**SIMULAÇÃO, DISSIMULAÇÃO E DOENÇA FACTÍCIA**

***1. Introdução***

***2. Conceitos, Definições e Nosologia comparada***

***3. Prevalência***

***4. Apresentações Clínicas Comuns***

***4.1. Simulação de Deficiência Mental***

***4.2. Simulação de Defeitos Cognitivos***

***4.3. Simulação de Amnésia***

***4.4 Simulação de Psicose***

***4.5 Simulação de Sintomas Pós-Traumáticos***

***4.6. Dissimulação e Perturbações Factícias***

***5. Avaliação***

***5.1. Entrevista***

***5.2 Informações Colaterais***

***5.3 Avaliação Psicológica***

 ***5.3.1 Avaliação da Simulação de Perturbações Mentais***

 ***5.3.2 Avaliação da Simulação de Défice Cognitivo***

 ***5.3.3 A Relevância dos Testes Neuropsicológicos***

***6. Diagnóstico Diferencial***

***7. Implicações Médico-Legais do Diagnóstico de Simulação***

***8. Conclusões***

**1. INTRODUÇÃO**

A simulação de doença, seja física ou mental, não é considerada uma doença por si só, mas antes um comportamento consciente e voluntário motivado por um objectivo de ganho secundário concreto.

Crê-se que a simulação de doença mental é tão antiga quanto a civilização humana encontrando-se referências à simulação de loucura na Bíblia (1):

*David, impressionado com estas palavras, teve medo de Aquis, rei de Gat. Simulou um ataque de loucura diante deles: fazia movimentos raros com as mãos, batia nas portas e deixava correr a saliva pela barba. Aquis disse aos servos: «Bem vedes que este homem está louco. Porque mo trouxestes? Porventura, não tenho aqui bastantes loucos, para me trazerdes ainda mais este, para me aborrecer com as suas excentricidades? Semelhante homem há-de ter entrada na minha casa?»* (1º Samuel 21; 13-15)

Além das referências bíblicas à simulação do Rei David, também na mitologia antiga podemos encontrar os relatos de Ulisses de Laertes, rei de Ítaca, que fingiu estar louco para evitar ser enviado para as Guerras de Tróia. Palamedes, príncipe da Eubeia, encontrou-o com um comportamento bizarro, semeando sal, em vez de trigo, num campo que Ulisses arava com uma junta composta por um burro e um touro. Palamedes colocou Telémaco, filho de Ulisses, na frente do arado. A reacção imediata de Ulisses para salvar o filho demonstrou a Palamedes que ele não estava tão louco e o herói foi obrigado a juntar-se à frota que zarpou para Tróia (2).

Em circunstâncias normais, clínicos que prestam assistência a doentes terão poucas razões para duvidar destes ou das suas queixas e, em boa verdade, é possível que a maioria dos psiquiatras e psicólogos na sua actividade clínica (assistencial) encare como seu principal dever a ajuda à pessoa doente, de forma despreconceituosa e aceitando toda a expressão de sofrimento como genuína (3). Na verdade, algum exagero ou teatralidade nas queixas pode, inclusivamente, ser empaticamente interpretado como uma forma do doente sublinhar, perante o terapeuta, o seu sofrimento ou, mesmo, uma expressão de psicopatologia.

Já num contexto forense a possibilidade de simulação deverá ser sempre considerada pelo perito, como hipótese carecendo de debate e discussão, que diligenciará pelo uso de diferentes meios com vista à sua exclusão ou admissão.

É, pois, objectivo do presente capítulo munir psiquiatras e psicólogos forenses da informação técnico-científica adequada à execução de tão difícil tarefa, permitindo o necessário diagnóstico diferencial entre simulação e dissimulação de doença mental, perturbações factícias e somatoformes (conversivas).

Seguramente, uma das razões para a dificuldade desta tarefa prende-se com a subjectividade da definição da maioria das doenças mentais.

Em Medicina, à experiência subjectiva de estar doente (*illness*) corresponde, habitualmente, uma realidade fisio-patológica concreta e objectivável: a doença (*disease*). A impossibilidade actual de descrever as doenças psiquiátricas num plano fisio-patológico mas, apenas, sindrómico, como aglomerados de sinais e, sobretudo, sintomas, impede que a maioria das ditas doenças psiquiátricas possam ser consideradas doenças propriamente ditas, tendo-se encontrado o subterfúgio semântico de as designar como distúrbios, perturbações ou transtornos (*disorders*) (4; 5). Tal recurso permite criar uma ilusão de objectividade que, regra geral, tem sido suficiente para a tranquilização dos clínicos.

Numa era pré-critérios operacionais de diagnóstico, o trabalho *On being sane in insane places*, publicado em 1973 por David Rosenhan, expôs a facilidade com que indivíduos sãos se podiam fazer passar como portadores de doença mental grave (6). Mesmo descontado o contexto histórico antipsiquiátrico e o criticismo acerca da reprodutibilidade ao momento actual do estudo (7), a verdade é que o mesmo expõe as fragilidades do diagnóstico em Psiquiatria e sublinha o escrito no séc. XVI por Paolo Zacchias – considerado por muitos como o pai da medicina forense – acerca da loucura: *«não existe doença mais fácil de fingir, nem mais difícil de detectar.»* (2)

**2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

A 5ª Edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, define **simulação** como *«a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou claramente exagerados, motivada por incentivos externos como: evitar a recruta para o dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos.»* (8)

É sublinhado o facto de não se tratar de Perturbação Mental propriamente dita, encontrando-se codificada no Capítulo *«Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica»*. De igual modo, na *Classificação Internacional de Doenças* (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos encontrar simulação no Capítulo *«Factores influenciando o estado de saúde e contacto com serviços de saúde»*, sob os códigos V65.2 (CID-9) ou Z76.5 (CID-10).

Ainda no DSM-5 é salientado o facto de se dever suspeitar de simulação em circunstâncias específicas, nomeadamente:

* Contexto de apresentação médico-legal;
* Discrepância marcada entre a incapacidade ou sofrimento relatados pelo paciente e a observação ou os achados objectivos;
* Falta de cooperação durante a avaliação;
* Presença de Perturbação de Personalidade Anti-social.

Resulta, portanto, que num contexto forense, por definição, deve sempre considerar-se a possibilidade de simulação, como já havíamos referido.

Em Portugal, a *Simulação de anomalia psíquica* está prevista no Artigo 108º do Código Penal, no âmbito do Capítulo VIII – *Internamento de imputáveis portadores de anomalia psíquica*, podendo determinar, se provada, alterações ao regime de execução da pena (9).

É habitual distinguirem-se diferentes variantes de simulação (10; 11):

* **pré-simulação:** simulação de um quadro patológico antes do cometimento de qualquer ilícito;
* **sobre-simulação:** trata-se mais propriamente de um exagero de sintomas que, em boa verdade, existem;
* **meta-simulação:** manutenção dos sintomas, após a cura (p.ex: alguém com um quadro de stress pós-traumático que, após a resolução sintomática, mantém as mesmas queixas subjectivas);
* **dissimulação:** tentativa de ocultação da doença ou sintomatologia;
* **para-simulação:** reporte de sintomalogia referente a patologia diferente da que efectivamente existe;
* **super-simulação:** simulação de múltiplas patologias.

Sobretudo em textos brasileiros pode encontrar-se a terminologia *super-simulaçã*o reportando-se ao conceito agora definido como de *sobre-simulação* (1), no entanto a distinção que efectuamos parece-nos mais conforme à realidade observada e ao rigor etimológico.

Precisamente em relação ao exagero ou sobre-simulação de sintomas existe, regra geral, uma contemporização relativamente ao mesmo, concordando a maioria dos autores em não lhe atribuir o valor e o estigma da simulação propriamente dita. De resto, numa leitura psicodinâmica do exagero dos sintomas poder-se-á discutir quanto do exagero se encontra realmente sob controlo voluntário e consciente do paciente ou periciado (12).

São justamente a voluntariedade e a consciência que distinguem os quadros simulados das perturbações factícias e das perturbações conversivas e dissociativas.

Assim, tanto a simulação quanto as **perturbações factícias** partilham entre si o carácter de voluntariedade na produção de sintomas. Porém, se na simulação a motivação é consciente buscando um ganho secundário *externo*,concreto e objectivo; nas perturbações factícias esse ganho não existe, considerando-se a motivação inconsciente e determinada pelo mero ganho primário de satisfação de uma necessidade psíquica *interna* (1; 6; 13).

A **Síndrome de Munchausen** – assim designada por Asher em referência às “gloriosas” e exageradas campanhas militares supostamente vivenciadas pelo Barão Heironymus von Munchausen (13) – constitui uma forma crónica e extrema de doença factícia associada, habitualmente, a múltiplas hospitalizações, peregrinação por diferentes unidades de saúde e busca de procedimentos médico-cirúrgicos invasivos e desnecessários.

Relativamente às perturbações anteriormente unificadas sob o signo da *histeria*, sejam **perturbações conversivas** (com sintomas físicos) – designadas como perturbações somatoformes no DSM-IV e, agora, como perturbações de sintomas somáticos no DSM-5 – ou **perturbações dissociativas** (com sintomas psicológicos ou da integração da consciência e do eu); ambas se distiguem da simulação pela ausência de voluntariedade na produção dos sintomas em simultâneo com a ausência de consciência da motivação dessa produção.

Finalmente uma variante que já foi classificada como fenómeno dissociativo, histérico, psicótico ou de franca simulação é a **Síndrome de Ganser**, ou síndrome das respostas aproximadas. Descrita inicialmente por Ganser, em 1898, em 3 prisioneiros condenados à morte é caracterizada pela obtenção de respostas aproximadas ou absurdas a questões ordinárias ou simples (por ex: 2+2 igual a 5), podendo incluir aspectos adicionais de obnubilação da consciência, sintomas conversivos e, por vezes, pseudo-alucinações (6). O seu carácter bizarro, raro e difícil de conceptualizar e catalogar levou Frederick Wertham a comentar, cinicamente, que *«uma reacção de Ganser é uma hipotética pseudo-estupidez que se encontra quase exclusivamente em prisões e tratados alemães antiquados. Sabe-se, agora, que será mais frequentemente atribuível a simulação consciente do que a estupefacção inconsciente.»* (2)

Enquanto a simulação de doença não é considerada uma doença propriamente dita, indivíduos com perturbações factícias, conversivas ou dissociativas são considerados genuinamente doentes e necessitando de tratamento e acompanhamento psiquiátrico.

Na **Tabela 1** podemos observar um resumo da distinção conceptual efectuada entre simulação, perturbações factícias e perturbações conversivas ou dissociativas.

**3. PREVALÊNCIA**

Dado não ser considerada uma doença propriamente dita, o conceito de prevalência de simulação não é aplicável num sentido epidemiológico estrito.

Estima-se, no entanto, que a simulação (ou exagero grosseiro) de sintomas possa encontrar-se em até 1% dos indivíduos em ambulatório de psiquiatria, podendo, no entanto, esta cifra exponenciar-se até 10 a 30 vezes em contexto forense (2; 15).

A prevalência estimada para doença factícia, na clínica, varia entre 0.8 a 1 por cento (16)

Num estudo realizado sobre uma população de estudantes universitários saudáveis, a notável percentagem de 48% admitiu que poderia fingir sintomas após um acidente, com objectivo de maximizar a indemnização a receber (15)

**4.APRESENTAÇÕES CLÍNICAS COMUNS**

As perturbações psiquiátricas mais frequentemente objecto de simulação são deficiência mental, defeitos cognitivos e amnésicos, psicose e perturbações de carácter pós-traumático sejam ansiosas, depressivas ou, mesmo, Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT) (2; 16)

Em contexto criminal os objectivos de escapar à responsabilização criminal ou de amenizar uma potencial sentença serão os mais procurados, sendo mais frequentes a simulação de quadros considerados psicopatologicamente mais “pesados” como de défices cognitivos ou de tipologia psicótica. Verificamos, contudo, na prática pericial que, pelo menos, o exagero de quadros tipicamente neuróticos, sejam ansiosos ou depressivos, é recurso frequente em situações de natureza criminal, incluindo de violência homicida. Podemos especular acerca do intuito, eventualmente, lenitivo sobre o julgador ou procurando imprimir uma certa compreensibilidade psicodinâmica na génese da formação da vontade conducente ao acto criminoso.

Já num contexto civil, no âmbito da avaliação do dano, são mais frequentemente encontrados o exagero ou simulação de quadros psicopatologicamente mais “ligeiros”, de carácter ansioso e afectivo ou pós-traumático. Ainda em contexto civil, no domínio do Direito da Família, será onde mais frequentemente se poderão encontrar quadros de dissimulação, em especial em Processos de Promoção e Protecção ou de Regulação do Poder Parental em que o(a) periciando(a), eventualmente portador(a) de determinada patologia ou disfunção de personalidade, pode tender a escotomizá-la aos olhos do perito procurando dar de si próprio(a) uma imagem menos patológica ou de super-normalidade.

**4.1. SIMULAÇÃO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

A eventual simulação de deficiência ou atraso intelectual pode ser, em princípio, facilmente detectada através do recurso a fontes colaterais de informação, como sejam, por exemplo, registos escolares, militares, profissionais ou, até, clínicos.

A demonstração de uma marcada discrepância entre as capacidades observadas ao Exame Pericial ou testadas neuropsicologicamente e os registos prévios de aproveitamento escolar ou de prévio desempenho profissional, social ou familiar constituem sinais de alerta para a presença de simulação e dados importantes para a sua detecção.

**4.2 SIMULAÇÃO DE DEFEITOS COGNITIVOS ADQUIRIDOS**

Por comparação com indivíduos verdadeiramente demenciados, os simuladores de defeitos cognitivos adquiridos tendem a mostrar menos perseveração (2)

À semelhança da deficiência intelectual o confronto com dados de outras fontes (sociais, profissionais, familiares) pode ser importante para a detecção de eventuais discrepâncias de funcionamento, de acordo com os contextos.

Quando o alegado defeito cognitivo suceda a traumatismo craniano ou similar o estudo das potenciais sequelas decorrentes da área anatómica afectada e a sua confrontação com o perfil de queixas do periciado é, também, importante.

O uso de testes neuropsicológicos para aferição das capacidades cognitivas, em especial se forem usados testes de escolha forçada e sensíveis ao exagero e esforço sub-óptimo, é obrigatório.

**4.3. SIMULAÇÃO DE AMNÉSIA**

A simulação de quadros clínicos, de maior ou menor complexidade, cursando com amnésia é talvez a apresentação clínica mais comum de simulação em contexto psiquiátrico-forense (2) e em termos globais – mesmo considerada a simulação de sintomas físicos – a simulação de amnésia só é, provavelmente, suplantada, em frequência, pela simulação de dor crónica (15).

A amnésia simulada tende a ter um início súbito e a ser “conveniente” na relação temporal com o eventual acto ilícito, ainda que fisiologicamente inexplicável. A amnésia genuína tende a ser global e não circunscrita a eventos ou episódios precisos e bem delimitados no tempo.

É obrigatória a exclusão das principais causas de amnésia, além de simulação:

* Perturbação conversiva (ou dissociativa);
* Psicose;
* Alcoolismo;
* Traumatismo Craniano;
* Epilepsia.

Para esse efeito deverão ser solicitados exames de imagem (TAC, RMN), funcionais (EEG), analíticos (Provas Hepáticas, vit. B12, Ác. Fólico, Transferrina Deficiente em Carbohidratos) e de testagem neuropsicológica.

**4.4. SIMULAÇÃO DE PSICOSE**

De um modo geral, indivíduos tentando simular psicose podem mostrar-se excessivamente dramáticos e exagerados, fiéis à crença comum de que quando mais bizarros e estranhos se apresentarem mais provavelmente poderão ser considerados “loucos”.

Sucede que, pelo contrário, indivíduos genuinamente acometidos de psicose tendem a mostrar grande discrição e relutância na abordagem dos seus sintomas, sobretudo delírios e alucinações, optando frequentemente por uma postura defensiva, não só pelo receio do estigma, mas também por terem a experiência de não serem credíveis pelos outros. Assim, enquanto um esquizofrénico poderá tentar dissimular a existência de delírios ou alucinações; um simulador será o primeiro a chamar a atenção do examinador para tais alterações, relatando-as com gosto.

Na **Tabela 2** podemos observar uma comparação entre as características distintivas entre delírios simulados e genuínos; e na **Tabela 3** idêntica comparação relativamente a alucinações.

Por outro lado, pode ser extremamente difícil a um simulador fingir alterações formais do pensamento como perda ou afrouxamento de associações ou um pensamento de forma tangencial ou circunstancial. De igual modo, os típicos sintomas negativos como alogia, avolição e autismo ou grave negligência com auto-cuidado são extremamente difíceis de representar (2; 6; 17).

À semelhança dos quadros histéricos, os simuladores tendem a representar o seu entendimento do que é psicopatológico. Assim, simuladores menos sofisticados poderão confundir loucura com idiotia e adoptar uma postura pateta ou infantil em associação com sistemas delirantes altamente elaborados ou alucinações de elevada complexidade.

Como na histeria, também os simuladores podem ser facilmente sugestionados e induzidos a acrescentar pormenores absurdos às suas experiências fingidas ou a responder a perguntas incompreensíveis. Um simulador poderá responder afirmativamente a uma questão do tipo: “Essas vozes de que fala, entram-lhe pelo ouvido direito, mexem-lhe no cérebro e depois saem pelo ouvido esquerdo?”; ou dar uma resposta pronta à questão: “Os helicópteros voam ou comem as suas crias?”, enquanto alguém genuinamente psicótico pode fazer notar o absurdo da questão ou mostrar-se, simplesmente, perplexo (6).

**4.5. SIMULAÇÃO DE SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS**

A sociedade actual encontra-se muito mais alerta para o *distress* psicológico por comparação com algumas décadas atrás. Em qualquer jornal ou noticiário televisivo se podem encontrar vítimas das mais diversas situações, com maior ou menor gravidade e/ou alarme social, apelando ou queixando-se da ausência de “apoio psicológico”. Numa sociedade que hipervaloriza a litigância e uma certa mediatização das queixas, não deve surpreender a existência de simulação de quadros pós-traumáticos, seja através do mero exagero (sobre-simulação), da manutenção dos sintomas mesmo após a sua resolução (meta-simulação) ou da queixa de sintomas característicos de outra(s) perturbaçõe(s) que não a(s) efectivamente diagnosticada(s) – para-simulação.

Os quadros mais frequentemente simulados são de tipologia depressiva ou ansiosa e, dentre estes, o Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT) será o mais comum (2; 15; 17).

Síndromes depressivos podem ser facilmente simulados, sobretudo se ou quando o examinador não está preparado para a sua suspeição (por ex: em contexto clínico). No entanto, algumas pistas poderão ser evidentes. Um indivíduo simulando depressão pode ter dificuldades em simular lentificação psico-motora e pode, inclusivamente, quando confrontado mostrar capacidades cognitivas e de contra-argumentação rápida pouco compatíveis com um estado depressivo mais grave. De igual modo, a postura corporal e facial tensa (*furrowing brow*) podem ser difíceis de fingir de forma consistente, sobretudo, no caso de entrevistas longas ou repetidas (17)

Relativamente ao DSPT um sofredor genuíno pode valorizar muito mais características negativas como anestesia emocional, indiferença afectiva e isolamento social, enquanto um simulador tenderá a focar-se em queixas mais aparatosas e de maior impacto presumido como, por exemplo, pesadelos ou *flashbacks* (2). Relativamente aos pesadelos, estes são habitualmente descritos, pelos portadores de DSPT como de conteúdo variável, ainda que podendo ter características de horror e desamparo em comum, enquanto os simuladores alegam ter sempre o mesmo sonho, milimetricamente, como se de um filme ou gravação se tratasse. Finalmente, uma das características essenciais do DSPT é o evitamento do trauma, havendo grande relutância dos traumatizados em abordar a experiência propriamente dita, enquanto um simulador pode demonstrar agrado em contar pormenorizadamente e de forma repetida a sua experiência, frequentemente com detalhe excessivo (17).

Na **Tabela 4** encontra-se um sumário das características mais comuns encontradas na simulação de sofrimento psicológico pós-traumático.

**4.6. DISSIMULAÇÃO E DOENÇA FACTÍCIA**

Se, na simulação, o indivíduo pretende enganar o examinador mostrando-se mais doente do que está na realidade (*faking bad*) na dissimulação o objectivo é exactamente o inverso procurando o periciando dar de si uma imagem menos patológica (*faking good*) (15).

Como já referimos anteriormente, da nossa experiência, tais situações mostram-se invulgares em contexto criminal ou de avaliação do dano sendo muito mais comuns em processos onde se discute a capacidade de exercício dos poderes-deveres parentais ou, noutro registo completamente diferente, na avaliação da capacidade para prestar testemunho (Art.º 131º do Código de Processo Penal). A autoridade judiciária pode submeter qualquer testemunha a perícia com vista a apurar se a mesma está apta a depor como tal. Se a dúvida da autoridade judiciária se fundar na suspeita da existência de uma causa patológica para essa incapacidade é determinada a realização de uma perícia psiquiátrica. Se a dúvida for fundada na suspeita de mera alteração não patológica da personalidade, a autoridade judiciária determina a realização de uma perícia à personalidade, independente de causas patológicas (Art.º 160º do Código de Processo Penal; 18)

A maior parte dos testes psicológicos de personalidade contempla escalas de validade que permitem aferir se o indivíduo respondeu com sinceridade ou de acordo com o socialmente expectável (15; 17). Cabe ao perito, também, ajuízar se uma artificialidade normopática ou de super-normalidade em testes psicológicos deve constituir facto de relevo – nomeadamente à luz da entrevista e exame mental – ou se se trata meramente de um progenitor procurando dar, ainda que de forma ingénua, uma imagem positiva de si próprio.

Em relação à doença factícia, embora compartilhe com a simulação o carácter de voluntariedade na apresentação dos sintomas, tipicamente inexistem reforços secundários ou motivações externas mas apenas busca de apaziguamento de necessidades primárias intra-psíquicas.

As apresentações podem ser as mais diversas desde a classicamente descrita e relativamente benigna *pseudologia fantastica* até formasde maior aparato sintomático e, por vezes, exigindo procedimentos de risco não negligenciável: *laparatimofilia migrans* (busca repetida de admissões hospitalares com laparotomias exploratórias), *cardiopatia fantastica* (falsos ataques cardíacos), *hemorragica histrionica* (apresentação com hemorragias significativas) ou *neurologica diabolica* (convulsões bizarras ou intratáveis) (6).

**5. AVALIAÇÃO**

**5.1. ENTREVISTA**

O diagnóstico de perturbação mental e a avaliação da psicopatologia baseia-se frequentemente na honestidade, acuidade e competências de auto-relato. A distorção quer intencional ou não, complica consideravelmente o processo de avaliação. Na maioria dos contextos de avaliação o clínico, partindo do pressuposto que o examinando quer contar a sua história e pretende ajuda para a resolução dos seus problemas, tem em consideração que este responde de forma honesta relativamente ao seu estado emocional e mental. Também nestes contextos, perante a presença de determinadas características de personalidade, o clínico pode contar com algum exagero de sintomatologia como forma de impressionar e / ou como meio de justificar a necessidade de ajuda (19).

No contexto forense a entrevista tem especificidades próprias no que diz respeito à honestidade do examinando que terão de ser tidas em consideração pelo perito. Primeiro, porque neste contexto as regras do compromisso e da aliança terapêutica clínico-paciente não existem, já que o cliente é, em última instância, o tribunal ou o sistema judicial (20). Segundo, porque o perito é movido pelo interesse em responder ao que é solicitado nos quesitos, recorrendo a estratégias, técnicas e metodologias específicas que considere pertinentes para poder responder da melhor forma ao que é solicitado. Por fim, o examinando é movido pelos seus próprios interesses e motivações, podendo de igual forma usar estratégias específicas e mutáveis ao longo do processo avaliativo para atingir os seus objectivos (p. ex. alternando entre a cooperação e a resistência à avaliação).

Rogers (21) descreve as motivações implícitas para a ocorrência de simulação e dissimulação de acordo com três modelos explicativos: o modelo patogénico que postula que a força subjacente que sustenta a simulação e a dissimulação é a perturbação mental; o modelo criminal que defende que existe uma propensão dos indivíduos com perturbação antissocial para simular ou dissimular patologia; por fim, o modelo adaptativo proposto pelo autor que considera que a simulação ou a dissimulação é uma tentativa construtiva de se ser bem sucedido em situações consideradas pelo avaliando como sendo adversas e em que os sujeitos fazem uma análise perante outras alternativas do custo-benefício quando decidem simular ou dissimular. Assim sendo, segundo este modelo, a simulação e dissimulação ocorrem mais provavelmente quando:

1. o contexto de avaliação é percebido como adverso;
2. o investimento pessoal é muito elevado;
3. outras alternativas não parecem ser viáveis.

A análise custo-benefício dos simuladores é influenciada pela sua estimativa das suas capacidades para ter sucesso.

Vários autores argumentam que as entrevistas e em particular as entrevistas não estruturadas, acarretam dificuldades acrescidas na avaliação dos processos de simulação ou de dissimulação. Assim, para colmatar eventuais dificuldades, indicam algumas estratégias para ajudar o perito. Ao nível da entrevista propriamente dita, consideram que uma entrevista extensa e detalhada poderá proporcionar a validade da história clínica, onde será central investigar motivações ou incentivos externos que possam indicar a possibilidade de vir a ocorrer processo de simulação ou de dissimulação (22). Recomendam também a realização de múltiplas sessões (23), bem como a colocação de questões idênticas em momentos diferentes, tendo como objectivo avaliar a consistência da história (24). O perito terá também de ter em atenção durante a recolha da história clínica se o avaliado tem conhecimentos sobre a doença ou determinada lesão de que se queixa, a consistência dos sintomas e se está familiarizado com informação sobre experiências e sintomas relatados (22). Outras estratégias significativas apontadas são a avaliação do comportamento verbal e não-verbal (25), o uso de instrumentos de avaliação da credibilidade do avaliado (26) e a aplicação de medidas padronizadas, tais como inventários clínicos (p. ex. MMPI-2 ou MCMI-III) (21), ou de entrevistas estruturadas construídas para avaliar sujeitos simuladores (p.ex. a SIRS). (27) Por fim, sinalizam a importância de analisar outras fontes de informação como registos médicos, entrevistas colaterais a informadores e outros relatórios realizados por peritos. (21; 22; 24)

Os autores em geral reconhecem a dificuldade em detetar os processos de distorção, dando ênfase a uma série de indicadores no processo de entrevista. Estes indicadores não devem ser utilizados isoladamente, mas antes fazer parte integrante de uma descrição coerente da personalidade e do comportamento do examinando, fundamentando a opinião do perito (25; 28). Como já foi referido é relevante, durante as entrevistas, analisar a coerência entre os níveis de comunicação verbal e não-verbal, o relato do avaliado, o comportamento, os sintomas observados e relatados, a história clínica, assim como outros elementos respeitantes a acontecimentos de vida, conforme se descreve na **Tabela 5**. A presença de qualquer um dos indicadores deve alertar o perito para a possibilidade de exagero ou de ocultação de sintomas. Quanto maior for o número de indicadores presentes maior a probabilidade de existência de simulação ou de dissimulação (28).

A área da investigação criminal, e mais propriamente ao nível do interrogatório, dá-nos também um contributo importante no que diz respeito a indicadores verbais e não-verbais para a avaliação da honestidade. O sistema de Reid (29) é um sistema não clínico, na linha do interrogatório policial, que recomenda uma abordagem estruturada da entrevista. Os indicadores verbais e não-verbais que fazem parte da avaliação da honestidade dos suspeitos são descritos na **Tabela 6**.

Relativamente às entrevistas semi-estruturadas, a *Statement Validity Analysis* (SVA) é um método frequentemente utilizado. Este método foi conceptualizado para avaliar a credibilidade do testemunho de crianças nos tribunais em crimes de ofensas sexuais (27) e atualmente é também usado em população adulta (30). A SVA é composta por quatro fases: a análise dos documentos do processo; a entrevista semi-estruturada; a Análise de Conteúdos Baseada em Critérios (CBCA) e a *checklist* de validade. A primeira fase deve compreender a recolha de informação sobre a testemunha (idade, capacidades cognitivas, relacionamento com a pessoa acusada), a natureza do evento em análise e declarações anteriores prestadas pela testemunha e outras partes envolvidas no processo. Na entrevista semi-estruturada pretende-se obter a maior quantidade possível de informação num estilo de narrativa livre, de forma a minimizar qualquer tipo de contaminação gerada pelo entrevistador (31). As entrevistas são gravadas e transcritas para serem analisadas segundo os 19 critérios estabelecidos pela CBCA. Os autores assumem que os primeiros 13 critérios indicam experiências genuínas, já que são geralmente muito difíceis de serem fabricadas. Os critérios 14 a 18 dizem respeito às motivações do entrevistado e são mais prováveis de ocorrer em declarações verdadeiras. O critério 19 diz respeito a descrição de detalhes particulares do delito. Por fim a SVA inclui uma *checklist* de validade constituída por um conjunto de itens que podem ser registados pelo entrevistador, oferecendo linhas orientadoras e avaliando desta forma a qualidade da própria entrevista (22; 26; 32). A terceira e quarta fases do método encontram-se descritas na **Tabela 7**.

Como já foi referido, sendo as entrevistas tradicionais pouco eficazes na deteção da simulação, criaram-se entrevistas estruturadas que facilitam a tarefa de discriminação de sujeitos simuladores. Estas entrevistas partem essencialmente da metodologia de escolha forçada, onde o papel da observação clínica está controlado e estritamente definido (24).

A Entrevista Estruturada de Sintomas Relatados (*Structured Interview of Reported Symptoms* – SIRS; 21; 27) foi desenvolvida para avaliar a simulação de perturbações mentais e fornecer informação adicional sobre defensividade, auto-avaliação de honestidade e respostas inconsistentes.

A SIRS é composta por três tipos de questões: questões detalhadas que avaliam sintomatologia específica e sua severidade; questões repetidas que pretendem medir a consistência das respostas; questões gerais que avaliam sintomas específicos, problemas psicológicos e padrões de sintomas. Estas questões estão organizadas em oito escalas primárias, correspondentes a oito estratégias de deteção validadas que provaram ser úteis na discriminação entre simulação e perturbações genuínas (27). Estas escalas podem ser brevemente sumarizadas da seguinte forma:

1. Sintomas raros: constituída por sintomas clínicos raramente observadas em doentes psiquiátricos;
2. Combinação de sintomas: constituída por sintomas habituais emparelhados cuja combinação surge raramente na população psiquiátrica;
3. Sintomas improváveis e absurdos: constituída por sintomas “fantásticos” e absurdos, com pouca probabilidade de serem verdadeiros;
4. Sintomas óbvios: constituída por sintomas óbvios que sujeitos sem treino facilmente reconhecem como sendo psicopatologia severa;
5. Sintomas subtis: constituída por características comuns nas perturbações mentais; algumas não são imediatamente reconhecidas como evidência de perturbação mental severa;
6. Seletividade de sintomas: constituída pela validação indiscriminada de sintomas;
7. Severidade dos sintomas: considera a proporção de sintomas considerados insuportáveis ou potencialmente incapacitantes;
8. Sintomas descritos / observados: constituída por características comportamentais facilmente observáveis clinicamente que se comparam com o relato do sujeito.

A SIRS tem também 5 escalas suplementares: avaliação directa da honestidade, sintomas de defensividade, sintomatologia manifestamente especificada, início e resolução dos sintomas, inconsistência dos sintomas.

Na entrevista temos o caso particular da avaliação de crianças, e especificamente, a avaliação das suas competências para testemunhar. Neste contexto pretende-se apurar se a criança entende a necessidade de ser verdadeira e de dizer a verdade durante o processo judicial. O foco será então sobre a sua capacidade de pensar sobre a verdade e a mentira e a sua disposição para responder honestamente às questões.

A avaliação da credibilidade deve compreender:

 (1) a capacidade da criança para recordar, reconhecer e comunicar de uma forma precisa;

(2) a capacidade de enganar sem ser detetada;

(3) a capacidade de resistir à influência de outros;

(4) os motivos possíveis para mentir.

As indicações de distorção podem ser obtidas a partir:

(1) da admissão de ter mentido;

(2) de declarações inconsistentes com as informações colaterais;

(3) da evidência de influência de terceiros nas entrevistas anteriores;

(4) da observação de sinais comportamentais de que mentiu;

(5) avaliação psicométrica das capacidades actuais. (29)

 **5.2. INFORMAÇÕES COLATERAIS**

A informação colateral permite ao perito verificar a consistência dos sintomas e observar as contradições nas respostas dos sujeitos, sendo que as discrepâncias entre o que é relatado e o comportamento que é observado podem fazer sentido quando enquadrado num determinado contexto. É importante ter informação suficiente de forma a avaliar a veracidade do significado dos sintomas e/ou défices (17).

Quando a informação relatada é suspeita, é fundamental que o perito reúna informação do maior número de fontes, que podem incluir (17; 29; 33):

* Registos dos tratamentos em saúde mental e de avaliações clínicas psiquiátricas;
* Registos médicos (de consultas, exames médicos e laboratoriais);
* Exames neurológicos (PET, Ressonância Magnética, TAC,…);
* Registos de processos judiciais anteriores;
* Registos prisionais (particularmente aqueles que digam respeito a queixas e a infrações disciplinares);
* Entrevistas a pessoas que tenham contacto com o avaliado (ex. vizinhos, colegas do local de trabalho).
* Entrevistas realizadas por outros peritos;
* Observações comportamentais em situações individual/grupo, estruturadas/não estruturadas, indutoras de stress/não indutoras de stress;
* Análise dos traços comportamentais dos grupos aos quais o avaliado pertence;
* Análise de situações anteriores de simulação;
* Análise dos indicadores de validade dos testes psicológicos;
* Análise das curvas de aprendizagem e de desempenho esperado do ponto de vista neuropsicológico;
* Registos de percurso escolar e laboral;
* Registos financeiros e/ou de impostos;
* Registos de percurso militar;
* Avaliação de competências;
* Análise semântica e escrita;
* Linguagem corporal (isto é, comportamento não-verbal);
* Materiais autobiográficos (por exemplo, diários, cartas).

Alguns autores chamam a atenção para a própria validade das fontes de informação (27; 33). Assim o perito terá de ter atenção ao tipo de informação fornecida por terceiros e a natureza da relação entre o informante e as partes em litígio. As observações mais úteis de terceiros serão as diretamente relevantes para o assunto em avaliação, fornecidas por um informante que não está alinhado com qualquer parte envolvida no litígio. Entre os relatos com menor validade e exigindo maior confirmação encontram-se:

- os que apoiem as queixas do examinando ou os fornecidos por uma fonte colateral que tem uma relação significativa e positiva com essa parte (por exemplo, o cônjuge de um litigante alegando dano emocional decorrente de discriminação pela idade no local de trabalho) ou,

 - os que contradigam o examinando e que são fornecidos por uma fonte colateral que tem ou que presumivelmente pode ter uma relação negativa com o examinando (por exemplo, alegada vítima do examinando).

As observações que podem ser mais úteis ao perito são então as fornecidas por indivíduos que não estão alinhados com qualquer das partes ou cujos relatos são contrários ao que se poderia esperar, dada a natureza e valência da relação entre o informante e os envolvidos no litígio (33)

**5.3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Em contexto forense, tem-se verificado uma atenção particular na avaliação dos constructos atrás descritos. Avaliar a credibilidade dos desempenhos (relativamente a queixas cognitivas e psicopatologia) surge como elemento integrante de uma avaliação neuropsicológica mais detalhada, com recurso a diferentes técnicas e instrumentos que implicam o cruzamento dos dados obtidos a partir das provas administradas com a observação dos comportamentos e, ainda, com elementos fornecidos por outros informadores – familiares próximos, relatórios de outros especialistas, entre outros.

Os testes que avaliam a simulação procuram, em primeiro lugar, saber se as pontuações nestas tarefas discriminam desempenhos e/ou respostas de sujeitos que *simulam*, comparativamente com outros que *não simulam*. Interessa, por outro lado, verificar a relação dos resultados nestas tarefas com o desempenho em tarefas neuropsicológicas clássicas e com os resultados em testes de avaliação da personalidade e da psicopatologia (34).

Nesta secção dedicamos especial relevância aos instrumentos de natureza neurocognitiva ou psicopatológica indicados na avaliação de comportamentos de simulação, esforço insuficiente ou exagero de sintomas, privilegiando os que dispõem de estudos empíricos na população portuguesa.

**5.3.1 AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO DE PERTURBAÇÕES MENTAIS**

Uma breve referência deverá ser feita ao *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST; 35) pela sua reduzida utilização e investigação empírica. Trata-se de uma entrevista estruturada de 25 itens que avalia a simulação de sintomas psicopatológicos (36) composta pelas seguintes escalas: Reportado *versus* Observado, Sintomatologia Extrema, Combinações Raras, Alucinações Pouco Usuais, Curso de Sintomas Pouco Usuais, Imagem Negativa e Sugestionabilidade.

O *Assessment of Depression Inventory* (ADI; 37) é uma medida de auto-relato, num total de 39 itens, que avalia a presença de sintomatologia depressiva e inclui escalas de validade para Fingimento e Resposta Aleatória (38).

Alguns inventários de personalidade incluem subescalas de validade específicas para a avaliação da simulação: a *Negative Impression Management* pertence ao *Personality Assessment Inventory* (PAI; 39) e a *Debasement Scale* (Z) ao *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III; 40). Apesar disso, a subescala mais conhecida e com mais investigação empírica no que respeita à validade de sintomas está incluída no *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2; 41; atualmente em fase de adaptação e validação para a população portuguesa: 42), é conhecida por *Fake Bad Scale* (FBS) e constituída por 43 itens. Na forma reestruturada do inventário (MMPI-2-RF; 43), esta escala é denominada por Escala de Validade de Sintomas, constituída por 30 itens, tendo diversos estudos evidenciado a sua utilidade na deteção do exagero de sintomas somáticos e outros sintomas emocionais não associados a perturbações psicóticas (44).

O *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; 45) é um instrumento de rastreio que avalia a simulação de sintomas psicopatológicos e neurocognitivos. É composto por 75 itens distribuídos em 5 subescalas: Psicose, Défice Neurológico, Perturbações Mnésicas, Perturbações Afetivas e Capacidade Intelectual Reduzida. Estudos futuros deverão esclarecer, por um lado, as relações entre as subescalas *Perturbações Afetivas* e *Psicose* e as pontuações em instrumentos de avaliação da psicopatologia e, por outro lado, as relações entre as subescalas *Défice Neurológico*, *Perturbações Mnésicas* e *Capacidade Intelectual Reduzida*, o funcionamento neurocognitivo e a simulação de défice cognitivo. O SIMS tem sido estudado em Portugal em diversos tipos de amostras clínicas e forenses (46; 47; 48; 49; 50; 51).

O desenvolvimento da *Escala de Validade de Sintomas* (EVS-Versão Experimental; 52; 53) teve como objetivo criar e validar uma nova medida de rastreio de simulação de sintomas psicopatológicos, neurocognitivos e somáticos que responda a necessidades técnicas de exame de comportamentos de simulação e possa constituir-se uma alternativa ou complemento a outros instrumentos de referência como o SIMS ou o SIRS. Trata-se de um instrumento de auto-resposta (verdadeiro/falso) composto por 5 domínios – Psicose, Perturbações Emocionais, Problemas Cognitivos, Sintomas Somáticos e Itens Indiferenciados - num total de 81 itens. A pontuação total proporciona uma estimativa do nível geral de simulação. A EVS-VS encontra-se em fase de investigação em diversos tipos de amostras, nomeadamente normativas e médico-legais.

**5.3.2. AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO DE DÉFICE COGNITIVO**

Nos últimos anos, diversas provas têm sido criadas e/ou aperfeiçoadas com vista à avaliação da simulação cognitiva, esforço reduzido ou perfil de desempenho cognitivo não credível.

O *Word Memory Test* (WMT; 54) é um teste de listas de palavras que inclui medidas de esforço (Evocação Imediata, Evocação Diferida e Consistência entre Evocação Imediata e Diferida) e medidas de memória (Escolha Múltipla, Pares Associados e Evocação Livre). Esta prova foi objeto de investigação em Portugal (55), concluindo pela utilidade de todas as medidas na avaliação da simulação.

O *Test of Memory Malingering* (TOMM; 56) tem sido o instrumento mais utilizado na avaliação do exagero ou simulação de défices de memória ou declínio cognitivo. Composto por 50 itens, inclui dois ensaios de aprendizagem e um ensaio de retenção (opcional). A interpretação dos resultados do TOMM pressupõe dois aspetos: 1) pontuações inferiores ao acaso em qualquer dos ensaios são potenciais indicadores de simulação; 2) uma pontuação inferior ao ponto de corte no segundo ensaio ou no ensaio de retenção levanta, igualmente, a possibilidade de simulação (34). Tem sido demonstrado, em amostras de crianças e jovens, que a escolaridade (57; 58), o género (57; 59) ou a etnia (59) não influenciam o desempenho no TOMM. Também não foi observada relação entre os resultados e os diagnósticos clínicos (59). Alguns autores não encontraram correlações entre os resultados no TOMM e o desempenho em provas atencionais e de memória (60). Outros investigadores, por seu lado, concluíram pela existência de correlações entre pontuações no TOMM e resultados em testes de memória (61). No contexto nacional, diversos estudos têm sido levados a cabo: idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL; 62), jovens com comportamento anti-social com medidas tutelares educativas (63), crianças e adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada (64), para citar populações em que é real o risco de avaliação como “simuladores”. Outros estudos foram realizados com populações em que a avaliação da simulação deverá constituir uma boa prática da avaliação psicológica: reclusos (65; 66) e em casos que incluem a determinação da incapacidade em populações com história de Traumatismo Crânio-Encefálico (67).

O *Rey-15 Item Memory Test* (FIT; 68) é um teste de escolha não forçada considerado útil no exame da simulação cognitiva. Inclui uma tarefa de evocação imediata e uma tarefa de reconhecimento e dispõe atualmente de várias investigações realizadas em território nacional. De entre as mais relevantes, encontramos investigações realizadas com jovens adultos, idosos saudáveis, idosos com demência ou DCL e idosos deprimidos (69; 70). Apesar destes esforços, esta prova continua a não dispor de normas para adultos e idosos menos escolarizados (71; 34).

**5.3.3. A RELEVÂNCIA DOS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS**

Os testes neuropsicológicos tradicionais podem proporcionar informação complementar muito útil no que respeita à avaliação da simulação, esforço insuficiente ou desempenho não credível. A investigação tem demonstrado que o desempenho de sujeitos simuladores em testes neuropsicológicos é consideravelmente inferior à média. Os testes de avaliação da inteligência (Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos-WAIS), funcionamento executivo (*Wisconsin Card Sorting* Test-WCST, *Trail Making Test*-TMT, Fluência Verbal) atenção (*Test of Variables of Attention*, *Continuous Performance Test*) memória verbal e não-verbal (Escala de Memória de *Wechsler*-WMS, *California Verbal Learning Test*-CVLT, *Rey Auditory Verbal Learning Test*-RAVLT, Figura Complexa de Rey) têm demonstrado utilidade na avaliação de desempenhos não credíveis. As dificuldades exageradas pelo sujeito podem ser generalizadas ou seletivas, cabendo ao examinador analisar e interpretar a eventual falta de consistência clínica e psicométrica do desempenho neurocognitivo: perfil de resultados que não fazem sentido do ponto de neuropsicológico (pontuações inferiores em tarefas mais fáceis relativamente a outras mais complexas – p.ex., pontuações superiores em tarefas de evocação comparativamente com tarefas de reconhecimento (ex.: aprendizagem de listas de palavras da WMS-III ou do RAVLT); acertar itens mais difíceis e falhar itens mais fáceis (ex.: pontuação superior na tarefa de dígitos-inverso comparativamente com o resultado nos dígitos-direto; TMT-B > TMT-A); resultados discrepantes em provas dirigidas à mesma função (34). A literatura tem vindo a descrever alguns padrões de resultados que poderão indiciar simulação/esforço insuficiente. No que diz respeito à Escala de Memória de *Wechsler* (WMS-R, WMS-III), a existência de uma diferença significativa entre as pontuações, mais baixas, no Índice Atenção/Concentração e os resultados, mais elevados, no Índice Memória Geral apontam para a possibilidade de simulação/esforço insuficiente (72). Na verdade, este é um padrão de desempenho que não faz sentido do ponto de vista da neuropsicologia clínica, uma vez que a capacidade de memória se encontra, em boa medida, dependente da integridade dos processos atencionais. Relativamente à Memória de Dígitos (MD), têm sido estabelecidas algumas linhas orientadoras para detetar situações de enviesamento negativo: a) resultados padronizados iguais ou inferiores a 5; b) amplitude mais elevada na MD - sentido direto menor ou igual a 4 (para sujeitos até 55 anos); c) amplitude mais elevada na MD - sentido inverso inferior ou igual a 2; d) diferença Vocabulário-MD superior ou igual a 5 (73). Podemos também definir alguns indicadores úteis na deteção de respostas enviesadas ao TMT, nomeadamente o número de erros, o tempo de completamento das tarefas e a razão entre TMT-B e TMT-A (pontuação no TMT-B superior ao TMT-A) (74).

**6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Os principais diagnósticos diferenciais com simulação colocam-se em relação às **perturbações factícias**, com as quais existe a partilha da intenção voluntária na geração dos sintomas; e também com as **perturbações conversivas** e/ou **dissociativas** em relação às quais nem existe essa voluntariedade, nem existe uma motivação consciente dos objectivos pretendidos (1, 14) – vide Tabela 1.

Por definição, em relação às perturbações factícias não podem existir incentivos externos identificados. Na verdade, se existirem, o diagnóstico deve mudar para simulação (8) É de admitir que, em muitas situações, pode não ser fácil ou imediata a identificação de incentivos externos pelo que pode tornar-se difícil de assumir o diagnóstico de simulação, pois – na ausência dum motivo externo claro e objectivo – pairará, sempre, a dúvida de se tratar de uma perturbação factícia, sendo que nesse caso a maioria dos psiquiatras não hesitaria em considerar a pessoa observada como profundamente doente. Dum ponto de vista psicodinâmico da psicopatologia tanto o simulador quanto o portador de perturbação factícia mostram-se incapazes de gerar um sintoma neurótico pelo que terão que o representar consciente e voluntariamente, através dum mecanismo tipo *acting-out*; ao contrário do histérico que se permitiria a produção inconsciente do mesmo sintoma (2). Em qualquer caso, o sintoma serviria sempre – independentemente dos ganhos secundários – como apaziguador primário de uma necessidade conflitual intra-psíquica infantil e regressiva. Esta não é, naturalmente, a visão médico-psicológica consensualmente aceite ao momento actual (3; 12)

Não partilhamos a visão de alguns autores de que o diagnóstico de simulação é um diagnóstico de exclusão (6). Na verdade, o diagnóstico de simulação é um diagnóstico contexto-dependente, dado ser necessária a demonstração da existência de um *contexto* de ganho (ou evitamento) secundário concreto e objectivável (3; 12).

Em relação às perturbações conversivas (ou dissociativas) o problema colocado pode ser ainda mais difícil dado o plano inconsciente e involuntário da produção dos sintomas e sendo certo que nem psiquiatras nem psicólogos se encontram dotados de poderes de *mind-reading* (75).

Na **Figura 1** podemos observar a adaptação (76) dum algoritmo de diagnósticos diferenciais com simulação.

Naturalmente que meios complementares como a realização de testes neuropsicológicos podem ser úteis na formulação dum juízo clínico, mas as conclusões de falsidade ou esforço insuficiente continuam a não esclarecer os *motivos* ou a *intenção* subjacentes aos mesmos. De igual modo, a detecção de inconsistências na história ou exame mental podem ser uma mera aproximação à detecção de eventual simulação. Dado que o exagero inconsciente de sintomas ou incapacidade ou, mesmo, a geração artificial de sintomas (com o mero propósito de assumir o papel de doente) são consideradas, convencionalmente, pela Psiquiatria como patológicas; e considerando, ainda, a impossibilidade de psiquiatras ou psicólogos avaliarem inequivocamente as intenções subjectivas de outro ser humano, qualquer julgamento efectuado acerca do carácter consciente ou inconsciente do “fingimento” é extraordinariamente difícil, senão mesmo impossível (3;76).

**7. IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS DO DIAGNÓSTICO DE SIMULAÇÃO**

Face ao exposto, as implicações de um perito diagnosticar simulação são tremendas e só na circunstância de um elevadíssimo grau de certeza – o que na prática corresponderia, provavelmente, ao periciando assumir o facto de simular – é que o perito deve assumir essa terminologia no relatório do exame (1).

Com efeito, as consequências de um diagnóstico errado de simulação podem ser trágicas para o periciando e não negligenciáveis em termos disciplinares e legais para o perito (1; 12).

Assim, na eventualidade de existir uma forte suspeição da possibilidade de simulação, sem o grau de certeza elevado necessário, pode ser preferível para o perito elencar as inconsistências na história, entrevista e/ou exame mental, explicando-as; podendo, eventualmente, mencionar que não se encontra afastada a possibilidade de simulação, embora admitindo – sendo esse o caso – de não ter condições, do ponto de vista técnico e científico, de se pronunciar, em definitivo, sobre tal possibilidade (1)

**8. CONCLUSÕES**

* A **simulação** de doença consiste na produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou claramente exagerados, motivada por incentivos externos não sendo considerada uma doença por si só;
* Se, na simulação, o indivíduo pretende enganar o examinador mostrando-se mais doente do que está na realidade (*faking bad*) na **dissimulação** o objectivo é exactamente o inverso procurando o periciando dar de si uma imagem menos patológica (*faking good*).
* As **perturbações factícias** partilham com a simulação o carácter de voluntariedade na produção de sintomas, sem procurarem, no entanto,um ganho secundário, considerando-se a sua motivação como inconsciente e determinada pelo mero ganho primário de satisfação de uma necessidade psíquica interna;
* A possibilidade de simulação deve ser sempre considerada em contexto forense, exigindo algum grau de suspeita da parte do examinador que evitará, no entanto, efectuar juízos precipitados, devendo concentrar-se em reunir o máximo de informação possível;
* No contexto forense a entrevista tem particularidades que decorrem da necessidade de deteção de ocorrência de simulação ou de dissimulação, nomeadamente o carácter estruturado, extenso e detalhado que pode compreender várias sessões e que confronta o examinando com várias questões idênticas em momentos diferentes, prestando atenção à consistência do comportamento verbal e não-verbal. Inclui o recurso a instrumentos de avaliação da credibilidade do examinando e à aplicação de medidas padronizadas de avaliação de simulação e à análise de outras fontes de informação.
* A simulação e a dissimulação ocorrem mais provavelmente quando o contexto de avaliação é percebido como adverso, o investimento pessoal é muito elevado, outras alternativas não parecem ser viáveis e quando, na análise custo-benefício, o avaliando estima ter capacidades para ser bem sucedido.
* A definição de indicadores de presença de simulação ou dissimulação que devem ser integrados na descrição da personalidade e do comportamento do examinando, contribui e sistematiza a avaliação da honestidade do examinando.
* A informação colateral complementa a verificação da consistência dos sintomas, procurando o perito reunir informação do maior número de fontes possíveis. A validade destas fontes tem de ser considerada, privilegiando-se a informação que é fornecida por partes não alinhadas com qualquer das partes em litígio.
* O recente desenvolvimento de instrumentos especificamente destinados ao exame da validade de sintomas tem contribuído para introduzir maior rigor nos protocolos de avaliação psicológica em contexto forense, apesar dos problemas que muitos comportam, nomeadamente limitações na avaliação da credibilidade de sintomas. Os autores alertam, portanto, para a necessidade de incluir nos protocolos de avaliação diversos testes de validade de sintomas no sentido de aumentar a validade dos resultados e fundamentar os pareceres técnicos;
* No panorama nacional, apesar dos estudos que têm vindo a ser desenvolvidos nos últimos anos, continua a ser premente investir em programas de validação de instrumentos de avaliação da validade de sintomas/simulação aplicados a grupos específicos. Neste contexto, importa distinguir “esforço insuficiente” de “simulação”: na verdade, muitos testes não distinguem claramente a motivação (ou a falta dela) da produção intencional de sintomas. Este continua a ser um desafio diário do psicólogo dedicado a tarefas de avaliação em contexto forense e um problema ao qual os testes continuam a não proporcionar um total esclarecimento. Importa, pois, recorrer, aqui como em todo o processo, aos conhecimentos de psicopatologia e de psicologia clínica, de modo a minimizar a possibilidade de viés na interpretação das pontuações nos instrumentos de avaliação.
* A conclusão de que um examinando está a simular terá, necessariamente, de ser apoiada por múltiplas evidências incluindo apresentação clínica, consulta de histórico de registos, informações colaterais e testes psicológicos e, ainda, de ser cuidadosamente ponderado o seu grau de certeza, consideradas as profundas implicações, para examinador e examinado, de um diagnóstico errado de simulação.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Taborda, J; Barros, A. *Simulação*. In: Taborda, J. et al. *Psiquiatria Forense*. Segunda Edição. São Paulo, Artmed, 2012: 469-483
2. Mills, JD; Lipian, MS. *Malingering.* In: Sadock, BJ; Sadock, VA. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed, Philadelphia, LWW, 2005: 2247-2258
3. Sharp, M. Distinguishing malingering from psychiatric disorders. In: Halligan, PW; Bass, C; Oakley, DA. Malingering and illness deception. Oxford University Press, Oxford, 2003: 156-170
4. Helman, CG. *Disease versus illness in general practice.* J R Coll Gen Pract. 1981 Sep; 31(230): 548–552.
5. Gil, NP. *From medicalization of emotional pain to rational psychotropic drug prescription.* Atención Primaria, Nov 2014, 46 (I): 4-5
6. Adetunji, B. et al. *Detection and Management of Malingering in a Clinical Setting*. Primary Psychiatry, 2005, 13(1): 68-75
7. Cooper, R. *Psychiatry and Philosophy of Science*. Acumen, 2007, Stocksfield
8. American Psychiatric Association. Diagnostic *and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5). Arlington, 2013
9. Albuquerque, PP. *Comentário do Código Penal*. 2ª edição. Universidade Católica, Lisboa, 2010
10. Magalhães, T. *Perícias em Psiquiatria Forense* [Documento electrónico]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2003 Disponível em <http://medicina.med.up.pt/legal/NocoesGeraisCF.pdf> (24-03-2016)
11. Carolo, R. *Psiquiatria e Psicologia Forense: suas implicações na Lei* [Documento electrónico]. Disponível em [www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf) (25-03-2016)
12. Drob, SL; Meehan, KB; Waxman, SE. *Clinical and Conceptual Problems in the Attribution of Malingering in Forensic Evaluations*. J Am Acad Psychiatry Law 2009, 27: 98-106
13. Janofsky, JS. *The Munchausen Syndrome in Civil Forensic Psychiatry*. Bull Am Acad Psychiatry Law, 1994, 22 (4): 489-497
14. Reid, WH. *Malingering.* J Psych Practice, Jul 2000: 226-228
15. Rubenzer, S. *Malingering of Psychiatric Problems, Brain Damage, Chronic Pain and Controversial Syndromes in a Personal Injury Context.* FDCC Quarterly/Summer 2006, 56(4): 499-523
16. Sadock, BJ; Sadock, VA; Ruiz, P. *Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry*, 11th Ed, Philadelphia, Wolters Kluwer, 2015
17. Conroy, MA; Kwartner, PP. *Malingering.* Applied Psychology in Criminal Justice, 2006 2(3): 29-51
18. Albuquerque, PP. *Comentário do Código de Processo Penal*. 4ª edição. Universidade Católica, Lisboa, 2011
19. Gregory, R. *Psychological Testing: history, principles and applications*. 4th Ed. Boston: Pearson Education Group, Inc; 2004.
20. Machado, C; Gonçalves, RS. Avaliação psicológica forense: Características, problemas técnicos e questões éticas. In: Gonçalves, RA; Machado, C. Psicologia Forense. Coimbra: Quarteto; 2005. p. 19-31.
21. Rogers, R. Clinical Assessment of malingering and deception. 2nd Ed. New York: The Guilford Press; 1997.
22. Easton S, Akehurst L. Tools for the Detection of Lying and Malingering in the Medico-Legal Interview Setting. Medico-Legal Journal. 2011; 79 (Pt 3): 103–108
23. Nieberding, RJ; Tatum Moore III, R; Dematatis, AP. Psychological Assessment of Forensic Psychiatric Outpatients. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2002, 46(3): 350-363.
24. Seijo, D; Fariña, F; Vilariño, M. Procedimentos y técnicas para la evaluación psicológica forense. In: Camba, SS; Gestal, AS; Rivera, FF. Salud y bienestar. Santiago de Compostela: GEU Editorial; 2014. p. 24-54.
25. Rovinski, S. Perícia psicológica na área forense. In: Cunha, JA. Psicodiagnóstico – V. Porto Alegre: Artmed; 2007. P. 183-195.
26. Vrij, A. Verbal lie detection tolls: Statement validity analysis, reality monitoring and scientific content analysis. In: Granhag, PA; Vrij, A; Verschuere, B. Detecting Deception – Current Challenges and Cognitive Approaches. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.; 2015. p. 3-36.
27. Rogers, R. Structured Interviews and Dissimulation. In: Rogers, R. Clinical Assessment of malingering and deception. 3rd Ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 301-322.
28. Aronoff, GM; Mandel, S; Genovese, E; Maitz, EA; Dorto, AJ; Klimek, EH et al. Evaluating Malingering in Contested Injury or Illness. Pain Practice. 2007; 7 (2): 178-204.
29. Hall, HV; Poirier, JG. Detecting malingering and deception - Forensic distortion analysis. 2nd Ed. Boca Raton: CRC Press; 2001.
30. Amado, BG; Arce, R; Fariña, F; Vilariño, M. Criteria-Based Content Analysis (CBCA) reality criteria in adults: A meta-analytic review. Intern. Jour. Clin. And Health Psycho. 2016; 16, 201-210.
31. Almeida, F. A complexidade da avaliação dos danos psíquicos consecutivos a lesões traumáticas. In: IX Congresso Nacional de Psiquiatria. Estoril. 2013.
32. Blandón-Gitlin, I; Pezdek, K; Lindsay, DS; Hagen, L. Criteria-based Content Analysis of True and Suggest Accounts of Events. Appl. Cognit. Psychol. 2009; 23: 901–917.
33. Otto, RK. Challenges and Advances in Assessment of Response Style in Forensic Examination Contexts. In: Rogers, R. Clinical Assessment of malingering and deception. 3rd Ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 365-375.
34. 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.
35. Miller, H. A. (2001). *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
36. Jackson, R. L., Rogers, R., & Sewell, K. W. (2005). Forensic applications of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Screening for feigned disorders in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, *29*(2), 199-210.
37. Mogge, N. L. & LePage, J. P. (2004). The Assessment of Depression Inventory (ADI): A new instrument used to measure depression and to detect honesty of response. *Depression and Anxiety, 20*, 107- 113.
38. Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. L. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingered among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatric & Psychology, 20*(2), 239-254.
39. Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI): Professional manual.* (2nd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
40. Millon, T., Davis, R.D., & Millon, C. (1997). *MCMI-III manual* (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
41. Butcher, J., Dalstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring.* Minneapolis University of Minnesota Press.
42. Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2.* Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (mimeo).
43. Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2 RF: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form*. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.
44. Nelson, N. W., Hoelzle, J. B., Sweet, J. J., Arbisi, P. A., & Demakis, G. J. (2010). Updated meta-analysis of the MMPI-2 symptom validity scale (FBS): Verified utility in forensic practice. *The Clinical Neuropsychologist, 24*(4), 701-724.
45. Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
46. Mota, M. S. (2007). *Comportamentos de simulação numa amostra de reclusos: Estudos de validação com a SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms), o SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) e o TOMM (Test of Memory Malingered).* Tese de Mestrado Integrado em Avaliação Psicológica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
47. Maior, F. S. (2008). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) e Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra normativa.* Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
48. Oliveira, C. S. (2008). *Comportamentos de simulação numa amostra de reclusos em “cadeias especiais”: Estudos de validação com o Test of Memory Malingering (TOMM), Rey 15 – Item Memory Test (RMT) e o Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS).* Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
49. Simões, M. R. (2010). *Simulação de sintomatologia psicopatológica e cognitiva: Estudos de validação com o Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) em grupos “normativos”, reclusos e sujeitos com traumatismo crânio-encefálico examinados em contexto médico-legal.* VII Congreso IberoAmericano de Psicología. Simposio: Detección de simulación en contextos clínicos y médico- legales". Oviedo. Espanha.
50. Simões, M. R., Maior, F., Mota, M., Oliveira, C., Duarte, P., Gaspar, N., Veloso, M., & Costa, A. (2011). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): Estudos em contexto prisional e médico-legal.* 4.o Congresso da Sociedade de Psiquiatria, Psicologia e Justiça. Instituto Superior da Maia, Novembro.
51. Almeida, D., Simões, M.R., & Almiro, P. (2015). *Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS). Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
52. Simões, M. R., Nunes, A. P., & Cunha, C. (2010). Escala de Validade de Sintomas (EVS-Versão Experimental). Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
53. Nunes, A. P., Cunha, C., & Simões, M. R. (2011). *Escala de Validade de Sintomas (EVS-versão experimental): Estudo de validação em contexto médico-legal*. Comunicação apresentada no 4.o Congresso da Sociedade de Psiquiatria, Psicologia e Justiça. Instituto Superior da Maia, Novembro.
54. Green, P. (2003). *Green’s Word Memory Test for Windows: User’s manual*. Edmonton, Alberta, Canada: Green’s Publishing.
55. Martins, M., & Martins, I. P. (2010). Memory malingering: Evaluating WMT criteria. *Applied Neuropsychology, 17*(3), 177-182.
56. Tombaugh, T. N. (1996). *The Test of Memory Malingering (TOMM)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
57. Constantinou, M., & McCaffrey, R. J. (2003). Using the TOMM for evaluating children’s effort to perform optimally on neuropsychological measures. *Child Neuropsychology*, *9*(2), 81-90.
58. Gast, J., & Hart, K. J. (2010). The performance of juvenile offenders on the Test of Memory Malingering. *Journal of Forensic Psychology Practice*, *10*(1), 53-68.
59. Donders, J. (2005). Performance on the Test of Memory Malingering in a mixed pediatric sample. *Child Neuropsychology*, *11*(2), 221-227.
60. Rienstra, A., Spaan, P. E. J., & Schmand, B. (2010). Validation of symptom validity tests using a “child-model” of adult cognitive impairments. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *25*(5): 371-382.
61. Kirk, J. W., Harris, B., Hutaff-Lee, C. F., Koelemay, S. W., Dinkins, J. P., & Kirkwood, M. W. (2011). Performance on the Test of Memory Malingering (TOMM) among a large clinic-referred pediatric sample. *Child Neuropsychology*, *17*(3), 242-254.
62. Fernandes, S., Gonçalves, T, & Simões, M. R. (2009). *Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação em adultos idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro*. IV Encontro Internacional Psicogeriátrico de Coimbra, Coimbra.
63. Garcia, S., Silvestre, M. J., & Simões, M. R. (2011). *Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de jovens com comportamentos anti-sociais institucionalizados em Centros Educativos.* 4.o Congresso da Sociedade de Psiquiatria, Psicologia e Justiça. Instituto Superior da Maia, Novembro.
64. Silva, D. & Simões, M. R. (2011). *Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de crianças e adolescentes com deficiência mental ligeira e moderada.* 4.o Congresso da Sociedade de Psiquiatria, Psicologia e Justiça. Instituto Superior da Maia, Novembro.
65. Mota, M., Simões, M.R., Amaral, L., Dias, I., Luís, D., Pedrosa, C., Maior, F.S., & Silva, I. (2008). Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de reclusos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça, 2*, 23-41.
66. Maior, F.S., Silva, I., Pedrosa, C., Dias, I., Simões, M.R., & Pinho, M.S. (2009). Estudos de validação para a população portuguesa de Test of Memory Malingering (TOMM) em amostras de reclusos e estudantes universitários. *Revista de Psicologia Militar, 18*, 269-294.
67. Fonseca, M. S. J., Simões, M. R., Pedrosa, S., & Barreto, M. (2011). *Test of Memory Malingering (TOMM): Estudos de validação em contexto médico-legal.* II Jornadas Internacionais do CINEICC: Novos Olhares sobre a Mente. Coimbra.
68. Rey, A. (1964). *L’examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
69. Simões, M.R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, N., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica, 1* (XXVIII), 209-226.
70. Sousa, L. B., Simões, M. R., & Pinho, M. S. (2011). *Rey 15-Item Memory Test: Estudos de normalização numa amostra de adultos idosos.* 4.o Congresso da Sociedade de Psiquiatria, Psicologia e Justiça. Instituto Superior da Maia, Novembro.
71. Strutt, A.M., Scott, B.M., Shrestha, S., & York, M. K. (2011). The Rey 15-Item Memory Test and Spanish- Speaking Older Adults. *The Clinical Neuropsychologist, 25* (7), 1253-1265.
72. Hilsabeck, R. C., Thompson, M. D., Irby, J. W., Adams, R. L., Scott, J. G., & Gouvier, W. D. (2003). Partial cross-validation of the Wechsler Memory Scale—Revised (WMS-R) General Memory—Attention/Concentration Malingering Index in a nonlitigating sample. *Archives of clinical neuropsychology*, *18*(1), 71-79.
73. Iverson, G. L., & Tulsky, D. S. (2003). Detecting malingering on the WAIS-III: Unusual Digit Span performance patterns in the normal population and in clinical groups. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *18*(1), 1-9.
74. Ruffolo, L. F., Guilmette, T. J., & Willis, G. W. (2000). FORUM Comparison of Time and Error Rates on the Trail Making Test Among Patients with Head Injuries, Experimental Malingerers, Patients with Suspect Effort on Testing, and Normal Controls. *The Clinical Neuropsychologist*, *14*(2), 223-230.
75. Hallet, M et al. Psychogenic Movement Disorders and Other Conversion Disorders. Cambridge University Press, Cambridge, 2011
76. Wang, D; Nadiga, DN; Jenson, JJ. *Factitious Disorders.* In: Sadock, BJ; Sadock, VA. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed, Philadelphia, LWW, 2005: 1829-1843