



UC/FPCE 2019

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação através de um estudo de simulação análogo

Margarida Vasconcelos Domingues
(e-mail: margari_domingues@hotmail.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 Pechorro** (CINEICC, PsyAssessmentLab, FPCE-UC, Escola de Psicologia-Universidade do Minho)

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação através de um estudo de simulação análogo

Resumo

A credibilidade dos relatos dos sujeitos e a simulação e/ou exagero de sintomas constituem problemas importantes da avaliação e da investigação neuropsicológica forense. Os Testes de Validade de Sintomas (TVS) são um tipo de instrumentos especificamente desenvolvido para a avaliação da simulação e/ou exagero de sintomas psicopatológicos. Neste contexto, o *design* de simulação análogo (*analog simulation design*) constitui uma metodologia muito utilizada na validação interna destes instrumentos.

A presente investigação centra-se na validação do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016) para o português europeu através do modelo de simulação análogo. O SRSI é um instrumento de autorrelato de sintomas (TVS) que conta com duas escalas principais (*Sintomas Genuínos* e de *Pseudo-Sintomas*) que integram várias subescalas clínicas. Neste estudo foi utilizada uma amostra de 70 estudantes universitários a quem foi administrado o SRSI duas vezes. Na primeira aplicação, os sujeitos foram instruídos a responder de forma honesta. Na segunda administração os sujeitos foram convidados a responder de forma simulada de acordo com um cenário previamente fornecido (Cenário “Ansiedade” ou Cenário “Dores”). A referida amostra respondeu ainda ao SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*), um outro TVS já validado para a população portuguesa, aqui utilizado como critério externo de comparação e validação das pontuações no SRSI.

Os resultados da consistência interna obtidos na condição “honestas” e na condição “simulação” para as subescalas e escalas do SRSI variam entre “inaceitáveis” e “muito bons” não se observando muitas diferenças entre as duas condições. De acordo com o esperado, os resultados demonstraram um incremento evidente na comunicação do número de sintomas da condição “honestas” para a condição “simulação”. Foram observadas correlações significativas moderadas e fortes entre as subescalas de *Sintomas Genuínos* e de *Pseudo-Sintomas* do SRSI condição “honestas” com as escalas do SIMS, e também correlações muito fortes entre os totais de *Sintomas Genuínos* e de *Pseudo-Sintomas* e a pontuação total no SIMS.

Os resultados apoiam a utilização do SRSI como instrumento potencialmente útil a incluir nos protocolos de avaliação neuropsicológica forense, num registo complementar a outros TVS, mas sublinham igualmente a necessidade de novos estudos que integrem diferentes amostras e diferentes métodos de investigação (e.g., sujeitos com perturbações reais objeto de diagnóstico formal, examinados em contextos clínicos e forenses).

Palavras-chave: *Self-Report Symptom Inventory*; *Sintomas Genuínos*; *Pseudo-Sintomas*; Testes de Validade de Sintomas; *design* de simulação análogo; cenários; Psicologia Forense.

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validation through analog simulation study

Abstract

Malingering of symptoms is a very important research problem in forensic neuropsychological evaluation. In this context, examining the credibility of the subjects' reports led to the development of SVTs (*Symptom Validity Tests*), tests focused on the detection of the simulation and exaggeration of symptoms. The methodology associated with the analog simulation model is widely used in the internal validation of instruments.

The current research focuses on the adaptation and validation of the *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016) to European Portuguese using the analog simulation model. The SRSI is a self-reported symptom instrument that has two main scales of *Genuine Symptoms* and *Pseudosymptoms* where several clinical subscales are integrated. For this study, the SRSI was administered twice to a sample of 70 undergraduate students, a first time where they were instructed to respond honestly and second time where they were instructed to simulate symptoms according to a given scenario. This sample also answered to the SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) instrument used as an external criterion for comparison and validation of the SRSI.

The results obtained in the “honest” and in the “malingering” condition for the SRSI subscales and scales revealed Cronbach alphas ranging from "unacceptable" to "very good", with no present difference between the two conditions. The results demonstrated an evident increase in the report of symptoms between the “honest” condition and the “malingering” condition. Significant moderate and strong correlations were found between the subscales of *Genuine Symptoms* and *Pseudosymptoms* of the SRSI “honest” condition with the SIMS scales, as well as very strong correlations between the totals of *Genuine Symptoms* and *Pseudosymptoms* and the total score in the SIMS.

In general, the results support the use of SRSI as a complementary tool to other SVTs, but they also emphasize the need for further studies integrating different samples and different research methods (e.g. subjects with real disorders and formal diagnosis).

Key Words: SRSI; Genuine Symptoms; Pseudosymptoms; analog simulation design; scenario; Forensic Psychology; symptom validity tests.

Agradecimentos

Após esta jornada não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam e que possibilitaram que atingisse os meus objetivos.

Aos meus colegas Auni Dwarkadas, Débora Pinheiro e Gonçalo Germano pelo excelente trabalho em equipa que possibilitou a tradução do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) e ao Professor Doutor Mário R. Simões, pela disponibilidade e paciência demonstradas durante todo este processo e, principalmente, pela motivação que sempre transmitiu.

Ao Doutor Pedro Pechorro pela disponibilidade e pelas sugestões importantes para este estudo.

Ao Doutor Thomas Merten, autor do SRSI, por se mostrar sempre disponível para ajudar e também por todos os esclarecimentos e sugestões preciosas.

Aos meus amigos de Coimbra que me têm acompanhado desde o início desta aventura, por me fazerem sentir em casa e por me apoiarem incondicionalmente.

Aos participantes que dispuseram do seu tempo para colaborar nesta investigação.

E por último à minha família que são os pilares da minha vida, obrigada por sempre me encorajarem e incentivarem a superar-me e a lutar por os meus sonhos, e por durante todo este processo se mostrarem compreensivos e disponíveis para me aturar.

Um grande obrigado a todos!

Índice

Introdução	1
I- Enquadramento conceptual (revisão da literatura)	2
1.1 Estudos Análogos	2
1.2 Simulação e exagero de sintomas (e de desempenhos).....	5
1.3 Testes de Validade de Sintomas (TVS) e Testes de Validade de Desempenhos (TVD)	6
1.4 O <i>Self-Report Symptom Inventory</i> (SRSI)	8
II- Objetivos	10
III- Metodologia	10
3.1 Procedimentos	10
3.2 Participantes	11
3.3 Instrumentos utilizados	12
3.3.1 Questionário Sociodemográfico	12
3.3.2 <i>Self-Report Symptom Inventory</i> (SRSI)	13
3.3.3 <i>Structured Inventory of Malingered Symptomatology</i> (SIMS).....	13
3.3.4 Questionário Pós-experimental	14
IV- Resultados	14
4.1 Fiabilidade (consistência interna) dos resultados no SRSI (na condição “honesta” e na condição “simulação”) e no SIMS	14
4.2 Estudo da validade concorrente através da análise das relações entre os resultados no SRSI (“condição honesta” e “condição simulação”) e os resultados no SIMS	17
4.3 Análise das médias obtidas nos resultados do SRSI (na condição “honesta” e na condição “simulação”) e no SIMS	20
4.4 Análise da frequência das respostas obtidas através do questionário pós-experimental	23
V- Discussão	24
VI- Conclusões	28
Bibliografia	30
Anexos	34

Lista de Anexos

Anexo A - Consentimento Informado	34
Anexo B - Dados Sociodemográficos	35
Anexo C - Cenário “Ansiedade” e questões pós-experimentais	36
Anexo D - Cenário “Dores” e questões pós-experimentais	37

Introdução

A Psicologia Forense é uma área de especialização e prática profissional da Psicologia associada ao sistema de Justiça e ao Direito. Em virtude dessa ligação, a avaliação neuropsicológica e a credibilidade dos relatos dos sujeitos podem sofrer repercussões quando a presença da simulação está em causa sendo importante o maior rigor nestas avaliações (Fonseca, 2006; Gil, Caldeira & Barreto, 2017; Otto & Heilbrun, 2002). Daí advém a necessidade e a importância dos Testes de Validade de Sintomas (TVS [*Symptom Validity Tests* – SVTs]) que têm como objetivo detectar e identificar a presença de simulação e o exagero de sintomas e que constituem um importante contributo na avaliação da credibilidade dos relatos dos sujeitos.

A presente investigação recorre ao *design* de simulação análoga (*analog simulation design*, também referido na literatura como *simulation design*, *simulation paradigm*, *analogue simulation study/investigation*, *known-groups design*). Este é um paradigma muito utilizado nos estudos orientados para a validação de TVS ou Testes de Validade de Desempenhos (TVD), especificamente desenvolvidos para a avaliação da simulação (*malingering*), do enviesamento de resposta negativa (*negative response bias*) ou o exagero ou fingimento de sintomas/problemas psicopatológicos ou cognitivos (*exaggerated or feigned psychopathology or cognitive problems/symptoms*).

Este *design* aqui utilizado no contexto de validação do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al, 2016) para a população portuguesa.

No *design* de simulação análoga é feita uma comparação entre respostas simuladas e respostas honestas (condição simulação *versus* condição controlo/resposta honesta). Ou seja, neste tipo de estudos o *design* análogo mais comum é composto por duas condições: uma, com instrução/pedido para simulação de resposta, e outra, com instrução/pedido de resposta honesta.

Na presente investigação utilizou-se uma amostra de 70 sujeitos instruídos a responder uma primeira vez de forma honesta e uma segunda vez de forma a simular um de dois cenários (Dores ou Ansiedade).

A escolha do *design* análogo adveio do interesse na comparação direta entre as respostas “honestas” e as respostas “simuladas” do mesmo participante. Esta opção parece preferível relativamente a um *design* com mais condições, com um grupo de participantes que apenas responderia ao SRSI em uma das condições como por exemplo a “condição honesta”, e outro grupo de pessoas que responderia consoante um cenário em “condição de simulação”. Desta forma, apenas se saberia como cada indivíduo se comporta dentro do contexto que lhe fora atribuído (resposta honesta ou simulação), e não haveria possibilidade de comparar as diferenças entre as respostas fornecidas, pelo mesmo sujeito, em ambos os contextos.

I – Enquadramento conceptual

Um breve enquadramento geral acerca dos temas em que o estudo se insere é de seguida apresentado integrando aspetos como a “Simulação e exagero de sintomas”, o *design* de simulação análogo, os Testes de Validade de Sintomas e o *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI).

Estudos Análogos

Segundo Schinka, Velicer e Weiner, (2003) e Rogers (2008), nas investigações *design* de simulação análogo, o investigador atribui, de forma aleatória, uma de duas condições a cada sujeito, pedindo-lhes que respondam de forma honesta ou de forma simulada, sendo, tipicamente, os seus resultados comparados com grupos clínicos relevantes. Com efeito, em muitos destes estudos, a amostra é dividida em duas partes: uma parte é instruída a responder de forma honesta e a outra parte é ensinada a responder segundo um estilo de respostas que tem como objetivo, fazer o examinador acreditar que os respondentes sofrem de um determinado problema ou doença. No final, as médias dos resultados obtidos nas duas condições são comparadas para determinar se existem diferenças significativas, como é esperado. Caso este cenário de diferenças entre as duas condições ocorra conclui-se que o instrumento de avaliação escrutinado de acordo com esta metodologia/modelo tem uma boa capacidade em diferenciar as respostas de pessoas honestas das pessoas simuladoras.

A utilidade clínica dos estudos de simulação depende da eficácia das condições experimentais em incentivar e envolver de forma ativa os participantes a atuar como se a condição ou cenário apresentado fossem intrinsecamente motivados por consequências do mundo real. Um fator determinante é as instruções, estas devem fazer o sujeito sentir que tem um envolvimento pessoal na tarefa. Dessa forma, Rogers e Cruise (1998) citados em Rogers (2018) identificaram seis elementos básicos a considerar na formulação de instruções experimentais: 1) *Compreensão* – uma questão importante é se os participantes conseguem verdadeiramente entender o que lhes é pedido e o que é esperado deles; 2) *Especificidade* – as instruções devem ser suficientemente explícitas para que os investigadores consigam fazer interpretações conclusivas acerca dos resultados obtidos; 3) *Cenário ou Condição* – na maioria dos estudos as condições ou cenários são atribuídos de forma aleatória aos sujeitos, sem se pensar na relevância do contexto para o sujeito em questão e na forma como esta pode influenciar o seu desempenho na tarefa; 4) *Motivação ou Incentivos* – por vezes os investigadores oferecem incentivos, como dinheiro ou créditos, numa disciplina, como forma de incentivo à motivação dos sujeitos; no entanto consideram que estes podem banalizar o seu envolvimento como sendo uma tarefa necessária para obter algo (ex: alunos já estão habituados a receber créditos como recompensa da sua participação); 5) *Relevância* – os participantes podem-se sentir mais

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

motivados caso saibam a relevância que o estudo pode ter na vida deles e para a família deles; e 6) *Credibilidade* – a motivação para parecerem credíveis pode ser um incentivo poderoso para os simuladores.

Em algumas investigações os participantes são também avisados da existência de indicadores de simulação, de modo a fazer os sujeitos entender que a sua credibilidade não é um constructo abstrato e que o seu desempenho está a ser avaliado (Rogers, 2018).

As investigações seguindo o modelo do *design* análogo são bastante usadas em estudos de simulação devido à sua elevada validade interna que possibilita um maior controlo das condições experimentais; à metodologia de comparação relevante entre amostras e condições (Rogers, 1997 citado em Merten, Lorenz, & Schlatow, 2010); às instruções estandardizadas (Rogers, 2008); e, também, à presença de comparações de amostras e grupos relevantes para aumentar a validade discriminante (Rogers & Bender, 2018). Contudo, o *design* análogo tem limitações. Uma delas refere que já é esperado que os resultados apresentem uma grande diferença entre as respostas de ambas as condições, pois presume-se que todos os sujeitos têm uma saúde física e mental positiva (Schinka, Velicer, & Weiner, 2003). Por sua vez, Merten, Lorenz e Schlatow (2010), relatam que outro dos problemas destes estudos é a sua validade externa fraca (apesar da sua validade interna ser elevada). Isto deve-se aos participantes e ao contexto do estudo serem sempre diferentes dos presentes na vida real em situações do quotidiano ou em avaliações forenses, e não sabemos se os sujeitos em contextos ditos normais, simulariam mais ou menos sintomas do que em contextos de avaliação (Rogers, 1997 citado em Rogers, 2012). Além disso, por mais bem descritos que os cenários se apresentem estes nunca vão ser capazes de traduzir exatamente o que a pessoa sentiria em determinada situação, uma vez que os sujeitos não se encontram verdadeiramente nessas circunstâncias. No entanto, Rogers (2008) defende que as investigações *design* de simulação análogo foram testadas ao longo dos anos e os resultados demonstram que é um método eficaz.

Com efeito, são muitos os autores que adotam esta estratégia, no entanto como já foi referido, a amostra mais comum é normalmente composta por duas condições, uma condição “controlo”, na qual os sujeitos são instruídos a responder de forma honesta, e uma condição de “simulação”, na qual os sujeitos são instruídos a simular sintomas referentes a um cenário pretendido.

Existem ainda outros tipos de condições. Merten, Lorenz e Schlatow (2010) utilizaram uma amostra de estudantes universitários distribuídos por quatro grupos experimentais, onde todos responderam ao SIMS, ao subteste de dígitos da *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* (WAIS-II), à versão oral do *Word Memory Test* (WMT), ao *Trail Making Test* (TMT), à versão alemã da escala de eventos revista, e a um conjunto de 200 perguntas retiradas da *Fake Bad Scale* (FBS) para discriminar psicopatologia de sintomas exagerados. Todos os sujeitos obtiveram um cenário de simulação de sintomas de *stress* pós-traumático onde o personagem da história iria tentar obter uma compensação financeira. O grupo 1 (grupo controlo) apenas

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

recebeu o cenário de *stress* pós-traumático e a instrução de simular sintomas; o grupo 2 para além do cenário e das instruções para simular sintomas de *stress* pós-traumático obteve também informações adicionais referentes aos sintomas experienciados em caso de *stress* pós-traumático; o grupo 3 para além do cenário e das instruções iniciais foi informado acerca da presença de testes de validade de sintomas e encorajados a não exagerar demasiado e, o grupo 4, obteve os cenários, as instruções para simular *stress* pós-traumático, informações detalhadas sobre os sintomas que deveria simular e foram informados acerca da presença de testes de validade de sintomas. Já Sullivan, Lange e Edmed (2016), utilizaram uma amostra com três condições: numa condição, os sujeitos respondiam de forma honesta; na segunda condição, os sujeitos simulavam sintomas de *stress* pós-traumático e, na terceira condição, os sujeitos simulavam sintomas de uma síndrome pós-concussional. Por seu lado, Ethens, Poythress e Watkins-Clay (2007), utilizaram quatro amostras independentes de reclusos: a primeira amostra constituída por sujeitos instruídos a simular; a segunda amostra incluía reclusos suspeitos de simulação; a terceira amostra abrangia reclusos controlo “honestos” e a quarta amostra reunia pacientes psiquiátricos.

Ao longo dos anos alguns autores também utilizaram o *design* de simulação análogo para estudarem a temática da simulação com o SIMS. Edens, Otto e Dwyer (1999) conduziram um estudo análogo com 196 estudantes universitários que foram distribuídos por duas condições: uma, onde eram instruídos a responder de forma honesta e outra na qual eram instruídos a fingir sofrer uma de três perturbações (psicose, depressão e declínio cognitivo). Nesta investigação, os sujeitos instruídos a simular foram alertados acerca da verdadeira utilidade dos testes, que estes tinham como objetivo detetar respostas simuladas ou exageradas, e receberam um sumário com a descrição acerca da perturbação que lhes era pedido que simulassem. Os resultados demonstraram que as taxas de sensibilidade e especificidade foram altas para a pontuação total e subescalas do SIMS. Usando a pontuação total do SIMS, apenas 8,7% dos sujeitos foram incorretamente classificados como simuladores e 96,4% foram detetados corretamente como simuladores. Desta forma, os autores concluíram que as pontuações no SIMS são relativamente sensíveis a vários tipos de psicopatologia e que as pessoas genuinamente sintomáticas correm o risco de serem identificadas como simuladoras. Também Rogers, Hinds e Sewell (1996), conduziram um estudo no qual os sujeitos foram instruídos a responder ao SIMS duas vezes: uma em condição honesta e outra em condição de simulação. Os resultados obtidos revelaram uma taxa elevada de falsos-negativos (simuladores classificados como honestos) (Merckelbach & Smith, 2003).

Apesar de estes métodos de amostragem revelarem bons resultados, a presente investigação segue um *design* diferente, igualmente presente na literatura, contando com uma única amostra composta por dois grupos, onde todos os sujeitos completaram os mesmos instrumentos, obtiveram as mesmas instruções (condição honesta e condição simulação), diferindo apenas nos cenários de simulação apresentados (Dores ou Ansiedade). O SRSI foi

administrado duas vezes a cada sujeito: a primeira, com a instrução/pedido para responderem de forma honesta e a segunda, com a instrução de responderem de forma simulada consoante um cenário apresentado. Entre as duas aplicações do SRSI, foi ainda administrado o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS), respondido, também, de forma honesta utilizado como meio de comparação e critério de validação externo.

Exagero/Simulação de Sintomas

A simulação já advém dos tempos antigos podendo ser encontrada referenciada na Bíblia “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” (1º Samuel 21, 13-15 citado em Gil, Caldeira & Barreto, 2017) e também na mitologia antiga quando Ulisses, rei de Ítaca finge estar louco para se livrar de ser levado para a guerra de Troia.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), Jackson e Rogers (citados em Agulhas & Anciães, 2015) e Gil, Caldeira e Barreto (2017) a simulação de sintomas é um comportamento consciente e voluntário onde ocorre a produção intencional ou excessivamente exagerada de sintomas físicos ou psicológicos falsos, motivados por incentivos externos, como por exemplo: evitamento do dever militar, evitamento do trabalho, obtenção de uma compensação financeira, evitamento do processo penal ou obtenção drogas (American Psychiatric Association [APA], 2014, p.727; Brussel, & Hitch, 1943; Halligan, Base, & Oakley, 2003). Existem 4 tipos de simulação: falsificação de sintomas; exagero de sintomas; manutenção ou agravamento de sintomas; e atribuição incorreta de sintomas (Rogers & Bender, 2003, citados em Simões, Almeida, & Gonçalves, 2017).

Sporer e Schwandt (2006, 2007) citados em Rogers (2018), identificaram quatro modelos explicativos da simulação. O primeiro é a teoria do estímulo/motivação que defende que a maioria das pessoas quando empenhadas na simulação experienciam excitação psicofisiológica que pode ser observável através de pistas não-verbais e paralinguísticas (ex: falar muito rápido). A segunda é a teoria afetiva que revela que durante a simulação o sujeito pode experienciar várias emoções desde o medo à culpa (ex: diminuição do contato visual e dos movimentos faciais). A terceira teoria remete para a tentativa de controlo, os sujeitos acreditam que há sinais indicativos de que uma pessoa está a simular e tentam evitar comunicar esses mesmos sinais. A quarta teoria é cognitiva e defende que durante a simulação os sujeitos experienciam uma carga cognitiva excessiva devido ao esforço de criar uma história coerente, resultando na diminuição da capacidade verbal (ex: utilizam menos palavras e fazem mais pausas do que o normal).

Testes de Validade de Sintomas (TVS)

Os TVS e os TVD (Testes de Validade de Desempenhos) são os dois grandes tipos de instrumentos que pretendem avaliar e identificar comportamentos de simulação, tendo um papel importante nas avaliações neuropsicológicas e na análise da credibilidade do sujeito examinado. Contudo, a quantidade de TVS que apresentam uma sensibilidade boa é limitada, sendo notória a necessidade de novos TVS, mais específicos e sensíveis à simulação e que sejam igualmente validados para a população portuguesa, (Simões, Almeida, & Gonçalves, 2017).

Os TVD foram desenvolvidos para identificar e detetar o esforço insuficiente durante as avaliações neurocognitivas (Rogers, & Bender, 2018). Estes aparentam ser mais vulneráveis à simulação uma vez que estão dependentes da motivação, esforço e empenho do sujeito (Simões 2005; Larrabee, 2012). TVD mais referenciados na literatura são: o *Test of Memory Malinger* (TOMM; Tombaugh, 1996), o *Word Memory Test* (WMT; Green, Allen & Astner, 1996), e o *Rey Fifteen Item Test* (Rey-FIT; Rey, 1964; Boone et al. 2002). Os TVD, eram originalmente associados ao paradigma da escolha forçada utilizados para identificar desempenhos inferiores aos que eram esperados (Rogers & Bender, 2018).

Por sua vez, os TVS são utilizados na avaliação precisa dos relatos do sujeito, equacionando se o seu relato é credível ou não, e se levanta alguma suspeita através da análise das inconsistências entre o discurso e os sintomas verdadeiros (Larrabee, 2014). Contudo os TVS não são perfeitos apresentando algumas limitações como o seu formato simples (itens com apenas duas alternativas), que facilita a adivinhação e o facto de não envolverem itens que mensuram a deseabilidade social e a defensividade dos sujeitos (Giger & Merten, 2018).

Segundo a literatura existem alguns requisitos para os TVS. Um TVS deve ser: capaz de diferenciar com precisão quem responde de forma honesta e quem é conhecido por simular sintomas, isto requer um nível de sensibilidade e de especificidade elevados; sensível à prevalência diferencial, sendo que deve gerar pontuações mais altas para populações onde a simulação é comum, e pontuações mais baixas para as populações onde a simulação é mais rara; apresentar baixa sensibilidade relativamente à psicopatologia genuína, desse modo, sujeitos honestos com psicopatologia não devem ser vistos como simuladores através deste tipo de instrumento; conter tarefas que pareçam mais difíceis do que na realidade são (Simões, 2006); e de fácil administração e interpretação (Impelen, Merckelbach, Jelicic, & Merten, 2014). Oorsouw e Merckelbach 2010 aconselham que estes testes sejam administrados ao longo do processo de avaliação e inseridos em uma bateria de testes mais alargada, de modo a que pareçam fazer parte da rotina de aplicação da bateria de testes e, conseqüentemente, seja mais difícil reconhecer qual o verdadeiro propósito do teste.

Relativamente à avaliação de um TVS é importante ter em conta quatro aspetos: a especificidade, a sensibilidade, o valor preditivo positivo

(VPP) e o valor preditivo negativo (VPN). A especificidade é referente à precisão de um teste na identificação de sujeitos que não são simuladores (Simões, 2006); neste caso, uma especificidade baixa leva a um número elevado de falsos positivos. Esta especificidade encontra-se relacionada com o VPP que é a probabilidade de um sujeito ser simulador e ser diagnosticado como tal através do teste. A sensibilidade refere-se à exatidão de um instrumento em identificar corretamente o sujeito simulador. Neste contexto, o VPN refere-se à probabilidade de um sujeito ser classificado como simulador quando na verdade não o é (Iverson, 2007).

Os TVS mais citados na literatura são o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Widows & Smith, 2005); o *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby, & Dickens, 1992; SIRS-2; Rogers, Sewell, & Gillard, 2010) e, mais recentemente, o *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al, 2016.). Em Portugal deve igualmente ser mencionada a Escala de Validade de Sintomas (EVS-2, Cunha, 2011; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015).

A EVS-2 é um instrumento de autorrelato desenvolvido com o objetivo primordial de analisar o exagero de sintomas psicopatológicos e neurocognitivos, assim como comportamentos de simulação, tendo sido desenvolvida para o Português Europeu com a intenção de ser utilizada como complemento ao SIMS. É composta por 48 itens que se encontram distribuídos em três subescalas (Psicose – P; Perturbações Emocionais – PE; e Perturbações Cognitivas – PC) e conta com um formato de resposta dicotómica. A EVS-2 revela uma consistência interna aceitável para o resultado total (.70) e correlações positivas, fortes e moderadas entre o resultado total e as subescalas. Contudo as suas limitações prendem-se nos valores obtidos para as subescalas que traduzem uma consistência interna inaceitável (PE – .40; P – .58; PC – .33) (Simões et al., 2017).

A SIRS é uma entrevista estruturada que se baseia em estratégias empíricas para avaliar especificamente se um sujeito está a simular sintomas psicológicos, sendo amplamente utilizado na psiquiatria forense. É composta por 172 itens distribuídos por oito escalas (Sintomas Raros - SR; Sintomas Combinados - SC; Sintomas Improváveis e Absurdos - AI; Sintomas Flagrantes - SF; Sintomas Subtis - SU; Seletividade dos Sintomas - SEL; Severidade dos Sintomas - SEV; e Sintomas Reportados *versus* Observados - RO). Conta com um elevado nível de acordo entre avaliadores e uma boa validade (Rogers, Hinds, & Sewell, 1996). No entanto, classifica por vezes erroneamente o examinado, e a sua administração leva, aproximadamente, uma hora necessitando de avaliadores com treino (Geurten, Meulemans, & Seron, 2018; Lewis, Simcox, & Berry, 2002). Em 2010 Rogers, Sewell e Gillard criaram uma versão nova da SIRS (SIRS-2) devido às suas elevadas taxas de falsos positivos. Nesta versão os itens e as escalas primárias não sofreram nenhuma alteração, contudo foram adicionados novos critérios de pontuação e interpretação que incluem escalas e índices adicionais. No entanto, a SIRS-2 não escapou às críticas dos investigadores que afirmam que esta tem uma sensibilidade reduzida e usa uma amostra que não é

generalizável para amostras forenses comuns (Brand, Tursich, Tzall, & Loewenstein, 2014).

Self-Report Symptom Inventory (SRSI)

O SRSI foi desenvolvido desde 2006, devido à escassez de instrumentos autónomos de avaliação do exagero de sintomas que combinem sintomas comuns com sintomas falsos (o SRSI pretende mitigar o problema da maioria dos instrumentos disponíveis apenas listarem sintomas muito improváveis o que torna fácil detetar a sua real intenção).

Contudo esta não foi a única razão para o desenvolvimento do SRSI. Uma análise empírica do SIMS, o TVS mais investigado e utilizado em contextos forenses, identificou limitações importantes relativas à baixa especificidade (entre .37 e .70) das suas pontuações em amostras honestas quando os pontos de corte utilizados são >14 ou >16, possibilitando que sujeitos honestos possam ser equivocadamente identificados como “simuladores” (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016; van Impelen et al., 2014). É importante salientar que o SIMS foi criado como medida de triagem para detetar a simulação em contexto forense, o que acarreta algumas consequências, tais como: os seus itens focarem-se em sintomas atípicos e bizarros, o que o torna mais facilmente reconhecível como um TVS; a sua falta de diversidade, este apenas contém sintomas improváveis não existindo itens que abordem sintomas genuínos (Merten, e colaboradores, 2016; Van Impelen, Merckelbach, Jelicic, & Merten, 2014); e aparenta ser menos eficaz quando aplicado a amostras de “simuladores sofisticados”, com um nível de escolaridade superior, do que quando aplicado a “simuladores” com reduzida escolaridade (Vitacco et al., 2007 citado em de Marchi & Balboni, 2018).

O SRSI é um instrumento de exagero de sintomas que combina sintomas clínicos genuínos e Pseudo-Sintomas (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). À semelhança do SIMS, os Pseudo-Sintomas do SRSI foram selecionados por profissionais como sendo queixas bizarras, atípicas ou raras, mas que aos olhos de um sujeito leigo são percecionados como pertencentes a síndromes comuns (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). Durante o seu desenvolvimento houve o cuidado em excluir a possibilidade de replicar itens pertencentes ao SIMS (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

A criação do SRSI iniciou-se com uma versão preliminar que contava com 157 itens divididos por 10 escalas, 5 escalas de sintomas genuínos e 5 escalas de Pseudo-Sintomas, com 15 itens para cada subescala. Para além destas escalas e subescalas, o SRSI conta ainda com dois itens que medem a intenção de cooperatividade dos sujeitos e cinco itens que medem a consistência das respostas para avaliar se os sujeitos respondem de forma descuidada, se tentam adivinhar a resposta ou respondem ao acaso (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). Esta versão preliminar foi aplicada a uma amostra de 239 sujeitos, com diferentes instruções desde simulação de

sintomas de stress pós-traumático; a simulação de dores na região do pescoço; a simulação de problemas de saúde relacionados com a frustração no local de trabalho; e pacientes que reportaram problemas neurológicos e/ou psicológicos (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). Os dados obtidos foram posteriormente submetidos a uma análise de seleção de itens do SRSI que levou à redução dos itens por subescala de 15 para 10 e consequentemente, à diminuição do número total de itens de 157 para 107. Para tal foram utilizados os resultados atingidos pelos participantes no SIMS (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que o SRSI apresenta boas características psicométricas, com uma consistência interna de ($>.90$) para as escalas totais e de ($>.85$) na fiabilidade teste-reteste, e que as pontuações da escala Pseudo-Sintomas do SRSI correlacionam-se altamente com a pontuação total do SIMS ($r=.81$) (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

Foram realizados outros estudos utilizando a versão final alemã do SRSI com várias amostras distintas, desde amostras da população geral, a amostras de participantes que foram submetidos a exames médicos independentes, a amostras com jovens reclusos, e amostras combinadas de estudos anteriores (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

Em geral, os resultados obtidos através da amostra combinada, destacaram correlações elevadas entre as escalas do SRSI e as pontuações do SIMS (correlação de $.82$), assim como entre a pontuação total obtida no SIMS e o resultado total de Pseudo-Sintomas do SRSI ($>.80$). Os valores da estabilidade temporal teste-reteste (com um intervalo de tempo de 14 dias) mostraram-se elevados com pontuações de $.91$ para a escala total de Sintomas Genuínos do SRSI e de $.87$ para a escala total de Pseudo-Sintomas.

Também as correlações entre as Escalas de Sintomas Genuínos e de Pseudo-Sintomas apresentaram uma boa fiabilidade com valores elevados ($.95$ e $.92$, respetivamente) (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016). Em relação ao desempenho no *Word Memory Test* (WMT), a escala de Pseudo-Sintomas do SRSI correlacionou-se de forma negativa com um índice de desempenho inferior ($r=-.45$) o que sugere que o relato de Pseudo-Sintomas no SRSI tende a ser acompanhado por um esforço reduzido em testes neuropsicológicos. Por último, a análise ROC dos resultados do total dos Pseudo-Sintomas demonstrou uma área sob a curva (AUC) excelente de $.93$, indicando uma boa capacidade discriminativa do teste. Estes resultados demonstram que pontuações elevadas na escala total de Pseudo-Sintomas do SRSI estão associadas a resultados elevados no SIMS, e em menor grau, a um baixo desempenho (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

O SRSI aparenta ser um instrumento com grande capacidade para a deteção de exagero de sintomas. No entanto é importante implementar mais investigações com maior diversidade quer das amostras, quer dos métodos de investigação (comparações de grupos conhecidos; método do critério parcial; *design* de prevalência parcial; validação de grupos mistos) (Boskovic, Biermans, Merten, Jelacic, Hope, & Merckelbach, 2018; Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

II - Objectivos

Os objetivos da presente investigação são:

1. A tradução e adaptação do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) para português europeu, tendo como bases as versões em língua inglesa, francesa e alemã que foram disponibilizadas pelo autor, Thomas Merten.
2. Analisar a validade das pontuações do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) através da comparação das pontuações obtidas no SRSI (e no SIMS), utilizando um *design* de simulação análogo para o SRSI.

É esperado que os resultados obtidos na condição “simulação” sejam mais elevados do que os resultados da condição “honestidade” indicando respostas simuladas, e também que os resultados da condição “honestidade” sejam congruentes com os obtidos no SIMS, uma vez que ambos foram respondidos de forma honesta. Dessa forma pretende-se obter resultados que revelem se o SRSI apresenta uma boa especificidade tendo capacidade para distinguir corretamente sujeitos simuladores de sujeitos honestos, e se este poderá ser utilizado como alternativa a outros TVS como o SIMS.

III - Metodologia

3.1. Procedimento

Inicialmente foi realizada uma tradução pormenorizada do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI), para Português utilizando as versões inglesa, francesa e alemã que foram disponibilizadas pelo autor, Thomas Merten. Esta tarefa contou com a colaboração de quatro estudantes universitários que se encontravam a frequentar o Mestrado Integrado em Psicologia Forense na faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra e com o Professor Mário Simões, orientador das dissertações dos quatro estudantes. Além desta tradução foi ainda feita uma outra tradução dos cenários “Ansiedade” e “Dores” da língua inglesa para o português europeu.

Após a realização da tradução do instrumento e dos cenários, foi inicializada a administração do protocolo. A recolha foi efetuada entre Maio e Julho de 2018, tendo como constituintes a apresentação de um consentimento informado, preenchimento de um questionário sociodemográfico, o SRSI, o SIMS e, por fim, um questionário pós-experimental.

No que concerne à administração, devido a este estudo ser um estudo de simulação análogo, o SRSI foi administrado duas vezes. A primeira vez era pedido aos sujeitos que respondessem às questões de forma honesta, de seguida era introduzido o SIMS, utilizado como forma de comparação, e após

este estar completado era apresentado um dos dois cenários disponíveis (Dores ou Ansiedade), de forma aleatória, e explicado que se pretendia que fingissem ser a pessoa descrita na história apresentada e que respondessem ao questionário, mais uma vez, mas desta vez fingindo sofrer de ansiedade ou de dor crónica. A cada participante foi entregue uma ficha de consentimento informado onde constava o objetivo da investigação e era assegurada a confidencialidade das suas respostas.

Após completada toda a recolha de dados procedeu-se à cotação e ao tratamento estatístico dos dados obtidos, através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 23.0 para MacOs.

3.2. Participantes

A amostra deste estudo é de conveniência e foi recolhida na comunidade. É constituída por 70 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M=22.44$, $DP=3.541$), 55 do sexo feminino (78.6%) e 15 do sexo masculino (21.4%). Os sujeitos foram distribuídos, de forma aleatória, por duas condições distintas sendo que, 35 ficaram com a condição do cenário de “Ansiedade” e os outros 35 com a condição de cenário de “Dores”.

Relativamente à nacionalidade, a maioria dos sujeitos são Portugueses ($n=68$; 97.1%) havendo um de nacionalidade angolana (1.4%) e outro de dupla-nacionalidade (1.4%).

Todos os participantes reportaram serem solteiros, sendo que, 68 afirmam não terem atualmente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (97.1%) e 2 afirmaram estar a ser acompanhamentos por um psicólogo (2.9%). 52 destes participantes negam ter alguma vez sido acompanhados em psicologia/psiquiatria, no passado (72.3%) e 18 confirmam já terem tido acompanhamento no passado (25.7%). Na totalidade, nenhum sujeito se encontra a tomar medicação.

No que concerne a qualificação profissional dos sujeitos, 58 caracterizam-se como estudantes (82.9%) e 12 como estudantes-trabalhadores (17.1%) (ver Tabela 1).

No que respeita ao nível de escolaridade, 31 dos participantes completaram 12 anos de ensino, até à data da avaliação (44.3%), 18 completaram 15 anos de ensino (25.7%), 9 completaram 16 anos de ensino (12.9%), 5 completaram 13 anos de ensino (7.1%), 3 completaram 17 anos de ensino (4.3%) e um completou 18 anos de ensino (1.4).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Nacionalidade		Anos de Escolaridade			
Portuguesa	68	97.1	12 anos	31	44.3
Angolana	1	1.4	13 anos	5	7.1
Luso-Espanhola	1	1.4	14 anos	3	4.3
			15 anos	18	25.7
Estado civil					
Solteiro	70	100.0	16 anos	9	12.9
			17 anos	3	4.3
			18 anos	1	1.4
Género		Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico Atual			
Feminino	55	78.6	Não	68	97.1
Masculino	15	21.4	Sim	2	2.9
Toma de medicação		Acompanhamento Psicológico no Passado			
Não	70	100.0	Não	52	74.3
			Sim	18	25.7
Qualificação Profissional					
Estudante	58	82.9			
Estudante Trabalhador	12	17.1			
Idade	Min.	Max.	M	DP	
	18	42	22.44	3.541	

3.3. Instrumentos Utilizados

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário pretendeu recolher informação relativa à idade, data de nascimento, sexo, nacionalidade, área de residência, estado civil, agregado

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

familiar, habilitações literárias, ocupação profissional, possibilidade de acompanhamento psicológico prévio ou atual e indicação acerca da possível toma de medicação.

3.3.2. *Self-Report Symptom Inventory (SRSI)*

O SRSI é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo identificar e avaliar comportamentos simulados e sintomas exagerados. É composto por 107 itens que se encontram repartidos em duas escalas principais, a escala de sintomas genuínos e a escala de Pseudo-Sintomas, que são compostas por cinco subescalas cada, com dês itens em cada uma. Por fim, o SRSI conta com cinco itens que medem a consistência das respostas, e outros dois itens que medem o nível de cooperação dos sujeitos. Todos os itens foram formulados de forma simples e ajustados a um nível de leitura equivalente ao 8º ano de escolaridade e contam com um formato de resposta dicotómico (Verdadeiro ou Falso) de forma a ser mais fácil de entender pelos sujeitos e também mais prático para processar os dados (Merten, Merckelbach, Giger, & Stevens, 2016).

Como já foi referido anteriormente, as capacidades psicométricas do SRSI, tanto a nível de fiabilidade (consistência interna), como de validade (capacidade das pontuações em distinguir, corretamente, sujeitos honestos de sujeitos que se encontrem a simular), são boas e demonstram a potencial importância do uso deste instrumento em contextos forenses.

3.3.3. *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*

O SIMS foi desenvolvido por Smith e Burger em 1997. É um teste de autorrelato que foi desenvolvido para a deteção de comportamentos percebidos como estranhos ou atípicos que possam significar uma possível simulação ou exagero de sintomas, em sujeitos com idade igual ou superior aos 18 anos. Consiste em 75 itens, que tal como o SRSI o formato de resposta é dicotómico. Estes itens encontram-se divididos por cinco subescalas como a *Psicose (P)*, *Défices Neurológicos (DN)*, *Perturbações Mnésicas (PM)*, *Capacidade Intelectual Reduzida (CIR)* e *Perturbações Afetivas/Emocionais (PA)*, cada uma com quinze itens (Smith & Burger, 1997).

Segundo Widows e Smith (2005), sujeitos que obtenham uma pontuação superior a 14 pontos no SIMS devem ser submetidos a uma avaliação mais cautelosa e aprofundada, de forma a se averiguar se o sujeito está realmente a simular. No entanto, Merckelbach e Smith (2003) defendem que o ponto de corte deveria ser 16, de modo a aumentar a sua especificidade. No entanto já foi discutido por vários autores, nomeadamente Van Impelen, Merckelbach, Jelicic e Merten (2014), a possibilidade de diferentes valores o que tem levantado algumas dúvidas acerca do mesmo. Além disso, os pontos de corte propostos até agora aparentam ser melhores a descartar o diagnóstico

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

de simulação do que a considerar.

Van Impelen, Merckelbach, Jelicic e Merten (2014) afirmam que o problema da baixa especificidade referente ao ponto de corte pode ser contornada ao aliar o SIMS a outros TVS ou TVD, e ao ampliar o ponto de corte, apesar desta última opção sacrificar a sua sensibilidade.

Por fim, os mesmos autores aconselham os profissionais a não se precipitarem no diagnóstico de simulação quando confrontados com resultados elevados no SIMS, uma vez que este, por si só, não constitui prova suficiente, apenas aponta para a necessidade de *follow-up* como forma de prevenção.

3.3.4. Questionário Pós-experimental

O questionário pós-experimental consiste em quatro perguntas relacionadas com a simulação dos participantes. Estas perguntas visavam esclarecer qual a posição do sujeito face ao pedido de simulação solicitado, de forma a averiguar se o sujeito se tinha empenhado nesta tarefa de simulação. As perguntas eram “Considera este cenário viável/plausível?”, “Achou compreensível que o personagem principal da história (cenário) simulasse sintomas?”, “Fez o seu melhor para comunicar de modo convincente os sintomas?” e “Foi fácil para si imaginar que era a personagem principal da história (cenário)?”.

4. Resultados

4.1. Fiabilidade dos resultados do SRSI condição “honestidade” e condição “simulação” e do SIMS através da análise da consistência interna das subescalas e escalas

A consistência interna do SRSI foi analisada através do alfa de Cronbach onde os critérios utilizados foram definidos por DeVellis (2003). DeVellis afirma que um valor inferior a .60 é “inaceitável”; entre .60 e .65 é “indesejável”; entre .65 e .70 é “minimamente aceitável”; “respeitável” entre .70 e .80; “muito bom” entre .80 e .90, no entanto, é importante frisar que estes critérios não se baseiam em estudos empíricos sendo apenas opiniões suas.

Para a subescala da *Sintomatologia Cognitiva* do SRSI condição “honestidade” (Tabela 2), o valor obtido foi de .82, o que é indicativo de uma consistência interna muito boa, já para a subescala de *Sintomatologia Depressiva* o valor obtido foi .57 o que é representativo de uma consistência interna inaceitável. As restantes subescalas revelaram todas alfas considerados respeitáveis, *Sintomatologia da Dor* (.76); *Sintomatologia Somática* (.70); *Sintomatologia Ansiosa* (.77).

Para a subescala de *Pseudo-Sintomas Ansiedade e Depressão*, o valor

de alfa de Cronbach obtido foi .65, o que é considerado uma consistência interna indesejável. As restantes subescalas obtiveram todas pontuações inaceitáveis segundo DeVellis (2003): *Pseudo-Sintomas Cognitivos* (.55); *Pseudo-Sintomas Motores* (.53); *Pseudo-Sintomas Sensoriais* (.05); *Pseudo-Sintomas da Dor* (.22).

Relativamente à consistência de resposta, o valor de alfa obtido foi de .60, o que é considerado fraco e indesejável. Não obstante, para as escalas *Sintomas Genuínos* e *Pseudo-Sintomas*, os valores de alfa de Cronbach obtidos são considerados respeitáveis, .76 e .75, respetivamente.

Tabela 2. Valores estimados de Alfas de Cronbach para as subescalas, para as escalas e para os itens que medem a consistência de resposta do SRSI condição “Honesto”

SRSI	Nº de Itens	α de Cronbach
Subescalas Sintomas Genuínos	10	.828
Sintomatologia Cognitiva		
Sintomatologia Depressiva	10	.578
Sintomatologia da Dor	10	.766
Sintomatologia Somática	10	.704
Sintomatologia Ansiosa	10	.773
Total Sintomas Genuínos	50	.762
Subescalas Pseudo-Sintomas		
Pseudo-Sintomas Cognitivos	10	.556
Pseudo-Sintomas Motores	10	.536
Pseudo-Sintomas Sensoriais	10	.051
Pseudo-Sintomas da Dor	10	.227
Pseudo-Sintomas Ans./Depres.	10	.654
Total Pseudo-Sintomas	50	.757
Consistência de Resposta	5	.600

Em relação ao SRSI condição “Simulação” (Tabela 3), para a subescala da *Sintomatologia Somática*, o valor do alfa de Cronbach é considerado fraco e indesejável (.64) e para a subescala da *Sintomatologia Ansiosa* é respeitável (.77). As restantes subescalas, alcançaram valores considerados muito bons: *Sintomatologia Cognitiva* (.89); *Sintomatologia Depressiva* (.80); *Sintomatologia da Dor* (.94).

Nas subescalas de *Pseudo-Sintomas*, todos os valores obtidos são considerados muito bons: *Pseudo-Sintomas Cognitivos* (.84); *Pseudo-Sintomas Motores* (.84); *Pseudo-Sintomas Sensoriais* (.87); *Pseudo-Sintomas da Dor* (.87); *Pseudo-Sintomas de Ansiedade e Depressão* (.86). Relativamente aos itens que medem a consistência de resposta, o valor obtido é considerado inaceitável (.57). Para a escala *Sintomas Genuínos*, o valor de alfa obtido foi .72, uma pontuação respeitável, e para a escala *Pseudo-*

Sintomas o valor foi de .88, considerado um resultado muito bom.

Tabela 3. Valores estimados de Alfas de Cronbach para as subescalas, para as escalas e para os itens que medem a consistência de resposta do SRSI condição “Simulação”

SRSI	Nº de Itens	α de Cronbach
Subescalas Sintomas Genuínos		
Sintomatologia Cognitiva	10	.893
Sintomatologia Depressiva	10	.803
Sintomatologia da Dor	10	.945
Sintomatologia Somática	10	.645
Sintomatologia Ansiosa	10	.777
Total Sintomas Genuínos	50	.723
Subescalas Pseudo-Sintomas		
Pseudo-Sintomas Cognitivos	10	.847
Pseudo-Sintomas Motores	10	.846
Pseudo -Sintomas Sensoriais	10	.878
Pseudo-Sintomas da Dor	10	.876
Pseudo-Sintomas Ans./Depr.	10	.865
Total Pseudo-Sintomas	50	.880
Consistência de Resposta	5	.576

Por último, foram ainda analisados os alfas de Cronbach para o SIMS (Tabela 4). Para as subescalas *Défice Neurológico* e *Perturbações Mnésicas* os valores obtidos foram .60 e .67, respetivamente, indicativo de uma consistência indesejável. Nas restantes subescalas, os alfas de Cronbach obtidos são todos considerados inaceitáveis: *Perturbações Afetivas* (.49); *Psicose* (.51); *Capacidade Intelectual Reduzida* (.37).

Tabela 4. Valores estimados de Alfas de Cronbach para as subescalas, para as escalas e para os itens que medem a consistência de resposta do SIMS

SIMS	Nº de Itens	α de Cronbach
DN	15	.600
PA	15	.491
P	15	.515
CIR	15	.373
PM	15	.672

4.2. Análise da relação entre as pontuações das subescalas do SRSI e do SIMS e os resultados totais

Foram analisadas as correlações das subescalas do SRSI e do SIMS através do coeficiente de Pearson, de forma, a se verificar em que grau as suas pontuações estão relacionadas entre si.

Para tal, foram seguidas as medidas de Mároco (2014), que sugere que um valor de r inferior a .25 sugere uma correlação “fraca”; um valor de r entre .25 e .50 é moderada; uma correlação entre .50 e .75 é forte; e uma correlação superior a .75 é considerada muito forte.

Observando a Tabela 5 é possível constatar-se que se obtiveram correlações moderadas e fortes entre as subescalas de *Sintomas Genuínos* do SRSI e as subescalas do SIMS, assim como nas pontuações totais do SIMS e do SRSI. No entanto, foram obtidas correlações fracas entre a *Subescala Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS e as subescalas de *Sintomas Genuínos* (SRSI) ($r = .017$), assim como, entre a subescala *Perturbações Mnésicas* (SIMS) e a subescala *Sintomatologia da Dor* ($r = -.001$).

Relativamente à correlação entre as subescalas do SIMS e as subescalas de *Pseudo-Sintomas* do SRSI é possível constatar-se que se obtiveram correlações moderadas e fortes à exceção da subescala *Perturbações Afetivas* (SIMS) e as subescalas de *Pseudo-Sintomas “Motores”* ($r = .23$, $p < .01$) e *Pseudo-Sintomas da Dor* ($r = .10$) do SRSI (ver Tabela 5). O mesmo acontece com a subescala *Capacidade Intelectual Reduzida* (SIMS) e com as subescalas de *Pseudo-Sintomas* (SRSI) à exceção da subescala de *Pseudo-Sintomas Sensoriais* (SRSI), que obteve uma correlação moderada ($r = .30$, $p < .05$). Na correlação da subescala *Perturbações Mnésicas* (SIMS) e das subescalas *Pseudo-Sintomas Sensoriais* ($r = .14$), *Pseudo-Sintomas da Dor* ($r = .07$) e *Pseudo-Sintomas de Ansiedade e Depressão* ($r = .17$) do SRSIS, os valores obtidos foram, também, considerados fracos. Por fim, e de acordo com o esperado, foram encontradas ainda correlações muito fortes ($r = .75$) entre o total de *Sintomas Genuínos* e o total do SIMS, assim como, entre o total de *Pseudo-Sintomas* e o Total do SIMS ($r = .80$).

Foram ainda analisadas as correlações entre o SRSI condição “honesta” e o SRSI condição “simulada” (Tabela 6). Os resultados obtidos relativamente às correlações entre estas condições foram de um modo geral considerados fracos ($r = -.003$) (ver Tabela 6). Contudo, foram identificados dois resultados considerados moderados: *Sintomatologia Cognitiva* condição “honesta” com *Sintomatologia Somática* condição “simulada” ($r = .25$, $p < .01$); e *Pseudo-Sintomas Sensoriais* condição “honesta” com *Pseudo-Sintomas Sensoriais* condição “simulada” ($r = .27$, $p < .01$).

Tabela 5. Correlação entre os resultados no SRSI (condição “honesta”) e os resultados no SIMS

SRSI	SIMS					
	DN	PA	P	CIR	PM	Total SIMS
Subescalas de Sintomas Genuínos						
Sintomatologia Cognitiva	.366**	.417**	.280**	.138	.343**	.533**
Sintomatologia Depressiva	.330**	.429**	.304*	.168	.337**	.556**
Sintomatologia da Dor	.341**	.230	.463**	.017	-.001	.335**
Sintomatologia Somática	.389*	.528*	.353**	.090	.293*	.592**
Sintomatologia Ansiosa	.530**	.524**	.520**	.141	.198	.663**
Total Sintomas Genuínos	.545**	.576**	.523**	.157	.363**	.756**
Subescalas de Pseudo-Sintomas						
Pseudo-Sintomas Cognitivos	.563**	.362**	.411**	.147	.394**	.639**
Pseudo-Sintomas Motores	.646**	.238*	.478**	.197	.443**	.644**
Pseudo-Sintomas Sensoriais	.534**	.342**	.515**	.307**	.148	.589**
Pseudo-Sintomas da Dor	.298*	.107	.446**	.021	.074	.277*
Pseudo-Sintomas de Ansiedade e Depressão	.739**	.422**	.709**	.097	.178	.664**
Total Pseudo-Sintomas	.796**	.436**	.717**	.210	.350**	.801**

Legenda: DA (Défice Neurológico); PA (Perturbações Afetivas); P (Psicose); CIR (Capacidade Intelectual Reduzida); PM (Perturbações Mnésicas);

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

Tabela 6. Correlação entre os resultados no SRSI (condição “honesta”) e os resultados no SRSI (condição “simulação”)

SRSI (honesta)		SRSI (Simulação)				
Subescalas Sintomas Genuínos	Sintomat. Cognitiva	Sintomat. Depressiva	Sintomat. Dor	Sintomat. Somática	Sintomat. Ansiosa	Total Sintomas Genuínos
Sintomat. Cognitiva	.215	.159	-.022	.252*	.173	.200
Sintomat. Depressiva	.059	.171	-.041	.112	.006	.077
Sintomat. Dor	-.166	-.221	.037	.012	-.153	-.133
Sintomat. Somática	.174	.098	-.079	.175	.127	.121
Sintomat. Ansiosa	.021	.086	-.154	-.068	.106	-.018
Total Sintomas Genuínos	.108	.099	-.077	.146	.096	.088
Subescalas de Pseudo-Sintomas	Pseudo-Sint. Cognitivos	Pseudo-Sint. Motores	Pseudo-Sint. Sensoriais	Pseudo-Sint. Dor	Pseudo-Sint. Ans./Depressão	Total Pseudo-Sintomas
Pseudo-Sintomas Cognitivos	.047	-.153	-.003	-.229	.084	-.065
Pseudo-Sintomas Motores	.042	-.030	.067	-.148	.009	-.019
Pseudo-Sintomas Sensoriais	.180	.031	.278*	.038	.176	.167
Pseudo-Sintomas da Dor	-.120	-.008	-.050	.050	-.017	-.032
Pseudo-Sintomas Ans./Depressão	-.048	-.044	-.039	-.055	.016	-.041
Total Pseudo-Sintomas	.031	-.068	.060	-.113	.077	-.005

Legenda: DA (Défice Neurológico); PA (Perturbações Afetivas); P (Psicose); CIR (Capacidade Intelectual Reduzida); PM (Perturbações Mnésicas);

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

* $p < .05$

4.3. Medidas descritivas das subescalas e escalas dos *Sintomas Genuínos* e dos *Pseudo-Sintomas* do SRSI na condição “honestidade” e na condição “simulação” e das subescalas do SIMS

Foram analisadas as medidas descritivas das escalas e subescalas do SRSI condição “honestidade” e também condição “simulação” e do SIMS, de modo, a obter a Média e o Desvio-Padrão para cada uma delas, como forma de comparação.

a) Medidas descritivas das subescalas e escalas do SRSI condição “honestidade”

Nas subescalas de *Sintomas Genuínos da SRSI*, a média mais elevada obtida foi na subescala *Sintomatologia Somática* ($M=3.09$; $DP=2.244$), a média mais baixa foi identificada na subescala *Sintomatologia da Dor* ($M=.99$; $DP= 1.637$).

No que concerne as subescalas pertencentes à escala de *Pseudo-Sintomas*, a média mais alta foi .41 ($DP=.64$) na subescala *Pseudo-Sintomas Sensoriais*. A média mais baixa pertence às subescalas *Pseudo-Sintomas Motores* ($M=.20$; $DP=.60$) e *Pseudo-Sintomas da Dor* ($M=.20$; $DP=.46$).

Relativamente às escalas *Sintomas Genuínos* e *Pseudo-Sintomas*, a média mais alta registada foi da escala de *Sintomas Genuínos*, com valores médios de 10.57 e um desvio padrão de 7.49. De acordo com o esperado, este resultado é muito superior ao resultado obtido na escala de *Pseudo-Sintomas* ($M=1.61$; $DP= 2.60$), indicando a existência de mais *Sintomas Genuínos* do que de *Pseudo-Sintomas* (Tabela 7).

Tabela 7. Análise descritiva (médias, desvios-padrão e amplitude) dos resultados no SRSI condição “Honestá”

SRSI	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
Sintomatologia Cognitiva	2.31	2,545	0	10
Sintomatologia Depressiva	1.90	1,704	0	8
Sintomatologia da Dor	.99	1,637	0	7
Sintomatologia Somática	3.09	2,244	0	8
Sintomatologia Ansiosa	2.29	2,194	0	10
Total Sintomas Genuínos	10.57	7,496	0	36
Pseudo-Sintomas Cognitivos	.40	0,875	0	5
Pseudo-Sintomas Motores	.20	0,604	0	4
Pseudo-Sintomas Sensoriais	.41	0,648	0	3
Pseudo-Sintomas da Dor	.20	0,469	0	2
Pseudo-Sintomas Ans./Depressão	.40	0,954	0	6
Total Pseudo-Sintomas	1.61	2,606	0	16
Consistência de Respostas	3.16	1,490	0	5

b) Medidas descritivas das subescalas e escalas do SRSI condição “simulação”

Para as subescalas de *Sintomas Genuínos* do SRSI condição “simulação”, a média mais alta registada foi de 7.11 com um desvio padrão de 2.26, para a subescala *Sintomatologia Somática*, e a média mais baixa pertence à subescala *Sintomatologia cognitiva* com valores médios de 5.16 e um desvio padrão de 3.46 (Tabela 8).

Nas subescalas dos *Pseudo-Sintomas* do SRSI condição “simulação”, podemos verificar que a média mais alta foi registada na subescala *Pseudo-Sintomas de Ansiedade e Depressão* ($M=4.84$; $DP= 3.24$), e a média mais baixa na subescala *Pseudo-Sintomas Sensoriais* ($M=2.70$; $DP= 2.95$).

Em relação às escalas de *Sintomas Genuínos* e de *Pseudo-Sintomas*, contrário ao que seria esperado, a média mais alta registou-se, mais uma vez, na escala de *Sintomas Genuínos* ($M= 31.40$; $DP= 10.45$) com uma diferença significativa de 13,19 pontos em relação à média da escala de *Pseudo-Sintomas* ($M= 18.21$; $DP= 12.65$).

Tabela 8. Análise descritiva (médias, desvios-padrão e amplitude) dos resultados no SRSI condição “Simulação”

SRSI	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
Sintomatologia Cognitiva	5.16	3.463	0	10
Sintomatologia Depressiva	6.01	2.887	0	10
Sintomatologia da Dor	6.44	3.900	0	10
Sintomatologia Somática	7.11	2.269	1	9
Sintomatologia Ansiosa	6.67	2.339	1	10
Total Sintomas Genuínos	31.40	10.458	6	47
Pseudo-Sintomas Cognitivos	3.21	2.833	0	10
Pseudo-Sintomas Motores	3.27	2.997	0	10
Pseudo-Sintomas Sensoriais	2.70	2.955	0	10
Pseudo-Sintomas da Dor	4.19	3.346	0	10
Pseudo-Sintomas Ans./Depressão	4.84	3.242	0	10
Total Pseudo-Sintomas	18.21	12.657	1	50
Consistência de Respostas	.67	1.032	0	4

c) Medidas descritivas das subescalas do SIMS

Por fim, analisou-se ainda as medidas descritivas para o SIMS, onde foi possível verificar que a média mais alta pertence à subescala *Perturbações Afetivas* ($M=3.21$; $DP= 2.01$) e a mais baixa à subescala *Psicose* ($M= .31$; $DP=.73$) (Tabela 9).

Tabela 9. Análise descritiva (médias, desvios-padrão e amplitude) dos resultados obtidos no SIMS.

SIMS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
DN	.70	1,159	0	7
PA	3.21	2,014	0	10
P	.31	0,733	0	5
LI	1.23	1,194	0	5
PM	.84	1,742	0	11
Total	6.16	4,122	1	22

Legenda: DA (Défice Neurológico); PA (Perturbações Afetivas); P (Psicose); CIR (Capacidade Intelectual Reduzida); PM (Perturbações Mnésicas)

4.4 Frequência das respostas obtidas às perguntas do Questionário Pós-Experimental

Para a primeira questão do Questionário Pós-Experimental (*Considera este cenário Viável/Plausível?*) a percentagem de resposta mais alta obtida foi para o “Sim” ($n = 45$; 64.3%).

Na segunda questão (*Considera compreensível que o personagem principal da história (cenário) simule sintomas?*) as respostas apresentam percentagens muito próximas: “Não” ($n = 30$; 42.9%) e “Sim” ($n = 31$; 44.3%).

Relativamente à questão número três (*Fez o seu melhor para comunicar os sintomas de modo convincente?*) tal como esperado, todos os participantes responderam “Sim”, o que sugere empenho e dá fiabilidade às respostas obtidas nos instrumentos.

Por fim, na quarta questão (*Foi fácil para si imaginar que era a personagem principal?*) a resposta mais frequente foi “Sim” ($n = 39$; 55.7%) revelando que a maioria dos participantes se sentiu confortável e não teve problemas ao colocar-se no papel da personagem indicada.

Tabela 10. Frequência das respostas referentes às perguntas do questionário pós-experimental

	N	%
“Considera este cenário viável/plausível?”		
Não	10	14.3
Sim	45	64.3
Não sei	15	21.4
“Considera compreensível que o personagem principal da história (cenário) simule sintomas?”		
Não	30	42.9
Sim	31	44.3
Não sei	9	12.9
“Fez o seu melhor para comunicar os sintomas de modo convincente?”		
Sim	70	100.0
“Foi fácil para si imaginar que era a personagem principal da história (cenário) ?”		
Não	27	38.6
Sim	39	55.7
Não sei	4	5.7

V - Discussão

A simulação deve sempre ser tomada em consideração e ser perspectivada como uma possibilidade, devido à sua possível interferência nos resultados obtidos nas avaliações psicológicas e neuropsicológicas que podem conduzir a conclusões erradas. É importante salientar que a simulação varia consoante as situações e os contextos em que o sujeito está inserido no momento, existindo alguma seletividade por parte dos mesmos relativamente aos sintomas simulados (Simões, 2006). Como referido no DSM-V, a simulação é orientada pela possibilidade de ganhos externos ou secundários e, sendo a área forense onde mais os sujeitos beneficiariam desses incentivos ou ganhos, é importante testar a credibilidade dos relatos dos sujeitos. Para tal têm sido desenvolvidos vários TVS como o SIMS, contudo estes prendem-se por algumas limitações que fizeram notar a necessidade de se construir novos TVS.

Foi devido a estas limitações que o SRSI foi criado, como alternativa

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

ao SIMS. Para o estudo atual foi necessária a tradução e adaptação do SRSI para português europeu utilizando a versão original alemã e as versões inglesa e francesa. Após este trabalho minucioso foi então conduzida uma investigação através da utilização de um *design* de simulação análogo, que permitiu fazer uma comparação entre respostas honestas e respostas simuladas do SRSI e entre o SRSI e o SIMS, através de uma amostra de 70 estudantes universitários.

Foi analisada a consistência interna das subescalas e escalas do SRSI nas duas versões (honestas e simuladas), através do alfa de Cronbach, assim como para as subescalas do SIMS. Os valores de alfa de Cronbach obtidos pelas subescalas de *Sintomas Genuínos* da condição “honestas” variam entre uma consistência “inaceitável” e uma consistência “muito boa” (.57 e .82). Relativamente às subescalas de *Pseudo-Sintomas*, as consistências obtidas variam entre “inaceitável” e “aceitável” (.05 e .65), como era esperado, uma vez que estes são sintomas atípicos não seriam tão comunicados por sujeitos honestos (Boskovic et al., 2018). Estes resultados assemelham-se aos resultados obtidos no estudo II de Dwarkadas (2018), que conta com uma amostra de 86 sujeitos adultos e estudantes universitários, a consistência interna revelada nesta investigação demonstrou que existe uma preferência por *Sintomas Genuínos*, por parte de sujeitos honestos, tendo os *Pseudo-Sintomas* tendencialmente consistências mais baixas. Os itens que medem a consistência de resposta obtiveram uma correlação “indesejável” (.60), enquanto as escalas *Sintomas Genuínos* e *Pseudo-Sintomas* obtiveram alfas de Cronbach considerados “respeitáveis” (.76 e .75, respetivamente), estes resultados aproximam-se aos resultados obtidos no estudo de Merten e colaboradores (2016), onde a consistência interna das escalas do SRSI foi considerada elevada. Quando comparados os alfas obtidos nas subescalas dos *Sintomas Genuínos*, condição “honestas”, com as subescalas do SIMS, que obteve alfas correspondentes a “inaceitável” e “indesejável” (.37 e .67), as subescalas do SRSI obtiveram alfas mais elevados que o SIMS, como era esperado.

Em relação à consistência interna do SRSI, condição “simulação”, os alfas de Cronbach obtidos nas Subescalas de *Sintomas Genuínos* variam entre “inaceitável” e “muito bom” (.64 e .94), e nas Subescalas dos *Pseudo-Sintomas* as consistências são todas “muito boas” (entre .84 e .87), como esperado. Os itens que medem a consistência de resposta obtiveram um valor de consistência considerado “inaceitável” (.57) e as escalas de *Sintomas Genuínos* e *Pseudo-Sintomas* obtiveram alfas de Cronbach avaliados como “respeitáveis” e “muito bons” (.72 e .88, respetivamente). Os resultados obtidos nos *Sintomas Genuínos* não eram esperados, pois o espectável era que fossem comunicados mais *Pseudo-Sintomas* que *Sintomas Genuínos*. No entanto, a manifestação destes sintomas na condição “simulação” pode dever-se ao fato de os sujeitos terem uma escolaridade elevada e não escolherem sintomas pertencentes aos *Pseudo-Sintomas* devido a acharem que são mais irrealistas e, conseqüentemente, mais facilmente identificáveis como simuladores.

As estatísticas descritivas suportam estes resultados, uma vez que, tal como no estudo da Auni Dwarkadas (2018) e no estudo de Merten e colaboradores (2016), existe uma média mais elevada de *Sintomas Genuínos* ($M= 10.57$; $DP= 7.496$) do que *Pseudo-Sintomas* ($M= 1.61$; $DP= 2.606$) no SRSI condição honesta, o que já era esperado, visto estarmos a lidar com respondentes honestos. No entanto, no SRSI condição simulação a média de *Sintomas Genuínos* comunicados foi 31.40 ($DP= 10.458$) e para os *Pseudo-Sintomas* foi 18.21 ($DP= 12.657$). Estes resultados demonstram um claro aumento dos sintomas comunicados da primeira (condição honesta) para a segunda vez (condição simulação) em que o questionário foi aplicado, o que expressa o ato e empenho em exagerar e simular sintomas. Não obstante, os *Sintomas Genuínos* aparecem, em ambas as condições, mais comunicados do que os *Pseudo-Sintomas*. Uma razão para tal poderá ser devido aos itens pertencentes a esta categoria serem considerados atípicos e, conseqüentemente, serem vistos como menos propensos a acontecer, enquanto os *Sintomas Genuínos* aparentam ser mais comuns e, por conseguinte, mais prováveis de serem relatados nos cenários aplicados (Dores e Ansiedade). Além disso, os participantes foram instruídos a simular sintomas da segunda vez que o questionário foi aplicado mas de forma a que fossem convincentes, essas instruções podem ter levado os sujeitos a não escolher sintomas que parecessem atípicos e mais irrealistas.

Como é possível observar, houve um aumento significativo de *Sintomas Genuínos* e *Pseudo-Sintomas* da condição honesta para a condição de simulação, continuando os *Sintomas Genuínos* a ser os mais comunicados. Uma das explicações para este fenómeno poderá ser devido ao fato de os *Pseudo-Sintomas* parecerem muito atípicos e irrealistas para os participantes, levando a que os mesmos não tenham tendência a escolhê-los e acabem por preferir os *Sintomas Genuínos*, que aparentam ser mais realistas e mais facilmente experienciados. Além disso, as características da população também podem ter um papel importante nestes resultados, uma vez que, segundo o DSM V, no caso da simulação é necessário existir incentivos externos ou secundários que levem as pessoas a simular, ou seja, um indivíduo que simula estará motivado para fingir os sintomas pedidos de modo a ser recompensado e sabe que sofrerá conseqüências graves caso seja apanhado, por isso esforça-se ao máximo (Larrabee, 2014). Isto faz com que, mesmo na condição desonesta, seja difícil para os sujeitos simularem sintomas. Os comentários efetuados durante a avaliação corroboram esta ideia, uma vez que, muitos sujeitos se queixaram de ter dificuldades ao se imaginarem no papel da personagem da história (cenário) devido à pessoa que são, afirmando “Isto não acontece a ninguém!”. Não obstante, é importante frisar as limitações dos estudos análogos, uma vez que estes também podem ter uma influência sob os resultados e, neste caso, estas limitações podem esclarecer os resultados obtidos. Rogers (1997, citado em Rogers, 2012) afirma que os participantes e os contextos são sempre diferentes dos que encontramos na vida real e que, por mais bem descritos que os cenários se encontrem, os sujeitos podem não se comportar exatamente como esperado devido a não

terem passado por essas situações.

Apesar dos resultados obtidos na comparação entre condição honesta e condição simulação não serem o que esperávamos, os resultados da condição honesta são expectáveis, existindo uma diferença positiva e significativa entre a quantidade de *Sintomas Genuínos* e de *Pseudo-Sintomas* a serem relatados, tal como aconteceu no estudo da colega Auni Dwarkadas (2018) e de Merten e colaboradores (2016).

Tal como já foi explicado, um estudo análogo é uma experiência estruturada que compara os eventos ou acontecimentos de duas situações distintas para, mais tarde, analisar as correlações. Dessa forma a comparação entre o SRSI condição “honestas” e o SIMS, registou correlações significativas moderadas e fortes entre as subescalas de *Sintomas Genuínos* do SRSI e as subescalas do SIMS que variam entre .28 e .66. O mesmo acontece com as correlações entre as subescalas dos *Pseudo-Sintomas* e as subescalas do SIMS que obtiveram alfas moderados e fortes (entre .29 e .73). Contudo também se verificaram pontuações mais fracas, nomeadamente entre a subescala de *Sintomatologia da Dor* do SRSI e a subescala de *Perturbações Mnésicas* do SIMS ($r = -.001$), e entre a subescala de *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS, e as subescalas *Sintomatologia da dor* ($r = .01$) e *Sintomatologia Somática* ($r = .09$) do SRSI. O mesmo acontece entre a subescala *Pseudo-Sintomas da Dor* do SRSI e a subescala *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS ($r = .02$), e entre a subescala *Pseudo-Sintomas da Dor* do SRSI e a subescala de *Perturbações Mnésicas* do SIMS ($r = .07$). Enquanto no estudo de Dwarkadas (2018) as correlações mais fracas foram os *Pseudo-Sintomas Sensoriais* do SRSI e na subescala da *Psicose* do SIMS, no presente estudo a escala de *Capacidade Intelectual Reduzida* do SIMS aparenta ser a que menos se correlaciona com as subescalas do SRSI, em geral. Não obstante, foi possível obter correlações significativas muito fortes entre o Total de *Sintomas Genuínos* do SRSI e o Total do SIMS ($r = .75$) e entre o total de *Pseudo-Sintomas* do SRSI e o total do SIMS ($r = .80$). Mais uma vez os resultados obtidos são congruentes com os resultados da colega Auni Dwarkadas (2018) traduzindo correlações fortes entre o SRSI e o SIMS com especial ênfase na relação entre os *Pseudo-Sintomas* e o total do SIMS. Estes resultados apoiam o que já fora constatado por Merten, Merckelbach, Giger e Stevens (2016) e por Giger e Merten (2018), que pontuações elevadas nas subescalas e na escala total de *Pseudo-Sintomas* do SRSI estão associadas a resultados elevados no SIMS, e que tanto os *Sintomas Genuínos* como os *Pseudo-Sintomas* demonstram uma correlação significativa com o SIMS.

Em relação ao questionário pós-experimental, todos os participantes responderam afirmativamente à questão “Fez o seu melhor para comunicar os sintomas de modo convincente?”, tal como era esperado, uma vez que se respondessem de forma negativa, o seu desempenho e consequentemente as suas respostas seriam questionáveis. No entanto, na questão “Foi fácil para si imaginar que era o personagem principal da história (cenário)?” 39 participantes responderam “sim”, 4 responderam “não sei” e 27 responderam “não”, estes resultados questionam se essa dificuldade sentida pelos

participantes em se imaginarem em certa posição interferiu com os seus resultados, isto pode ser vista como uma limitação do presente estudo, pois como já foi referido anteriormente, uma limitação dos estudos análogos é a dificuldade dos sujeitos em simular os sintomas de forma a parecer que realmente são simuladores, uma vez que, por mais explícito que os cenários sejam, os participantes não se encontram realmente na situação descrita não conseguindo imaginar como reagiriam perante essa situação (Merten, Green, Henry, Blaskewitz, & Brockhaus, 2005).

Como já foi referido, numa investigação análoga, é importante ter em conta alguns conceitos como a compreensão, a especificidade, os cenários, os incentivos, a relevância e a credibilidade (Rogers & Cruise, 1998 citados em Rogers, 2018), contudo existe um outro aspeto importante que é o *coaching*, este deriva da ideia de que os participantes se sentiriam mais motivados e conseqüentemente teriam uma melhor prestação caso fossem informados acerca do propósito da avaliação e fornecidos com os detalhes dos sintomas manifestados de certa doença ou perturbação em determinado cenário. Na presente investigação os sujeitos apenas foram informados acerca do propósito da avaliação e não tiveram acesso a nenhuma informação relativa aos sintomas a simular, não sabemos ao certo qual o impacto desta decisão, no entanto, em investigações passadas não se observou diferenças significativas entre amostra com e sem *coaching* (Jelicic, Hessels, & Merckelbach, 2006).

É importante ter em conta que nem sempre obtemos os resultados esperados e neste caso isso também pode dever-se às limitações dos TVS. O fato de terem um formato simples com apenas duas alternativas que facilita a adivinhação, e o fato de não incorporarem itens específicos para medir a desejabilidade social dos sujeitos (Giger & Merten, 2018). Estas limitações possibilitam que os sujeitos contaminem os resultados uma vez que não há forma de detetar e avaliar se o sujeito adivinhou as respostas ou se respondeu de certa forma devido à sua elevada desejabilidade social.

VI - Conclusões

Os estudos de *design* de simulação análogo são muito utilizados nas investigações sobre a simulação devido à sua elevada validade interna e à metodologia de comparação que fornece, o que pode ser comprovado através dos resultados obtidos (Rogers, 1997 citado em Merten, Lorenz, & Schlatow, 2010; Rogers & Bender, 2018).

O presente estudo possibilitou efetuar uma comparação direta entre respostas honestas e respostas simuladas fornecendo dados importantes que revelaram boas consistências internas em ambas as condições com um aumento dos sintomas comunicados da condição “honestas” para a condição “simulação”, como era esperado, e ainda correlações fortes entre as escalas e subescalas do SRSI e do SIMS.

No entanto esta investigação ainda aporta algumas limitações, como a quantidade desproporcional de mulheres e homens que revela pouca diversidade ao nível do género; a falta de incentivos positivos como método de motivação que apontam para a possibilidade de os sujeitos não terem o desempenho esperado na condição “simulação”; e a ausência de um grupo com perturbações genuínas, sem este não há a comparação de respostas fornecidas por indivíduos com perturbações genuínas e simuladas o que acaba por limitar a validade ecológica e a generalização dos resultados (Rogers & Gillard, 2011 citado em Rogers, 2018).

Não obstante durante o processo de recolha de dados existiram algumas limitações práticas como: a dificuldade em arranjar participantes do sexo masculino que torna a amostra pouco equilibrada em termos de género; e também os comentários efetuados acerca das perguntas onde os sujeitos referiam que estas eram muito parecidas e algumas muito pouco prováveis de experienciar na vida real.

Os resultados obtidos fundamentam a literatura existente que afirma que a deteção da simulação é uma tarefa complexa que requer a utilização de várias fontes de informação, incluindo, a administração de vários testes psicométricos clássicos e outros desenhos para identificar estilos de resposta (Simões, 2006; Rogers, 2012).

No geral este estudo apresenta ser um contributo importante para o SRSI, apoiando a sua utilização como instrumento complementar a outros TVSI, no entanto, para se verificar a sua utilidade individual serão necessárias mais investigações a este nível. Em estudos futuros seria interessante a utilização de amostras mais diversificadas em termos de idades, género e contexto, assim como cenários diferentes e mais fáceis de relacionar. Além disso, é evidente a necessidade de conduzir investigações onde haja uma condição de simuladores honestos (potenciais simuladores) e investigações com uma condição de sujeitos com perturbações reais, uma condição de simulação e uma condição controlo. Uma alternativa para melhorar o formato de avaliação seria, em vez de os cenários serem facultados de forma aleatória perguntava-se ao sujeito qual dos cenários preferia ter, dessa forma iríamos aumentar o seu investimento na tarefa.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Agulhas, R., & Anciães, A. (2015). *Casos Práticos em Psicologia Forense - Enquadramento Legal e Avaliação Pericial* (2ª ed.; pp. 27-29; 116-117). Lisboa: Edições Sílabo.
- Brand, B. L., Tursich, M., Tzall, D., & Loewenstein, R. J. (2014). Utility of the SIRS-2 in Distinguishing Genuine From Simulated Dissociative Identity Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 308-317. DOI: 10.1037/a0036064.
- Brussel, J.A. & Hitch, K. (1943). The military malingerer. *The Military Surgeon*, 93(1), 33-44.
- Boskovic, I., Biermans, A.J., Merten, T., Jelicic, M., Hope, L., & Merckelbach, H. (2018). The Modified Stroop Task is Susceptible to Feigning: Stoop Performance and Symptom Over-endorsement in Feigned Test Anxiety. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01195.
- DeMarchi, B., & Balboni, G. (2018). Detecting Malingering Mental Illness in Forensics: Known-Group Comparisons and Simulation Design with MMPI-2, SIMS and NIM. *PeerJ* 6:e5259. doi: 10.7717/peerj.5259.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development: Theory and applications* (2nd ed.). London: Sage.
- Dhillon, A. (2017). *The Assessment and Detection Feigned Symptoms that may persist after a Mild Traumatic Brain Injury: An Analogue Investigation*. Graduate Department of Psychological Clinical Science. University of Toronto.
- Dwarkadas, A. (2018). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Adaptação, Validação e Normas com base em Estudos na Comunidade* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Edens, J.F., Otto, R.K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the Structure Inventory of Malingered Symptomatology in Identifying Persons Motivated to Maligner Psychopathology. *Journal of American Academy Psychiatry & Law*, 27(3) 387-396.
- Edens, J.F., Poythress, N.G., & Watkins-Clay, M.M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: a comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88, 33-42. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890709336832>
- Geurten, M., Meulemans, T., & Seron, X. (2018). Detecting Over-Reporting of Symptoms: The French Version of the Self-Report Symptom Inventory. *The Clinical Neuropsychologist*. DOI: 10.1080/13854046.2018.1524027
- Giger, P., & Merten, T. (2018). Equivalence of the German and the French versions of the Self-Report Symptom Inventory. *Swiss Journal of*

Psychology.

- Gil, N. P., Caldeira, S. & Barreto, H. (2017). Simulação, Dissimulação e Perturbações Factícias. In Fernando Vieira, Ana C. Cabral & Carlos B. Saraiva (Coords.), *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 277-300). Lisboa: Pactor.
- Halligan, P. W., Bass, C. M., & Oakley, D. A. (2003). *Malingering and Illness Deception*. Oxford University Press.
- Iverson, G.L. (2007). Identifying Exaggeration and Malingering. *Pain Practice*, 7(2), 94-102.
- Jelicic, M., Hessels, A., & Merckelbach, H. (2005). 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). DOI: 10.1007/s10862-006-4535-0
- Larrabee, G. (2012). Performance Validity and Symptom Validity in Neuropsychological Assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(4), 625-631. Doi: 10.1017/S1355617712 000240.
- Larrabee, G. (2014). Test Validity and Performance Validity: Considerations in Providing a Framework for Development of an Ability-Focused Neuropsychological Test Battery. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(7), 695-714. Doi: 10.1093/arclin/acu049
- Lewis, J. L., Simcox, A.M, & Berry, D. T. T. (2002). Screening for Feigning Psychiatric Symptoms in a Forensic Sample Using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Psychological Assessment*, 14(2), 170-176. Doi: 10.1037//1040-3590.14.2.170
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ªed.). Pera Pinheiro: ReportNumber.
- Merckelbach, H., & Smith, G. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(2), 145-152. doi: 10.1016/s0887-6177(01)00191-3
- Merten, T. (2017). Logical Paradoxes and Paradoxical Constellations in Medicolegal Assessment. *Psychology Injury and Law*, 10, 264-273. doi: 10.1007/s12207-017-9297-3.
- Merten, T., Lorenz, R., & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic Stress Disorder Can Easily Be Faked, but Faking Can Be Detected in Most Cases. *German Journal of Psychiatry*.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A New Instrument for the Assessment of Distorted Symptom Endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9(2), 102-111. doi: 10.1007/s12207-016-9257-3.
- Oorsouw, K., & Merckelbach, H. (2010). Detecting Malingering Memory Problems in the Civil and Criminal Arena. *Legal and Criminological Psychology*, 15(1), 97-114. doi: 10.1248/135532509X451304.
- Parks, A.C., Gfeller, J., Emmert, N., & Lammert, H. (2017). Detecting

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

- Feigned Postconcussional and Posttraumatic Stress Symptoms with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Applied Neuropsychology: Adult*, 24(5), 429-438. doi: 10.1080/23279095.2016.1189426
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188. doi: 10.1037/0735-7028.21.3.182
- Rogers, R. (2012). *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed.; pp: 3-37). New York: Guilford.
- Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). *SIRS Structured Interview of Reported Symptoms: A professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., & Bender, S., D. (2018). *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (4th ed.; pp: 593-614). New York: Guilford.
- 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(2), 244-257. DOI: 10.1207/s15327752jpa6702_2
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A., & Leonard, K. (1998). *Law and Human Behavior*, 22, 353-367.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. D. (2010). Structured Interview of Reported Symptoms-2 (SIRS-2) and professional manual. Lutz, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Schinka, J. A., Velicer, W. F. & Weiner, I. B. (2003). *Handbook of Psychology: Research Methods in Psychology* (2nd ed; pp. 109-133). Evaluation of Malingering and Deception.
- Simões, M. R. (2005). O exame dos comportamentos de simulação em avaliação (neuro)psicológica. In C. Vieira, A. M. Seixas, A. Matos, M. P. Lima, & M. Vilar (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. 380-309). Coimbra: Almeida
- Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. M. (2017). Instrumentos de Avaliação em Psicologia Forense: Contributos da Investigação para a Prática Profissional. In M. R. Simões, L.S. Almeida & M. M. Machado (Eds.), *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 1 – 22). Lisboa: Pactor.
- 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, 545-561. doi: 10.1076/1385-4046
- Smith, G., P., & Burger, G., K. (1997). Detection of Malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *J*

Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação com recurso ao modelo análogo de simulação. Margarida Vasconcelos Domingues (e-mail:margari_domingues@hotmail.com)

- Am Acad Psychiatry Law*, 25(2).
- Sullivan, K. A., Lange, R. T., & Edmed, S. L. (2016). Utility of the Neurobehavioral Symptom Inventory Validity-10 Index to Detect Symptom Exaggeration: An Analogue Simulation Study. *Applied Neuropsychology: Adult*, 25(3), 353-362. doi: 10.1080/23279095.2015.1079714.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365. doi: 10.1080/13854046.2014.984763
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Anexos

Anexo A- Consentimento Informado



Consentimento Informado relativo a participação em estudo científico

Antes de consentir a sua participação neste estudo, pedimos-lhe que **leia este pequeno texto**.

Este estudo decorre no âmbito da **dissertação de Mestrado em Psicologia Forense da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC)** a realizar pela aluna **Margarida Domingues**, do 5.º ano de Psicologia desta Faculdade. Esta dissertação é orientada pelo Prof. Mário R. Simões (Professor Catedrático da FPCE-UC).

O estudo tem como objetivo a **validação de um instrumento de avaliação psicológica para a população portuguesa**, especificamente, um **questionário contém frases que exprimem queixas ou dificuldades que as pessoas podem sentir no seu dia-a-dia**.

Para concretizarmos este objetivo, solicitamos a sua colaboração através da resposta a esse questionário, a um questionário sociodemográfico e a outros testes psicológicos.

A sua **participação é voluntária**, mas muito importante para a realização deste estudo.

Todas as respostas dadas pelos participantes são confidenciais, analisadas de forma agregada e utilizadas apenas para fins estatísticos.

As **informações recolhidas são confidenciais e é assegurado o anonimato das respostas aos questionários e testes**. As respostas serão objeto um tratamento estatístico agregado e não a uma análise individual.

Enquanto participante, terá o **direito e a oportunidade de colocar as questões que considerar pertinentes**, as quais serão respondidas de forma esclarecedora. Em qualquer momento pode desistir da sua participação no estudo. A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Se, em algum momento, optar por não continuar, é livre de desistir e entregar o protocolo.

Uma vez terminado o protocolo, por favor, devolva-o.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins estatísticos relacionadas com esta pesquisa.

Assinatura: _____

Coimbra, _____ de _____ de _____

Eu..... **concordo em participar voluntariamente** no estudo.

Antes do início da avaliação, foram-me explicados os objetivos e o protocolo de avaliação e assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados. Fui igualmente informado(a) que em qualquer momento eu posso desistir de colaborar neste estudo.

Compreendi as explicações fornecidas pela aluna (investigadora) acerca dos objetivos deste trabalho.

.....(Coimbra) ,..... dede 2018 (local/data).

O participante (assinatura)

Anexo B- Dados Sociodemográficos



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

IDENTIFICAÇÃO

Idade : ____ (anos). Data de nascimento: ____/____/____. Data de avaliação: ____/____/____.

Nacionalidade: _____ Área de Residência (Concelho): _____ .

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Divorciado (a) /Separado(a) Viúvo(a)

Agregado Familiar

Companheiro/a Pais Irmãos Avós Filhos Sozinho

Instituição de apoio Outros

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Anos de escolaridade (por exemplo, se tiver concluído o 9º ano responda 9): ____

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Estudante Reformado (a) Desempregado (a) Empregado (a)

Caso esteja empregado(a), especifique a sua ocupação profissional:

SAÚDE

Seguido (a) atualmente em psicologia/psiquiatria: Não Sim

Seguido (a) no passado em psicologia/psiquiatria: Não Sim

Toma medicação: Não Sim

Se sim, qual:

Obrigado pela sua participação.

Anexo C- Cenário “Ansiedade” e questões pós-experimentais

“Ansiedade”

Considere o seguinte cenário:

Imagine que é um agente da polícia que trabalha muito, está motivado e adora o seu trabalho. Agora imagine uma noite em que está sozinho de serviço, na qual acontece um trágico acidente de viação onde tem que prestar assistência aos sinistrados, sem qualquer outro apoio. Observa as vítimas que se encontram bastante feridas e ouve-as a chorar, sentindo-se angustiado. Nas semanas seguintes, vai sofrendo com o que aconteceu tendo pensamentos intrusivos e pesadelos sobre o acidente. O médico de família prescreve-lhe comprimidos para dormir. Felizmente, as queixas desaparecem após um mês.

Durante todo este período de tempo, o seu chefe, que é uma pessoa arrogante nunca perguntou sobre como se sentia relativamente ao que aconteceu. A certa altura, tem uma discussão com o referido chefe porque este pretende que faça mais trabalho administrativo, ideia esta que não lhe agrada muito. Para além disso, o chefe recusa-se a dar-lhe dias de folga extra, aos quais tem direito, deixando-o ainda mais zangado e fazendo com que opte por meter baixa médica. Já em casa, apercebe-se que adoraria continuar em casa durante mais uns meses para ter a oportunidade de fazer as coisas que gosta, como pintar, tocar música, visitar velhos amigos e descansar, como se estivesse de férias. Para tal, tem que consultar um psiquiatra dos serviços da polícia, decidindo simular que sofre de um trauma proveniente do acidente de que foi testemunha. No dia em que vai consultar o psiquiatra, este reencaminha-o para a Consulta de Psicologia, onde lhe é administrado um conjunto de testes, aos quais o agente decide completar de modo a que o médico polícia conclua que precisa de um conjunto de meses para descansar e recarregar energias.

Agora imagine mesmo que é este agente da polícia. Considerando a informação anterior, complete os testes, tentando ser convincente. Lembre-se de comunicar os seus sintomas de modo a que façam sentido e não mencione sintomas que possam parecer pouco prováveis/plausíveis. Por outras palavras, tente ser inteligente na forma como apresenta os seus problemas de saúde sem esquecer o objetivo que tem definido para si (obter baixa médica).

Questões

1. Considera este cenário viável/plausível?

Sim Não sei Não

2. Você achou compreensível que o personagem principal simulasse sintomas?

Sim Não sei Não

3. Foi fácil para si imaginar que era a personagem principal?

Sim Não sei Não

4. Fez o seu melhor para comunicar os sintomas, de modo convincente?

Sim Não sei Não

Anexo D- Cenário “Dores” e questões pós-experimentais

“Dores”

Considere o seguinte cenário:

Imagine que é estudante e que certo dia está a caminhar no passeio e um carro de marca Mercedes vai contra si, fazendo-o/a cair no chão. O seu telemóvel fica destruído, a roupa inutilizada e fica com dores de costas insuportáveis. O condutor é um jovem adulto, com uma postura arrogante, que nem sequer pergunta se está bem. Para além disso, ainda grita consigo, afirmando que devia prestar mais atenção. Neste sentido, você insiste em chamar a polícia para este reportar oficialmente o acidente, através de um relatório.

Fica com dores de costas durante alguns dias, sentindo-se mal e com dificuldade em concentrar-se, o que faz com que reprove no exame de uma disciplina. O seu médico de família prescreve-lhe analgésicos e as dores desaparecem rapidamente.

Entretanto decide que pretende obter uma indemnização/compensação monetária da companhia de seguros do condutor. Para tal, tem que consultar o médico que trabalha na seguradora uns meses mais tarde. Assim decide que vai simular queixas de dores derivadas do acidente. No dia em que vai consultar o médico da companhia de seguros, solicita a um psicólogo a administração de um conjunto de testes, os quais decide completar de modo a que o médico da seguradora conclua que você é realmente uma pessoa com dores crónicas.

Agora imagine que é mesmo esse estudante. Considerando a informação anterior, complete os testes, tentando ser convincente. Lembre-se de apresentar os seus sintomas de modo a que façam sentido e não mencione sintomas que possam parecer pouco prováveis/plausíveis ao médico. Por outras palavras, tente ser inteligente na forma como apresenta os seus problemas de saúde sem esquecer o objetivo que tem definido para si.

Questões

1. Considera este cenário viável/plausível?

Sim Não sei Não

2. Você achou compreensível que o personagem principal simulasse sintomas?

Sim Não sei Não

3. Foi fácil para si imaginar que era a personagem principal?

Sim Não sei Não

4. Fez o seu melhor para comunicar os sintomas, de modo convincente?

Sim Não sei Não