



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos Estudos de validação do *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*

Daniela Filipa Moreira Babo Pereira de Almeida (e-mail: dani-almeida@live.com)

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica e da Saúde** subespecialização em **Psicologia Forense** sob a orientação do **Professor Doutor Mário R. Simões (FPCE-UC)** e do **Doutor Pedro Armelim Almiro (Instituto Piaget de Viseu/ISEIT, Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria da FPCE-UC)**

Comportamento de Simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Resumo: Na avaliação (neuro)psicológica forense, a análise dos estilos de resposta dos sujeitos constitui uma questão relevante, particularmente quando estão potencialmente presentes incentivos de natureza externa.

A presente investigação pretende contribuir para a validação de um instrumento concebido para avaliar comportamentos de simulação, o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (Structured Inventory of Malingered Symptomatology [SIMS]; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005) em contexto médico-legal, onde os pedidos para avaliação são frequentes e no qual o recurso a provas que avaliem a validade de sintomas constitui uma necessidade premente.

Para além do SIMS o protocolo de avaliação integra outros instrumentos: a Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental 2 (EVS-VE2; Simões, Nunes, & Cunha, 2010; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015), que mede constructos similares; o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 2007), que é uma medida de psicopatologia; a escala de Neuroticismo do EPQ-R (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014) utilizada como medida de personalidade e que constitui um bom indicador de saúde mental e a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Simões, Almiro, & Sousa, 2014) como uma medida de desejabilidade social.

Foram realizados dois estudos de validação do SIMS. No Estudo I, compara-se uma amostra da comunidade ($n = 101$) com uma amostra recolhida em contexto médico-legal ($n = 43$). Os resultados da precisão (consistência interna) do SIMS são adequados na amostra da comunidade ($\alpha = .721$) e na amostra médico-legal ($\alpha = .907$). Quanto à validade, os resultados do SIMS apresentam uma grande convergência com os resultados da EVS-VE2, utilizados como um critério de validação externo. Tanto na amostra da comunidade, como na amostra médico-legal, as correlações entre o SIMS e a EVS-VE2 são muito elevadas, atingindo um coeficiente de $.754$ na amostra da comunidade e de $.930$ na amostra médico-legal. Entre as pontuações do SIMS e do BSI são observadas relações que na generalidade são fortes, positivas e significativas nas duas amostras, reveladoras da vulnerabilidade do SIMS à psicopatologia. Os resultados encontrados entre o SIMS e a Escala N do EPQ-R (nas duas amostras), introduzida como medida de saúde mental, corroboram igualmente a ideia de que o SIMS é um instrumento sensível à psicopatologia, pois são encontradas correlações significativas entre pontuações nestas duas medidas. Relativamente à relação do SIMS com a EDSC não foi observada nenhuma relação com significância estatística em ambas as amostras avaliadas, o que sugere que a

desejabilidade social não interferiu com os comportamentos de simulação.

No Estudo II, foram constituídos dois subgrupos médico-legais: (i) “Outras Avaliações” compreende Traumatismos Crânio Encefálicos [TCE], Perturbações de Stress-Pós Traumático [PSPT] e Solicitações do Sistema de Justiça e (ii) “Responsabilidades Parentais”, com base no tipo de pedido de avaliação. Este estudo demonstrou que a natureza e as circunstâncias da avaliação influenciam significativamente a forma como as pessoas se apresentam para a mesma sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois subgrupos.

Palavras-chave: Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS), simulação, exagero de sintomas, avaliação neuropsicológica, contexto médico-legal.

Simulation behavior and exaggeration of symptoms in medical-legal context: New validation studies of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Abstract: In the (Neuro)psychological Forensic assessment the analysis of the subject's response styles is an important issue, especially when the incentives of external nature are potentially present.

This research aims to contribute to the validation of an instrument designed to assess malingering behaviors, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Structured Inventory of Malingered Symptomatology [SIMS]; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005) in medical-legal context, where requests for assessment are frequent and in which the use of tests that evaluate the validity of symptoms is a pressing need.

Apart from the SIMS the evaluation protocol includes other instruments, the Symptom Validity Scale – Experimental Version2 (EVS-VE; Simões, Nunes, & Cunha, 2010; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015), that measures similar concepts, the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982, Canavarro, 2007), used to measure psychopathology, the scale of Neuroticism of EPQ-R (EPQ-R; portuguese version, Almiro & Simões, 2007, 2013) used as a measure of personality, that is a indicator of mental health and the Coimbra Social Desirability Scale (EDSC; Simões, Almiro, & Sousa, 2014) applied as a measurement of social desirability.

There were led two studies that validate the SIMS. The Study I compares the community sample (n = 101) to a sample collected in medical-legal context (n = 43). The obtained results for the precision (internal consistency) of the SIMS, were suitable, in the community sample ($\alpha = .721$) and in the medical-legal sample ($\alpha = .907$). As to its validity, the results of the SIMS show a large convergence with the results of the EVS-VE2, used as external validation criterion. Both samples, the community sample as well as the medical-legal sample, showed a elevated correlation, reaching a coefficient of .754, in the community sample and .930, in the medical-legal sample. Among the scores of SIMS and BSI are observed relationships, generally strong, positive and significant in both samples that reveal the vulnerability of the SIMS to psychopathology. The results found between the SIMS and the Scale N of EPQ-R (in the two samples), introduced as a measure of mental health, reinforce, equally, the idea that the SIMS is a sensitive tool to psychopathology, because there were found significant correlations between scores in these two measures. Regarding the SIMS's relationship with EDSC it was not observed a relationship with statistical significance in any of the samples evaluated, suggesting that the social desirability hasn't interfered with the simulation behaviors.

On the Study II, there were constituted two medical-legal subgroups: (i) "Other Assessments" includes Mild Head Trauma [MHT], Post-traumatic Stress Disorders [PTSD] and Requests from the Justice System and (ii) "Parental Responsibilities", based on the type of request of evaluation. This

study demonstrated that the nature and circumstances of assessment significantly, influence the way people present themselves to the evaluation and that there are statistically significant differences between the two subgroups.

Key Words: Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), simulation, exaggeration of symptoms, neuropsychological assessment, medical - legal context.

Agradecimentos

Num ano tão importante como este quero agradecer a todos aqueles que me ajudaram e estiveram sempre comigo.

Ao Professor Doutor Mário Simões por todo o conhecimento que me transmitiu e por me incentivar sempre a ir mais além e a cultivar o meu sentido crítico.

Ao Professor Doutor Pedro Almiro por se ter mostrado tão prestável e sempre disponível para ajudar.

Aos meus pais, pelo apoio prestado ao longo desta jornada de cinco anos, mas sobretudo por me terem incentivado neste último e derradeiro ano com palavras de ânimo e encorajamento, por acreditarem que seria capaz de fazer face às dificuldades mesmo quando estas se iam acumulando. Tudo o que sou devo-o a vós. Nenhuma palavra será suficiente para agradecer tudo o que fizeram por mim.

Às minhas colegas de Mestrado por terem partilhado comigo esta experiência e por me terem ajudado a crescer a nível pessoal e académico. Trabalhar convosco durante estes dois anos foi uma mais-valia, somos uma grande equipa.

À Sarah Ferreira, minha colega de Mestrado, que partilhou esta investigação comigo e me incentivou constantemente, mesmo quando eu me encontrava desmotivada.

Ao INMLCF nomeadamente à Delegação Centro, assim como à Dra. Isabel Cruz e à Dra. Margarida Barreto que me acompanharam e foram sempre incansáveis naquilo que precisei.

À minha colega de estágio Inês Garcia, somos o TIME DI, que me ajudou bastante ao longo deste ano e esteve sempre a meu lado.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes. Obrigada aos 18 magníficos e à Boa Vista Family por todo o apoio, que foi crucial nesta etapa.

Obrigada, Rute e Elisa, por todas as palavras, por todo o incentivo e por estarem sempre disponíveis quando mais precisei.

Finalmente, quero agradecer à minha Família Santana que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades.

A todos, um Muito Obrigada

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	3
1.1 Definição de Simulação	3
1.2 Diagnóstico de Simulação	5
1.3 Exagero de Sintomas	7
1.4 Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas	7
1.5 Contexto médico-legal.....	9
II - Objetivos	10
III - Metodologia	12
3.1 Participantes	12
3.2 Instrumentos	12
3.2.1 Questionário Sociodemográfico	13
3.2.2 Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS) ..	13
3.2.3 Escala de Validade de Sintomas - Versão Experimental2 ...	13
3.2.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	14
3.2.6 Escala de Neuroticismo do EPQ-R	15
3.2.5 Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC)	16
IV - Procedimento	16
IV –Resultados	17
4.1 Estudo I: Comparação da amostra da comunidade com a amostra médico-legal	18
4.2 Estudo II: Comparação de dois subgrupos examinados em contexto médico-legal.....	29
V – Discussão	34
VI - Conclusões.....	40
Bibliografia.....	42
Anexos.....	49

Lista de Acrónimos

SIMS

P – Psicose

NI – Défice Neurológico

AM – Perturbações mnésicas

LI – Capacidade intelectual reduzida

AF – Perturbações afetivas

EVS-VE2

PC – Perturbações cognitivas

PE – Perturbações Emocionais

SS – Sintomas Somáticos

P – Psicose

BSI

S – Somatização

OC – Obsessões-Compulsões

SI – Sensibilidade Interpessoal

D – Depressão

A – Ansiedade

H – Hostilidade

AF – Ansiedade Fóbica

IP – Ideação Paranóide

P – Psicoticismo

TSP – Total de Sintomas Positivos

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

C – Comunidade

ML – Médico-Legal

OA – Outras Avaliações

RP – Responsabilidades Parentais

TVS – Teste de Validade de Sintomas

Introdução

Nos últimos anos tem-se observado um crescente envolvimento por parte dos (neuro)psicólogos em contextos forenses e médico-legais para se pronunciarem acerca dos estilos de resposta adotados pelos sujeitos (Teichner & Wagner, 2004).

O comportamento de simulação (*malingering*) pode surgir em diferentes domínios: simulação de problemas médicos (combinação de vários sintomas graves, doenças crónicas e comuns); simulação de défices cognitivos (simulação cognitiva, exagero de sintomas, esforço insuficiente ou reduzido) e simulação de perturbações mentais (simulação de psicopatologia, exagero de sintomas) (Rogers & Bender, 2003 citado em Rogers, 2008a). A presente investigação focar-se-á sobre o terceiro domínio: a simulação de perturbações mentais. Os comportamentos de simulação e exagero de sintomas representam fortes ameaças à validade dos dados e informações obtidas no decurso de uma avaliação psicológica (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009). Por isso, têm constituído objeto de avaliação e investigação crescentes, registando-se um aumento das publicações nesta área (Bianchini, Mathias & Greve, 2001; Iverson, 2006).

O exame da simulação constitui uma problemática transversal aos vários contextos clínicos, forenses e médico-legais (Teichner & Wagner, 2004). Todavia, é no âmbito da (neuro)psicologia forense que o seu estudo tem ganho evidência, constituindo o exame destes comportamentos a sua componente primária (Jackson, Rogers, & Sewell, 2005; Vitacco et al., 2008). Apesar de constituir presentemente uma das áreas de maior expansão, em Portugal o seu estudo ainda é escasso e pouco sistemático entre nós (Simões & Sousa, 2008; Simões et al., 2010).

A *National Academy of Neuropsychology* considera que a avaliação do comportamento de simulação e exagero de sintomas não é opcional. Quando a sua mensuração é descurada a avaliação fica incompleta e constitui uma falha grave devendo por isso ser justificada pelo clínico (Bush et al., 2005; Iverson, 2006). Todas as avaliações neuropsicológicas devem incorporar testes especificamente concebidos para esta finalidade, pois os mesmos conferem maior rigor e legitimidade aos protocolos. Estas medidas têm-se tornado cada vez mais sofisticadas e eficazes a fim de distinguir respondentes honestos daqueles que deliberadamente fabricam ou exageram sintomatologia. Apesar disso, a sua deteção continua a ser difícil e a depender fortemente das características individuais (ver Bush et al., 2005; Gerald, Ponds, Peters, & Merckelbach, 2011; Greve & Bianchini, 2004; Heilbronner et al., 2009; Slick, Sherman, & Iverson, 1999). A maioria dos testes foca-se apenas num único domínio, sendo crítico predizer dentro de qual o sujeito vai fingir doença ou incapacidade (Wisdom, Callahan, & Shaw, 2010).

As linhas orientadoras especificamente desenvolvidas para a identificação dos estilos de resposta reforçam a necessidade de inclusão de mais do que um instrumento em cada domínio onde o problema de simulação e exagero de sintomas se manifesta (Kane, 2010). Isto porque apesar da conclusão diagnóstica não se basear unicamente no desempenho nos testes, estes são um elemento chave no processo de formulação diagnóstica (Iverson, 2006; Simões, 2005).

Na presente investigação serão utilizados dois instrumentos de rastreio de avaliação da simulação de perturbações mentais ou exagero de sintomas psicopatológicos: o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010) e a Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental 2 (EVS-VE; Simões, Nunes & Cunha, 2011; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015). Estes instrumentos pretendem fornecer informação sobre a necessidade (ou não) de submeter os sujeitos a uma avaliação mais exaustiva e compreensiva, assim como validar conclusões dos resultados nos testes e na avaliação neuropsicológica.

Neste sentido pretende-se estudar a validade do SIMS e demonstrar as suas potencialidades utilizando para tal outras medidas, designadamente o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a escala N do EPQ-R e a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC). Com a inclusão destas medidas no protocolo de investigação pretende-se analisar as relações entre respostas a instrumentos de medida de simulação e exagero de sintomas psicopatológicos e instrumentos de avaliação da psicopatologia e saúde mental, considerando ainda o impacto da desejabilidade social. Em Portugal, o SIMS tem sido objeto de investigação com recurso a diferentes amostras: normativas, clínicas e forenses, examinadas em contexto prisional e médico-legal. Os resultados obtidos têm evidenciado a sua utilidade potencial enquanto instrumento de avaliação, ainda que necessite de aperfeiçoamentos e de investigação mais conclusiva, antes de poder ser utilizado sem reservas nos protocolos de avaliação (Simões & Sousa, 2011; Simões, 2012). As dificuldades numa definição mais precisa dos pontos de corte a utilizar (que contrarie a amplitude elevada de valores sugeridos na literatura) e a possível relação com medidas de avaliação de sintomas psicopatológicos constituem aspectos problemáticos identificados na investigação já realizada.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Definição de Simulação

A concetualização e critérios de diagnóstico de simulação têm sido alvo de um progressivo desenvolvimento e constante aperfeiçoamento.

A definição de “simulação” proposta pelo DSM-5 (APA, 2014, p.870) refere que esta corresponde à “*produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos, falsos ou claramente exagerados, motivados por incentivos externos, como evitar a recruta, dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos*”. O DSM-5 (APA, 2014) considera a simulação como uma condição que pode ou deve ser foco de atenção clínica e não como uma perturbação mental, visto que, não representa um conjunto de sintomas ou traços duradouros, que é característico de uma perturbação mental. O comportamento de simulação é intencional, está relacionado com objetivos específicos e manifesta-se num contexto particular (Drob, Meehan, & Waxman, 2009; Rogers, 2008a).

A definição do DSM-5 tem subjacentes três princípios: (i) sintomas inventados ou exagerados, (ii) motivação ou intenção consciente para simular e (iii) a existência de incentivos externos.

Do ponto de vista forense, a motivação dos examinandos para simular está relacionada com os incentivos externos, sobretudo com os ganhos secundários (Bush et al., 2005). Estes representam poderosos motivadores na determinação do comportamento e podem minar a validade das informações, nomeadamente no âmbito civil, onde o examinando procura exacerbar a sintomatologia com o intuito de obter compensações e benefícios por incapacidade, e no âmbito penal, onde o examinado procura evitar a responsabilidade criminal e ver atenuada a sua condenação (Van Gorp & Hassenstab, 2009).

Todos estes fatores encontram-se intrinsecamente relacionados com o modo como as pessoas se apresentam para a avaliação (Heilbrun, 2001 citado em Jackson et al., 2005).

O constructo de “ganho secundário” é requisito necessário para a definição de simulação. Porém, deve ser limitado ao contexto em que a avaliação ocorre e não deve ser utilizado como sinónimo de tais comportamentos (Heilbronner et al., 2009). A literatura refere que nos casos em que o potencial ganho secundário está presente estes devem ser avaliados de forma mais precisa (Binder, Kelly, Villanueva, & Winslow, 2003).

No entanto, se a intenção dos indivíduos não for a de obter os “incentivos externos”, mas antes a de assumir o “papel de doente”, encontramos-nos na presença de uma perturbação factícia e não de simulação.

Dada a existência de características sobreponíveis entre simulação e perturbações factícias, é necessário que o perito esteja suficientemente atento de modo a ser capaz de efetuar o diagnóstico diferencial, uma vez que nem todos os sintomas falsos decorrem de simulação (Bass & Haligan, 2014).

A formulação do diagnóstico de simulação é um processo clínico que requer uma análise rigorosa e cuidada, baseada em critérios e indicadores objetivos que permitam estabelecer com algum grau de certeza a sua nosografia. Deve existir a combinação do juízo clínico com medidas empiricamente válidas e objectivas, como os testes especificamente desenvolvidos para a sua avaliação (Bass & Halligan, 2014; Bordini et al., 2002; Green, Rohling, Haley, & Allen, 2001; Heilbronner et al., 2009).

Vários autores advertem que a concetualização do comportamento de simulação deve seguir um *continuum* onde existem diferentes graus; a simulação não é sempre uma condição manifestamente presente ou ausente; existem variações, desde a produção total de sintomas ao exagero de sintomas reais experienciados (Bush et al., 2005; Conroy & Kwartner, 2006; Haines & Norris, 1995; Simões et al., 2010).

Resnick, West e Payne (2008) categorizam a simulação em três tipos: (i) *simulação pura*, que consiste na produção total de sintomas, (ii) *simulação parcial*, quando o sujeito tem sintomas, mas de forma consciente exacerba os mesmos e (iii) *falsa imputação*, quando o sujeito atribui os sintomas a uma causa etiologicamente não relacionada. Ferguson (2004, citado em Simões 2006) reconstitui esta divisão em quatro padrões: (i) *simulação total*; (ii) *exagero de sintomas*; (iii) *manutenção ou agravamento de sintomas*; (iv) *atribuição incorreta de sintomas*.

Estes padrões revelam-se fundamentais para os profissionais de saúde mental e da área jurídica, dado que apresentam muitas vezes uma visão simplista, considerando unicamente a “simulação pura” como a verdadeira simulação (Iverson, 2006). Contudo, a “simulação pura” constitui uma condição rara (Resnick, West, & Payne, 2008).

Com base nestes padrões podemos depreender que o comportamento de simulação e doença mental não são fenómenos mutuamente exclusivos. Assim, um diagnóstico positivo de simulação não exclui a presença de psicopatologia genuína, sendo que alguns simuladores encontram-se unicamente a exacerbar sintomas presentes (Rogers & Bender, 2003 citado em Conroy & Kwartner, 2006; Drob, Meehan, & Waxman, 2009; Haines & Norris, 1995). Os simuladores mais sofisticados são aqueles que já sofreram ou sofrem atualmente de alguns sintomas (Conroy & Kwartner, 2006).

A partir desta constatação é indispensável averiguar até que ponto certas medidas utilizadas são sensíveis à existência de psicopatologia genuína (Sullivan & King, 2010).

1.2. Diagnóstico de Simulação

Nos últimos anos, um crescente número de estudos tem tentado determinar qual é a incidência dos comportamentos de simulação. Contudo, é difícil obter dados precisos, pois, sujeitos que simulam de uma forma mais sofisticada dificultam a sua detecção e, por isso, não são contabilizados (Bender, 2008); além disso, os custos associados à avaliação dos estilos de resposta adotados pelos sujeitos são bastante elevados (Bordini et al., 2002; Rogers, Robinson, & Gillard, 2014). As taxas de comportamentos de simulação variam muito em magnitude e objetividade, registrando-se uma maior incidência destes comportamentos em contextos forenses e médico-legais do que em contextos clínicos (Rogers, Sewell, & Goldstein, 1994).

É estimado que tal seja verificado em 15% dos sujeitos avaliados (Rosenfeld, Sands, & Gorp, 2000). Em contexto forense, onde a questão do “ganho secundário” é mais proeminente, um levantamento junto de profissionais levou às seguintes estimativas de simulação: 29 % em casos de danos corporais, 30% em casos de incapacidade, 19% em casos criminais e 8% casos médicos (Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002). Larrabee (2003) no seu estudo encontrou uma taxa ligeiramente superior: 40%.

No contexto português ainda não existem estatísticas referentes aos casos de simulação identificados nas avaliações (neuro)psicológicas (Simões, 2012). Contudo, publicações internacionais dão conta da existência de elevadas percentagens em casos avaliados no âmbito civil e penal, o que justifica a necessidade de se avaliar de forma sistemática este comportamento. Considerando estas estimativas, a avaliação da simulação deve ser realizada de forma prudente e cautelosa em todas as avaliações (neuro)psicológicas forenses. Com efeito, antes de estabelecer um diagnóstico o clínico deve considerar outras condições e analisar todas as hipóteses possíveis que possam explicar tal comportamento (Iverson, 2006; Bordini et al., 2002).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a hipótese de simulação pode ser formulada quando se verifica uma das seguintes combinações: (i) apresentação em contexto médico-legal; (ii) discrepância acentuada entre sintomas reportados pelos sujeitos e os achados clínicos; (iii) falta de cooperação na avaliação e no tratamento prescrito; (iv) presença de uma personalidade antissocial.

Apesar de serem frequentemente citados e utilizados pelos profissionais, os critérios definidos pelo DSM-IV-TR (e DSM-5) são alvo de várias críticas, pois não proporcionam informação adequada acerca de como distinguir entre sintomatologia intencional e não intencional (Berry & Nelson, 2010; Simões, 2006). A aplicação dos referidos critérios é limitativa e conduz a uma taxa de erro de 80% (Rogers & Vitacco, 2002, citado em Vitacco, 2008), o que constitui uma margem de erro inaceitável em qualquer contexto mas, principalmente, nos contextos forenses e médico-legais (Vitacco, 2008). Um erro desta natureza pode afetar a credibilidade do relato

dos sujeitos, assim como podem ser-lhes negados tratamentos ou qualquer outro tipo de ajuda (Easton & Akehurst, 2011).

Estas limitações têm impellido profissionais e investigadores a fornecerem definições e critérios alternativos aos definidos pelo DSM a fim de suprir as deficiências existentes, assim como a auxiliar os profissionais que trabalham com indivíduos onde a presença de incentivos para simular e exagerar sintomas é substancial (Berry & Nelson, 2010; Slick et al., 1999). Porém, ainda existem autores que continuam a defender a nosologia do DSM (Berry & Nelson, 2010; Bordini et al., 2002).

Rogers (1990a, citado em Slick, Sherman, & Iverson, 1999) propôs um modelo alternativo ao delineado pelo DSM-IV para deteção de simulação de perturbações psiquiátricas. Este modelo compreende o recurso a múltiplas fontes de dados, que podem ser provenientes de diferentes domínios, como as medidas de autorrelato, os resultados nos testes e a observação comportamental. Utilizando um modelo análogo ao do DSM-IV, Rogers (1990a) especificou um número mínimo de critérios para cada domínio que são importantes para o estabelecimento do diagnóstico de simulação (sintomas raros, informações colaterais contraditórias e evidência de exagero ou fabricação de sintomas em testes padronizados).

Este modelo constitui um avanço significativo no esclarecimento da confusão existente quanto à operacionalização do conceito de simulação (Rogers, 1990a, citado em Slick, Sherman, & Iverson, 1999).

A análise do comportamento de simulação e exagero de sintomas é essencial, uma vez que a sua presença compromete a integridade das avaliações. Contudo, um diagnóstico falso de simulação pode ter consequências negativas substanciais para os sujeitos com derivações a nível pessoal, social e profissional (Bordini et al., 2002; Drob et al., 2009; Simões, 2005). Este diagnóstico corresponde a um dos juízos clínicos mais pejorativos sendo preferível optar por outras formulações quando não existe absoluta certeza; por exemplo, utilizando designações como “informação pouco fidedigna” (*unreliable information*) ou “representação inexata” (*inaccurate picture*) (Conroy & Kwartner, 2006). Mesmo estando correto, o diagnóstico de simulação pode ter consequências pessoais, sociais e psicológicas que a longo prazo ultrapassam a gravidade do comportamento (Tombaugh, 1996 citado em Simões, 2005).

Este tipo de avaliação deve alicerçar-se no uso de vários testes. Neste sentido, apesar dos testes comumente utilizados nos protocolos incluem escalas específicas que facultam informação relevante, são menos específicos e objetivos na identificação destes estilos de resposta. Por isso, devem ser obrigatoriamente complementarizados com recurso a Testes de Validade de Sintomas (TVS) (Kane, 2010; Simões, 2006; Simões et al., 2010). Os instrumentos criados para a avaliação da simulação procuram dar resposta ao problema de saber em que medida os sintomas exibidos pelos sujeitos são válidos, falsos ou exagerados e identificar ameaças à validade da informação obtida (Haines & Norris, 1995; Simões, 2006).

Face ao exposto, a avaliação da simulação deve incluir a combinação Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

de diferentes testes e metodologias para que se possa corroborar a informação obtida (Kane, 2010).

1.3. Exagero de Sintomas

O exagero de sintomas assenta na apresentação não credível de sintomas subjetivos, mas não é equivalente a simulação. Apesar de ser uma característica frequentemente reconhecida como essencial para tal, o exagero de sintomas pode ser a consequência de determinados estados emocionais ou simplesmente uma estratégia adotada pelos indivíduos para verem valorizadas as suas reais dificuldades por parte do (neuro)psicólogo (Heilbronner et al., 2009; Iverson, 2006; Simões, 2012). Neste sentido, as avaliações (neuro)psicológicas devem fazer uso de medidas que avaliem quer o constructo de exagero de sintomas, quer o constructo de esforço insuficiente, uma vez que ambos tendem a ser confundidos. Contudo são conceitos distintos, apesar de poderem, ou não, ocorrer em simultâneo sem que o sujeito se encontre a simular (Iverson, 2006).

1.4. Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS)

Um dos instrumentos disponíveis para o rastreio de padrões de simulação de sintomas psicopatológicos e neurológicos, numa variedade de cenários forenses e clínicos, é o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; versão portuguesa, Simões, 2010). O SIMS é uma medida de autorresposta, de administração fácil, num formato que pode facilitar um elevado índice de deteção e reduzir o número de indivíduos submetidos a uma avaliação mais exaustiva (Smith & Burger, 1997). É constituído por cinco subescalas, cada uma com 15 itens, com pontos de corte independentes, que foram projetadas para refletir condições clínicas que geralmente são objeto de simulação em contexto forense: *Psicose* (P; Psychosis) – escala que avalia o grau em que os sujeitos relatam sintomas bizarros e pouco usuais em populações psiquiátricas; *Défice Neurológico* (NI; Neurologic Impairment) – avalia o grau em que os sujeitos relatam sintomas neurológicos atípicos; *Perturbações Mnésicas* (AM; Amnestic Disorders) – avalia o grau em que os sujeitos apresentam sintomas de deterioração neurológica incompatíveis com quadros de verdadeiras lesões (amnésicas); *Capacidade Intelectual Reduzida* (LI; Low Intelligence) – avalia o grau em que os respondentes fabricam ou exageram défices intelectuais ao falhar questões de conhecimento geral; e *Perturbações Afetivas* (AF; Affective Disorders) – avalia o grau em que os sujeitos reportam sintomas depressivos e de ansiedade atípicos (Widows & Smith, 2005).

O SIMS dispõe de várias estratégias para detetar simulação, nomeadamente através da presença de sintomas bizarros, de queixas

improváveis e de respostas atípicas (Smith & Burger, 1997). Parte-se do pressuposto que os indivíduos que simulam não sabem como é que os sintomas genuínos se manifestam e, desta forma, endossam sintomas atípicos e bizarros que parecem estar de acordo com a condição que querem simular (Jelicic, Hessels, & Merckelbach, 2006).

Estudos realizados com o SIMS (Edens, Otto, & Dwyer, 1999; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005) revelaram índices elevados de sensibilidade e de especificidade, sugerindo que se trata de um instrumento promissor na diferenciação entre respondentes honestos e respondentes que apresentam comportamentos de simulação.

Smith e Burger (1997), num dos estudos iniciais de validação do SIMS, pediram a um grupo de estudantes para simular diferentes condições e compararam os seus desempenhos com um grupo de controlo. Utilizando um ponto de corte (PC) de 14 para a pontuação total, os autores obtiveram uma taxa de sensibilidade de 96% e uma taxa de especificidade de 88%. No entanto, para as subescalas os níveis apresentaram-se mais baixos, o que os levou a concluir que apenas a pontuação total seria um bom indicador de simulação. Assim, as subescalas revelaram não ser adequadas para a deteção de psicopatologia fingida, pois, apenas fornecem informação qualitativa sobre o tipo de sintomas que os indivíduos tentam simular, quando se verifica que a pontuação total excede o PC definido. Apesar dos resultados nos estudos iniciais de validação desta medida darem conta da sua utilidade como instrumento de rastreio é-lhe apontado como limitação a ausência de estudos com amostras clínicas reais (Smith, 2008).

Edens, Otto e Dwyer (1999) chegaram a uma conclusão similar à encontrada no estudo de Smith e Burger (1997). Novamente os resultados evidenciaram índices de sensibilidade e de especificidade elevados (96% e 91% respetivamente) para a pontuação total do SIMS, enquanto para as subescalas os índices permaneceram relativamente baixos. Este estudo revelou uma particularidade em relação à especificidade deste instrumento utilizando o PC >14 pontos, os indivíduos que apresentavam taxas elevadas de psicopatologia genuína, medida pelo *Symptom Checklist – 90 Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1975), sendo, por isso, erroneamente, classificados como sendo simuladores. Para fazer face a esta fragilidade psicométrica, os autores propuseram um PC mais elevado de forma a minimizar os falsos positivos. Embora o PC para a pontuação total diferencie de forma adequada respondentes honestos daqueles que simulam, não distingue simuladores daqueles que apresentam problemas psiquiátricos (Edens, Otto & Dwyer, 1999; Edens, Poythress, & Watkins-Clay, 2007).

Não existe consenso alargado relativamente ao PC a utilizar para o SIMS, o que constitui uma restrição à sua aplicação sobretudo em contextos forenses. Os PC desta prova variam entre > 13 pontos no estudo de Heinze e Purisch (2001); Smith e Burger (1997), Widows e Smith (2005) apontam para um ponto de corte de > 14 pontos; e Rogers, Hinds e Sewell (1996) sugerem um ponto de corte de > 16 pontos. Clegg, Fremouw e Mogge (2009) consideram que a utilização de um ponto de corte > 14 pontos ou >

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

16 pontos levaria a muitos falsos positivos e, por isso elevam o PC para 19 pontos. Mais recentemente, Wisdow, Callahan e Shaw (2010) ampliaram o PC para > 24 pontos para reduzir a incidência dos falsos positivos e permitir que pessoas que apresentam queixas legítimas em contexto médico-legal recebam tratamento adequado.

Na generalidade, os estudos com o SIMS debruçaram-se sobretudo sobre a sensibilidade, em detrimento da especificidade com o intuito de conduzir o seu propósito de investigação, não tendo sido desenvolvido nenhum PC para maximizar a especificidade em populações clínicas forenses (Wisdow et al., 2010). Nestas, o PC deve ser fixado num valor alto e rigoroso para minimizar os erros de classificação (Rogers, Robinson & Gillard, 2014).

O SIMS deve ser utilizado em complementaridade com outras medidas congêneres, designadamente a *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) para contrabalaçar as suas limitações (Smith, 2008; Edens et al., 2007).

1.5. Contexto médico-legal

É reconhecida a dificuldade e complexidade das tarefas de avaliação e diagnóstico de simulação e exagero de sintomas, sobretudo em contexto médico-legal onde uma percentagem significativa dos indivíduos tenta deturpar os seus desempenhos ou ocultar dados relativamente a si próprios. Estes comportamentos tornam a interpretação dos resultados crítica e comprometem o rigor da avaliação (ver Conroy & Kwartner, 2006; Oorsouw & Merckelbach, 2010; Rogers, Sewell, & Goldstein, 1994). Neste âmbito, atendendo à possibilidade de distorções uma avaliação precisa é essencial pois pode determinar a existência de ganhos pessoais, financeiros ou marcar o início do tratamento. Quando não é efetuada, pode causar o fornecimento de informações inexatas aos tribunais (Heinze & Purisch, 2001; Teichner & Wagner, 2004).

Em contexto médico-legal, os psicólogos encontram-se envolvidos em processos de natureza civil e penal. Nestes, existe uma forte preocupação com a possibilidade de simulação e/ou exagero de sintomas, pois pode constituir a forma dos sujeitos envolvidos obterem benefícios secundários. No âmbito civil, os acidentes de trabalho constituem o principal motivo da atividade de avaliação e, independentemente das causas e/ou das consequências, compreendem geralmente uma componente litigiosa originada pelo dano e/ou lesão corporal sofrida. Os problemas clínicos mais reportados são o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), o Síndrome de Pós-Concussão, a Exposição a Substâncias Tóxicas e a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT). No âmbito penal, o exame da responsabilidade criminal e da competência para ir a julgamento são das avaliações mais frequentemente requeridas (Simões & Sousa, 2008).

Contudo, nos últimos anos registou-se um aumento da solicitação dos psicólogos enquanto peritos nos casos que envolvem a Regulação

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

Responsabilidades Parentais (no âmbito civil). Neste tipo de processos os examinados apresentam uma forte tendência para negar ou minimizar sintomas e, desta forma, criar uma imagem social positiva de si (conceito de negação). Alguns autores (e.g., Hall & Poirier, 2001 citado em Cima et al., 2003) equiparam a negação à desejabilidade social, isto é, à tendência dos sujeitos para negarem limitações e dificuldades e fornecerem as respostas que consideram que são as mais desejadas e aceites pela sociedade, independentemente delas serem ou não verdadeiras (Ballard & Crino, 1988 citado em Scagliusi et al., 2004).

Decorrente deste tipo de avaliações, torna-se imperativo analisar em que medida os psicólogos estão capacitados para avaliar o verdadeiro comprometimento dos sujeitos, quando estão presentes incentivos de ordem externa (Christiansen & Vincent, 2012). Vários estudos indicam que sem recurso à avaliação formal, e sem formação específica, a apreciação dos psicólogos é limitada e imprecisa (Drob et al., 2009). Note-se que a identificação de um ou mais sintomas que se encontrem relacionados com o comportamento de simulação não pode ser tomada como evidência da sua ocorrência (Conroy & Kwartner, 2006).

Assim, os psicólogos que desempenham a sua atividade em contexto médico-legal devem estar conscientes da utilidade e das limitações dos métodos que empregam, quer por questões éticas, quer para maximizar a eficácia da sua intervenção neste contexto (Slick, Tan, Strauss, & Hultsch, 2004).

II – Objectivos

Considerando que nos contextos forenses, nomeadamente no contexto médico-legal, o exagero ou fabrico de sintomas é potencialmente superior ao encontrado noutros contextos clínicos, como pode ser aferido com base nas estatísticas relativas aos casos identificados (Larrabee, 2003; Mittenberg, Patton, Canyock, & Condit, 2002), torna-se necessário o seu estudo derivado à carência de instrumentos de avaliação psicológica e de estudos de validação em Portugal.

A presente investigação tem como objetivo contribuir para a validação de um instrumento de medida da simulação ou exagero de sintomas psicopatológicos em contexto médico-legal: o *Structured Inventory of the Malingered Symptomatology* (SIMS; Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010). Pretende-se examinar até que ponto as variáveis sociodemográficas (género, idade e habilitações) influenciam os resultados do SIMS numa amostra médico-legal e numa amostra da comunidade e verificar se existem diferenças significativas entre estes dois grupos.

Também se ambiciona estimar se existem diferenças nos resultados do SIMS em dois subgrupos examinados em contexto médico-legal: “Outras Avaliações” que compreendem avaliações complementares a outras especialidades da clínica forense, designadamente Psiquiatria (Perturbações

de *Stress* Pós Traumático) e Neurologia (Traumatismos Crânio Encefálicos), assim como avaliações requeridas pelo sistema de justiça (processos em fase de Inquérito) e as “Responsabilidades Parentais” que inclui processos de Alteração/Regulação das Responsabilidades Parentais e Processos de Promoção e Proteção. Relativamente às características psicométricas, estudar-se-á a precisão (consistência interna) e a validade interna (validade de constructo).

Nos estudos de validade concorrente com o SIMS, serão utilizados como critério de validação externo os resultados obtidos noutros instrumentos nomeadamente na Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental 2 (EVS-VE2) (medida igualmente em processo de validação), e que é um instrumento de rastreio de simulação de sintomas. Do protocolo de investigação fazem ainda parte o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa, Canavarro, 1999, 2007), a escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de Eysenck-Forma Revista (EPQ-R; versão portuguesa, Almiro & Simões, 2007, 2013) e a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Almiro, Simões & Sousa, 2014).

Neste sentido, serão apresentados dois estudos. O Estudo I consistirá na comparação de uma amostra recolhida na comunidade ($n = 101$) com uma amostra recolhida num contexto específico médico-legal ($n = 43$). Com base nas referidas amostras será avaliada a relação entre o SIMS (pontuações total e subescalas) e os outros instrumentos integrados no protocolo de avaliação. Para o efeito, são colocadas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: É expectável que o SIMS (resultado total e subescalas) apresente uma boa consistência interna;

H2: É esperado que a amostra médico-legal obtenha valores mais elevados no SIMS do que a amostra da comunidade;

H3: No âmbito do estudo da validade concorrente, é expectável a existência de uma forte associação (positiva) entre os resultados obtidos no SIMS e na EVS-VE2, medidas que medem constructos similares;

H4: É esperada uma relação positiva forte entre os resultados do SIMS e do BSI, pois, segundo a literatura existente, a presença de simulação não exclui a presença de sintomas genuínos (Conroy & Kwartner, 2006; Binder, 1990; Larrabee, 1990, citado em Simões, 2005);

H5: É esperada a presença de uma relação negativa entre o SIMS e a EDSC, pois avaliam estilos de resposta distintos.

O Estudo II incidirá na validação do SIMS em contexto médico-legal, numa amostra que contempla a heterogeneidade de avaliações que são requeridas ao Serviço de Clínica Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e de Ciências Forenses (INMLCF). Neste âmbito formulam-se as seguintes hipóteses:

H6: São esperadas diferenças significativas nos resultados (pontuações total e subescalas) do SIMS nos dois subgrupos, com as “Outras Avaliações” a registar valores mais elevados que o subgrupo “Responsabilidades Parentais”, pois, enquanto uns pretendem exacerbar

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

sintomas, devido aos ganhos secundários presentes, outros pretendem negar os mesmos;

H7: É expectável a existência de uma forte associação (positiva) entre os resultados no SIMS e no EVS-VE2 no subgrupo “Outras avaliações”;

H8: Esperam-se correlações positivas fortes entre o SIMS e o BSI no subgrupo “Outras Avaliações”;

H9: É expectável uma relação negativa entre o SIMS e o BSI no subgrupo “Responsabilidades Parentais”;

H10: Espera-se uma relação negativa entre o SIMS e a EDSC no subgrupo “Responsabilidades Parentais”.

III - Metodologia

3.1 Participantes

No presente estudo de validação do SIMS foram avaliadas duas amostras: uma amostra da comunidade e uma amostra examinada no Serviço de Clínica Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e de Ciências Forenses (INMLCF). A amostra da comunidade é constituída por 101 sujeitos da população geral e a amostra médico-legal é composta por 43 sujeitos envolvidos em processos de índole diversa. Todos os sujeitos que compõem a amostra médico-legal foram examinados no âmbito de perícias psicológicas requeridas ao INMLCF, onde a Psicologia intervém na vertente de avaliação. Neste quadro, é extensa a diversidade de situações em que os sujeitos são submetidos a uma avaliação psicológica, não havendo um padrão único nos pedidos efetuados. A amostra médico-legal foi dividida em dois subgrupos, especificamente um grupo de “*Responsabilidades Parentais*” (RP) ($n = 14$), e as “*Outras Avaliações*” (OA) ($n = 29$).

3.2 Instrumentos

Para a realização da presente investigação usou-se um protocolo constituído por seis instrumentos de autorrelato: o Questionário de dados sociodemográficos, o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010), a Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental 2 (EVS-VE2; Simões, Nunes & Cunha, 2011; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007), a escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma-Revista (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014) e a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Simões, Almiro & Sousa, 2014).

3.2.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário sociodemográfico tem como principal objetivo a caracterização das amostras. A informação recolhida foi a seguinte: data de nascimento, género, grau de escolaridade, situação ocupacional, nível socioeconómico, estado civil, perceção de ser ou não saudável, consultas prévias de Psicologia/Psiquiatria, algum familiar já ter frequentado consultas de alguma destas especialidades, qual o grau de parentesco e se, no momento da avaliação, se encontra a tomar algum tipo de medicação. Na amostra médico-legal também existiu registo do tipo de processo.

3.2.2 Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS)

O SIMS é um inventário com 75 itens, num formato de Verdadeiro/Falso (resposta dicotómica) desenvolvido como uma medida de triagem para avaliar múltiplos domínios de sintomatologia simulada, incluindo perturbações psiquiátricas e patologias neuro-cognitivas, que podem ocorrer em distintos cenários clínicos e forenses. O SIMS é constituído por cinco subescalas, cada uma das quais contempla 15 itens: Psicose (P), Défice Neurológico (NI), Perturbações Mnésicas (AM), Capacidade Intelectual Reduzida (LI) e Perturbações Afectivas (AF). Neste inventário todos os itens são dicotómicos (1 ponto ou 0 pontos), sendo alguns itens cotados em sentido inverso. Num item direto se o sujeito responder verdadeiro o item é cotado com 1 ponto; se o sujeito responder falso, o item é cotado com 0 pontos; ao invés, nos itens invertidos se o sujeito assinalar verdadeiro, o item é cotado com 0 pontos, se o sujeito assinalar falso, o item é cotado com 1 ponto. A pontuação mínima é 0 pontos e a pontuação máxima possível de obter é 75 pontos. O SIMS demora aproximadamente 10-15 minutos a ser preenchido. Uma pontuação total superior a 14 pontos indica a necessidade de se efetuar uma avaliação mais compreensiva a fim de verificar a presença de simulação (Widows & Smith, 2005).

3.2.3 Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental 2 (EVS-VE2)

A EVS-VE foi criada para avaliar sintomas psicopatológicos, neuro-cognitivos e somáticos e tornar mais rigorosa a avaliação dos comportamentos de simulação e exagero de sintomas, estilos de resposta, que comprometem a validade da avaliação (neuro)psicológica efetuada em contexto forense. Para além disso, pretende constituir uma alternativa ou complemento útil a outros instrumentos de referência com estudos efetuados na população portuguesa, como o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Maior, 2008; Mota, 2007; Oliveira, 2008; Simões, 2010) e a *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby & Dickens, 1992; Amaral, 2007; Mota, 2007) (citado em Domingues, 2012; Nunes, 2011).

A EVS-VE é um instrumento de autorresposta composto por 81 itens, num formato de resposta dicotómica Verdadeiro/Falso. Pode ser aplicado em contexto clínico e forense. O tempo de administração é de aproximadamente 15 minutos e destina-se a adultos com idade igual ou superior a 18 anos. A pontuação mínima é 0 pontos e a pontuação máxima possível de obter é 81 pontos. Apesar dos estudos realizados com esta medida darem a conhecer as suas potencialidades enquanto instrumento também foram detetados limites à sua aplicabilidade, derivado à dificuldade de resposta a alguns dos itens, sendo sugerida a sua mudança ou aperfeiçoamento. Relativamente à consistência interna existem dimensões que apresentam problemas nomeadamente os Sintomas Somáticos (SS) e os Itens Indiferenciados (II) que revelam valores considerados inadmissíveis (Nunes, 2011). Para além do enunciado, foi também proposta uma correta definição dos critérios de cotação, pois, os itens da EVS-VE são sempre cotados na mesma direção, o que para alguns deles a cotação é inapropriada. Na presente investigação, e tomando em consideração os limites apontados à escala procedeu-se a uma análise compreensiva dos itens, tendo sido neste processo eliminados 31 itens, uma vez que havia itens que não se enquadravam nos comportamentos de simulação e outros, estariam a medir estilos de resposta de desejabilidade social. Os critérios de cotação também sofreram alteração, passando a escala a ter itens cotados em sentido direto e em sentido invertido. Num item cotado em sentido direto se o sujeito responder verdadeiro o item é cotado com 1 ponto; se o sujeito responder falso, o item é cotado com 0 pontos, ao invés, num item invertido se o sujeito assinalar verdadeiro, o item é cotado com 0 pontos, se o sujeito assinalar falso, o item é cotado com 1 ponto. A pontuação mínima é 0 pontos e a pontuação máxima possível de obter é 50 pontos.

A EVS-VE2, designa a atual escala que é constituída por 50 itens, distribuídos por quatro dimensões (não existe uma distribuição equitativa dos itens pelas dimensões): *Psicose (P)*, *Perturbações Emocionais (PE)* e *Perturbações Cognitivas (PC)*, e *Sintomas Somáticos (SS)*; a dimensão *Itens Indiferenciados (II)* foi eliminada.

3.2.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI é um instrumento que permite avaliar a presença de sintomas psicopatológicos ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, característico das perturbações psiquiátricas.

Os sintomas psicopatológicos são avaliados em 9 dimensões: *Somatização*, *Obsessões-compulsões*, *Sensibilidade interpessoal*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade fóbica*, *Ideação paranóide*, *Psicoticismo* e três índices globais que permitem uma avaliação sumária das perturbações emocionais. Os índices que o compõem são: *Índice Geral de Sintomas (IGS)* que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados, o *Índice de Sintomas Positivos (ISP)* que oferece a

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

média da intensidade dos sintomas assinalados e o *Total de Sintomas Positivos (TSP)* que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. A análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais perturba o indivíduo. É um instrumento de autorresposta, composto por 53 itens num formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de (0-nunca) a (4-muitíssimas vezes). Em circunstâncias normais demora aproximadamente 8-10 minutos a ser respondido (Canavarro, 2007).

Os resultados obtidos podem ser usados como ponto de partida para a exploração do caso, mas não utilizados como meio exclusivo para a formulação de um diagnóstico (Canavarro, 2007).

O BSI apresenta boas características psicométricas, nomeadamente níveis de consistência interna (*alfa de Cronbach*) com coeficientes que oscilam entre $.71 < \alpha < .85$ para as suas dimensões, apesar de as dimensões de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo apresentarem valores ligeiramente mais baixos. Relativamente à validade discriminante, o BSI possui capacidade para distinguir indivíduos perturbados emocionalmente daqueles que não apresentam perturbações emocionais, também apresenta uma adequada estabilidade temporal (Canavarro, 2007).

3.2.5 Escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R)

A escala N é composta por 23 itens, de autorresposta, num formato dicotómico (Sim/Não). Pode ser aplicada à população em geral, clínica e forense (a partir dos 16 anos de idade); a sua aplicação tem uma duração de 5 minutos. Na escala N todos os itens são cotados de forma direta; a resposta “*Sim*” é cotada com 1 ponto e a resposta “*Não*” é cotada com 0 pontos.

A dimensão N avalia num *continuum*, a personalidade neurótica – que integra os traços de emotividade, ansiedade, depressão, hiperpreocupação, irritabilidade fácil, sentimentos de culpa, baixa auto-estima – e a personalidade estável – caracterizada por traços de serenidade, boa disposição e controlo.

Um indivíduo com personalidade neurótica (elevado N) é ansioso, preocupado, temperamental e, com frequência, deprimido. É manifestamente emotivo, sendo que, pequenos estímulos despoletam fortes reações emocionais, existindo dificuldade em regressar ao estado normal após uma experiência traumática. Tais reações interferem com a possibilidade de um ajustamento eficaz. Um indivíduo com personalidade estável (baixo N), pelo contrário, tende a responder emocionalmente com lentidão e pouca intensidade e a regressar ao estado de partida rapidamente, após uma perturbação emocional, é normalmente calmo, equilibrado, controlado e despreocupado.

Sujeitos com um elevado N podem não sofrer de nenhuma perturbação emocional e encontrarem-se perfeitamente adaptados nas suas

esferas de vida. O neuroticismo é concebido como uma dimensão da personalidade, que na forma extrema reflete a propensão dos sujeitos para o desenvolvimento de perturbações neuróticas (Almiro, 2013).

3.2.6 Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC)

A EDSC é um instrumento de autorrelato que avalia a desejabilidade social que consiste na tendência dos indivíduos para se apresentar de forma favorável em relação às normas e aos costumes, envolvendo quer a negação de características negativas quer a atribuição de características positivas (Carsky, Selzer, Terkelson & Hurt, 1991, citado em Rogers, 2008). Foi no sentido de colmatar esta possibilidade que foram criadas ferramentas para a sua avaliação (Uziel, 2014). Esta escala é composta por 22 itens aos quais os sujeitos devem responder *Sim* ou *Não* (resposta dicotómica) a uma série de questões que remetem para as atitudes pessoais que caracterizam a maneira de ser de cada sujeito. Este instrumento contém normas provisórias para as variáveis género e idade (Almiro et al., 2014).

3.3 Procedimento

O protocolo acima descrito foi aplicado a pessoas da comunidade em geral que se mostraram disponíveis para o seu preenchimento. Na recolha da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ter mais de 18 anos; b) ter pelo menos o nível básico de escolaridade; c) possuir nacionalidade portuguesa; d) ter como língua materna o português; e) não ser portador de qualquer tipo de deficiência; f) não estar envolvido em qualquer processo judicial.

Para inclusão na amostra médico-legal foram estabelecidos os seguintes critérios: a) ter mais de 18 anos; b) ter pelo menos o nível básico de escolaridade; c) ser de nacionalidade portuguesa; d) ter como língua materna o português; e) ter sido submetido a uma avaliação no Serviço de Clínica Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), Delegação Centro.

Os sujeitos foram elucidados sobre a finalidade da investigação e foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados pessoais recolhidos. No que concerne ao tempo despendido para o preenchimento do protocolo este demorou aproximadamente trinta minutos, tendo sido aplicado individualmente.

As análises estatísticas foram efetuadas com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22) Nas análises efetuadas, foram utilizados testes paramétricos e testes não paramétricos. Foram determinadas médias e desvios-padrão. Para o cálculo das diferenças entre as médias nos resultados do SIMS no Estudo I foi utilizado o *Test t* para amostras independentes, e utilizada a ANOVA *one way* para avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas (género, idade e escolaridade) nos

resultados do SIMS. As matrizes de correlações foram calculadas através dos coeficientes de Pearson (r) e Spearman (ρ). Por fim, para o estudo das diferenças dos grupos médico-legais considerados (Estudo II) foi utilizado o teste *U de Mann Whitney* (para amostras independentes).

IV – Resultados

Na Tabela 1, encontram-se os dados demográficos (frequência e percentagem) relativos à caracterização dos 101 sujeitos que compõem a amostra da comunidade (amostra C), que é constituída por 40 sujeitos (39.6%) do sexo masculino e 61 sujeitos (60.4%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 18 e 60 anos ($M=31.40$; $DP=12.01$). Em termos de nível de escolaridade a amostra é composta por 5 sujeitos com o 1º ciclo (5.0%), 7 sujeitos com o 2º ciclo (6.9%), 16 sujeitos com o 3º ciclo (15.8), 52 sujeitos com o secundário (51.5%) e 21 sujeitos com o ensino superior (20.8%). No que respeita ao nível socioeconómico, 35 sujeitos pertencem ao nível baixo (34.7%) e 66 sujeitos ao nível médio (65.3%).

Tabela 1. Caracterização da amostra da comunidade

	Frequência	Percentagem %
Género		
Masculino	40	39.6 %
Feminino	61	60.4%
Idades		
18 – 30	57	56.4 %
31 – 40	19	18.8 %
41 – 50	16	15.8 %
51 – 60	9	8.9 %
Habilitações		
1º Ciclo	5	5.0 %
2º Ciclo	7	6.9 %
3º Ciclo	16	15.8 %
Secundário	52	51.5 %
Ensino Superior	21	20.8 %
Nível Socioeconómico		
Baixo	35	34.7 %
Médio	66	65.3%
Alto	0	0 %

Na Tabela 2 são apresentados os dados demográficos (frequência e percentagem) relativos à caracterização dos sujeitos que compõem a amostra médico-legal (amostra ML), que é constituída por 25 sujeitos, (58.1%) do sexo masculino e 18 sujeitos (41.9%) do sexo feminino, com idades

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

compreendidas entre os 18 e os 70 anos ($M=43.07$; $DP=10.72$). Em termos de nível de escolaridade a amostra é composta por 6 sujeitos com o 1º ciclo (14.0%), 11 sujeitos com o 2º ciclo (25.6%), 10 sujeitos com o 3º ciclo (23.3%), 10 sujeitos com o secundário (23.3%) e 6 sujeitos com o ensino superior (14.0%). No que se refere ao nível socioeconómico, 10 sujeitos pertencem ao nível baixo (23.3%), 32 sujeitos ao nível médio (74.4%) e 1 sujeito ao nível alto (2.3%).

Tabela 2. Caracterização da Amostra Médico – Legal (INMLCF)

	Frequência	Percentagem %
Género		
Masculino	25	58.1 %
Feminino	18	41.9 %
	Frequência	Percentagem %
18 – 30	4	9.3 %
31 – 40	16	37.2 %
41 – 50	15	34.9 %
51 – 60	5	11.6 %
61 – 70	3	7.0 %
	Frequência	Percentagem %
Habilitações		
1º Ciclo	6	14.0 %
2º Ciclo	11	25.6 %
3º Ciclo	10	23.3 %
Secundário	10	23.3 %
Ensino Superior	6	14.0 %
	Frequência	Percentagem %
Nível Socioeconómico		
Baixo	10	23.3 %
Médio	32	74.4 %
Alto	1	2.3 %

4.1 Estudo I: Comparação da amostra da comunidade com a amostra médico-legal

Neste primeiro estudo, serão apresentados os resultados do SIMS relativos à sua consistência interna (precisão) e validade interna (validade de constructo), assim como as diferenças observadas nas duas amostras em estudo. Serão também apresentadas as relações do SIMS com os outros instrumentos de avaliação (EVS-VE2; BSI; EDSC; Escala N do EPQ-R).

No processo de administração do SIMS foram identificadas dificuldades na compreensão de alguns itens, nomeadamente por parte de pessoas com um nível de escolaridade reduzido. Os itens mais problemáticos foram: o item 13 “*Não há nada que possa fazer, para além de tomar medicação que tenha efeito nas vozes que ouço*”, o item 50 “*Tenho dificuldade em reconhecer palavras escritas ou faladas*” e o item 74 “*Recentemente*”

descobri que, sofro de dores de cabeça e vertigens imediatamente antes de esquecer alguma coisa”.

4.1.1 Análises descritivas do SIMS

Na Tabela 3, encontram-se as pontuações médias obtidas no SIMS (incluindo as pontuações mínimas e máximas) e os respetivos desvios-padrão para a amostra da comunidade (amostra C) e para a amostra médico-legal (amostra ML).

Na amostra C, a média dos resultados (pontuação total) é 6.96 ($DP=5.06$). No que concerne às pontuações, os valores oscilam entre 1 ponto (pontuação mínima) e 29 pontos (pontuação superior). Por seu turno, na amostra ML a média dos resultados é 18.12 ($DP=16.20$), com uma pontuação mínima de 0 pontos e uma pontuação superior de 56 pontos. Em ambas as amostras, a dimensão AF é a que apresenta pontuação média mais elevada, média de 3.48 ($DP = 2.00$) para a amostra C e média de 5.21 ($DP = 3.5$) para a amostra ML.

Relativamente à dimensão que apresenta pontuação média mais baixa nas duas amostras em estudo é a dimensão P com uma média de 0.45 ($DP=0.943$), para a amostra C e uma média de 2.00 ($DP=3.21$) para a amostra ML.

Tabela 3. Análises descritivas do SIMS (amostra comunidade e médico-legal)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>MIN</i>	<i>MÁX.</i>	<i>Nº Itens</i>
SIMS T (C)	6.96	5.06	1	29	75
SIMS T(ML)	18.12	16.20	0	56	
NI (C)	1.07	1.53	0	8	15
NI (ML)	4.72	4.65	0	14	
AF (C)	3.48	2.00	0	11	15
AF (ML)	5.21	3.54	0	12	
P (C)	0.45	.943	0	5	15
P (ML)	2.00	3.21	0	13	
LI (C)	1.04	1.33	0	6	15
LI (ML)	2.58	2.49	0	13	
AM (C)	0.93	1.35	0	10	15
AM (ML)	3.60	4.61	0	14	

Nota: C (comunidade) (n = 101); ML (médico-legal) (n = 43); SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

Para analisar se as variáveis sociodemográficas (género, idade e habilitações) influenciam os resultados do SIMS recorreu-se à análise estatística da ANOVA *One Way*. Na amostra ML não foram encontradas influências destas variáveis nos resultados, contudo o mesmo não se sucedeu com a amostra C em que se regista o impacto destas variáveis em duas

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

subescalas, nomeadamente AF [$F(1) = 13.611$; $p = .000$] ao nível da variável género, com as mulheres a exibirem valores superiores, e na subescala AM [$F(4) = 2.822$; $p = .031$], ao nível das habilitações, sendo as pontuações mais elevadas alcançadas pelos indivíduos com o segundo ciclo.

4.1.1 Consistência Interna

A precisão do SIMS, foi calculada através do índice de consistência interna, *Alfa de Cronbach*, para a pontuação total e respetivas subescalas. Neste sentido, e conforme consta na Tabela 4, o SIMS, tal como é desejável, possui uma boa consistência interna, apresentando valores dos coeficientes alfa adequados (todos os índices são superiores a .70 e cumprem o critério de DeVellis¹, 1991).

De acordo com o critério DeVellis (1991), o coeficiente alfa para o SIMS total na amostra C (.721) é respeitável, assim como para todas as subescalas (coeficientes que oscilam entre .710 e .771). Relativamente à amostra ML, o coeficiente alfa para o SIMS total é muito bom (.907), sendo superior ao encontrado na versão original da prova (.88) (Widows & Smith, 2005). Para as subescalas os valores encontrados são igualmente muito bons para a subescala P e LI e respeitáveis para as restantes subescalas (todos os índices são superiores a .70 e cumprem o critério de DeVellis, 1991). Por sua vez, os valores de consistência interna para as subescalas da amostra ML são inferiores aos observados na versão original.

Tabela 4. Análise da Consistência Interna do SIMS (amostra comunidade e médico-legal)

	Nº de Itens	α de Cronbach versão original	α de Cronbach Comunidade	α de Cronbach Médico-legal
SIMS T	75	.88	.721	.907
NI	15	.83	.719	.748
AF	15	.86	.710	.787
P	15	.82	.757	.800
LI	15	.85	.771	.810
AM	15	.83	.737	.755

Nota: SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

¹ DeVellis (1991) considera que o valor alfa de Cronbach é “inaceitável” se for inferior a .60; “indesejável” quando se situa entre .60 e .65; “minimamente aceitável” entre .65 e .70; “respeitável” entre .70 e .80; “muito bom” entre .80 e .90 (valores de *alfa de Cronbach* superiores a .90, podem ser indicativos de uma homogeneidade “exagerada” dos itens do instrumento).

4.1.3 Validade interna (validade de constructo) do SIMS (comunidade e médico-legal)

Como se pode verificar na Tabela 5, as correlações entre as subescalas e o total do SIMS são elevadas e positivas. Considerando os critérios definidos por Mâroco² (2011), as magnitudes das correlações apresentam-se muito fortes para as subescalas NI ($r = .790$) e AF ($r = .774$) e fortes para as subescalas P ($r = .687$), LI ($r = .507$) e AM ($r = .725$).

Tabela 5. Inter-correlações entre a pontuação total e subescalas do SIMS (amostra comunidade)

	NI	AF	P	LI	AM
SIMS T	.790**	.774**	.687**	.507**	.725**
NI	-	.429**	.484**	.265**	.592**
AF	-	-	.469**	.219*	.386**
P	-	-	-	.186	.448**
LI	-	-	-	-	.163
AM	-	-	-	-	-

Nota:* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

Na Tabela 5, verifica-se que na generalidade as subescalas do SIMS se correlacionam de modo positivo ($p < .01$), com correlações fortes (.592) e correlações moderadas com coeficientes que oscilam entre .265 e .484. Os restantes coeficientes são fracos.

Na amostra médico-legal, as correlações entre as subescalas do SIMS e o total, Tabela 6, são elevadas e positivas. Examinando os resultados e com base nos critérios definidos por Marôco (2011), verifica-se que o resultado total do SIMS está positivamente correlacionado com todas as subescalas ($p < .01$). A magnitude das correlações é muito forte para todas as subescalas NI ($r = .971$; $p < .01$), AF ($r = .842$; $p < .01$), P ($r = .765$; $p < .01$), LI ($r = .769$; $p < .01$) e AM ($r = .938$; $p < .01$), o que constitui uma evidência da validade interna do SIMS (validade de constructo).

² Segundo a classificação de Mâroco (2011) as correlações são fracas quando o valor absoluto de r é inferior a 0.25, são moderadas quando os valores de r se situam entre 0.25 e 0.50, são fortes quando os valores se encontram entre 0.50 e 0.75 e são muito fortes quando os valores são superiores a 0.75.

Tabela 6. Inter-correlações entre a pontuação total e subescalas do SIMS (amostra médico-legal)

	NI	AF	P	LI	AM
SIMS T	.971**	.842**	.765**	.769**	.938**
NI	-	.798**	.682**	.744**	.913**
AF	-	-	.465**	.496**	.790**
P	-	-	-	.593**	.624**
LI	-	-	-	-	.615**
AM	-	-	-	-	-

Nota:*p <0.05; **p <0.01

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

No que respeita às subescalas do SIMS, todas as correlações são significativas ao nível $p < .01$, com magnitude de correlações muito fortes com coeficientes que oscilam entre .790 e .913, correlações fortes com coeficientes que variam entre .593 e .744 e correlações moderadas com coeficientes que oscilam entre .465 e .496.

Tabela 7. Valores do Teste *t* Student obtidos para as diferenças nos resultados do SIMS na amostra médico-legal e da comunidade

	<i>t</i>	Df	Sig.	Diferença de médias	Erro padrão de medida	Intervalo de confiança de 95%	
						Inferior	Superior
SIMS T	-4.426	45.530	.000	-11.156	2.521	-16.231	-6.081
NI	-5.033	45.925	.000	-3.652	.725	-5.112	-2.191
AF	-3.011	53.791	.004	-1.734	.576	-2.889	.579
P	-3.121	45.124	.003	-1.554	.498	-2.557	.551
LI	-3.835	52.431	.000	-1.542	.402	-2.348	-.735
AM	-3.732	45.096	.001	-2.674	.716	-4.117	-1.231

Nota:SIMS T (pontuação total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

Através da aplicação do teste *T* (Tabela 7), verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p < .001$) entre as pontuações médias da amostra C e da amostra ML. Com efeito a amostra ML obteve pontuações médias superiores à amostra C no SIMS Total, com médias de 18.12 ($DP=16.20$) e 6.96 ($DP=5.06$), respetivamente [$t(45.530) = -4.426$; $p < .001$; $d=0.93$]. Diferença de grande magnitude como mostra o d de Cohen³.

Resultados similares foram encontrados para cada uma das subescalas. A subescala que apresenta uma diferença maior é a subescala NI [$t(45.925) = -5.033$; $p < .000$; $d = 1.03$], seguida da subescala AM [$t(45.096) = -3.732$; $p < .001$; $d = 0.79$], AF [$t(53.791) = -3.011$; $p < .004$; $d = 0.60$], P [$t(45.124) = -$

³ Segundo a classificação de Cohen (1988). A mesma classificação será utilizada para interpretar todos os efeitos de magnitude ao longo da presente investigação.

3.121; $p < .003$; $d = .0.66$] e subescala LI [$t(52.431) = -3.835$; $p < .000$; $d = .0.77$]. O efeito de magnitude é grande para a subescala NI e médio para as restantes subescalas (AM, AF, P e LI).

4.1.4 Relação entre pontuações no SIMS (total e subescalas) e na EVS-VE2 (total e dimensões)

A partir da observação da Tabela 8 constata-se que todas as dimensões da EVS-VE2 se correlacionam de forma significativa com o SIMS (total e subescalas) ($p < .01$), na amostra C com exceção da subescala SS. A magnitude de correlação mais elevada encontra-se entre os resultados totais destas duas provas de rastreio de simulação, que apresentam uma associação positiva muito forte ($r = .754$; $p < .01$). Entre o resultado total do SIMS e as dimensões PE ($r = .578$), P ($r = .638$), e PC ($r = .571$) da EVS-VE2 são observadas correlações fortes. Quanto ao resultado total da EVS-VE2 este, apresenta correlações fortes com as subescalas NI ($r = .553$); AF ($r = .569$); P ($r = .683$) e AM ($r = .684$) do SIMS. Relativamente à relação entre as subescalas do SIMS e da EVS-VE2 todas se correlacionam positivamente: coeficientes de correlação fortes a oscilarem entre .559 e .602 e coeficientes de correlação moderados a oscilarem entre .360 e .489. As restantes correlações não foram significativas.

Tabela 8. Correlação entre os resultados do SIMS e da EVS-VE (amostra da comunidade)

	EVS-VE2 T	PE	P	PC	SS
SIMS T	.754**	.578**	.638**	.571**	.020
NI	.553**	.447**	.489**	.400**	-.071
AF	.569**	.460**	.468**	.380**	.074
P	.683**	.559**	.602**	.360**	.118
LI	.197*	.098	.106	.384**	-.075
AM	.684**	.489**	.616**	.495**	.035

* $p < .05$; ** $p < .01$

Nota: SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); EVS-VE2 T (EVS Total); PE (Perturbações Emocionais); P (Psicose); PC (Perturbações Cognitivas); SS (Sintomas Somáticos).

Analisando a Tabela 9, referente à amostra ML verifica-se que todas as dimensões da EVS-VE2 (total e subescalas) se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa com o SIMS (total e subescalas) ($p < .01$). A magnitude de correlação mais elevada encontra-se entre os resultados totais das duas provas, que apresentam uma magnitude de correlação muito forte ($r = .930$; $p < .01$). Entre o resultado total do SIMS e as dimensões PE ($r = .847$), P ($r = .871$) e PC ($r = .852$) da EVS-VE2 são observadas correlações muito fortes. Quanto ao resultado total da EVS-VE2 este, apresenta correlações muito fortes com as subescalas NI ($r = .922$), AF

($r = .786$) e AM ($r = .843$) e correlações fortes com as subescalas P ($r = .736$) e LI ($r = .698$) do SIMS. Relativamente à relação entre as subescalas do SIMS e da EVS-VE2 de modo geral todas se correlacionam positivamente (excepto a dimensão SS da EVS-VE2): coeficientes de correlação muito fortes a oscilarem entre .755 e .863 e coeficientes de correlação fortes a oscilarem entre .537 e .727. Os restantes coeficientes não foram significativos.

Estes resultados vão ao encontro aos encontrados em estudos anteriores com a versão original da escala EVS-VE (ver anexo 1) (Cunha, 2011; Domingues, 2012; Nunes, 2011).

Tabela 9. Correlação entre os resultados do SIMS e da EVS-VE2 (amostra médico-legal)

	EVS-T	PE	P	PC	SS
SIMS T	.930**	.847**	.871**	.852**	.133
NI	.922**	.854**	.863**	.824**	.133
AF	.786**	.817**	.654**	.718**	.196
P	.736**	.577**	.773**	.658**	.000
LI	.698**	.537**	.727**	.662**	-.031
AM	.843**	.792**	.755**	.793**	.201

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); EVS-T (EVS Total); PE (Perturbações Emocionais); P (Psicose); PC (Perturbações Cognitivas); SS (Sintomas Somáticos).

4.1.5 Relações entre pontuações no SIMS e no BSI

Antes de se proceder ao estudo das correlações entre o SIMS e o BSI, efetuou-se uma análise das pontuações obtidas no BSI. No estudo de validação do BSI (Canavarro, 2007), a amostra de referência (amostra da comunidade) apresenta para o IGS uma média de 0.835 ($DP = 0.480$), para o TSP uma média de 26.993 ($DP = 11.724$) e para o ISP uma média de 1.561 ($DP = 0.385$). Os resultados observados na amostra da comunidade que participou no presente estudo (IGS: $M = 0.560$; $DP = 0.427$; TSP: $M = 20.911$; $DP = 13.479$; ISP: $M = 1.341$; $DP = 0.285$) sugerem a ausência de psicopatologia, situando-se os valores médios abaixo dos identificados no grupo normativo.

O ponto de corte do ISP (1.70) permite distinguir sujeitos com e sem perturbações emocionais (ver Canavarro, 2007). Nesta amostra, a amplitude do ISP varia entre 1.056 e 1.626. Tais valores são inferiores ao ponto de corte de 1.70, o que indica que em termos médios esta amostra provavelmente não sofre de perturbações emocionais e que os sintomas por eles experienciados são de intensidade normal.

Na análise das correlações entre o SIMS e o BSI (dimensões e os Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

três índices globais), na amostra C (Tabela 10), os coeficientes são significativos ($p < .01$). As correlações entre o total do SIMS com os três índices do BSI são positivas e significativas TSP (.460) (moderada); ISP (.591) e IGS (.604) (fortes). O resultado total do SIMS apresenta correlações com o BSI de magnitude forte nas dimensões *Somatização* (.586), *Obsessões - Compulsões* (.525), *Depressão* (.547) e *Psicoticismo* (.582) e de magnitude moderada com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal* (.445), *Ansiedade* (.493), *Hostilidade* (.446); *Ansiedade Fóbica* (.438), e *Ideação Paranóide* (.419).

Tabela 10. Correlação entre os resultados no SIMS e o BSI (amostra da comunidade)

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	TSP	ISP	IGS
T	.586**	.525**	.445**	.547**	.493**	.446**	.438**	.419**	.582**	.460**	.591**	.604**
NI	.489**	.346**	.289**	.364**	.348**	.297**	.346**	.280**	.454**	.312**	.500**	.427**
AF	.502**	.464**	.483**	.607**	.542**	.390**	.448**	.434**	.547**	.465**	.561**	.593**
P	.438**	.391**	.360**	.439**	.429**	.372**	.335**	.323**	.475**	.359**	.481**	.583**
LI	.045	.042	.091	.097	.012	.210*	-.030	.101	.169	.017	.154	.103
AM	.544**	.570**	.281**	.336**	.335**	.289**	.380**	.283**	.356**	.412**	.318**	.461**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranóide); P (Psicoticismo); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice de Sintomas Positivos); IGS (Índice Geral de Sintomas).

Entre as subescalas do SIMS e do BSI são observadas correlações estatisticamente significativas ($p < .01$) com coeficientes de correlação fortes a oscilarem entre .502 e .607 e coeficientes de correlação moderados a oscilarem entre .280 e .489.

Na amostra ML, no BSI, o valor médio do IGS ($M = 1.05$; $DP = 0.876$) situa-se acima da média esperada para o grupo normativo, apesar disso, encontra-se ainda dentro do padrão normativo (o valor não excede 1 DP); o mesmo se verifica em relação ao TSP, cujo valor médio é 27.01 ($DP = 16.185$). Por sua vez, o ISP obtido nesta amostra – 1.80 ($DP = 0.639$) – é superior ao ponto de corte considerado (1.70), o que indica a presença provável de perturbações emocionais com elevada intensidade.

Na análise das correlações entre o SIMS e o BSI (dimensões e os três índices globais) na amostra ML (Tabela 11), os coeficientes são significativos ($p < .01$). As correlações entre o SIMS total com os três índices do BSI são positivas e significativas com magnitude muito forte para o TSP e para o IGS e magnitude forte para o ISP. Relativamente às correlações entre o resultado total do SIMS com o BSI este, apresenta correlações de magnitude muito forte nas dimensões *Somatização* (.788), *Obsessões – Compulsões* (.798), *Depressão* (.775) e *Ansiedade* (.783), de magnitude forte com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal* (.714), *Hostilidade* (.685),

Ansiedade Fóbica (.663) e *Psicoticismo* (.712) e correlações moderadas com a *Ideação Paranóide* (.489). Entre as subescalas do SIMS e do BSI são observadas correlações estatisticamente significativas ($p < .01$) com coeficientes de correlação muito elevados a oscilarem entre .756 e .834, coeficientes de correlação fortes a oscilarem entre .502 e .748 e coeficientes de correlação moderados a oscilarem entre .252 e .497.

Tabela 11. Correlação entre os resultados no SIMS e o BSI (amostra médico-legal)

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	TSP	ISP	IGS
T	.788**	.798**	.714**	.775**	.783**	.685**	.663**	.489**	.712**	.780**	.683**	.810**
NI	.834**	.815**	.747**	.758**	.799**	.727**	.684**	.438**	.689**	.794**	.672**	.822**
AF	.739**	.812**	.666**	.818**	.796**	.719**	.571**	.618**	.756**	.787**	.728**	.818**
P	.523**	.410**	.497**	.512**	.532**	.338**	.547**	.265	.540**	.528**	.422**	.533**
LI	.502**	.480**	.402**	.413**	.473**	.435**	.370*	.252	.411**	.529**	.332*	.470**
AM	.722**	.782**	.679**	.748**	.708**	.650**	.619**	.479**	.626**	.682**	.691	.761**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranóide); P (Psicoticismo); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice de Sintomas Positivos); IGS (Índice Geral de Sintomas).

4.1.6 Relações entre pontuações no SIMS e na Escala N do EPQ-R

No estudo de validade concorrente com o SIMS, a Escala N do EPQ-R foi aplicada a 48 sujeitos da amostra C e a 18 sujeitos da amostra ML. Foi efetuada uma análise M e DP da escala N que mostrou que a amostra C ($M = 7.21$; $DP = 5.74$), tal como a amostra ML ($M = 9.78$; $DP = 7.75$), apresentam valores inferiores aos encontrados na aferição do EPQ-R ($M = 10.44$; $DP = 5.53$) (cf. Almiro, 2013). Investigações realizadas com a Escala N revelaram que a mesma possui fortes correlações com todas as dimensões do BSI, o que indica que pode constituir um indicador de problemas de saúde mental. Como tal, pessoas que apresentam pontuações elevadas nesta dimensão têm forte probabilidade de manifestarem alguns dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI (Almiro, 2013).

Considerando a matriz de correlações (Tabela 12) entre a Escala N e o BSI, verifica-se que na amostra C as magnitudes de correlações são todas fortes com valores que oscilam entre .510 e .648. Na amostra ML são observadas correlações com magnitude muito forte com valores que oscilam entre .751 e .883, correlações fortes com valores que oscilam entre .550 e .694 e correlações moderadas .448. De um modo geral os valores de correlação são superiores na amostra ML.

Tabela 12. Matriz de correlações entre o BSI (dimensões e índices) e a Escala N

BSI (dimensões e índices)	N EPQ-R (C)	N EPQ-R (ML)
S	.609**	.664**
OC	.512**	.755**
SI	.526**	.753**
D	.544**	.859**
A	.548**	.648**
H	.648**	.751**
AF	.550**	.550*
IP	.510**	.448
P	.622**	.883**
ISP	.593**	.795**
TSP	.624**	.694**
IGS	.638**	.766**

Nota:*p <0.05; ** p <0.01

Nota: S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranoide); P (Psicoticismo); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice de Sintomas Positivos); IGS (Índice Geral de Sintomas).

O SIMS apresenta correlações positivas e significativas com a Escala N ($p < .01$) na maioria dos resultados (Tabela 13). A amostra C apresenta valores de correlação ligeiramente mais baixos aos encontrados na amostra ML. Na amostra C o SIMS total apresenta uma correlação de magnitude forte ($r = .513$) com a escala N do EPQ-R, a subescala AF apresenta uma correlação forte ($r = .601$) e as subescalas NI e AM apresentam correlações de magnitude moderada ($r = .266$ e $r = .427$). As restantes correlações não são significativas. Na amostra ML a magnitude das correlações entre o SIMS e a Escala N é muito forte para a subescala AF ($r = .772$), forte para o total do SIMS ($r = .664$) e para as subescalas NI ($r = .663$) e AM ($r = .599$). As restantes correlações não são significativas.

Tabela 13. Correlações entre o SIMS e a escala N do EPQ-R

	EPQ-R_N (AC)	EPQ-R_N (ML)
T	.513**	.664**
NI	.266*	.663**
AF	.601**	.772**
P	.135	.408
LI	.200	.217
AM	.427**	.599**

Nota: *p <0.05; ** p <0.01

T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas)

4.1.7 Relação entre pontuações no SIMS e na EDSC (amostra da comunidade e amostra médico-legal)

No que respeita aos dados descritivos da EDSC (média e desvio padrão) para a amostra C (Tabela 14), verifica-se que 10.9% dos sujeitos ($n=11$) apresentam um nível elevado de desejabilidade social (correspondente a 1 DP acima da M), 79.2% ($n=79$) manifestam um nível médio (dentro do intervalo normativo) e 10.9% ($n=11$) possuem um nível baixo (correspondente a 1 DP abaixo da M). Relativamente à amostra ML (Tabela 14) verifica-se que 44.3% ($n=19$) manifestam um nível elevado (correspondente a 1 DP acima da M), 53.4% ($n=23$) têm um nível médio e 2.3% dos sujeitos ($n=1$) apresentam um nível baixo de desejabilidade social (correspondente a 1 DP abaixo da M).

Tabela 14. Análises descritivas da EDSC para a amostra da comunidade e médico-legal

		<i>N</i>	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
EDSC	C	101	11.14	4.257	4	22
	ML	43	15.40	3.917	4	21

Nota: C – Comunidade; ML – Médico-Legal

Foi aplicado o Teste t para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias obtidas na amostra C e na amostra de referência (avaliada na validação da EDSC). Os valores obtidos no Teste t confirmam que as diferenças entre as amostras não são significativas [$t(100) = -1.231$; $p = .221$].

Por sua vez, quando analisadas as diferenças entre a amostra ML e a amostra de referência (Tabela 15) são encontradas diferenças significativas [$t(42) = 6.254$; $p = .000$; $d = 0.84$], com uma magnitude de efeito grande.

Tabela 15. Valores do Teste t Student obtidos para as diferenças nos resultados da EDSC na amostra médico-legal e na amostra de referência para a EDSC

	<i>T</i>	<i>Df</i>	Sig.	Diferenças de médias	Intervalo de Confiança de 95%	
					Inferior	Superior
EDSC	6.254	42	.000	3.735	2.53	4.94

Como se pode verificar na Tabela 16, as correlações obtidas entre o SIMS e a EDSC não são significativas, em nenhuma das amostras, sendo nulas ou fracas, o que nos leva a concluir que a amostra C apresenta um nível de desejabilidade social adequado, dentro do que é esperado, não existindo por isso desejabilidade social a influenciar os resultados. Portanto, em termos médios os sujeitos não possuem propensão para darem respostas

de acordo com o que é socialmente desejável. Contudo o mesmo não se verifica em relação à amostra ML.

Tabela 16. Correlações entre os resultados no SIMS e a EDSC

	EDSC T (C)	EDSC T (ML)
Sims T	.054	.194
NI	.089	.158
AF	-.017	.097
P	.151	.201
LI	.026	.159
AM	-.005	.222

Nota: *p <0.05; **p <0.01

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

4.2 Estudo II: Comparação de dois subgrupos examinados em contexto médico-legal

4.2.1 Análises descritivas do SIMS

Na Tabela 17, estão expostas as pontuações médias obtidas no SIMS (incluindo as pontuações mínimas e máximas) e os respetivos desvios-padrão para os dois subgrupos considerados: “Outras Avaliações” (OA) e “Responsabilidades Parentais” (RP). No subgrupo OA, a média dos resultados (pontuação total) é 23.59 ($DP = 16.70$). No que concerne às pontuações, os valores oscilam entre 0 pontos (pontuação mínima) e 56 pontos (pontuação máxima). Por conseguinte, nas RP a média dos resultados é 6.76 ($DP = 6.44$), com uma pontuação mínima de 1 ponto e uma pontuação máxima de 26 pontos. Nos dois subgrupos, a dimensão AF é a dimensão que apresenta pontuação média mais elevada, com uma média de 6.45 ($DP = 3.56$) para o subgrupo OA e uma média de 2.64 ($DP = 1.65$) para o subgrupo RP. Relativamente à dimensão que apresenta pontuação média mais baixa nos dois subgrupos é a dimensão P com uma média de 2.76 ($DP = 3.61$), para o subgrupo OA e uma média de 0.43 ($DP = 1.09$) para o subgrupo RP.

Tabela 17. Análises descritivas do SIMS nos dois subgrupos “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”

SIMS	M	DP	MIN.	MAX.	Nº Itens
T (OA)	23.59	16.70	0	56	75
T (RP)	6.76	6.44	1	26	
NI (OA)	6.07	4.92	0	14	15
NI (RP)	1.93	2.30	0	8	
AF (OA)	6.45	3.56	0	12	15
AF (RP)	2.64	1.65	1	7	
P (OA)	2.76	3.61	0	13	15
P (RP)	0.43	1.09	0	4	
LI (OA)	3.24	2.64	0	13	15
LI (RP)	1.21	1.42	0	4	
AM (OA)	5.07	4.95	0	14	15
AM (RP)	0.54	1.09	0	3	

Nota: OA – Outras Avaliações (n=29); RP= Responsabilidades Parentais (n=14)

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

Neste estudo foi aplicado o teste *U de Mann Whitney*⁴ (alternativa não paramétrica ao *Teste t*) para averiguar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos: OA e RP. Para a formação dos grupos foi utilizado como critério o tipo de avaliação requerido ao serviço de clínica forense do INMLCF.

Conforme consta na Tabela 18, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas nas pontuações médias do SIMS nos dois subgrupos. Quanto ao resultado total do SIMS, verifica-se que os subgrupos diferem significativamente ($U = 69.500$; $z = -3.463$; $p < .01$). Relativamente às subescalas, todas apresentam resultados superiores nas OA (com diferenças significativas): AF ($U = 76.500$; $z = -3.298$; $p < .01$), AM ($U = 85.000$; $z = -3.182$; $p < .01$), P ($U = 90.500$; $z = -3.073$; $p < .01$), LI ($U = 94.000$; $z = 2.876$; $p < .01$) e NI ($U = 102.500$; $z = -2.626$; $p < .01$).

⁴ O *Teste U de Mann-Whitney* permite realizar a comparação entre dois grupos baseada na ordenação das variáveis, pelo *rank* das médias (mediana), a partir do centro de localização das duas amostras (Pestana, & Gageiro, 2005).

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

Tabela 18. Análise das diferenças dos resultados no SIMS nas duas amostras examinadas em contexto médico-legal

SIMS	Subgrupo OA		Subgrupo RP		U	Z	P
	M	DP	M	DP			
SIMS T	23.59	16.70	6.76	6,44	69.500	-3.463	.001
NI	6.07	4.92	1.93	2,30	102.500	-2.626	.009
AF	6.45	3.56	2.64	1,65	76.500	-3.298	.001
P	2.76	3.61	0.43	1,09	90.500	-3.073	.002
LI	3.24	2.64	1.21	1,42	94.000	-2.876	.004
AM	5.07	4.95	0.54	1,09	85.000	-3.182	.001

Nota: SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

4.3 Subgrupo Outras Avaliações

4.3.1 Relações entre pontuações no SIMS e na EVS-VE2

A relação entre estes dois instrumentos de rastreio de simulação (Tabela 19) é positiva, com magnitudes de correlação muito fortes, sobretudo entre o total das duas provas ($\rho = .934$; $p < .01$). O SIMS total apresenta correlações muito fortes com as escalas da EVS-VE2 (PE: $\rho = .859$; P: $\rho = .839$; PC: $\rho = .824$), excepto com a escala SS.

O EVS-T correlaciona-se de forma positiva com todas as dimensões do SIMS, com magnitudes de correlação muito fortes para a subescala NI ($\rho = .928$), LI ($\rho = .784$) e AM ($\rho = .876$), e fortes para a subescala AF ($\rho = .746$) e P ($\rho = .713$).

Entre as subescalas a magnitude de correlações é muito forte, com coeficientes a oscilarem entre .858 e .766 e forte, com coeficientes a oscilarem entre .576 e .724. As restantes correlações não são significativas.

Tabela 19. Matriz de Correlações entre o SIMS e a EVS-VE2

	EVS-VE2 T	PE	P	PC	SS
SIMS T	.934**	.859**	.839**	.824**	.173
NI	.928**	.858**	.848**	.810**	.182
AF	.746**	.792**	.576**	.649**	.268
P	.713**	.635**	.678**	.603**	.000
LI	.784**	.665**	.801**	.724**	.000
AM	.876**	.840**	.766**	.816**	.270

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); EVS-VE2 T (EVS Total); PE (Perturbações Emocionais); P (Psicose); PC (Perturbações Cognitivas); SS (Sintomas Somáticos).

4.3.2 Relações entre pontuações no SIMS e no BSI

O valor do ISP obtido na amostra OA nesta amostra é de $M = 2.07$ ($DP = 0.59$), sendo superior ao ponto de corte definido por Canavarro (2007) (≥ 1.7). Este valor indica que na generalidade os sujeitos do subgrupo OA em estudo possuem maior probabilidade de sofrerem de perturbações emocionais e dos sintomas por eles experienciados serem de elevada intensidade.

No que respeita às correlações entre o SIMS e o BSI, como consta na Tabela 20, os coeficientes de correlação são significativos ($p < .01$) e elevados. O resultado total do SIMS apresenta correlações estatisticamente significativas com os três índices do BSI, apresentando coeficientes de magnitude muito forte com o ISP ($\rho = .754$) e o IGS ($\rho = .773$) e coeficientes fortes com o TSP ($\rho = .527$). Quanto às correlações entre o total do SIMS e as dimensões do BSI, estas apresentam coeficientes muito fortes com as dimensões *Somatização* ($\rho = .757$) e *Ansiedade* ($\rho = .835$), coeficientes fortes com as dimensões *Obsessões-Compulsões* ($\rho = .745$), *Sensibilidade Interpessoal* ($\rho = .712$), *Depressão* ($\rho = .696$), *Hostilidade* ($\rho = .733$), *Ansiedade Fóbica* ($\rho = .546$) e *Psicoticismo* ($\rho = .449$), e um coeficiente moderado com a dimensão *Ideação Paranóide* ($\rho = .449$).

Relativamente às correlações entre as subescalas do SIMS e do BSI são observadas associações de magnitude muito fortes, com coeficientes a oscilarem entre .750 e .843, fortes, com coeficientes a oscilarem entre .502 e .717, e moderadas, com coeficientes a oscilarem entre .239 e .487.

Tabela 20. Correlações entre o SIMS e o BSI

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	TSP	ISP	IGS
T	.757**	.745**	.712**	.696**	.835**	.733**	.546**	.449*	.627**	.527**	.754**	.773**
NI	.817**	.762**	.750**	.682**	.843**	.770**	.563**	.349	.602**	.552**	.751**	.779**
AF	.673**	.714**	.624**	.709**	.792**	.705**	.474**	.525**	.653**	.543**	.717**	.738**
P	.485**	.462**	.634**	.543**	.564**	.466*	.464*	.438*	.462*	.415*	.520**	.572**
LI	.577**	.502**	.454*	.419*	.567**	.530**	.388*	.239	.395*	.306	.527**	.539**
AM	.707**	.795**	.696**	.699**	.774**	.671**	.542**	.487**	.619**	.569**	.714**	.767**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranóide); P (Psicoticismo); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice de Sintomas Positivos); IGS (Índice Geral de Sintomas).

4.4 Subgrupo Responsabilidades Parentais

4.4.1 Relações entre pontuações no SIMS e no BSI

Analisando as correlações entre o SIMS e o BSI no subgrupo RP verifica-se que as relações existentes são positivas e em alguns casos

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

estatisticamente significativas, como pode ser observado na Tabela 21. O SIMS total apresenta correlações significativas de magnitude forte com os três índices do BSI: TSP ($\rho = .627$); ISP ($\rho = .649$) e IGS ($\rho = .639$). Relativamente às correlações entre o SIMS total e as dimensões do BSI estas apresentam coeficientes de correlação fortes com a dimensão *Somatização* ($\rho = .513$), *Sensibilidade Interpessoal* ($\rho = .590$), *Hostilidade* ($\rho = .590$), *Ansiedade Fóbica* ($\rho = .581$), *Ideação Paranóide* ($\rho = .601$) e *Psicoticismo* ($\rho = .634$). Os restantes coeficientes não são significativos. Nas correlações entre as subescalas do SIMS e do BSI são observadas correlações de magnitude muito forte com coeficientes a oscilarem entre .797 e .901, e correlações fortes com valores a oscilarem entre .504 e .712. As restantes correlações não são significativas.

Tabela 21. Correlações entre os resultados no SIMS e no BSI

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	TSP	ISP	IGS
SIMS T	.513	.440	.590*	.450	.238	.590	.581*	.601*	.634*	.627*	.649*	.639*
NI	.485	.439	.533*	.390	.225	.428	.740**	.573*	.691**	.596*	.509	.603*
AF	.573*	.495	.320	.797**	.758**	.901**	.074	.521	.507	.635*	.658*	.636*
P	.210	-.121	.020	.061	.184	.229	.088	.261	.140	.000	.121	-.040
LI	.461	.407	.569	.264	.069	.360	.643*	.454	.638*	.516	.450	.514
AM	.344	.441	.641	.237	.000	.353	.712**	.384	.497	.522	.504	.538

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranóide); P (Psicoticismo); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice de Sintomas Positivos); IGS (Índice Geral de Sintomas).

4.4.2 Relações entre pontuações no SIMS e na EDSC

A Tabela 22 mostra as pontuações médias obtidas nas subescalas do SIMS, bem como na EDSC, para os dois subgrupos médico-legais considerados: OA ($n=29$) e RP ($n=14$).

Como se pode verificar, em relação à EDSC, a pontuação média para o subgrupo OA é 16.10 pontos ($DP = 3.648$), para o subgrupo RP é 13.93 pontos ($DP = 4.178$). Com base nos dados descritivos da EDSC, podemos concluir que o subgrupo OA 51.7% ($n = 15$) possui um nível elevado de desejabilidade social (considerando 1 DP acima da M) e 48.3 % ($n=14$), possui um nível médio (dentro do intervalo normativo). No subgrupo RP, 7.1% dos sujeitos ($n=1$) possuem um nível baixo de desejabilidade social, 64.3% dos sujeitos ($n=9$) possuem um nível médio e 28.5% dos sujeitos ($n=4$) possuem um nível alto de desejabilidade social.

Tabela 22. Pontuações obtidas no SIMS (total e subescalas) e o valor da EDSC para os subgrupos OA e RP

	Outras Avaliações						
	SIMS T	NI	AF	P	LI	AM	EDSC
N=29							
M	23.59	6.07	6.45	2.76	3.24	5.07	16.10
DP	16.70	4.92	3.56	3.61	2.64	4.95	3.648
N=14	Responsabilidades Parentais						EDSC
	SIMS T	NI	AF	P	AM	LI	
M	6.76	1.93	2.64	0.43	1.21	0.54	13.93
DP	6.44	2.30	1.65	1.09	1.42	1.09	4.178

Nota: SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

Como se pode verificar na Tabela 23, as correlações obtidas entre o SIMS e a EDSC são fortes, negativas e significativas, para o resultado total do SIMS ($\rho = -.680$) e para as subescalas AF ($\rho = -.631$) e AM ($\rho = -.676$). Para as restantes subescalas os coeficientes de correlação não são significativos.

Tabela 23. Correlações entre os resultados no SIMS e na EDSC

RP	SIMS T	NI	AF	P	LI	AM
EDSC TOTAL	-.680**	-.523	-.631*	-.051	-.548	-.676**

Nota: *p <0.05; **p <0.01

SIMS T (SIMS Total); NI (Escala de Défice Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas).

V - Discussão

O estudo da simulação e do exagero de sintomas tem merecido destaque, sendo uma das áreas da psicologia forense com número mais elevado de investigações nos últimos anos. A avaliação dos padrões de simulação é uma necessidade incontornável em qualquer processo de avaliação, até porque a taxa de incidência em contextos forenses médico-legais é bastante elevada e, por isso, deve ser seriamente considerada (Bush et al., 2005). Na prática, é recomendado o uso de mais do que um instrumento de avaliação deste tipo.

O SIMS é um dos instrumentos de avaliação da simulação disponível em Portugal. Os estudos efetuados com esta prova evidenciaram as suas potencialidades enquanto instrumento de rastreio de simulação, conseguindo diferenciar respondentes honestos de respondentes não honestos. Contudo, também foram identificados alguns problemas, como o facto de ser um instrumento sensível à psicopatologia, o que leva a que respondentes que possuam algum tipo de perturbação psiquiátrica possam

ser erroneamente classificados como “simuladores” (Edens et al., 1999; Impelen et al., 2014). Os resultados obtidos no presente estudo serão discutidos seguidamente.

Estudo I: Comparação da amostra da comunidade com a amostra médico-legal

No presente estudo, na amostra C verifica-se que o alfa de Cronbach para a pontuação total do SIMS é de .721 o que de acordo com o critério de DeVellis (1991) constitui um valor respeitável. Na amostra ML, o valor de alfa é de .907 para a pontuação total, o que é um valor muito bom (segundo o mesmo critério). Relativamente às subescalas, na amostra C, os valores de consistência interna são todos respeitáveis (coeficientes que oscilam entre .710 e .771). Para a amostra ML, os valores de consistência interna são muito bons para a escala P (.800) e respeitáveis para as restantes subescalas. Os valores de consistência interna encontrados neste estudo são congruentes com os obtidos em estudos previamente realizados com o SIMS (cf. Edens et al., 1999; Widows & Smith, 2005), os quais têm demonstrado que o resultado total é o indicador mais fiável de simulação comparativamente às subescalas. Estas, apenas fornecem informação qualitativa sob o tipo de sintomas que os sujeitos tentam simular o que constitui uma limitação, derivado há grande sobreposição das escalas e à falta de especificidade dos sintomas. Os valores de consistência interna obtidos para o SIMS, nas duas amostras, corroboram a Hipótese 1.

Neste estudo destaca-se a existência de diferenças entre a amostra C e a amostra ML relativamente aos resultados no SIMS (total e subescalas). De acordo com a estatística utilizada (teste *t*), as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. A amostra ML obteve pontuações médias superiores às da amostra C no resultado total do SIMS [$t(45.530) = -4.426$; $p < .001$; $d = 0.93$]. Trata-se de uma diferença de elevada magnitude como mostra o *d* de Cohen. As subescalas apresentam resultados similares. Estes resultados vão ao encontro do que é esperado quando se aplica um TVS como o SIMS; isto é, que seja um teste discriminativo e que apresente resultados mais elevados em populações onde o comportamento de simular é mais comum (como é o caso da amostra ML em que existem motivações reais para simular) e pontuações mais baixas em populações onde o comportamento de minimização ou negação de sintomas é esperado (Impelen et al., 2014). Desta forma, a Hipótese 2, que alude para a existência de diferenças entre as duas amostras em análise, com a amostra ML a obter pontuações superiores, é confirmada.

No que concerne aos estudos de validade (validade de constructo) procedeu-se ao estudo da matriz de intercorrelações entre o total do SIMS e as suas subescalas. Verificou-se que o SIMS total apresenta correlações positivas e significativas ($p < .01$) com todas as subescalas que o compõem, na amostra C, com valores de correlação que variam entre muito fortes e fortes. As subescalas apresentam correlações de magnitude forte e

correlações moderadas.

Na amostra ML, todas as correlações entre o SIMS total e as subescalas são igualmente estatisticamente significativas ($p < .01$). Relativamente às subescalas, estas apresentam correlações positivas e fortes. A relação entre o total do SIMS e as subescalas foi superior à relação das subescalas entre si, tanto para a amostra C como para a amostra ML, o que remete para que resultados elevados nas subescalas originem um aumento do resultado total do SIMS.

Relativamente à validade concorrente, verifica-se que o resultado total do SIMS se correlaciona positivamente com todas as dimensões da EVS-VE2, sendo que a correlação mais elevada é obtida entre as pontuações totais das duas escalas: uma correlação forte entre instrumentos na amostra C ($r = .754$; $p < .01$) e uma correlação muito forte entre os dois instrumentos na amostra ML ($r = .930$; $p < .01$). Estes resultados suportam a convergência dos constructos avaliados pelas duas provas de rastreio de simulação e permite-nos inferir que sujeitos que obtenham pontuações elevadas no SIMS tendem a obter igualmente pontuações elevadas na EVS-VE2. Quanto às correlações entre as subescalas, nas duas amostras em estudo, são positivas e elevadas. A Hipótese 3 que aponta para a existência de validade concorrente é confirmada.

O BSI, que é um instrumento de avaliação de psicopatologia também foi usado como critério de validação externo do SIMS. No estudo das intercorrelações entre estes dois instrumentos, verifica-se, na amostra C, que todas as subescalas do SIMS apresentam associações estatisticamente significativas ($p < .01$) com as dimensões do BSI, assim como com os índices que o compõem. As correlações mais elevadas são observadas para o resultado total do SIMS com magnitudes fortes (coeficientes que oscilam entre .586 e .582) e correlações moderadas (valores que oscilam entre .445 e .419). Similarmente, na amostra ML, as correlações entre o SIMS e o BSI são todas estatisticamente significativas, sendo os valores destas elevados. O resultado total do SIMS apresenta correlações com o BSI (dimensões e índices) com magnitude muito forte (coeficientes que oscilam entre .775 e .810), fortes (coeficientes que oscilam entre .663 e .714) e moderadas (.489).

Os resultados revelam que o SIMS é um instrumento vulnerável à psicopatologia genuína e que o aumento das pontuações num teste como o BSI é acompanhado pelo aumento das pontuações no SIMS. Um TVS como o SIMS não deveria ser sensível à psicopatologia, pois respondentes honestos não deveriam obter pontuações elevadas como os “simuladores reais” (Impelen et al., 2014). Vários estudos têm demonstrado a diversidade de psicopatologias que podem ser alvo de simulação. Os distúrbios mais frequentemente simulados são a depressão major, Perturbação de Stress Pós Traumático e Perturbação de Ansiedade Generalizada (Sullivan & King, 2010). Entre as razões apontadas para tal, constam o formato de algumas medidas que pode contribuir para uma maior vulnerabilidade (Aubrey et al., 1989 citado em Sullivan & King, 2010), a consciencialização da comunidade relativamente a algumas perturbações psicológicas/psicopatológicas

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

(Sullivan & King, 2010) e a informação disponível que permite aos indivíduos ter acesso aos critérios de diagnóstico e a ficar familiarizados, o que os leva a endossar sintomas que sem esse conhecimento não seriam comunicados (Lees-Haley & Dunn, 1994 citado em Sullivan & King, 2010).

Uma outra justificação para tais resultados pode encontrar-se associada ao facto da pontuação elevada num instrumento de rastreio de simulação como é o caso do SIMS não excluir a presença de sintomatologia genuína, pois, aqueles que têm verdadeira psicopatologia, e que são geralmente honestos, podem estar a exacerbar as suas queixas apenas para ver valorizadas as suas queixas (Clegg et al., 2009).

Edens, Otto e Dwyer (1999) concluíram que resultados elevados na *Symptom Checklist-Revised-90* (SCL-90-R; Derogatis, 1975), que é uma medida de psicopatologia, eram acompanhados por resultados elevados no SIMS. A mesma tendência pode suceder com o BSI que constitui uma versão breve do SCL-90-R.

Tais resultados evidenciam a necessidade de se recorrer a outros instrumentos de avaliação congéneres, que estejam validados, como a *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) (Rogers, Bagby & Dickens, 1992; Amaral; 2007), antes de se concluir pelo diagnóstico de simulação. A Hipótese 4, que aponta para a existência de uma relação positiva entre o SIMS e o BSI é confirmada e reforça os limites inerentes ao recurso a uma única medida de exame da simulação.

Os resultados do presente estudo permitem-nos uma vez mais corroborar a ideia de que a simulação e a psicopatologia podem estar presentes simultaneamente. A Escala N do EPQ-R, que pode constituir uma medida alternativa de saúde mental, apresenta igualmente correlações estatisticamente significativas com o total do SIMS na amostra da Comunidade ($r = .513$) e na amostra médico-legal ($r = .664$). Estes resultados evidenciam a necessidade de se realizar mais estudos com o SIMS, quer junto de grupos clínicos, quer de grupos em que existe grande probabilidade de ocorrência de simulação.

Na aplicação da EDSC, utilizado como critério externo de validação, conclui-se que a relação entre resultados no SIMS e na EDSC, apresentam-se sem significado estatístico em algumas das subescalas na amostra C. Na amostra ML não existem coeficientes de correlação significativos. Mas, nestas duas amostras são evidentes as diferenças quanto aos resultados na EDSC, considerando a amostra que serviu de referência para a sua validação (cf. Almiro et al., 2014). Os valores no Teste t confirmam que as diferenças entre a amostra de referência e a amostra C não são significativas [$t(100) = -1.231$; $p = .221$] (conforme o esperado), o que significa que sujeitos pertencentes a esta amostra apresentam um nível de desejabilidade social adequado, não existindo por isso influência da desejabilidade social nos resultados. No entanto, quando analisadas as diferenças entre a amostra ML e a amostra de referência são encontradas diferenças significativas [$t(42) = 6.254$; $p = .000$; $d = 0.84$] de grande magnitude como mostra o d de Cohen. Desta forma os sujeitos pertencentes à amostra ML revelam um nível de

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

desejabilidade social significativamente mais elevado do que sujeitos pertencentes à amostra referenciada Comunidade, exibindo uma maior tendência para se apresentarem de maneira favorável em relação às normas sociais. Tais valores não eram esperados pois, neste contexto dada a viabilidade de ganhos secundários o que seria de prever era a ocorrência de comportamentos de simulação e não de desejabilidade social. A Hipótese 5 do presente estudo não é confirmada pois, não foram observadas correlações negativas entre o SIMS e o EDSC.

Os resultados no SIMS (total e subescalas) não têm qualquer influência das variáveis género, idade e escolaridade na amostra ML. Contrariamente, na amostra C, foram registadas diferenças nas subescalas AF, onde se verifica um efeito da variável género, com o género feminino a registar resultados superiores, e na subescala AM onde se verifica a influência da variável escolaridade, com as pessoas que têm o segundo ciclo a obterem resultados mais elevados.

Estudo II: Comparação de dois subgrupos examinados em contexto médico-legal

Neste estudo, os dados obtidos revelam que os dois subgrupos OA e RP apresentam diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no SIMS. O grupo OA apresenta pontuações superiores no resultado total do SIMS. Resultados análogos são obtidos nas subescalas. O contexto médico-legal é considerado potenciador de comportamentos de simulação, dado que alguns sujeitos deturpam a sua apresentação no sentido de exagerar ou fabricar sintomas com o intuito de obter algum ganho, como no caso das OA; inversamente, outros tentam negar ou minimizar os mesmos (Cima et al., 2003; Holtgraves, 2004).

Em cenário de avaliação psicológica sujeitos envolvidos em processos de Responsabilidades Parentais tendem a dar respostas que vão ao encontro da desejabilidade social, nomeadamente, por motivos inerentes ao próprio sujeito (e.g., obtenção de aprovação, ou metas a cumprir) e pela expectativa face às consequências avaliativas do seu comportamento (Edwards, 1957 citado em King & Bruner, 2000), demonstrando, assim, preocupação ou cuidado em comunicar uma imagem positiva enquanto progenitores. A Hipótese 6 é corroborada.

No subgrupo OA, analisando a matriz de correlações entre o SIMS e a EVS-VE2 confirma-se a existência de uma associação positiva entre estes dois instrumentos de rastreio de simulação. A correlação mais elevada ocorre entre a pontuação total nas duas escalas ($rho = .934$). Deste modo, a Hipótese 7, que conjectura a existência de uma forte associação entre os resultados das duas provas é comprovada.

Por outro lado, a convergência elevada (são observadas correlações elevadas, positivas e estatisticamente significativas ($p < .01$)) entre os resultados obtidos no SIMS e no BSI, no subgrupo OA, o leva a depreender que comportamentos de simulação e psicopatologia genuína podem

coexistir, comprovando a Hipótese 8 que postula a existência de correlações fortes entre o SIMS e o BSI.

Esta amostra integra pessoas com Perturbação de Stress Pós Traumático (PSPT). Nestes casos, é muitas vezes difícil para o examinador determinar se os sintomas são justificados e constituem verdadeiramente uma PSPT. Esta constitui um diagnóstico bastante vulnerável à simulação, caracterizado por uma série de sintomas subjetivos (Frueh et al., 2012; Guriel & Fremouw, 2003; Peace & Masliuk, 2011). Para além disso, a PSPT apresenta elevadas taxas de comorbilidade com perturbações da personalidade e com a depressão (Biehn et al., 2013; Guriel & Fremouw, 2003). O examinador deve estar particularmente atento pois tal leva a que muitos indivíduos exagerem sintomatologia com o objetivo concreto de obter compensações, o mesmo sucede com sujeitos que apresentam Traumatismo Crânio-Encefálico (Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002).

Considerando o subgrupo “Responsabilidades Parentais” verifica-se que existe uma associação positiva entre o SIMS e o BSI. O resultado total do SIMS apresenta correlações com o BSI (dimensões e índices) de magnitude forte (coeficientes que oscilam entre .513 e .649) e moderada (coeficientes que oscilam entre .238 e .440). Tal não era esperado que ocorresse, infirmo desta forma a Hipótese 9 da investigação que se refere à existência de uma relação negativa entre estas duas provas.

No subgrupo RP foi importante perceber a existência de correlações negativas fortes (-.680) entre o SIMS total e a EDSC, o que evidencia que indivíduos pertencentes a este subgrupo manifestam uma tendência para se apresentar de forma desejável a fim de obter aprovação dos outros, e que se opõem aos comportamentos de simulação que são característicos nas OA. Austin (2002 citado em Pereira & Matos, 2011) defende que neste tipo de processos é fulcral a obtenção de informações colaterais na tentativa de avaliar a credibilidade e a validade das queixas obtidas junto dos pais, que muitas vezes são enviesadas pelas motivações que têm face ao processo e pela desejabilidade social. Com uma média de 13.93 ($DP = 4.18$) as pontuações obtidas na EDSC são superiores às encontradas na amostra de referência ($M = 11.66$; $DP = 4.93$), confirmando a Hipótese 10 que defende a ocorrência de uma relação negativa entre as pontuações nestes dois instrumentos. Não obstante, importa referir que apesar de não existirem correlações significativas entre o SIMS e a EDSC para as “Outras Avaliações”, estas apresentam um valor médio de 16.10 ($DP = 3.65$) o qual é superior ao encontrado nas “Responsabilidades parentais” 13.93 ($DP = 4.178$), registando-se uma interferência da desejabilidade social nos comportamentos de simulação.

VI – Conclusões

Na presente investigação foi salientada a importância da avaliação dos comportamentos de simulação e do exagero de sintomas dos sujeitos examinados em contexto forense médico-legal.

No decurso dos últimos anos registou-se um aumento da preocupação com a objetividade e validade dos resultados deste tipo de avaliação, facto que justifica a importância atribuída ao exame destes comportamentos.

O exame dos comportamentos de simulação e exagero de sintomas deve constituir-se numa prática padrão nos protocolos de avaliação psicológica, contudo, nem sempre tal se verifica. A análise dos estilos de resposta dos sujeitos deve alicerçar-se no uso de vários testes e métodos objetivos para melhorar a eficácia das avaliações forenses (Simões et al., 2010; Wisdom et al., 2010).

Em Portugal, ainda existe um árduo caminho a percorrer relativamente aos instrumentos convenientemente desenvolvidos para o rastreio de simulação e exagero de sintomas, dado que o número de testes que podem ser incorporados nos protocolos de avaliação ainda é diminuto, derivado à carência de programas de adaptação e validação de instrumentos nesta área (Simões, 2012). No entanto, é impossível encontrar um protocolo de avaliação que contemple os diferentes domínios onde os comportamentos de simulação podem ocorrer, além de que, existem fortes restrições práticas que condicionam a avaliação, sobretudo derivado à escassez de tempo para administrar todas as medidas e porque para aqueles que têm outros testes na bateria o seu uso torna-se problemático (Bauer et al., 2007; Widows et al., 2010).

Com o intuito de colmatar estes problemas têm sido desenvolvidas medidas mais breves para que possam integrar os protocolos, todavia a sua utilidade ainda é questionável por carecerem de estudos de validação (Clegg et al., 2009). O SIMS é um dos testes especificamente concebidos para essa finalidade.

Os resultados da presente investigação são sugestivos da utilidade do SIMS enquanto instrumento de rastreio de simulação, que pode integrar os protocolos de avaliação neuropsicológica forense. A sua pontuação total é considerada como a medida mais válida e objetiva. Na avaliação em contexto médico-legal, onde a presença de eventuais ganhos secundários está frequentemente presente, os sujeitos obtiveram pontuações mais elevadas, o que vai ao encontro do que se previa. A partir da análise dos resultados comprova-se que o SIMS apresenta validade concorrente com a EVS-VE2. A EVS-VE2, instrumento que recentemente sofreu aperfeiçoamentos, e não inclui itens comuns, pode constituir um complemento útil ao SIMS e, por isso, responder à necessidade de recurso a vários instrumentos de exame da simulação ou exagero de sintomas relativamente a um mesmo caso.

Quanto à relação do SIMS com o BSI, verifica-se que o SIMS não permite discriminar totalmente algumas pessoas que apresentam comportamentos de simulação daquelas que realmente sofrem de

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

perturbações psiquiátricas (Edens et al., 2007). Com a aplicação da Escala N do EPQ-R, que parece constituir uma boa medida de saúde mental (Almiro & Simões, 2014), verificou-se que esta também possui uma forte relação com o SIMS. Deste modo, o uso do SIMS deve ser considerado no âmbito de um protocolo de avaliação que inclua outros instrumentos nomeadamente a *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) que é uma entrevista estruturada que avalia a simulação de perturbações mentais (medida empiricamente válida) (Clegg et al., 2009; Smith, 2008). Contudo, a SIRS e a nova versão, SIRS-2 carecem de estudos na população portuguesa. Relativamente à relação entre o SIMS e a EDSC constata-se um efeito de desejabilidade social superior na amostra médico-legal.

Como limitações à presente investigação encontra-se o reduzido tamanho das subamostras médico-legais, a falta de representatividade e inerente dificuldade em generalizar os resultados. No entanto, é de ressaltar que a amostra apresenta relevância clínica uma vez que foi recolhida num contexto forense específico, onde existem fortes motivações para simular, apesar de poderem surgir outros estilos de resposta como a desejabilidade social, patente nos casos de responsabilidades parentais. Outra limitação é referente à extensão do protocolo, que em contexto médico-legal dada a existência de uma bateria de provas a aplicar por vezes condicionou a sua concretização.

Em estudos futuros poderá ser útil alargar as subamostras em estudo, avaliando um maior número de sujeitos no grupo das OA, onde o potencial ganho secundário, decorrente da simulação, é mais provável, e no subgrupo das RP, pois nos últimos anos registou-se um aumento substancial dos pedidos dos tribunais para a realização de perícias psicológicas neste tipo de processos (Antunes, Caridade, & Pereira, 2005).

Embora a versão original do SIMS, utilizada nesta investigação seja promissora, estudos futuros poderão utilizar a versão abreviada que tem revelado ser bastante eficaz. Os resultados em algumas subescalas revelaram-se muito bons, melhores do que os encontrados na versão original, mantendo a integridade desta medida de rastreio de comportamentos de simulação (Malcore, Schutte, Dyke, & Axelrod, 2015).

Bibliografia

Almiro, P. A. (2013). *Adaptação, validação e aferição do EPQ-R para a população portuguesa: Estudos em contextos clínico, forense e na comunidade*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck-Forma Revista (EPQ-R). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II; pp. 213-231). Coimbra: Almedina Edições. ISBN 978-972-40-5297-7

Almiro, P. A., Simões, M. R., & Sousa, L. (2014, em preparação). Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC): Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Antunes, C., Caridade, S., & Pereira, A. (2005). Avaliação dos processos de regulação do exercício do poder paternal. In R. A. Gonçalves, & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 289 – 317). Coimbra: Quarteto.

Bass, C., & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*, 383, 1422 – 1432.

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.

Bender, S.D. (2008). Malingered Traumatic Brain Injury. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed., pp. 69-86). New York: Guilford Press.

Berry, D. T. R., & Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, 3, 295-303.

Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom Validity Testing: A Critical Review. *The Clinical Neuropsychologist*, 15 (1), 19-45. DOI: 10.1076/clin.15.1.19.1907.

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

Biehn, T.L., Elhai, J.D., Seligman, L.D., Tamburrino, M., Armour, C., & Forbes, D. (2013). Underlying Dimensions of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder Symptoms. *Psychological Injury and Law*, 6, 290-298. DOI 10.1007/S 12207-013-9177-4.

Binder, L. M., Kelly, M.P., Villanueva, M. R., & Winslow, M. M. (2003). Motivation and neuropsychological test performance following mild head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25 (3), 420-430.

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., & 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.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Breves – B.S.I.. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*(Vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

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., 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.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2, 29-51.

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2012). Assessment of Litigation Context, Suggestion, and Malingering Measures among Simulated Personal Injury Litigants. *Journal of Forensic Psychology Practice, 12*, 238-258. DOI: 10.1080/15228932.2012.674470.

Cunha, C. C. T. (2011). *Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudos de "simulação" e validação em amostra da Comunidade*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: theory and applications*. London: Sage publications.

Domingues, A. F. G. (2012). *Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudos de validação em amostras médico-legal e da Comunidade*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Drob, S., Meehan, K., & Waxman, S., (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 37*, 98-106.

Easton, S., & Akehurst, L. (2011). Tools for the detection of lying and malingering in the medico-legal interview setting. *Medico-Legal Journal, 79* (3), 103-108.

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

Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins – Clay, 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.

Frueh B.C., Grubaugh, A.L., Elhai, J.D., & Ford, J. (2012). *Assessment and Treatment Planning for PTSD*. New Jersey: Wiley.

Gerald, B. D. F., Ponds, R. W.M., Peters, M. J. V., & Merckelbach, H. (2011). Cognitive Underperformance and Symptom Over-Reporting in a Mixed Psychiatric Sample. *The Clinical Psychologist, 25* (5), 812-828. DOI: 10.1080/15228932.2012.674470.
Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

10.1080/13854046.2011.583280.

Greve, K. W., & Bianchini, K. J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: A methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*, 533-541. doi:10.1016/j.acn.2003.08.002.

Green, P., Rohling, M. L., Haley, P. R., & Allen, L. M. (2001). Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. *Brain Injury*, *15* (12), 1045 – 1060.

Guriel, J., & Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, *23* (7), 881-904.

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., & 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*(7), 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. *The Journal of Forensic Psychology Practice*, *1*(4), 23-52.

Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: Testing models of socially desirable responding. *Personality & social psychology bulletin*, *30* (2), 161-172.

Impelen, A.V., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-30.

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.

Jackson, R.L., Rogers, R., & Sewell, K. W. (2005). Forensic applications of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (MFAST): Screening for feigned disorders in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, *29* (2), 199-210.

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.

Kane, A. W. (2010). Essentials of malingering assessment. In M. J. Ackerman (Ed.), *Essentials of forensic psychological assessment* (pp. 85-111). New York: Wiley.

King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, 17(2), 79-103.

Larrabee, G. J. (2003). Detection of Malingering Using Atypical Performance Patterns on Standard Neuropsychological Tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17 (3), 410-425. doi.org/10.1076/clin.17.3.410.18089.

Malcore, S. A., Schutte, C., Dyke, A. V., & Axelrod, B. N. (2015). The Development of a Reduced-Item Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Psychology Injury and Law*, 1-5. DOI 10.1007/s12207-015-9214-6.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.

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.

Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M., & Condit, D.C. (2002) Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (8), 1094-1102.

Nunes, A. (2011). *Escala de Validade de Sintomas - Versão Experimental (EVS-VE): Estudos de validação em contexto forense*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências as Educação.

Oorsouw, K., & Merckelbach, H. (2010). Detecting malingered memory problems in the civil and criminal arena. *Legal and Criminological Psychology*, 15(1), 97-114. DOI:10.1348/135532509X451304.

Peace, K. A., & Masliuk, K. A. (2011). Do Motivations for Malingering Matter? Symptoms of Malingered PTSD as a Function of Motivation and Trauma Type. *Psychology Injury and Law*, 4, 44-55. DOI

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

10.1007/s12207-011-9102-7.

Pereira, A., & Matos, M. (2011). Avaliação psicológica das responsabilidades parentais nos casos de separação e divórcio. In C. Machado, M. Matos, & R. Gonçalves (Eds), *Manual de Psicologia Forense* (pp. 31-47). Coimbra: Psiquilíbrios.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Resnick, P. J., West, S., & Payne, J. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed., pp. 109–127). New York: Guilford Press.

Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A.M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, *18*, 543-552.

Rogers, R., Hinds, J.D., & Sewell, K.W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, *67*, 244–257.

Rogers, R. (2008a). An Introduction to Response Styles. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed; pp. 3-13). New York: The Guildford Press.

Rogers, R. (2008b). Detection Strategies for Malingering and Defensives. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed.; pp. 14-35). New York: The Guildford Press.

Rogers, R., Robinson, E.V., & Gillard, N. D (2014). The SIMS Screen for Feigned Mental Disorders: the Development of Detection-based Scales. *Behavioral Sciences and the Law*, *32*, 455–466.

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*, 349–359.

Scagliusi, F. B., Cordás, T. A., Coelho, D., Alvarenga, M., Philippi, S. T., & JR, A. H. L. (2004). Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para língua portuguesa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31* (6), 272 – 278.

Simões, M.R. (2005). O exame dos comportamentos de simulação em avaliação (neuro)psicológica. In C.M. Vieira, A.M. Seixas, A. Matos, M.P. Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)
Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

Lima, M. Vilar, & M.R. Pinheiro (Eds.), *Ensaio sobre o comportamento humano: Do diagnóstico à intervenção. Contributos nacionais e internacionais* (pp.453-481). Coimbra: Almedina.

Simões, M. R. (2006). Testes de validade de sintomas na avaliação de comportamentos de simulação. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. C. T. Simões, & M. S. Pinho, (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 280-309). Coimbra: Almedina.

Simões, M. R. & Sousa, L. B. (2008). Avaliação neuropsicológica em contexto forense. In A. C. Fonseca (Ed.), *Psicologia e justiça* (pp.341-277). Coimbra: Almeida.

Simoës, M. R. (2010). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*. Coimbra:Serviço de Avaliação Psicológica, FPCE-UC.

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.

Simões, M. R., & Sousa, L. B. (2011). Traumatismos Crânio – Encefálicos no âmbito do direito do trabalho: Avaliação (neuro)psicológica e elaboração de relatório para tribunal. In M. Matos, R. A. Gonçalves, & C. Machado (Coord.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos Práticas e Desafios* (pp.351-374). Braga: Psiquilibrios.

Simões, M. R. (2012). Simulação, esforço insuficiente e exagero de sintomas em avaliação neuropsicológica forense. In F. Almeida, & M. Paulino (Eds.), *Profiling, vitimologia e ciências forenses: Perspectivas actuais* (pp. 147-166). Lisboa: Pactor/Lidel.

Slick, D. J., Sherman, E. M. 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. doi.org/10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT545.

Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E., & 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,

Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Daniela Almeida (dani-almeida@live.com)

183–189.

Smith, G. P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rded., 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.

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*, 455-464. doi:10.1016/S0887-6177(03)00078-7.

Uziel, L. (2014). Impression Management (“Lie”) Scales Are Associated With Interpersonally Oriented Self-Control, Not Other-Deception. *Journal of Personality*, *82* (3), 200-212. DOI: 10.1111/jopy.12045.

Van Gorp, W., & Hassenstab, J. (2009). Why questions regarding effort and malingering are always raised in forensic neuropsychological evaluations. In J. E. Morgan & J. J. Sweet (Eds.). *Neuropsychology of Malingering Casebook* (pp.9-20).New York: Psychology Press.

Vitacco, M. J. (2008). Syndromes Associated with Deception. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed., pp. 39-50). New York: Guilford Press.

Vitacco, M. J., Jackson, R.L., Rogers, R., Neumann C. S., Miller, H., & 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*, 97-103.

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*, *25*, 118–125. doi:10.1093/arclin/acp110.

Anexos

Anexo 1

Correlações do SIMS com o EVS-VE (Amostra Médico-legal) (n = 43)

	EVS T	P	PE	PC	SS	II
SIMS T	.925**	.866**	.892**	.797**	.747**	.449**
NI	.921**	.861**	.891**	.789**	.766**	.429**
AF	.851**	.674**	.875**	.763**	.736**	.481**
P	.666**	.724**	.594**	.553**	.423**	.350*
LI	.649**	.716**	.574**	.498**	.541**	.261
AM	.851**	.764**	.837**	.762**	.697**	.389**

* p <0.05; **p <0.01

Correlações do SIMS com o EVS-VE (Amostra da Comunidade) (n = 101)

	EVS T	P	PE	PC	SS	II
SIMS T	.656**	.561**	.671**	.529**	.389**	.281**
NI	.542**	.397**	.506**	.449**	.454**	.303**
AF	.526**	.447**	.600**	.396**	.250**	.178*
P	.573**	.571**	.587**	.356**	.262**	.302**
LI	.046	-.021	.088	.009	.008	.066
AM	.620**	.610**	.552**	.626**	.380**	.166*

* p < 0.05; ** p <0.01

Consistência interna da EVS-VE

	α C	α ML
T	.813	.836
P	.741	.722
PE	.700	.691
PC	.773	.772
SS	.785	.799
II	.790	.814