pronunciarem, enquanto peritos, sobre a credibilidade dos examinados que assumem ser possuidores de défices cognitivos e que se apresentam com queixas emocionais e/ou posturas defensivas e protetoras, na esperança de obterem compensações secundárias e atenuarem as suas condenações (Simões, 2006). Devido à ampla gama de decisões judiciais que pode advir da avaliação da validade das respostas, do esforço e da realização de relatórios, avaliações cuidadas em âmbito médico-legal são imperativas uma vez que envolvem uma série de questões cíveis, criminais e familiares (Conroy & Kwartner, 2006; Heilbronner et al., 2009; Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 1987 cit in Heilbrun, 1992). Identicamente, um relato inverosímil, identificações e diagnósticos errados podem acarretar repercussões complexas, nomeadamente com ramificações de natureza científica, ética e social (Drob, Meehan, & Waxman, 2009). Por conseguinte, os peritos devem seguir as *Guidelines da American Psychological Association* (American Psychological Association, 2002c, 2010; Bow & Quinnell, 2001; Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991), com intuito de maximizar a confiança no diagnóstico e resultados, bem como nas recomendações (Bush et al., 2005).

Um número crescente de literatura tem-se concentrado nas pessoas que recorrem a afirmações falaciosas no sistema médico-legal (Iverson, 2006; Taylor, Frueh, & Asmundson, 2007). Este comportamento, denominado simulação, é definido no 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 trabalho, obtenção de compensações económicas, evitar cumprimento de penas ou obtenção de drogas*" (cf. American Psychological Association, 2002a), sendo identificada e assumida internamente (Taylor et al., 2007) pelo indivíduo. Porém, ao contrário das perturbações mentais, a simulação não é definida por conjuntos de sintomas ou traços estáveis, mas sim como uma forma intencional, motivada externamente e como um comportamento específico relacionado com o contexto (Drob et al., 2009). Por isso, pode-se associar ao exagero deliberado de sintomas ou défices (*overreporting*) ou à tentativa do sujeito facultar uma imagem negativa e/ou desfavorável de si próprio como estando perturbado do ponto de vista psicológico (*fakingbad*). Segundo o DSM-IV-TR (2002a, 2002b), estes comportamentos não são indicativos de uma condição "*adicional que pode ser foco de atenção médica*". Todavia, há sujeitos que possuem disfunções de etiologia psicogénica, pelo que devem ser diagnosticados com uma perturbação de conversão e distinguidos dos simuladores, pois não



há intenção de produzir sintomatologia. Estas diferentes manifestações indicam que o comportamento de simulação não deve ser pensado como dicotómico mas sim num *continuum* (Haines & Norris, 1995; Rogers, 2008a; Simões et al., 2010), uma vez que subsiste em vários níveis. Renick retrata a simulação no contexto de avaliação médica, psiquiátrica e psicológica através de três padrões de simulação: (i) Simulação Pura - simulação completa de sintomas e possível fabrico de experiências traumáticas; (ii) Simulação Parcial - exagero parcial de sintomas existentes ou transatos como se se tratasse de um *continuum* e (iii) Falsa Imputação – falsa atribuição intencional de sintomas a um evento indemnizável (Haines & Norris, 1995; Resnick, 1997 cit in Iverson, 2006; Resnick, 1997 cit in Taylor et al., 2007). Em 2003, Ferguson reconstituiu esta segmentação e propôs a subdivisão da simulação segundo quatro padrões: (1) falsificação de sintomas; (2) exagero de sintomas existentes; (3) manutenção ou agravamento de sintomas e (4) atribuição incorreta de sintomas (cit in Simões, 2006). Estes padrões são úteis uma vez que proporcionam aos profissionais de saúde mental uma visão mais simplista da simulação, considerando apenas Simulação Pura ou Falsificação de Sintomas como autêntica simulação (Iverson, 2006; Simões, 2006).

Importa salientar que a simulação pode ser operacionalmente definida como um exemplo de esforço reduzido (*padrão de desempenho significativamente mais circunscrito do que o expectável e averiguado, em estudos científicos, em perturbações neurológicas, e não associado a patologia ou a variáveis como idade e escolaridade*), mas tendo este de estar, obrigatoriamente, orientado para a obtenção de ganhos secundários (Binder, 1993 cit in Shandera et al., 2010; Simões & Sousa, 2008). Por sua vez, os ganhos secundários podem ser inúmeros, como incentivos de natureza financeira, redução de penas, alteração nas condições de trabalho, acesso a fármacos, indemnizações, evasão de responsabilidades e ameaça de punição ou retaliação, e podem acarretar um declínio de desempenho, nomeadamente, em casos de avaliação da competência para testemunhar, de exame das sequelas de um acidente, de processos de responsabilidades parentais e de pedidos de reforma antecipada (Simões & Sousa, 2008; Simões et al., 2010; Teichner & Wagner, 2004). Assim, a produção de dificuldades de saúde mental e respetiva deteção é uma preocupação indissociável do contexto médico-legal (Teichner & Wagner, 2004) e um desafio constante a fim de distinguir sujeitos que manifestam sintomatologia verdadeira daqueles que recorrem a comportamentos de simulação (Rogers, 2008b).

Tem-se vindo a sugerir que a simulação, *per se*, pode fazer parte de uma instância adaptacional geral diante circunstâncias adversas que incluem análise custo-benefício, o que tem asseverado dificuldades no seu diagnóstico, uma vez que a deteção da simulação não pode ser

unicamente baseada em impressões subjetivas ou na experiência clínica, a fim de evitar classificações errôneas (Bordini, Chaknis, Ekman-Turner, & Perna, 2002). Ainda assim, a maioria dos técnicos acredita que uma percentagem significativa de indivíduos aplica algum grau de distorção na objetividade de respostas e desempenho (Rogers, Sewell, & Goldstein, 1994 cit in Edens, Poythress, & Watkins-Clay, 2007; Rogers, 2008; Rogers, 1997 cit in Simões et al., 2010), quando existe viabilidade de um ganho razoável (Wasyliw & Golden, 1985 cit in Haines & Norris, 1995). Embora seja difícil existir uma taxa de simulação concisa, há indicações de que esta pode variar entre 15 a 17% (Rogers & Bender, 2003 cit in Clegg, Fremouw, & Mogge, 2009; Conroy & Kwartner, 2006), 21% (Ray, 2009; Vitacco et al., 2007) e 40% (Larrabe, 2003 cit in Wisdom, Callahan, & Shaw, 2010). Em suma, os comportamentos de simulação devem ser considerados em qualquer processo de avaliação psicológica forense, tendo em conta que é comum que quem simule já tenha experienciado sintomatologia real (Rogers & Bender, 2003 cit in Conroy & Kwartner, 2006). Atendendo a estes factos é inteligível a necessidade de examinar, de modo sistemático, a credibilidade das queixas das dificuldades apresentadas pelo sujeito.

Vários estudos têm demonstrado que uma vasta gama de psicopatologias pode ser alvo de simulação (Lees-Haley e Dunn, 2002; Baity et al, 2007;. Bowen & Bryant, 2006 cit in Sullivan & King, 2010; Sullivan & Richer, 2002), em particular: depressão *major* (Clegg et al., 2009; Merckelbach & Smith, 2003; Lees-Haley, 1997; Steffan et al., 2003; Walters & Clopton, 2000 cit in Sullivan & King, 2010), perturbação de ansiedade generalizada (Sullivan & King, 2010) psicose, perturbação pós-stress traumático (PTSD) (Resnick, 1988a, 1988b cit in Haines & Norris, 1995; Peace & Masliuk, 2011; Shuman, 2003 cit in Rubenzer, 2009; Calhoun et al, 2000; Hall & Hall, 2007; Lees-Haley, 1997; Burges & McMillan, 2001 cit in Sullivan & King, 2010; Taylor et al., 2007), traumatismos crânio-encefálicos (Bordini et al., 2002; Nicholson & Martelli, 2007) e, em menor escala, dor / somatização (Greve, Ord, Curtis, Bianchini, & Brennan, 2008; Merckelbach, Jelicic, & Pieters, 2011; Meyers & Diep, 2000; McGuire et al, 2001 cit in Sullivan & King, 2010) e psicoticismo (Albert et al., 1980 cit in Sullivan & King, 2010). A vulnerabilidade para simular psicopatologias pode depender da destreza na sua simulação (Sullivan & King, 2010), designadamente pela erudição acerca das perturbações e seus corolários (Merckelbach et al., 2011; Steffan et al., 2003; Victor & Abeles, 2004 cit in Sullivan & King, 2010) e até pelo formato dos instrumentos de medição de psicopatologia (Aubrey et al, 1989 cit in Sullivan & King, 2010) que, por sua vez, podem permitir endossar sintomas que de outra forma não seriam referidos (Merckelbach et al., 2011; Sbordone et al., 2000 cit in Sullivan & King, 2010).

Segundo Sierles (1984), sociopatas, toxicodependentes e alcoólicos simulam com maior facilidade do que pacientes com outras perturbações psiquiátricas ou sem síndromes psiquiátricas. Alguns estudos têm ainda sublinhado que indivíduos com pontuações elevadas na psicopatia recorrem frequentemente a falsas alegações e não apresentam tendência a simular sintomas, mas sim a mascará-los, a fim de beneficiarem de uma imagem positiva (Billings, 2004 cit in Book, Holden, Starzyk, Wasylkiw, & Edwards, 2006). Similarmente, verificou-se que quanto mais novo o sujeito, maior a predição de simulação (Sierles, 1984) e que há uma significativa interação entre sexo e simulação, mais especificamente, a relação entre a pontuação da psicopatia e a capacidade de simular, apoiando as descobertas de que a relação entre psicopatia e outras variáveis parecem mais fortes para o sexo masculino (Wilson, et al., 1999 cit. in Book et al., 2006). Tem-se também examinado o problema de avaliar a credibilidade das alegações no âmbito das Responsabilidades Parentais. Esta questão é de real importância face às implicações na eficácia dos progenitores enquanto pais e para a consideração da viabilidade da guarda conjunta (Austin, 2000), nomeadamente em casos de violência (Newmark, Harrell, & Salem, 1994; Straw, 1979 cit in Austin, 2000). Semelhantemente, é reconhecido que o desejo de aceitação social pode enviesar os parâmetros de um autorrelato, dado que se trata da propensão do indivíduo em fornecer respostas que considera mais desejadas e aceites pela sociedade, independentemente de serem ou não verdadeiras (Scagliusi et al., 2004), nomeadamente quando se trata de comportamentos apreciados como não desejáveis (e.g. comportamentos antissociais, fenómenos psicóticos e uso de drogas ilícitas) (Kim & Hill, 2003 cit in Scagliusi et al., 2004).

Há assim um benefício considerável na combinação de dados objetivos e subjetivos de forma a complementá-los com relatos da inconsistência de sintomas ao longo do tempo (Sullivan & Richer, 2002), como primeiro passo, a fim de determinar uma avaliação mais abrangente (Edens et al., 2007) que deverá consistir na aplicação de medidas de rastreio empiricamente validadas (Bianchini, Mathias, & Greve, 2001; Edens et al., 2007; Heilbrun, 1992; Nicholson & Martelli, 2007), para garantir decisões baseadas na objetividade e estatística (Grove & Meehl, 1996 cit in Nicholson & Martelli, 2007; Otto, 2008 cit in Shandera et al., 2010). Por este motivo, tem-se vindo a verificar uma maior sofisticação de instrumentos concebidos (Heilbronner et al., 2009) assim como de linhas orientadoras de avaliação e recomendações, com técnicas passíveis de diagnóstico de comportamentos de simulação tanto na disfunção neuropsicológica como perante queixas somáticas e psicológicas (cf. Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009; Larrabee, Greiffenstein, Greve, & Bianchini, 2007; Slick, Sherman, & Iverson, 1999), incluindo: efeitos de fundo, discrepâncias de informação, enviesamentos de respostas, escalas de validade de sintomas (SVT),

testes de memória (Haines & Norris, 1995; Simões & Sousa, 2008), estudos psicofisiológicos na simulação de défice cognitivo (e.g. estudos com potenciais evocados), testes de reconhecimento (e.g. *Rey 15-item Visual Memory Test*), testes de rastreio (e.g. *Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas*) e medidas de escolha forçada (Bianchini et al., 2001; Bordini et al., 2002; Edens et al., 2007; Heilbronner et al., 2009; Nicholson & Martelli, 2007; Rubenzer, 2009; Simões, 2006; Simões & Sousa, 2008; Taylor et al., 2007; Teichner & Wagner, 2004; Vitacco et al., 2008; Vitacco et al., 2007), de forma a avaliar o desempenho dos sujeitos. Conjuntamente, é imperativo reconhecer que o diagnóstico de simulação envolve uma análise explícita do comportamento, pelo que é crucial considerar vários conceitos, incluindo: ganho, ganho secundário, incentivo externo ou incentivo financeiro (Heilbronner et al., 2009). Ter estas noções bem delineadas é fundamental para entender as complexidades conceptuais e práticas das manifestações da simulação e da sua mensuração bem como da relevância de aplicação de instrumentos validados e aferidos para a população portuguesa, que examinem dimensões específicas, nomeadamente, cognitivas e psicopatológicas.

Um instrumento disponível para o uso da avaliação de potencial simulação, através de uma variedade de domínios psiquiátricos, cognitivos e físicos é o *Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas* (SIMS; Lewis et al., 2003 cit in Clegg, 2007; Smith & Burger, 1997 cit in Wisdom et al., 2010). O SIMS é um dos instrumentos recentemente desenhados a fim de identificar sujeitos que exageram e/ou fabricam sintomatologia psiquiátrica e cognitiva (Edens, Otto, & Dwyer, 1999; Edens et al., 2007; Merckelbach & Smith, 2003; Widows & Smith, 2005). Este questionário de autorresposta é baseado nos pressupostos de que há simulação de sintomas psiquiátricos e/ou deficiência cognitiva e que os potenciais simuladores não sabem verdadeiramente como os sintomas se manifestam (Jelicic, Hessels, & Merckelbach, 2006; Widows & Smith, 2005). Possui cinco subescalas independentes destinadas a detetar o fingimento de condições clínicas específicas, são elas: *Psicose* (P); *Défice Neurológico* (NI); *Perturbações Mnésicas* (AM); *Capacidade Intelectual Reduzida* (LI) e *Perturbações Afetivas* (AF) (Edens et al., 1999; Widows & Smith, 2005; Wisdom et al., 2010). No estudo de Edens, et al., (1999) foi verificado que as escalas LI e AF identificaram “*peçoas honestas*” como potenciais simuladores, quando as subescalas total e NI providenciavam baixa pontuação, levando a que sujeitos que tinham respondido honestamente fossem considerados, em pelo menos uma subescala, como potenciais simuladores.

As pesquisas efetivadas com o SIMS podem ser agrupadas em três categorias distintas: *designs de prevalência diferencial* (*Differential Prevalence*), *designs de simulação* (*Simulation*

*Designs*) e *designs* de comparações de grupos conhecidos (*Known Groups*), sendo os últimos *designs*, os mais frequentes. De forma idêntica, tanto estudos utilizando *designs* de simulação (Edens et al., 1999; Edens et al., 2007; Jelicic et al., 2006; Wisdom et al., 2010) como os de comparações de grupos conhecidos indicam que o SIMS tem uma satisfatória classificação diagnóstica de simulação (Clegg et al., 2009; Edens et al., 2007; Smith, 2008; Vitacco et al., 2007; Wisdom et al., 2010). Analogamente, foi averiguado que a pontuação total do SIMS diferencia significativamente simuladores de grupos de controlo, embora não diferencie significativamente pacientes psiquiátricos de potenciais simuladores (Clegg et al., 2009; Edens et al., 2007). Nos estudos anteriormente referidos, o ponto de corte (PC) varia entre 13 e 16 (Clegg, 2007; Rogers et al., 1996 cit in Jelicic et al., 2006; Vitacco et al., 2007), sendo o  $PC > 14$  o mais frequente, a fim de identificar a presença de simulação (Clegg, 2007). Identicamente, no estudo de Clegg, et al.,(2009) foi verificado que com PC de 14 ou 16 há tendência para falsos positivos, pelo que foi sugerido um PC de 19. Clegg, et al.,(2009) mencionam também que as subescalas desta prova são menos efetivas do que a pontuação total na distinção entre simuladores e não simuladores. Contudo, Merckelbach & Smith (2003) verificaram que um  $PC > 16$  teria um maior poder preditivo no comportamento de simulação enquanto Wisdom, et al., (2010) propuseram um PC mais elevado, de 23 pontos, para reduzir o número de falsos positivos. Todavia, perante contextos forenses, esta ambivalência é um fator restritivo na utilização desta prova psicométrica, especialmente porque, para um advogado, a simulação é uma questão de factos e não de lei e, por conseguinte, não envolve problemas conceptuais complexos (Jones, 2003), havendo assim possibilidades do SIMS ser contestado por advogados com conhecimentos psiquiátricos bastante detalhados (Jelicic et al., 2006). Todavia, tal limitação não exclui a sua aplicação, pelo que o presente estudo pretende fortificar a necessidade de utilização deste instrumento em âmbito médico-legal.

Face às fragilidades psicométricas contingentes às flutuações do PC, os dados coletados sobre a precisão do diagnóstico dos SIMS apoiam a sua utilização como ferramenta de triagem. No entanto, pouco se sabe sobre a relação entre os resultados do SIMS em indivíduos com psicopatologia grave ou em risco de desenvolver psicopatologia. Com estes pontos em mente, o estudo atual foi conduzido, baseando-se na adaptação portuguesa do SIMS. Além de informações psicométricas, pretende-se aferir o PC com maior poder preditivo de comportamentos de simulação para a população portuguesa, contestando o valor 14. Pretende-se também examinar a relação entre o SIMS e uma medida de psicopatologia, o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 1999), bem como testar se a variável desejabilidade social influencia os comportamentos de simulação nos processos de *Responsabilidades Parentais*,

através da escala atualmente mais utilizada para avaliar este constructo, a *Escala de Desejabilidade Social de Marlowe Crowne* (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro, Simões, & Sousa, 2012; Scagliusi et al., 2004). A escolha específica deste subgrupo decorreu da averiguação de que em contexto médico-legal, para além do exagero de sintomatologia, existem identicamente outros estilos de resposta, como comportamentos de negação que são, por sua vez, equiparados à desejabilidade social (pela tendência de negar defeitos ou falhas) (Hall & Poirier, 2001 cit in Cima et al., 2003), o que é típico nos processos de *Responsabilidades Parentais*. Consequentemente, depreende-se que o tipo de comportamento assumido é remetido não só ao contexto social (Cima et al., 2003) como também ao processo de avaliação e ao pretexto do avaliado. Por fim, pretende-se que este estudo forneça novos dados relativos às "*Responsabilidades Parentais*", uma vez que processos desta envergadura têm sofrido um acréscimo de frequência em âmbito médico-legal e são escassos os estudos realizados com esta população.

## METODOLOGIA

### OBJETIVOS E HIPÓTESES

Com base no enquadramento teórico mencionado e a fim de averiguar comportamentos de simulação em âmbito médico-legal, numerando critérios heterogéneos coincidentes com a diversidade de avaliações solicitadas ao Serviço de Clínica Forense, a amostra será analisada segundo dois subgrupos médico-legais: o das "*Responsabilidades Parentais*", que compreende 29 sujeitos (54,7%) e o "*Outras avaliações*", com 24 sujeitos (45,3%), que compreende processos de Direito Civil, Penal ou de Trabalho. Deste modo, são colocadas as seguintes hipóteses:

(H1) No âmbito da validade concorrente, espera-se que o subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" apresente menores valores no SIMS do que "*Outras Avaliações*";

(H2) Os valores da consistência interna do SIMS serão iguais ou superiores a .70;

(H3) Pretende-se obter uma relação negativa estatisticamente significativa entre o resultado da subescala *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS e o *Rey 15-Item Memory Test*;

(H4) No subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" espera-se uma relação negativa e estatisticamente significativa entre o SIMS e o BSI;

(H5) No subgrupo "*Outras Avaliações*" espera-se uma correlação positiva entre os resultados do SIMS e do BSI;

(H6) No subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" espera-se obter uma relação negativa e estatisticamente significativa entre o SIMS e a MCSDS;

- (H7) Haverá diferenças nos valores do SIMS entre as classes obtidas pela Raven;
- (H8) Espera-se encontrar diferenças estatisticamente significativas nos valores do SIMS entre participantes que tenham a percepção de ser ou não saudável;
- (H9) Espera-se encontrar um ponto de corte no SIMS superior a 14;
- (H10) Sujeitos do sexo masculino terão valores mais elevados no SIMS;
- (H11) Participantes mais jovens terão valores mais elevados no SIMS;
- (H12) Não haverá diferenças nos valores do SIMS entre os grupos de habilitações literárias.

### **PARTICIPANTES**

A Amostra do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) foi recolhida considerando os subseqüentes critérios de exclusão: indivíduos que evidenciassem défices cognitivos graves e perturbações psicóticas e/ou com perda visual e/ou auditiva significativa; sujeitos cuja língua materna não fosse o português; menores de 18 anos; nível de escolaridade inferior ao 4º ano. Esta amostra é constituída por indivíduos examinados no Serviço de Clínica Forense, da Delegação Centro do INML, compreendendo um total de 53 indivíduos. Caracteriza-se por uma amostra de 34 (64.2%) indivíduos do sexo masculino e de 19 (35.8%) indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos de idade (Média=39.15; D.P.=9.514). No que concerne à escolaridade, 17 sujeitos (32.1%) têm uma escolaridade compreendida entre o 4º e o 6º ano; 19 sujeitos (35.8%) têm uma escolaridade compreendida entre o 9º ano e o 12º ano; 17 sujeitos (32.1%) têm um nível de escolaridade superior correspondente aos Ensinos Médio e Superior. O nível socioeconómico (NSE)<sup>1</sup> dos indivíduos é maioritariamente baixo (19; 35.8%) e médio (19; 35.8%), existindo ainda 15 sujeitos (28.3%) com um NSE económico. Relativamente à percepção de ser ou não saudável, 39 (73.6%) dos sujeitos da amostra consideram-se saudáveis enquanto 14 (26.4%) consideram-se não saudáveis.

A Amostra da Comunidade é composta por indivíduos residentes em vilas dos distritos de Aveiro e Porto (áreas predominantemente rurais), cuja língua materna é o português e sem défices cognitivos graves ou perturbações psicóticas. Esta amostra compreende um total de 180 indivíduos, onde 98 (54.4%) são do sexo feminino e 82 (45.6%) do sexo masculino. As idades dos indivíduos variam entre 18 e 60 anos (Média= 37.23; D.P.= 10.698). No que diz respeito à escolaridade, foram seleccionados sujeitos com um nível de escolaridade igual ou superior ao 4º ano, pelo que: 17 sujeitos (9.4%) têm uma escolaridade compreendida entre o 4º e o 6º ano; 92 sujeitos (51.1%) têm uma escolaridade compreendida entre o 9º ano e o 12º ano; e 71 sujeitos

---

<sup>1</sup> cf. Anexo VIII - Classificação nível socioeconómico (Simões, 1994, pp. 285-286).

(39.4%) têm um nível de escolaridade superior correspondente aos Ensinos Médio e Superior. A maior parte dos sujeitos da amostra (108 sujeitos; 60%) têm um nível socioeconómico (NSE) médio. Existem ainda 26 sujeitos (14.4%) que possuem um NSE baixo e 46 sujeitos (25.6%) com um NSE económico.

#### INSTRUMENTOS

*Matrizes Progressivas Estandarizadas de Raven* (MPR; Raven & Court, 1996; versão portuguesa Infoteste, Raven, 1999): Permite a avaliação da inteligência, especificamente considera-se internacionalmente uma das melhores medidas psicológicas do *fator g* (inteligência geral). A prova é constituída por 60 itens organizados por quatro séries (A, B, C, D e E) de dificuldade crescente, estando os 12 itens em cada uma das séries também organizados segundo o mesmo princípio. Os itens iniciais são sobretudo de perceção gestaltica, enquanto os últimos se estruturam seguindo uma lógica de dedução e indução de relações entre os seus elementos constituintes (raciocínio por analogia). Estudos de consistência interna, mostraram estimativas de confiabilidade que vão de .60 a .98.

*Rey 15-Item Memory Test* (15-RMT; Rey, 1958; Simões et al., 2010): Prova rápida e fácil de administrar, usada para detetar comportamentos de simulação relacionados com processos de memória ou défices de memória. Consiste num cartão com 15 itens (5 linhas com 3 caracteres cada; "A B C, 1 2 3, a b c, ■ ● ▲, I II III"), apresentado ao examinando durante 10 segundos, sendo este advertido de que deverá estar atento a todos os elementos, a fim de memorizar e seguidamente desenhar o máximo dos 15 itens que conseguir recordar (Ensaio de Evocação Livre Imediata) numa folha, dando-se 2 minutos para a tarefa (Reznek, 2005; Rey, 1964 cit in Simões et al., 2010). Após esta tarefa de evocação direta, aplica-se uma tarefa de reconhecimento, em que são exibidos os mesmos 15 elementos conjuntamente com mais 15 distratores, pelo que a tarefa passará por rodear os elementos de que se recorda. De acordo com os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa, consideram-se com "défice cognitivo" os analfabetos com pontuação igual ou inferior a 15, os indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade com pontuação igual ou inferior a 22, e os indivíduos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação igual ou inferior a 27 (Guerreiro, 1998 cit in Simões et al., 2010). Os dados da investigação apontam também para valores de especificidade<sup>2</sup> elevados (superiores a 95%) em variadas amostras (Simões et al., 2010).

---

<sup>2</sup> A especificidade refere-se à exatidão na identificação de sujeitos que não têm determinada condição (classificação correta de sujeitos como não simuladores) (Ramalheira & Cardoso, 1995).



*Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 1999): Inventário que avalia o mal-estar sintomático ao longo de um *continuum* que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas. Avalia sintomas psicopatológicos relativos a 9 dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo) que, por sua vez, fornecem informação sobre o tipo de sintomatologia que perturba, em maior escala, o indivíduo. É uma escala de autorresposta do tipo *Likert*, composta por 53 itens, variando desde 0 ("nunca") e 4 ("muitíssimas vezes"). Além dos resultados nas várias dimensões, fornece ainda 3 Índices Globais: o *Índice Geral de Sintomas* (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados; o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) que corresponde ao número de queixas sintomáticas apresentadas e o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) que fornece a média da intensidade de todos os sintomas assinalados (Canavarro, 1999). Possui níveis de consistência interna para as nove escalas, com valores de  $.71 < \alpha < .85$ , apresentando também indicadores de unidade e consistência (Canavarro, 1999).

*Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas* (SIMS; Smith & Burger, 1997 cit in Simões, 2010; Widows & Smith, 2005): Inventário de autorresposta, que pretende detetar a presença de comportamentos de simulação em contextos clínicos e forenses. Este instrumento de rastreio permite recolher informação convergente na deteção de condutas de simulação e determinar a eventual necessidade de uma avaliação mais compreensiva (Simões et al., 2009; Widows & Smith, 2005) nomeadamente, quando obtida uma pontuação total superior a 14. O SIMS é usado na avaliação de adultos com 18 ou mais anos de idade, um nível de leitura de 1/5 grau e o 4º ano de escolaridade. É constituído por 75 itens de resposta "Verdadeiro" ou "Falso". Esta prova além de providenciar um resultado total, proveniente da soma dos resultados nas respostas (atribuídas com 0 ou 1 pontos), está dividida em cinco subescalas/ dimensões (com 15 itens cada), que identificam sintomas psicopatológicos e funções cognitivas, nomeadamente: (i) Psicose (*Psychosis*; P): sintomas psicóticos raros ou bizarros que não são normalmente identificados em pacientes psiquiátricos; (ii) Défice Neurológico (*Neurologic Impairment*: NI): sintomas neurológicos atípicos ou ilógicos; (iii) Perturbações Mnésicas (*Amnestic Disorders*; AM): sintomas relacionados com problemas de memória, que são inconsistentes com padrões conhecidos de disfunções ou lesões cerebrais; (iv) Capacidade Intelectual Reduzida (*Low Intelligence*; LI): défices intelectuais expressos ao errar itens de cultura geral de dificuldade reduzida; (v) Perturbações Afetivas (*Affective Disorders*; AF): relativo a sintomas atípicos de

natureza depressiva e ansiosa (Clegg, 2007; Simões et al., 2009; Widows & Smith, 2005; Wisdom et al., 2010). Para além do PC > 14 para a escala total, são ainda conhecidos, para cada subescala, diferentes PC. Para a subescala P, o PC é 1, para as subescalas NI, AM e LI o PC é de 2 e para a subescala AF é de 5 (Widows & Smith, 2005). De vários estudos analisados verifica-se que o poder preditivo positivo do SIMS varia entre .49 e 0.87 e que a sua precisão é alta (especificidade e sensibilidade variam de 73 a 95% com exceção da subescala LI (52%)) (Edens et al., 1999). O manual profissional do SIMS, de Widows & Smith (2005), reporta os resultados como possuindo uma "boa" consistência interna em todas as subescalas e no resultado total, com os coeficientes alfa a variar entre .82 (subescala Psicose) e .88 (resultado total). O resultado total apresenta também uma boa fidelidade de teste-reteste ( $r = .72$ ). Porém, no estudo de Merckelbach e Smith (2003) o valor de consistência interna encontrado para o resultado total ( $\alpha = .72$ ) do SIMS é considerado "razoável" bem como se verificou que os coeficientes alfa variaram entre .24 (subescala Capacidade Intelectual Reduzida) e .59 (subescala Perturbações Afetivas). A versão utilizada neste estudo é a de uso exclusivo em contexto de investigação (Simões, 2010).

*Escala de Desejabilidade Social de Marlowe Crowne (MCSDS; Marlowe & Crowne, 1960; Almiro et al., 2012; Scagliusi et al., 2004):* Utiliza 33 afirmações a fim de avaliar a tendência do participante para responder aos inventários bem como às avaliações psicológicas de forma socialmente aceitável. Existem 18 itens nos quais se prevê que o sujeito responda autonomamente com "Falso" e aos restantes 15 com "Verdadeiro". Cada resposta será posteriormente analisada e cotada com 0 ou 1 pontos obtendo-se, através da soma dos resultados de cada item, o resultado total (Almiro et al., 2012; Scagliusi et al., 2004). A sua consistência interna varia entre .72 a .96 (Crowne e Marlowe, 1960; Ballard, 1992; Fisher e Fick, 1993; Loo e Thorpe, 2000; Reynolds, 1982 cit in Almiro et al., 2012) e a sua precisão é de .89 (Crowne e Marlowe, 1960 cit in Almiro et al., 2012).

## PROCEDIMENTO

Tal como previamente referido, este estudo foi administrado a duas amostras (comunidade e médico-legal), sendo que, para salvaguardar o objetivo da investigação, foi transmitido aos sujeitos que as escalas avaliariam sintomatologia psicopatológica e neurocognitiva. Após o anonimato e a confidencialidade terem sido ressalvados, prosseguiu-se com a aplicação do protocolo, aplicado num formato de papel e caneta, seguindo as normas e instruções das provas psicométricas. Inicialmente, era preenchido um questionário com dados sociodemográficos (sexo, idade, data de nascimento, habilitações literárias, profissão, percepção

de ser ou não saudável e processo no caso médico-legal), sendo que, no caso particular da amostra médico-legal, estes dados foram recolhidos em paralelo com uma entrevista, a fim de apurar a aplicabilidade do protocolo experimental. O protocolo, de aproximadamente 45 minutos, incluiu os instrumentos descritos previamente e cuja ordem de apresentação correspondeu à sequência em que os mesmos foram administrados, com a exceção da prova *Rey 15-Item Memory Test*, aplicada exclusivamente à amostra médico-legal.

#### **ANÁLISE DE DADOS**

As análises estatísticas necessárias para o tratamento de dados foram realizadas através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Para a análise das correlações recorreu-se ao coeficiente de correlação produto-momento de Pearson (*r de Pearson*), nomeadamente para a análise das inter-correlações entre dimensões do SIMS bem como das correlações entre pontuações do SIMS e 15-RMT; entre o SIMS e a medida de psicopatologia, BSI; e, por fim, entre SIMS e a medida de desejabilidade social, MCSDS.

Aquando da comparação entre subgrupos nas variáveis idade, escolaridade e género, realizou-se primeiramente um teste à normalidade da amostra (*teste Kolmogorov-Smirnov*) verificando-se que  $p < .05$ , o que era indicativo de que a amostra não seguia a normalidade. Consequentemente, os testes aplicados foram não paramétricos, tendo-se recorrido ao Teste de "*U de Mann-Whitney*" para amostras não relacionadas (variável género), uma vez que é um dos mais poderosos testes não paramétricos, constituindo uma alternativa válida à prova paramétrica T. Para comparar as diferenças dos resultados obtidos por mais do que dois grupos foi utilizado o teste de "*Kruskal-Wallis*" para três ou mais amostras independentes (variáveis idade e habilitações literárias), uma vez que é uma alternativa não paramétrica útil para a análise de variância (Martinez & Ferreira, 2007; Pereira, 2006). O nível de significância estatística foi fixado em  $p < .05$  para todas as comparações. Na descrição dos resultados começamos por apresentar uma análise descritiva, seguida dos resultados referentes a cada uma das hipóteses apresentadas previamente.

#### **RESULTADOS**

##### **ANÁLISE DESCRITIVA DO SIMS**

A amostra da comunidade foi constituída por 180 elementos, tal como referido previamente. Analisando as estatísticas descritivas relativas aos dados obtidos com o SIMS (Tabela 1) verifica-se que a média do resultado da pontuação total é de 14.29 (DP=4.561). A

amostra médico-legal foi constituída por 53 sujeitos. Todavia, um deles não preencheu o questionário SIMS, pelo que a amostra considerada totaliza 52 sujeitos.

A fim de conseguir identificar diferenças significativas entre subgrupos ("*Responsabilidades Parentais*" e "*Outras Avaliações*"), serão seguidamente apresentados valores relativos tanto aos subgrupos como à amostra total médico-legal. Verifica-se assim que a média do resultado da pontuação total é de 18.52 (DP=10.178) para a amostra total, de 12.21(DP=3.234) para "*Responsabilidades Parentais*" e 26.48 (DP=10.396) para "*Outras Avaliações*".

**Tabela 1. SIMS: Médias e Desvios-padrão para a pontuação SIMS Total e 5 dimensões nas amostras da comunidade, médico-legal e respetivos subgrupos**

SIMS	Média				DP			
	C	T	RP	O	C	T	RP	O
<b>Total</b>	14.29	18.52	12.21	26.48	4.561	10.178	3.234	10.396
<b>P</b>	.93	2.25	1.14	3.65	1.258	3.028	2.133	3.433
<b>AF</b>	3.29	4.06	2.66	5.83	2.365	3.202	2.159	3.460
<b>NI</b>	3.22	4.50	2.52	7.00	2.498	3.545	2.370	3.205
<b>AM</b>	1.24	1.85	1.21	2.65	1.458	2.164	1.292	2.740
<b>LI</b>	5.69	6.27	5.76	6.91	1.140	1.510	.988	1.807

P = Psicose; AF = Perturbações Afetivas; NI = Défice Neurológico; AM = Perturbações Mnésicas; LI= Capacidade Intelectual Reduzida; C= amostra da comunidade; T= Total da amostra médico-legal; RP= Grupo Responsabilidades parentais; O =Outras avaliações médico-legais; N\_C= 180; N\_T= 52; N\_RP = 29; N\_O = 23;

Analisando os dados relativos às dimensões, e considerando que estas têm o mesmo número de itens, verifica-se que, em média, a dimensão com mais itens assinalados pela amostra médico-legal é a dimensão *Capacidade Intelectual Reduzida* (41.8%), seguida da dimensão *Défice Neurológico* (30%) e, posteriormente, a dimensão *Perturbações Afetivas* (27.07%). Para o subgrupo das "*Responsabilidades Parentais*" verifica-se que a dimensão com mais itens assinalados é a *Capacidade Intelectual Reduzida* (38.4%), seguida das dimensões *Perturbações Afetivas* (17.73%) e *Défice Neurológico* (16.8%). No subgrupo "*Outras Avaliações*" verifica-se que a dimensão com mais itens assinalados é a *Défice Neurológico* (46.67%), seguida da *Capacidade Intelectual Reduzida* (46.07%) e *Perturbações Afetivas* (38.87%).

No que concerne à amostra da comunidade, a dimensão com mais itens assinalados é a dimensão *Capacidade Intelectual Reduzida* (37.93%), seguida das dimensões *Perturbações Afetivas* (24.93%) e *Défice Neurológico* (21.47%). Por fim, com uma menor frequência de resposta encontram-se as dimensões *Perturbações Mnésicas* (8.27%) e *Psicose* (6.2%).

**(H1) NO ÂMBITO DA VALIDADE CONCORRENTE, ESPERA-SE QUE O SUBGRUPO DE "RESPONSABILIDADES PARENTAIS" APRESENTE VALORES MENORES NO SIMS DO QUE "OUTRAS AVALIAÇÕES"**

Considerando igualmente os critérios definidos em estatística (Margotto, 2010) e os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2005) verifica-se que o valor total do SIMS (cf. tabela 2), ao nível da amostra total médico-legal, está positivamente correlacionado com todas as dimensões ( $p < .01$ ). As magnitudes de correlação são "altas" para as dimensões *Perturbações Afetivas* ( $r = .745$ ), *Défice Neurológico* ( $r = .754$ ), *Capacidade Intelectual Reduzida* ( $r = .721$ ), *Psicose* ( $r = .687$ ) e *Perturbações Mnésicas* ( $r = .645$ ).

No subgrupo das "*Responsabilidades Parentais*" verificam-se magnitudes de correlação significativas "moderadas" para as dimensões *Défice Neurológico* ( $r = .512$ ) e *Perturbações Mnésicas* ( $r = .579$ ) e "altas" para a dimensão *Capacidade Intelectual Reduzida* ( $r = .665$ ). No subgrupo "*Outras Avaliações*" foram obtidas correlações "altas" para as dimensões *Perturbações Afetivas* ( $r = .747$ ), *Psicose* ( $r = .737$ ), *Capacidade Intelectual Reduzida* ( $r = .711$ ), *Perturbações Mnésicas* ( $r = .625$ ) e *Défice Neurológico* ( $r = .623$ ).

**Tabela 2: Inter-correlações entre as dimensões do SIMS nas amostras médico-legal**

SIMS	P			AF			NI			AM			LI		
	T	RP	O	T	RP	O	T	RP	O	T	RP	O	T	RP	O
<b>Total</b>	.687**	.208	.737**	.745**	.343	.747**	.754**	.512**	.623**	.645**	.579**	.625**	.721**	.665**	.711**
<b>P</b>	-	-		.555**	.484**	.420*	.680**	.671**	.549**	.350*	.533**	.141	.517**	.152	.545**
<b>AF</b>	.555**	.484**	.420*	-	-		.436**	.329	.094	.647**	.654**	.569**	.678**	.429*	.688**
<b>NI</b>	.680**	.671**	.549**	.436**	.329	.094	-	-		.353*	.244	.176	.370**	.208	.165
<b>AM</b>	.350*	.533**	.141	.647**	.654**	.569**	.353*	.244	.176	-	-		.505**	.600**	.379
<b>LI</b>	.517**	.152	.545**	.678**	.429*	.688**	.370**	.208	.165	.505**	.600**	.379	-	-	-

P = Psicose; AF = Perturbações Afetivas; NI = Déficit Neurológico; AM = Perturbações Mnésicas; LI = Capacidade Intelectual Reduzida; RP = Grupo Responsabilidades parentais; O = Outras avaliações médico-legais; \* Significativo para  $p < .01$ ; \*\* Significativo para  $p < .05$

Tendo em conta que um dos objetivos do presente estudo é averiguar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos médico-legais, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* (Martinez & Ferreira, 2007; Pereira, 2006), verificando-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .01$ ) na pontuação Total do SIMS bem como nas subescalas *Psicose*, *Perturbações Afetivas*, *Défice Neurológico* e *Capacidade Intelectual Reduzida*. Obtiveram-se também diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) para *Perturbações Mnésicas* (cf. Tabela 3).

**Tabela 3: Diferenças estatísticas entre os 2 subgrupos**

SIMS	G_I		G_II		U	Z	p
	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	12.21	3.234	26.48	10.396	44.000	-5.346	.000**
<b>P</b>	1.14	2.133	3.65	3.433	150.000	-3.481	.000**
<b>AF</b>	2.66	2.159	5.83	3.460	137.000	-3.681	.000**
<b>NI</b>	2.52	2.370	7.00	3.205	95.500	-4.420	.000**
<b>AM</b>	1.21	1.292	2.65	2.740	228.500	-1.987	.047*
<b>LI</b>	5.76	.988	6.91	1.807	199.500	-2.646	.008**

P = Psicose; AF = Perturbações Afetivas; NI = Déficit Neurológico; AM = Perturbações Mnésicas; LI = Capacidade Intelectual Reduzida; G\_I – Grupo das Responsabilidades Parentais; G\_II – Grupo de Outras Avaliações; \* Significativo para  $p < .01$ ; \*\* Significativo para  $p < .05$

**(H2) OS VALORES DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO SIMS SERÃO IGUAIS OU SUPERIORES A .70**

Procedeu-se a estudos de precisão, mais especificamente de consistência interna, através da análise estatística do *alfa de Cronbach*. Na tabela 4 é possível analisar os resultados no âmbito da consistência interna obtidos para todas as amostras do presente estudo. Verifica-se uma fiabilidade aceitável tanto no que concerne ao resultado Total do SIMS para a amostra do INML ( $\alpha=.742$ ) como para o subgrupo "Outras Avaliações" ( $\alpha=.731$ ). No subgrupo "Responsabilidades Parentais" obteve-se um resultado considerado indicador de boa fiabilidade ( $\alpha=.819$ ). Em termos gerais, verifica-se que todas as dimensões apresentam valores de consistência interna de fiabilidade aceitável ( $\alpha$  entre .60 e .70) com exceção dos valores relativos à dimensão *Psicose* ( $\alpha=.448$ ). No que concerne à amostra da comunidade, os resultados de consistência interna apresentam uma fiabilidade aceitável para o Total do SIMS ( $\alpha=.671$ ) e na amostra total ( $\alpha=.722$ ) o alfa é indicador de boa fiabilidade. Tendo em conta os resultados apresentados, a hipótese H2 foi parcialmente confirmada.

**Tabela 4: Consistência Interna SIMS**

SIMS	$\alpha$ de Cronbach INML	$\alpha$ de Cronbach RP	$\alpha$ de Cronbach O	$\alpha$ de Cronbach C	$\alpha$ de Cronbach T
Total	.742	.819	.731	.671	.722
P	.448	.521	.382	.525	.488
AF	.659	.614	.479	.526	.577
NI	.690	.644	.677	.349	.553
AM	.742	.779	.650	.472	.648
LI	.631	.510	.652	.572	.596

INML - Amostra INML; RP - Subgrupo Responsabilidades Parentais; O - Subgrupo Outras Avaliações; C - Amostra Comunidade; T - Amostra total; P = Psicose; AF = Perturbações Afetivas; NI = Défice Neurológico; AM = Perturbações Mnésicas; LI= Capacidade Intelectual Reduzida; N\_INML = 53; N\_RP =29; N\_O=23; N\_C=180; N\_T= 233

**(H3) PRETENDE-SE AINDA OBTER UMA RELAÇÃO NEGATIVA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE O RESULTADO DA SUBESCALA CAPACIDADE INTELLECTUAL REDUZIDA DO SIMS E O REY 15-ITEM MEMORY TEST;**

Verifica-se que todas as subescalas do SIMS bem como a dimensão Total, para a amostra médico-legal, estão negativamente correlacionadas com o resultado obtido no 15-RMT ( $p<.01$ ), com exceção da subescala *Défice Neurológico* na prova de reconhecimento e da subescala *Perturbações Mnésicas* na prova de evocação, que embora se correlacionem negativamente, não apresentam resultados significativos. Nesta amostra, verifica-se que a subescala *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS apresenta para a prova de evocação ( $r=-.393$ ;  $p<.01$ ) e para a prova de reconhecimento ( $r=-.403$ ;  $p<.01$ ).

Analisando o subgrupo "Responsabilidades Parentais" verifica-se que embora apresente correlações negativas com o 15-RMT, a subescala *Capacidade Intelectual Reduzida* não tem

resultados significativos. Relativamente a este subgrupo, verificou-se ainda que a subescala *Perturbações Mnésicas* é a que apresenta resultados mais significativos, em ambas as provas de evocação e de reconhecimento ( $r=-.512$ ;  $p<.01$ ; e  $r=-.461$ ;  $p<.05$ ) bem como *Perturbações Afetivas* ( $r=-.390$  e  $r=-.397$ ;  $p<.05$ ) e *Psicose* ( $r=-.445$  e  $r=-.397$ ;  $p<.05$ ) apresentam correlações negativas e estatisticamente significativas para as provas de evocação e de reconhecimento, respetivamente. As restantes subescalas não apresentam resultados estatisticamente significativos.

Já o subgrupo "*Outras Avaliações*" apresentou correlações negativas estatisticamente significativas, de magnitude "moderada", para a subescala *Capacidade Intelectual Reduzida*, tanto na tarefa de evocação como na de reconhecimento ( $r=-.438$ ;  $r=-.474$ , respetivamente;  $p<.05$ ). Neste subgrupo foram ainda averiguadas correlações negativas, de magnitude "moderada" para a dimensão *total* ( $r=-.542$ ;  $p<.01$ ) e subescala *Perturbações Afetivas* ( $r=-.586$ ;  $p<.01$ ) nas tarefas de reconhecimento e na subescala *Perturbações Afetivas* ( $r=-.428$ ;  $p<.05$ ) para a tarefa de evocação, sendo que as restantes subescalas não apresentam resultados estatisticamente significativos. Deste modo, a hipótese H3 foi parcialmente confirmada.

**(H4) NO SUBGRUPO "RESPONSABILIDADES PARENTAIS" ESPERA-SE UMA RELAÇÃO NEGATIVA E ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE O SIMS E O BSI**

Analisando as correlações entre SIMS e BSI verifica-se que as relações estatisticamente significativas que existem são positivas, o que não vai de encontro à hipótese H4. Neste subgrupo são apresentadas relações positivas entre *SIMS\_Total* e *BSI\_ISP* ( $r=.535$ ;  $p<.01$ ), *Psicose* e *BSI\_D* ( $r=.542$ ;  $p<.01$ ) e da subescala *Défice Neurológico* com as seguintes dimensões do BSI: *BSI\_SI* ( $r=.491$ ;  $p<.01$ ); *BSI\_A* ( $r=.651$ ,  $p<.01$ ); *BSI\_P* ( $r=.532$ ;  $p<.01$ ); *BSI\_D* ( $r=.629$ ;  $p<.01$ ); *BSI\_IGS* ( $r=.493$ ;  $p<.01$ ).

Identicamente verificam-se correlações significativas positivas entre a escala *SIMS\_Total* e: *BSI\_S* ( $r=.380$ ;  $p<.05$ ), *BSI\_A* ( $r=.415$ ;  $p<.05$ ) e *BSI\_IGS* ( $r=.404$ ;  $p<.05$ ); entre a subescala *Psicose* e *BSI\_S* ( $r=.414$ ,  $p<.05$ ), *BSI\_A* ( $r=.440$ ,  $p<.05$ ), *BSI\_IGS* ( $r=.457$ ;  $p<.05$ ) e *BSI\_ISP* ( $r=.393$ ;  $p<.05$ ); bem como entre a subescala *Défice Neurológico* e *BSI\_S* ( $r=.379$ ;  $p<.05$ ), *BSI\_IP* ( $r=.455$ ;  $p<.05$ ) e *BSI\_TSP* ( $r=.422$ ;  $p<.05$ ). Todas as correlações negativas existentes não possuem validade estatística suficiente, que permitam confirmar a hipótese lançada previamente.

**(H5) NO SUBGRUPO "OUTRAS AVALIAÇÕES" ESPERA-SE UMA CORRELAÇÃO POSITIVA ENTRE OS RESULTADOS DO SIMS E DO BSI;**

Relativamente ao subgrupo "*Outras Avaliações*" verificam-se correlações significativas positivas moderadas entre SIMS\_Total e as dimensões do BSI: *BSI\_OC* ( $r=.438$ ;  $p<.05$ ); *BSI\_SI* ( $r=.435$ ;  $p<.05$ ), *BSI\_IP* ( $r=.500$ ;  $p<.05$ ) e *BSI\_ISP* ( $r=.432$ ;  $p<.05$ ); entre *Psicose* e as dimensões *BSI\_SI* ( $r=.461$ ;  $p<.05$ ) e *BSI\_IP* ( $r=.455$ ;  $p<.05$ ); bem como entre *Perturbações Afetivas* e *BSI\_IP* ( $r=.437$ ;  $p<.05$ ) e *Défice Neurológico* e *BSI\_IP* ( $r=.505$ ;  $p<.05$ ), o que indica que o aumento destas subescalas do SIMS são acompanhadas de um aumento ligeiro das dimensões e índices de BSI apresentados e vice-versa, pelo que a hipótese H5 foi confirmada.

**(H6) NO SUBGRUPO "RESPONSABILIDADES PARENTAIS", ESPERA-SE OBTER UMA RELAÇÃO NEGATIVA E ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE O SIMS E A MCSDS;**

No que concerne ao subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" não foram encontradas quaisquer correlações significativas. Porém há uma tendência global de todas as dimensões do SIMS se relacionarem negativamente com a MCSDS\_Total. Este resultado é indicativo que o fator desejabilidade social não interfere nos resultados do teste de simulação, pelo que a hipótese H6 não foi confirmada.

**(H7) HAVERÁ DIFERENÇAS NOS VALORES DO SIMS ENTRE AS CLASSES OBTIDAS PELA RAVEN;**

Na comparação dos desempenhos cognitivos entre os vários grupos em estudo foi utilizada a One-way ANOVA. O teste de homogeneidade de variâncias revela que não há diferenças significativas entre os grupos (i.e. as variâncias são homogéneas), dado que o nível de significância é superior a .05. No subgrupo, "*Outras Avaliações*", de acordo com a ANOVA, para todas as estatísticas F correspondem significâncias superiores a .05 e .01 pelo que não são apresentadas diferenças estatisticamente significativas, assim a nossa hipótese H7 de que a capacidade cognitiva influencia o desempenho no SIMS não foi comprovada.

**(H8) ESPERA-SE ENCONTRAR DIFERENÇAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS NOS VALORES DO SIMS ENTRE PARTICIPANTES QUE TENHAM A PERCEÇÃO DE SER OU NÃO SAUDÁVEL;**

A fim de testar esta hipótese, a amostra médico-legal foi dividida em dois grupos com base na percepção do indivíduo ser ou não saudável. Deste modo, o Grupo I considera-se "saudável" ( $n=38$ ) e, inversamente, o Grupo II considera-se "não saudável" ( $n=14$ ). Uma vez que a amostra é reduzida, o procedimento estatístico utilizado foi o teste *U de Mann-Whitney*, com o intuito de se analisar a possibilidade de existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Martinez & Ferreira, 2007; Pereira, 2006).



No que concerne ao resultado total do SIMS (cf. Tabela 5), verifica-se que o Grupo I difere de forma estatisticamente significativa do Grupo II. Foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as dimensões. Estes resultados vão de encontro à hipótese H8, confirmando que a percepção "saudável" ou "não saudável" tem um impacto significativo nos resultados do SIMS.

**Tabela 5: Influência da percepção de ser ou não saudável nos resultados do SIMS (pontuação total e dimensões)**

SIMS	Grupo I		Grupo II		U	Z	p
	M	DP	M	DP			
<b>Total</b>	14.05	5.821	30.64	9.660	25.000	-4.983	.000**
<b>P</b>	1.37	2.046	4.64	3.954	116.500	-3.176	.001**
<b>AF</b>	3.08	2.432	6.71	3.604	99.000	-3.503	.000**
<b>NI</b>	3.18	2.690	8.07	3.149	72.000	-4.034	.000**
<b>AM</b>	1.39	1.794	3.07	2.645	149.000	-2.479	.013*
<b>LI</b>	5.84	1.103	7.43	1.869	131.000	-2.985	.003**

P = Psicose; AF = Perturbações Afetivas; NI = Défice Neurológico; AM = Perturbações Mnésicas; LI= Capacidade Intelectual Reduzida; Grupo I – Percepção de ser saudável; Grupo II – Percepção de não ser saudável; \*Significativo para  $p < .01$ ; \*\*Significativo para  $p < .05$

#### **(H9) ESPERA-SE ENCONTRAR UM PONTO DE CORTE NO SIMS SUPERIOR A 14;**

Recorrendo à fórmula de cálculo do PC de Jacobson & Truax (1991), que providencia um valor a partir do qual pode afirmar-se se determinado resultado de um sujeito se aproxima mais da média do grupo clínico do que da média do grupo não-clínico e vice-versa. Verificou-se que para o estudo atual o valor de PC é de 17.2 (cf. tabela 6).

**Tabela 6. Pontes de corte (PC)**

SIMS	PC sugeridos por Widows e Smith (2005)	PC <sup>2</sup>
<b>Total</b>	14	17.20
<b>P</b>	1	1.86
<b>AF</b>	5	3.73
<b>NI</b>	2	3.97
<b>AM</b>	2	1.60
<b>LI</b>	2	6.02

<sup>2</sup> Fórmula de cálculo do PC de Jacobson & Truax:  $PC = S0M1 + S1M1 / S0 + S1$ , onde M0=média do grupo da população normal, M1= média do grupo da população clínica, e S0,S1= desvios padrões dos grupos das populações não clínica e clínica, respetivamente.

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

Por forma a identificar as diferenças nos pontos de corte, verificou-se que seguindo o  $PC \geq 14$ , sugerido pela literatura, 85 (47.22%) dos sujeitos da comunidade eram identificados como potenciais simuladores sendo que o mesmo acontecia para 31 (59.62%) sujeitos da amostra médico-legal. Identicamente, analisando a amostra total para  $PC \geq 17$ , verifica-se que 45 sujeitos da amostra da comunidade e 23 sujeitos da amostra médico-legal são identificados como

potenciais simuladores, o que corresponde a 25% da amostra da comunidade e 44.23% da amostra médico-legal.

Apesar de não se ter formulado nenhuma hipótese para as subescalas/dimensões do SIMS, achou-se relevante proceder ao mesmo procedimento de forma a melhorar a validade discriminante do instrumento avaliado, tal como pode ser averiguado e analisado na tabela 6.

**(H10) SUJEITOS SEXO MASCULINO TERÃO VALORES MAIS ELEVADOS NO SIMS;**

De forma geral, segundo o género, verifica-se que a média dos resultados obtidos para o género feminino (pontuação total) é de 19.11 (DP=10.816) para a amostra do INML, de 12.10 (DP=3.635) para o subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" e 26.89 (DP=10.902) para o subgrupo "*Outras avaliações*". Para o género masculino (pontuação total) é de 18.18 (DP=9.948) para a amostra do INML, de 12.26 (DP=3.106) para o subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" e de 26.21 (DP=10.467) para o subgrupo "*Outras avaliações*". Todavia, recorrendo ao teste *U Mann-Whitney*, todos os resultados obtidos foram superiores a  $p=.05$ , o que não é indicativo de diferenças significativas, pelo que a hipótese H10 não foi confirmada.

**(H11) PARTICIPANTES MAIS JOVENS TERÃO VALORES MAIS ELEVADOS NO SIMS;**

Para a variável idade, verifica-se que a média dos resultados totais obtidos no grupo etário dos 18 aos 32 anos é de 17.82 (DP=7.373) para a amostra do INML, de 13.00 (DP=2.121) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 21.83 (DP=7.910) para "*Outras avaliações*". Para o grupo etário dos 33 aos 47 anos, é de 16.97 (DP=9.362) para a amostra do INML, de 11.86 (DP=3.497) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 25.92 (DP=9.774) para "*Outras avaliações*". E para o grupo etário dos 48 aos 60 anos, a pontuação é de 25.88 (DP=14.227) para a amostra do INML, de 13.33 (DP=3.215) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 33.40 (DP=12.661) para "*Outras avaliações*". Todos os resultados foram superiores a  $p=.05$ , pelo que não foram obtidos quaisquer resultados significativos, a não ser para a dimensão *Perturbações Mnésicas* ( $\chi^2=6.812$ ,  $p=.033$ ;  $p<.05$ )<sup>3</sup> na amostra total do INML. No entanto, os resultados não vão de encontro ao esperado, pelo que a hipótese H11 não foi confirmada.

**(H12) NÃO HAVERÁ DIFERENÇAS NOS VALORES DO SIMS ENTRE OS GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.**

<sup>3</sup>  $M([18-32])=2.18$ ;  $DP([18-32])=2.483$  versus  $M([33-47])=1.33$ ;  $DP([33-47])=1.633$  versus  $M([48-60])=3.50$ ;  $DP([48-60])=2.928$ ;  $p=.033$ ;  $p<.05$

Segundo a variável habilitações literárias, verifica-se que a média dos resultados obtidos para o grupo do 4º ao 6º ano (pontuação total) é de 21.12 (DP=11.736) para a amostra do INML, de 13.44 (DP=3.539) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 29.75 (DP=11.817) para "*Outras avaliações*". Para o grupo do 7º ao 12º ano a pontuação é de 19.56 (DP=9.057) para a amostra do INML, de 13.00 (DP=3.546) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 24.80 (DP=8.741) para "*Outras avaliações*". Para o grupo de ensinos médio e superior as pontuações são de 14.82 (DP=9.078) para a amostra do INML, de 10.75 (DP=2.340) para as "*Responsabilidades Parentais*" e 24.60 (DP=12.054) para "*Outras avaliações*". Não foram detetadas influências significativas nem na amostra total nem nos subgrupos, a não ser para as dimensões *Perturbações Mnésicas* ( $\chi^2=7.963$ ,  $p=.019$ ,  $p<.05$ ) e *Capacidade Intelectual Reduzida* ( $\chi^2=7.386$ ,  $p=.025$ ,  $p<.05$ ) na amostra do INML, o que é indicativo de que a hipótese H12 foi confirmada parcialmente.

## DISCUSSÃO

No que se refere à consistência interna do SIMS, verificou-se que todos os indicadores de fiabilidade variam entre "aceitável" e "bom". Note-se, ainda, que o valor de alfa é ligeiro e sistematicamente mais elevado no valor total do SIMS, para todas as amostras, o que vai de encontro aos estudos apresentados previamente (Edens et al., 1999; Merckelbach & Smith, 2003; Widows & Smith, 2005) e reforça a consistência do instrumento. Tal como no estudo de Merckelbach & Smith (2003) os coeficientes *alfa de Cronbach* foram relativamente baixos. Por conseguinte, estes resultados suportam a utilização do resultado total do SIMS como uma medida de rastreio fiável dos comportamentos de simulação, mas relativizam o recurso a escalas individuais caracterizadoras de tipos mais específicos de sintomatologia simulada.

Os estudos de validade interna do SIMS foram efetivados com recurso à análise das intercorrelações entre as subescalas e destas com a pontuação total obtida no inventário. Verificaram-se associações positivas e significativas entre as pontuações obtidas em cada uma das subescalas e o resultado total do SIMS para a amostra médico-legal bem como para as subescalas entre si. No subgrupo "*Outras Avaliações*", associações positivas e significativas entre as pontuações auferidas foram também obtidas para cada uma das 5 subescalas e o resultado total do SIMS, sendo as exceções observadas nas associações entre subescalas P e AM, AF e NI, AM e NI, AM e LI, onde a associação, embora positiva, não revela significado estatístico ( $r=.141$ ;  $r=.094$ ;  $r=.176$ ;  $r=.379$ ). No subgrupo "*Responsabilidades Parentais*" os resultados não vão de encontro ao esperado, sendo que não se encontraram associações positivas significativas entre o resultado total do SIMS e as subescalas P ( $r=.208$ ) e AF ( $r=.343$ ). Similarmente verifica-se a presença de

diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos médico-legais, tanto para a pontuação total como para todas as subescalas do SIMS. Este resultado assume elevado interesse porque vem alertar para as diferentes condutas levadas a cabo entre diferentes processos médico-legais, uma vez que considerando as implicações dos processos de *Responsabilidades Parentais*, não só juridicamente, mas também a nível familiar, os sujeitos poderão ter tendência a apresentarem uma postura mais honesta ou, inclusive, a socorrerem-se de falsas alegações e a dissimular e mascararem sintomas (Austin, 2000; Bow & Quinnell, 2001), a fim de beneficiarem de uma imagem mais positiva perante o sistema.

Relativamente aos estudos de validade referenciada a critérios externos, as pontuações totais obtidas no SIMS estão associadas de forma negativa e significativa com a prova de avaliação de simulação de sintomas cognitivos 15-RTM, o que é facilmente compreendido se atendermos ao facto dos sistemas de cotação terem interpretações inversas, isto é, ao contrário do SIMS, no 15-RTM as pontuações inferiores são as indicativas de simulação enquanto que no SIMS os resultados mais elevados são os indicadores de "comportamentos de simulação". Assim, os resultados deste estudo suportam a validade concorrente do SIMS, nomeadamente na apreciação dos comportamentos de simulação a nível cognitivo.

As conexões entre SIMS e o BSI permitem argumentar contra a validade discriminante do SIMS, porque sugerem que este instrumento, nomeadamente o seu resultado total e as suas subescalas *Psicose*, *Perturbações Afetivas* e *Défice Neurológico* são sensíveis à psicopatologia real. No entanto, se houve casos em que o autorrelato dos sujeitos (realizado nas entrevistas), conjuntamente com a passagem de outros instrumentos psicométricos e informações de anamneses e historial clínico realizados previamente, nos poderiam garantir com mais eficácia a diminuição de falsos positivos, não podemos excluir a possibilidade destes resultados poderem indicar que os participantes com valores elevados no BSI poderão ter exagerado os seus sintomas ou referido sintomas projectos, o que levaria a um aumento total do SIMS, o que vai de encontro aos estudos que referem que o SIMS não diferencia significativamente pacientes psiquiátricos de potenciais simuladores (Clegg et al., 2009; Edens et al., 2007). Estes resultados parecem-nos ser explicáveis por duas vertentes: (a) uma pode estar relacionada com a experiência real de sintomatologia, não revelando uma convergência do constructo das provas, mas sim a sinalização de que comportamentos de simulação e psicopatologia genuína coocorrem, tal como é citado na literatura (cit in Conroy & Kwartner, 2006), o que levaria a um aumento do total do SIMS; (b) como no protocolo aplicado o BSI foi aplicado primeiro, o seu formato poderá ter endossado sintomas que de outra forma não seriam referidos, efeito referido na literatura (Merckelbach et

al., 2011; Sbordone et al., 2000 cit in Sullivan & King, 2010). De salientar ainda que a sobreposição entre SIMS e o autorrelato de psicopatologia devem ser futuramente alvo de estudos mais aprofundados. Identicamente, é ainda de acentuar uma eventual baixa especificidade do BSI, uma vez que os indivíduos tendem a apresentar um elevado número de queixas sintomáticas que podem não ser reais, mas sim uma confirmação indiscriminada de sintomas, o que levanta precauções acrescidas em contextos onde a simulação tende a ocorrer, uma vez que potenciais simuladores manifestam uma tendência indiscriminada para confirmar sintomas (Sullivan & King, 2010). Por conseguinte, são necessários estudos sistemáticos com provas como o BSI, comparando-se resultados de populações clínicas, sem motivações para simular, com sujeitos com motivações reais para simular (previamente identificados como possíveis simuladores através do SIMS e do recurso adicional a outras provas psicométricas consideradas válidas (e mais desejavelmente a SIRS)).

Embora a desejabilidade social corresponda à propensão para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, procurando aprovação e evitando a crítica em situações de teste, não foram encontrados quaisquer indícios de que haja influência desta variável nos comportamentos de simulação. Foi assim importante perceber o comportamento do subgrupo *Responsabilidades Parentais* na prova MCSDS, uma vez que estes indivíduos tendem a revelar resultados superiores aos da população geral, como já foi referido (Cima et al., 2003). Porém, como a amostra médico-legal, mais precisamente, das *Responsabilidades Parentais* é relativamente pequena, e como a desejabilidade social pode ser uma ameaça à validade das investigações científicas, mais estudos deverão ser estruturados para avaliar a credibilidade e validade de informações obtidas junto dos progenitores, uma vez que estes apresentam as histórias muitas vezes de forma enviesada pelas suas motivações face ao processo, principalmente pela desejabilidade social.

Embora seja reconhecido que em testes com níveis de dificuldade superiores, os simuladores apresentam um desempenho substancialmente inferior à média e que a apresentação clínica é caracterizada por queixas não consistentes com o funcionamento cognitivo e social esperado, não se conseguiram averiguar resultados estatisticamente significativos que suportassem a hipótese alternativa de que o nível cognitivo influencia os resultados do SIMS.

De salientar ainda que os sujeitos que não se percecionam como saudáveis no momento da avaliação obtêm resultados muito superiores (diferenças estatisticamente significativas) comparativamente ao grupo que se considera "saudável" relativamente ao resultado total do

SIMS e às suas cinco dimensões. Este resultado vai ao encontro da nossa hipótese, sendo que não se conhecem estudos onde esta relação esteja analisada.

A análise descritiva efetivada permitiu-nos identificar que, independentemente da amostra e do subgrupo, as dimensões assinaladas com maior frequência no SIMS são *Capacidade Intelectual Reduzida*, *Défice Neurológico* e *Perturbações Afetivas*. E embora o resultado total do SIMS tenha ultrapassado o PC mais comumente recomendado, com exceção do subgrupo "*Responsabilidades Parentais*", também é reconhecida a elevada taxa de falsos positivos que este PC acarreta. Por conseguinte, propõe-se um PC de 17, refutando tanto o PC de 14 como de 16 (Clegg, 2007; Rogers et al., 1996 cit in Jelacic et al., 2006; Vitacco et al., 2007; Widows & Smith, 2005). Seguindo um PC de 17, o número de sujeitos identificados como potenciais simuladores diminui drasticamente, o que sugere a diminuição do número de falsos positivos do presente estudo. Embora não se tenha colocado nenhuma hipótese para o cálculo dos PC das subescalas, achou-se pertinente o cálculo das mesmas para uma melhor compreensão dos comportamentos de simulação, aquando da aplicação desta prova em âmbito médico-legal, verificando-se que nenhum dos PC propostos por Widows & Smith (2005) foram corroborados no presente estudo.

Segundo o estudo de Sierles (1984), seria de esperar que os participantes mais jovens apresentassem valores mais elevados no SIMS, uma vez que quanto mais novo o sujeito, maior a predição de simulação. Todavia, a idade não interferiu no desempenho total do SIMS. Identicamente, os resultados também não vão de encontro ao estudo que menciona que a interação entre sexo e simulação é significativa (Wilson, et al., 1999 cit. in Book et al., 2006).

Ao longo da execução do estudo averiguou-se que uma série de itens eram respondidos de forma positiva por um elevado número de sujeitos, tendo-se levantado a conjectura de que tal facto se poderia dever a dificuldades de compreensão e interpretação dos itens. No entanto, não foram detetadas influências significativas das habilitações literárias, o que vai de encontro aos estudos de Maior (2008) e Oliveira (2008) (cit in Simões et al., 2009). Todavia, o presente estudo revela que as subescalas *Perturbações Mnésicas* e *Capacidade Intelectual Reduzida*, na amostra do INML, podem ser influenciadas pela escolaridade limitando a compreensão dos itens. Neste contexto, Widows & Smith (2005) advertem que para responder corretamente além de ser capaz de entender os objetivos da avaliação bem como ler e compreender os itens escritos, o sujeito deve responder de acordo com o que pretende comunicar. Neste âmbito seria ainda relevante averiguar quais os itens mais suscetíveis de influência e se são respondidos, com maior frequência, de forma positiva. Similarmente, tem de se reconhecer que a deteção da simulação remete para um processo complexo, pelo que o controlo do estilo de resposta adotado pelos

sujeitos é praticamente nulo (Rogers, 2008a, 2008b), constituindo uma limitação à validade interna do estudo.

Apesar da limitação do número de sujeitos na amostra médico-legal, não se pode menosprezar a relevância clínica da mesma, uma vez que a recolha foi efetuada em contexto forense, inferindo-se que os sujeitos podem ter motivações reais para simular, o que aumenta a validade externa dos resultados do estudo. O facto desta amostra ser restrita racial e geograficamente, constitui outra das limitações deste estudo, pois tal falta de variabilidade demográfica pode levantar questões sobre a generalização dos resultados para os indivíduos e para amostras que não se assemelhem às deste estudo. Por conseguinte, avaliações do desempenho no SIMS com diversas amostras raciais e demográficas são incentivadas para futuras investigações.

Tendo em consideração os resultados obtidos e a existência de subescalas sensíveis à simulação de sintomatologia neurocognitiva, propõe-se que estudos futuros apliquem o SIMS a um maior número de amostras médico-legais, nomeadamente, a amostras de sujeitos com PTSD e com TCE, de forma a se produzirem, empiricamente, dados mais abrangentes com este questionário. Semelhantemente, seria interessante realizar estudos que visassem replicar efeitos residuais em cada um dos domínios em que a simulação pode ocorrer (psicopatologia, défices neurocognitivos e queixas médicas (Heilbronner et al., 2009)), nomeadamente com amostras clínicas caracterizadas por falta de *insight*.

Embora este estudo traga novas linhas orientadoras para a aplicabilidade do SIMS, é preciso ressaltar que uma avaliação cuidadosa da precisão dos relatos de sintomas requer competência, objetividade e uma utilização e interpretação adequadas das provas psicométricas (Iverson, 2006) bem como lembrar que o SIMS, isoladamente, não garante o diagnóstico de simulação, pelo que se deverá recorrer a múltiplas provas e metodologias de avaliação (Simões, 2006; Simões & Sousa, 2008).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almiro, P., Simões, M. R., & Sousa, L. (2012). *Escala de desajustabilidade social de Marlowe-Crowne (versão 33 itens): Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa*.
- American Psychological Association. (2002a). Condições adicionais que podem ser foco de atenção médica. In American Psychological Association (Ed.), *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- American Psychological Association. (2002b). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2002c). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1060
- American Psychological Association. (2010). 2010 amendments to the 2002 "Ethical principles of psychologists and code of conduct". *American Psychologist*, 65(5), 493. doi: 10.1037/a0020168
- Austin, W. G. (2000). Assessing credibility in allegations of marital violence in the high-conflict child custody case. *Family and Conciliation Courts Review*, 38(4), 462-477. doi: 10.1111/j.174-1617.2000.tb00585.x
- Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, 15(1), 19-45. doi: 10.1076/clin.15.1.19.1907
- Book, A. S., Holden, R. R., Starzyk, K. B., Wasylkiw, L., & Edwards, M. J. (2006). Psychopathic traits and experimentally induced deception in self-report assessment. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 601-608. doi: 10.1016/j.paid.2006.02.011
- 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.
- Bow, J. N., & Quinnell, F. A. (2001). Psychologists' current practices and procedures in child custody evaluations: Five years after American Psychological Association guidelines. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 261-268. doi: 10.1037/0735-7028.32.3.261
- Bush, S. S. R., R M, Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 419-426.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach-Matties, R., & Muris, P. (2003). The other side of malingering: Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(2), 235-243. doi: 10.1076/clin.17.2.235.16507
- Clegg, C. (2007). *Utility of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) and the assessment of depression inventory (ADI) in screening for malingering among disability*



- seeking outpatients*. Master of Science in Clinical Psychology, West Virginia University, Morgantown, West Virginia.
- 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. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*(2), 239-254. doi: 10.1080/14789940802267760
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior, 15*(6), 655-665.
- Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice, 2*, 29-51.
- Drob, S. L., Meehan, K. B., & Waxman, S. E. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 37*(1), 98-106.
- Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering symptomatology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 27*(3), 387-396.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment, 88*(1), 33-42. doi: 10.1080/00223890709336832
- Greve, K. W., Ord, J., Curtis, K. L., Bianchini, K. J., & Brennan, A. (2008). Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain: A comparison of three forced-choice symptom validity tests. *The Clinical Neuropsychologist, 22*(5), 896-918. doi: 10.1080/13854040701565208
- Haines, M. E., & Norris, M. P. (1995). Detecting the malingering of cognitive deficits: An update. *Neuropsychology Review, 5*(2), 125-148.
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Participants, C. (2009). American academy of clinical neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment effort, response bias and malingering. *The Clinical Neuropsychologist, 23*(7), 1093-1129. doi: 10.1080/13854040903155063
- Heilbrun, K. (1992). The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behavior, 16*(3), 257-272.

- Iverson, G. L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology, 13*(2), 77-90. doi: 10.1207/s15324826an1302\_3
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jelicic, M., Hessels, A., & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulators. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*(1), 19-22. doi: 10.1007/s10862-006-4535-0
- Jones, M. A. (2003). Law, lies, and videotape: Malingering as a legal phenomenon. In P. W. Halligan, C. Bass & D. A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 209-219). Oxford: Oxford University Press.
- Larrabee, G. J., Greiffenstein, M. F., Greve, K. W., & Bianchini, K. J. (2007). 13. Refining diagnostic criteria for malingering. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 334-371). New York: Oxford University Press.
- Margotto, P. R. (2010). Estatística computacional uso do SPSS (Statistical package for the social sciences): O essencial Retrieved Junho, 2012, from <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/SPSS--2010.pdf>
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS – Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Merckelbach, H., Jelicic, M., & Pieters, M. (2011). The residual effect of feigning: How intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(1), 131-139. doi: 10.1080/13803395.2010.495055
- 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*(2), 145–152. doi: 10.1016/S0887-6177(01)00191-3
- Meyers, J. E., & Diep, A. (2000). Assessment of malingering in chronic pain patients using neuropsychological tests. *Applied Neuropsychology: Adult, 7*(3), 133-139. doi: 10.1207/S15324826AN0703\_3
- Nicholson, K., & Martelli, M. F. (2007). Malingering: Traumatic brain injury. In G. Young, A. W. Kane & K. Nicholson (Eds.), *Causality of psychological injury: Presenting evidence in court* (pp. 427-475). New York: Springer.

- Peace, K. A., & Masliuk, K. A. (2011). Do motivations for malingering matter? Symptoms of malingered PTSD as a function of motivation and trauma type. *Psychological Injury and Law, 4*, 44–55. doi: 10.1007/s12207-011-9102-7
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS - Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramalheira, A., & Cardoso, S. (1995). *A Caracterização do Risco*. Coimbra: Edições Almedina.
- Raven, J. (1999). *Matrizes progressivas standard: Séries A, B, C, D e E*. Lisboa: Infoteste, D.L.
- Ray, C. L. (2009). The importance of using malingering screeners in forensic practice. *Journal of Forensic Psychology Practice, 9*, 138-146.
- Reznek, L. (2005). The Rey 15-item memory test for malingering: A meta-analysis. *Brain Injury, 19*(7), 539-543. doi: 10.1080/02699050400005242
- Rogers, R. (2008a). Current status of clinical methods. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 391-410). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). An introduction to response styles. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Rubenzler, S. (2009). Posttraumatic stress disorder: Assessing response style and malingering. *Psychological Injury and Law, 2*, 114–142. doi: 10.1007/s12207-009-9045-4
- Scagliusi, F. B., Cordás, T. A., Polacow, V. O., Coelho, D., Alvarenga, M., Philippi, S. T., & Lancha Jr, A. H. (2004). Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(6), 272-278. doi: 10.1590/S0101-60832004000600001
- Shandera, A. L., Berry, D. T. R., Clark, J. A., Schipper, L. J., Graue, L. O., & Harp, J. P. (2010). Detection of malingered mental retardation. *Psychological Assessment, 22*(1). doi: 10.1037/a0016585
- Sierles, F. S. (1984). Correlates of malingering. *Behavioral Sciences & the Law, 2*(1), 113-118.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Doutoramento em Psicologia, especialidade em Avaliação Psicológica, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Simões, M. R. (2006). Testes de validades de sintomas na avaliação de comportamentos de simulação. In A. C. S. Fonseca, Mário R, M. C. T. Simões & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia forense* (pp. 279-309). Coimbra: Almedina.

- Simões, M. R. (2010). Structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, FPCE-UC.
- 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. R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., . . . França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 209-226.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Mota, M. S., Maior, F. S., Amaral, M. L., Oliveira, C. S., . . . Pedrosa, C. (2009). Simulação de sintomas psicopatológicos: Síntese de estudos exploratórios. *Revista de Psiquiatria*, 22, 70-78.
- Slick, D. J., Sherman, E. M., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545-561.
- Smith, G. P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3 ed., pp. 323-339). New York: Guilford Press.
- Sullivan, K. A., & King, J. K. (2010). Detecting faked psychopathology: A comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176(1), 75-81. doi: 10.1016/j.psychres.2008.07.013
- Sullivan, K. A., & Richer, C. (2002). Malingering on subjective complaint tasks: An exploration of the deterrent effects of warning. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(7), 691-708. doi: 10.1016/S0887-6177(01)00171-8
- Taylor, S., Frueh, B. C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.016
- Teichner, G., & Wagner, M. T. (2004). The test of memory malingering (TOMM): normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3), 455-464. doi: 10.1016/S0887-6177(03)00078-7
- Vitacco, M. J., Jackson, R. L., Rogers, R., Neumann, C. S., Miller, H. A., & Gabel, J. (2008). Detection strategies for malingering with the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test. A confirmatory factor analysis of its underlying dimensions. *Assessment*, 15(1), 97-103. doi: 10.1177/1073191107308085

- Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior, 31*(3), 249-260. doi: 10.1007/s10979-006-9062-8
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured inventory of malingered symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wisdom, N. M., Callahan, J. L., & Shaw, T. G. (2010). Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology, 1-8*. doi: 10.1093/arclin/acp110