



UC/FPCE_2017

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2):
Estudos de validade concorrente na comunidade e em
contexto médico-legal**

Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira
(e-mail: sarahperrenoud@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em Psicologia Forense, sob a orientação do Professor Doutor Mário R. Simões (FPCE-UC) e do Doutor Pedro Armelim Almiro (Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria, FPCE-UC).

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em contexto médico-legal

Resumo

Comparativamente a outros contextos, na avaliação (neuro)psicológica forense, o exagero ou a produção intencional de sintomas é potencialmente superior com base na presença de uma motivação externa significativa. No sentido de identificar a presença de comportamentos de simulação, torna-se necessária a integração de Testes de Validade de Sintomas (TVS) no protocolo de avaliação.

O presente estudo pretende contribuir para a validação da Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2), um instrumento de avaliação da validade de sintomas que pretende identificar a presença de comportamentos de simulação, exagero relativamente a sintomas psicopatológicos e queixas cognitivas.

Este trabalho inclui dois estudos. O Estudo I concentra-se na comparação das propriedades psicométricas das duas escalas – EVS-VE (versão experimental) e EVS-2 (versão definitiva), numa amostra da comunidade ($n=101$) e em contexto médico-legal ($n=43$). O Estudo II incide no estudo da validade concorrente da EVS-2, utilizando, como critério de validação externo os resultados no *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) – medida de constructo similar – e, ainda, na análise da relação com os restantes instrumentos que integram o protocolo de investigação nomeadamente, o *Brief Symptom Inventory* (BSI), medida de psicopatologia; Escala de Neuroticismo do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R), medida de personalidade; e a Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20), medida de desejabilidade social.

Em geral, e em termos comparativos com a EVS-VE, os resultados relativos à consistência interna e validade da EVS-2, mostraram valores mais elevados de precisão e validade desta versão em ambos os contextos. Relativamente à comparação de comportamentos de simulação nos subgrupos – "Outras Avaliações" e "Responsabilidades Parentais" – que constituem a amostra médico-legal, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados (pontuações da EVS-2 mais elevadas no subgrupo "Outras Avaliações"). Relativamente à validade concorrente da EVS-2 com o SIMS, os resultados confirmam que os dois instrumentos medem o mesmo constructo, uma vez que existe uma forte convergência de pontuações. Na relação da EVS-2 com a medida de psicopatologia (BSI) e a Escala de Neuroticismo do EPQ-R foi observada uma correlação positiva e estatisticamente significativa, indicando assim uma vulnerabilidade da EVS-2 (sensibilidade das suas pontuações à presença de psicopatologia). A correlação estatisticamente não significativa obtida entre as pontuações na EVS-2 e na medida de

desejabilidade social (EDS-20) sugere que os dois instrumentos avaliam estilos de resposta diferentes.

Palavras chave: Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2); avaliação neuropsicológica; testes de validade de sintomas; comportamentos de simulação; psicopatologia; contexto médico-legal.

Symptom Validity Scale –Version 2 (EVS-2): Concurrent validity studies in community and forensic context

Abstract

Comparatively to other contexts, in the process of forensic (neuro)psychological assessment, the exaggeration or intentional production of symptoms is potentially higher based on the presence of a significant external motivation. In order to identify the presence of simulation behaviors, it is necessary to incorporate Symptoms Validity Tests (SVT) in the evaluation protocol.

The present study aims to contribute to the validation of the Symptom Validity Scale – Version 2 (EVS-2), an instrument for evaluating the validity of symptoms in order to identify the presence of simulation behaviors, exaggeration regarding psychopathological symptoms and cognitive complaints.

This work includes two studies. The Study I focuses on the comparison of the psychometric properties of the two scales – EVS-VE (experimental version) and EVS-2 (final version) in a community sample ($n=101$) and in a medical-legal context ($n=43$). The Study II focuses in the study of the concurrent validity of the EVS-2, using as a criterion of external validation the results in the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) – measure of similar construct – and, in the observation of the relationship of the EVS-2 with the other instruments of the evaluation protocol, namely, the Brief Symptom Inventory (BSI) measure of psychopathology; Eysenck Personality Questionnaire Neuroticism Scale – Revised Form (EPQ-R) measure of personality; and the Social Desirability Scale of 20 items (EDS-20), measure of social desirability.

In general, and in terms of comparison with EVS-VE, the results regarding the internal consistency and validity of EVS-2, showed higher values of accuracy and validity in both contexts. Concerning the comparison of simulation behavior in the subgroups – "Other evaluations" and "Parental responsibilities" – that constitute the medical-legal sample, we found statistically significant differences in the comparison results (EVS-2 scores highest in the "Other evaluations" subgroup). Regarding the concurrent validity of EVS-2 with SIMS, the results confirmed that these two instruments measure the same construct, since there was a strong convergence of scores. In

the relationship of EVS-2 with the psychopathology measure (BSI) and with the EPQ-R Neuroticism Scale, we found a positive correlation with a statistical significance, revealing a vulnerability of EVS-2 (sensitivity of their scores to the presence of psychopathology). The statistically non-significant correlation obtained between scores on EVS-2 and the measure of social desirability (EDS-20) suggests that the two instruments evaluate different response styles.

Key Words: Symptom Validity Scale – Version 2 (EVS-2); symptom validity tests; neuropsychological assessment; malingering behaviour; psychopathology; medical-legal context.

Agradecimentos

Na conclusão de uma etapa tão importante para mim, não poderia deixar de agradecer às pessoas que tornaram esta jornada possível.

Ao Professor Doutor Mário Simões, pelo exemplo de rigor e profissionalismo. Agradeço a partilha do saber e as valiosas contribuições para o presente trabalho.

Ao Doutor Pedro Almiro, pela sua constante disponibilidade, atenção e incentivo. Obrigado pelo apoio ao longo da elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, a quem tudo devo, por nunca deixarem de acreditar em mim, por terem feito de mim o que eu sou hoje. Sei o quanto estarão orgulhosos e felizes por ver esta etapa concluída. Um muito obrigado!

À minha irmã pelo apoio incondicional, pela presença incansável durante todo o percurso. Sem ti, nada disto seria possível. És e serás sempre o meu pilar. Obrigado por não desistires de mim.

À Ana, pelo constante encorajamento e ânimo ao longo desta caminhada. Obrigado por teres sempre acreditado em mim, por me teres feito acreditar que superaria as dificuldades encontradas. Um obrigado do tamanho do mundo!

À Cátia e a Mariana, pela maravilhosa amizade que, sempre, me proporcionaram. Obrigado por existirem! A vida torna-se mais fácil com vocês.

À Sandra, pela amizade, pela partilha de ânimo em longas horas de trabalho. Obrigada pela caminhada, foi um prazer.

À Daniela Almeida, pela companheirismo e partilha de conhecimento ao longo deste percurso. Um muito obrigado!

A todos os meus amigos, por todos os bons momentos, de companheirismo e felicidade, que tornaram esta jornada mais fácil.

Por fim, um agradecimento especial a todos os participantes, que tornaram este estudo possível.

Índice

Introdução	9
I – Enquadramento conceptual.....	10
Simulação.....	10
II - Objetivos	18
III - Metodologia	19
3.1. Participantes	19
3.1.1. Amostra da Comunidade.....	19
3.1.2. Amostra Médico-Legal	20
3.2. Instrumentos.....	20
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	20
3.2.2. Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2).....	20
3.2.3. <i>Structured Inventory of Malingered Symptomatology</i> (SIMS).....	22
3.2.4. <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI).....	22
3.2.5. Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20)	23
3.2.6. Escala de Neuroticismo do Questionário de Personalidade de <i>Eysenck</i> – Forma Revista (EPQ-R).....	23
3.3. Procedimentos.....	24
3.3.1. Recolha de dados.....	24
3.3.2. Análise estatística.....	24
IV – Resultados.....	24
Estudo I.....	24
4.1 Análise Descritiva da EVS-VE	24
4.2 Análise Descritiva da EVS-2.....	25
4.3 Consistência Interna	26
4.4 Validade interna	27
4.5 Estudo de Validade Convergente: correlação entre a EVS-VE e a EVS-2.....	29
Estudo II.....	31
4.6 Estudo da influência das variáveis sociodemográficas da EVS-2 – género, idade e habilitações.....	32

4.7 Diferenças nos resultados da EVS-2 entre a amostra da comunidade e amostra médico-legal	32
4.8 Análise descritiva da EVS-2 nos dois subgrupos da amostra médico-legal: “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”	33
4.9 Análise das diferenças dos resultados na EVS-2 nos subgrupos em contexto médico-legal	34
4.10 Relações entre as pontuações da EVS-2 e do SIMS.....	34
4.11 Relações entre as pontuações da EVS-2 e do BSI.....	35
4.12 Relações entre as pontuações da EVS-2 e da Escala N do EPQ-R.....	37
4.14 Relações entre pontuações da EVS-2 e da EDS-20.....	39
V - Discussão	40
Estudo I	40
Estudo II.....	42
VI - Conclusões.....	44
Bibliografia	46

Lista de acrónimos e abreviaturas

- A** – Ansiedade
AF – Ansiedade Fóbica
AF – Perturbações Afetivas
AM – Perturbações Mnésicas
OA – Outras Avaliações
BSI – *Brief Symptom Inventory*
C – Comunidade
D – Depressão
DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição
EDS-20 – Escala de Desejabilidade Social de 20 itens
EPQ-R – Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista
EVS-2 – Escala de Validade de Sintomas – Versão 2
EVS-VE – Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental
H – Hostilidade
IGS – Índice Geral de Sintomas
It. Ind. – Itens Indiferenciados
INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
IP – Ideação Paranoide
ISP – Índice de Sintomas Positivos
LI – Capacidade Intelectual Reduzida
ML – Médico-Legal
NI – Défice Neurológico
NSE – Nível Socioeconómico
OC – Obsessões-Compulsões
P – Psicose
Pt – Psicoticismo
PC – Problemas Cognitivos
PE – Perturbações Emocionais
PTSD – Perturbação de Stress Pós-Traumático
RP – Responsabilidades Parentais
S – Somatização
SI – Sensibilidade Interpessoal
SIMS – *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*
SS – Sintomas Somáticos
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico
TSP – Total de Sintomas Positivos
TVS – Teste de Validade de Sintomas

Introdução

A simulação, exagero ou a produção intencional de sintomas, são problemas e desafios do processo de avaliação (neuro)psicológica. Em âmbito forense, nomeadamente no contexto médico-legal, a frequência deste tipo de comportamento é potencialmente superior, apresentando assim uma maior prevalência (e.g., Larrabee, 2003; Mittenberg, Patton, Canyock, & Condit, 2002), por motivos que remetem para variáveis como a obtenção de compensação financeira em casos de invalidez ou isenção total ou parcial de responsabilidade criminal (Merten & Rogers, 2017).

Segundo Young (2014), a simulação pode ter uma incidência de 10-15% no contexto forense. Outros investigadores apontam valores com estimativas mais baixas: 1-2% (Lee, Graham, Sellbom & Gervais, 2012, ver também Greve, Ord, Bianchini, & Curtis, 2009; Rogers, 2008b).

Dada a natureza consequente das avaliações forenses, é expectável que os examinandos distorçam deliberadamente as suas apresentações clínicas, adotando um estilo de resposta defensivo ou apresentando falsificação intencional de sintomas (Rogers & Granacher, 2011). Deste modo, a avaliação dos comportamentos de simulação é fundamental no contexto de avaliação forense, no que diz respeito à credibilidade de alegados défices cognitivos, queixas emocionais que motivam pedidos de compensação financeira, proteção ou atenuação contra a acusação de crime, obtenção de drogas, entre outras (Simões, 2006).

A investigação nos domínios da simulação e das respostas não credíveis cresceu significativamente nas últimas décadas (Simões, 2012). Também, ao longo dos últimos anos tem-se verificado um aumento significativo do número de pedidos de avaliação (neuro)psicológica e, frequentemente, os psicólogos são solicitados a proporcionar depoimentos, enquanto peritos, acerca da validade dos resultados da avaliação. Logo, a avaliação da validade dos sintomas é indispensável, uma vez que permite detetar comportamentos de simulação e determinar o esforço colocado pelo sujeito no desempenho e na honestidade das suas respostas, ao longo do processo de avaliação (Simões, 2006).

As avaliações da validade dos sintomas devem ser incluídas nas rotinas e protocolos do processo de avaliação (neuro)psicológica (Bush, 2005). Assim, uma adequada avaliação da validade de respostas, é fundamental, para evitar atribuições erróneas de “simulação”, que podem resultar em perdas de emprego; acusações criminais; denegação de benefícios, recursos sociais, tratamento médico; ou ganhos por incapacidade (Bordini, Chaknis, Ekman-Turner & Perna, 2002).

Em suma, estas avaliações são complexas devido aos múltiplos domínios nos quais os sintomas e o comprometimento se apresentam

(Wygant & Granacher, 2015). Consequentemente, em contexto de avaliação devem ser tomadas medidas para assegurar uma cobertura adequada do viés de resposta nos três domínios – função mental (simulação de psicopatologia), cognitiva (simulação de défices cognitivos) e física (simulação de problemas médicos) (Rogers & Bender, 2003).

Neste contexto, a Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2; Simões, Nunes, & Cunha 2011; Simões, Almeida, & Ferreira, 2015; Simões, et al., 2017, *in press*) foi desenvolvida para tornar mais rigorosa a avaliação dos comportamentos de simulação e, de modo particular, a simulação ou exagero de sintomas psicopatológicos que constituem uma ameaça à validade da avaliação (neuro)psicológica em contexto forense. Com o recurso a este novo instrumento pretende-se igualmente seguir as recomendações internacionais, segundo as quais é importante utilizar várias medidas de validade de sintomas (Simões, 2012). Enquanto medida de rastreio de comportamentos de simulação a EVS-2 surge assim em Portugal, como complemento à utilização do *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Simões, Almiro, Mota et al., 2017, *in press*). Neste âmbito, recorde-se que o SIMS é um instrumento com importante utilização internacional e já com vários estudos de validação nacionais que identificam igualmente algumas limitações nesta prova (Mota, 2007; Maior, 2008; Simões, 2010; Almeida, 2015).

Neste sentido, e considerando os resultados promissores encontrados nos estudos anteriores da EVS-VE/EVS-V2 (cf. Nunes, 2011; Cunha, 2011; Domingues, 2012; Almeida, 2015) importa reconhecer que são necessários mais estudos sistemáticos com este instrumento. O presente estudo pretende dar continuidade ao exame das propriedades psicométricas (precisão e validade) da EVS-2 e das suas potencialidades como TVS. Especificamente, serão estudadas as relações entre as pontuações na EVS-2 com outros instrumentos de medida de simulação (SIMS), psicopatologia (BSI, Escala de Neuroticismo da EPQ-R), desajustabilidade social (EDS-20).

I – Enquadramento conceptual

Simulação

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição (DSM-5, APA, 2014, p.870), a simulação corresponde à “produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos, falsos ou claramente exagerados, motivados por incentivos externos, como evitar a recruta, dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos”. No DSM-5 é referido ainda que o clínico deve considerar o fingimento se qualquer combinação dos quatro aspetos seguintes se verificar: a) o sujeito apresenta-se num contexto médico-legal (por exemplo, um advogado solicita que o cliente seja

avaliado por uma perturbação mental ou existem investigações penais relativas ao cliente); b) a presença de discrepância acentuada entre o *stress* ou o alegado défice e as conclusões observadas; c) o sujeito demonstra uma falta de cooperação durante a avaliação e no cumprimento do tratamento prescrito; d) o indivíduo apresenta uma Perturbação da Personalidade Antissocial. No entanto, como observa Rogers (2008b), a consideração da presença de traços antissociais como critério de simulação é suscetível de produzir um nível inaceitável de classificações de falso-positivos – diagnóstico positivo com ausência de doença. O comportamento de simulação não é considerado pelo DSM-5 como uma perturbação mental; encontra-se na categoria de “condições adicionais que podem ser foco de atenção clínica”.

Apesar dos vários pedidos de revisão conceptual do DSM-5, baseados na investigação, o manual continua a oferecer pouca ajuda em termos de orientação na avaliação de comportamentos de simulação e do viés de resposta. Consequentemente, os clínicos e os investigadores têm desenvolvido os seus próprios critérios para orientar a avaliação estruturada da simulação (Bianchini, Greve, & Glynn, 2005; Slick, Sherman, & Iverson, 1999). No trabalho de Berry e Nelson (2010), é referida a preocupação prática de não existirem grandes diferenças, durante os últimos 20 anos, na descrição dos critérios para a deteção de simulação, apesar do incremento da investigação nesta área. Desta forma, Berry e Nelson (2010) sugeriram alterações nos critérios de diagnóstico no DSM-5. Em primeiro, quando estão presentes incentivos para obter sucesso na falsificação, seria útil focar-se na identificação dos sintomas fingidos sem tentar interferir no objetivo pretendido do avaliado. Em segundo, deveria focar-se nos sintomas produzidos, em vez de se focar no comportamento de simulação como previamente definido, pois existem poucos procedimentos e situações em que a determinação da vontade ou intenção pode ser precisa. Em terceiro, sugeriram o reconhecimento dos sintomas simulados, uma vez que estes podem tomar muitas formas – psicológico, cognitivo/neuropsicológico, físico/somático – devendo estes ser incluídos na sua determinação. Young (2014) sugeriu que a definição do DSM-5 fosse modificada pela substituição do termo “produção” pelo termo “apresentação”, destacando assim as diferentes formas como os sintomas falsos ou exagerados se podem manifestar. Em suma, uma definição aperfeiçoada de simulação seria a seguinte: *“the intentional presentation with false or grossly exaggerated symptoms [physical, mental health, or both; full or partial; mild, moderate, or severe], for purposes of obtaining an external incentive, such as monetary compensation for an injury and/or avoiding/evading work, military duty, or criminal prosecution”* (Young, 2014, p. 209). Além disso, outras alterações introduzidas na definição: (a) permitem a combinação de sintomas físicos e psicológicos, (b) são consistentes com as várias definições das múltiplas perspetivas de saúde mental, e (c) adaptam-se aos diferentes contextos, tal

como para evitar o trabalho e/ou para obter uma compensação financeira (Young, 2014). Mais recentemente, o estudo de Merten e Rogers (2017) refere novamente que o modelo DSM-5 sofre de lacunas significativas e de fragilidades conceptuais. Dois grandes problemas conceptuais para qualquer determinação de simulação envolvem ganho secundário e intencionalidade (ou consciência); ambos devem ser identificados positivamente para que a classificação de simulação seja confirmada.

A simulação envolve a distorção consciente ou exagero dos sintomas por um incentivo externo, como já foi referido anteriormente. Os incentivos presentes na perturbação somatoforme, perturbação de conversão e perturbação factícia são psicológicos, ou de natureza interna. As descrições destas perturbações salientam a incompatibilidade entre os sintomas relatados e as condições neurológicas e médicas reconhecidas (APA, 2013 citado em Wygant & Granacher, 2015). O comportamento da pessoa deve ser conceptualizado como volitivo e racional para ser considerado de simulação. Além disso, não deve haver explicações alternativas plausíveis para este comportamento (como por exemplo, de perturbação factícia ou somatoforme). Várias condições do manual DSM-5, tais como a perturbação de sintomas somáticos, de conversão e factícia, envolvem relatos de sintomas somáticos exagerados e não-credíveis. O que diferencia estas condições da simulação é o grau de intencionalidade o qual é guiado por questões de ganho secundário (por exemplo, compensação financeira), em vez de serem conduzidos internamente e psicologicamente (por exemplo, adotando um papel de doente). Assim a simulação diferencia-se da perturbação factícia pela sua motivação. Na perturbação factícia, a motivação é assumir o papel de doente, que pode ser visto como um incentivo interno ou psicológico, enquanto que a motivação para o fingimento é geralmente um ganho financeiro ou pessoal.

Prevalência

As estimativas de prevalência do exagero de sintomas são compreensivelmente difíceis de estimar e variam de acordo com o cenário e os critérios adotados. Os membros da *American Board of Clinical Neuropsychology* relataram a incidência de exagero de sintomas em 29% dos casos relacionados com lesões corporais, em 30% dos casos de incapacidade ou de compensação de trabalhadores, em 19% dos casos criminais e em 8% dos casos médicos ou psiquiátricos. A prevalência de exagero de sintomas é mais alta nos contextos de compensação ou litígio, mas notavelmente, a maioria dos reclamantes de compensação (entre 75% e 90%) responde bem ao tratamento, recupera da doença ou lesão, e volta ao trabalho (Bass & Halligan, 2014). Dado o inerente ganho secundário em casos jurídicos, quer seja um prémio monetário em litígio civil ou a fuga a uma punição num caso criminal, o clínico forense deve manter-se consciente de potenciais

distorções do avaliando ao reportar os sintomas. Assim, o diagnóstico de simulação deve basear-se numa metodologia cuidadosa, na evidência empírica e num raciocínio sólido, e deve levar em consideração explicações alternativas para aparentes inconsistências ou desempenhos não-credíveis (Wygant & Lareau, 2015).

O mais importante a salientar, considerando todas as estimativas de prevalência já publicadas, é que as distorções de resposta significativas, o exagero de sintomas e o fingimento são esperados numa proporção significativa de pacientes em contextos forenses. Quaisquer que sejam os números exatos, o problema deve ser visto como suficientemente prevalente para ser examinado proactivamente em qualquer paciente num contexto forense, ou em qualquer contexto de alto risco (Merten & Rogers, 2017). No seu estudo, Young (2014) encontrou uma percentagem de 15%, que é a estimativa mais apropriada no momento, com uma grande variação de outros 15% em ambas as direções, dependendo do contexto de referência, da condição em questão, e de outros fatores.

Modelos Explicativos e Padrões de Simulação

Rogers (2008a), um dos principais especialistas em simulação, identificou e descreveu os seguintes três conceitos distintos de simulação: patogénico, criminológico e adaptativo. Várias análises prototípicas (e.g., Rogers, Sewell, & Goldstein, 1994; Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, & Leonard, 1998, citado em Rogers & Bender, 2003) fornecem apoio geral a estes modelos, como explicações distintas para a simulação.

O *modelo patogénico* assume que a motivação subjacente é uma tentativa ineficaz de controlar os sintomas e apresentar clinicamente uma perturbação mental crónica e progressiva. Com o aumento da incapacidade, os sintomas produzidos de modo intencional tornam-se gradualmente menos deliberados, até que se tornam involuntários. Este modelo prediz que o fingimento é uma tentativa de ajuste ineficaz, que acaba por ser resolvido pela deterioração do sujeito.

Por seu turno, o *modelo criminológico* pressupõe que a motivação primária é caracterial – relativo ao carácter (aspectos volitivos). Ou seja, pessoas com Perturbação da Personalidade Antissocial que enfrentem dificuldades legais tentarão obter vantagens injustificadas em circunstâncias (por exemplo, hospitalização em vez de detenção em prisão) ou ganho material (por exemplo, compensação financeira). Presume-se que as pessoas com Perturbação Antissocial são geralmente enganosas. No entanto, diversos autores referem que é um ponto de vista limitado assumir que a compreensão da motivação para fingir estar doente apenas ocorre em conjunto com a criminalidade (Ford, King, & Hollender, 1988; Rogers, 2008, citado em Mason, Cardell, & Armstrong, 2014). Rogers (2008b) também defende que a motivação para o fingimento no modelo criminológico não reflete com

precisão todos os casos de simulação. Por último, o *modelo adaptativo* prevê que a pessoa ao perceber a situação como adversa e sem alternativas acessíveis considera a simulação como a escolha mais viável. Este modelo evita as noções monistas de "louco" (patogénico) ou "mau" (criminológico) e considera a simulação em termos de uma análise custo-benefício, em que a produção ou exagero de sintomas é a melhor escolha em relação às outras alternativas. O modelo adaptativo considera a simulação como uma resposta situacional baseada numa avaliação de alternativas (Rogers & Bender, 2003).

Podem distinguir-se quatro padrões de simulação: (1) *simulação pura*, que consiste na falsificação de sintomas, ou seja, a comunicação de défices/sintomas que não existem; (2) *simulação parcial*, que consiste no exagero de sintomas existentes que são reais, mas que são declarados conscientemente como mais graves ou prolongamento da comunicação de sintomas genuínos anteriores (sendo este o padrão de simulação mais comum); (3) *manutenção ou agravamento de sintomas*, que consiste na apresentação de sintomas como persistentes ou agravados ao longo do tempo, após uma recuperação total ou uma melhoria dos referidos sintomas; (4) *incorreta atribuição de sintomas*, conhecida por falsa imputação, em que os sintomas existentes são falsamente imputados a uma causa etiológica não relacionada (Simões, 2006; Ferguson, 2004). Para evitar uma visão simplista é fundamental que se considere não só apenas a *simulação pura* como verdadeira simulação, mas também importa considerar os restantes cenários ou padrões de simulação (Iverson, 2006).

Importância da avaliação dos comportamentos de simulação

A avaliação da simulação deve ser cuidadosamente considerada dentro de domínios específicos. O viés de resposta e os comportamentos de simulação podem assim ocorrer tipicamente em três grandes domínios de funcionamento (Rogers & Bender, 2003, citado em Rogers 2008a): o cognitivo/neuropsicológico, o psicológico e o físico/somático. O exame do funcionamento cognitivo/neuropsicológico, implica o recurso a testes de validade de desempenhos (p. ex., *Test of Memory Malingering*) que permitem identificar situações de simulação total ou parcial, exagero de sintomas e/ou esforço insuficiente ou reduzido. Por sua vez, a simulação de perturbações mentais inclui condições como o exagero de sintomas psicopatológicos e é avaliada com base no recurso a testes de validade de sintomas (p. ex., SIMS, EVS-2). Por último, a simulação de problemas médicos ou físicos refere-se à combinação de vários sintomas graves, doenças crónicas e comuns (cf. Granacher & Berry, 2008).

O processo de classificação de simulação deve ser elaborado com acrescida cautela e realizado através de um processo que inclui vários

passos, usando as estratégias de detecção apropriadas (Rogers, Sewell, & Gillard, 2010). É importante, que cada domínio tenha uma detecção específica e estratégias para a sua identificação (Rogers & Granacher, 2011). Embora a simulação possa abranger vários domínios, os estudos sobre “simuladores” (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, & Leonard, 1998) sugerem que a maioria dos “simuladores” forenses (98.0%) e não-forenses (91.2%) focam-se principalmente num único domínio de simulação (Rogers & Granacher, 2011).

A manifestação diferencial de simulação através destes três domínios tem exigido o desenvolvimento de uma variedade de técnicas específicas para detetar a sua ocorrência (Wygant & Granacher, 2015), que iremos abordar mais à frente. As estratégias globais para identificar simuladores de psicopatologia geralmente incluem dois cenários de avaliação assentes na discrepância entre o autorrelato e o comportamento observável da pessoa examinada e na sua compreensão acerca da psicopatologia, uma vez que existe disponibilidade de acesso a informação sobre os quadros clínicos, através dos media (Sullivan & King, 2010).

Os indivíduos que fingem sintomas estão mais aptos a excederem-se na descrição de sintomas óbvios, ignorando os sintomas mais raros de doença mental, uma vez que existem lacunas relativamente ao seu conhecimento da doença mental (Wygant & Laureau, 2015). O diagnóstico de simulação corresponde a uma conclusão segundo a qual o indivíduo examinado comunicou, intencionalmente, queixas, sintomas, comportamentos e afirmações falsas. Como resultado desse diagnóstico, o indivíduo classificado de “simulador” pode enfrentar: consequências sociais, incluindo danos à sua reputação e danos às relações interpessoais; consequências financeiras, tais como a cessação de benefícios ou o pagamento de tratamento médico; e mesmo consequências legais (Etherton, 2014).

Estratégias de detecção de comportamentos de simulação

Uma estratégia de detecção de comportamentos de simulação corresponde a “um método estandardizado que é conceptualmente baseado e empiricamente validado para diferenciar sistematicamente estilos de resposta específicos (por exemplo, simulação ou defensividade – negação deliberada ou minimização dos sintomas psicológicos e/ou físicos) de outros estilos de resposta (por exemplo, respostas honestas)” (Rogers, 2008b, p. 16).

Estratégias descritas por Rogers (2008b) no sentido de aumentar a exatidão da classificação final, e que foram usadas no desenvolvimento da EVS-VE, até à sua atual versão, a EVS-2, incluem: (1) sintomas raros (“*rare symptoms*”) que consistem em sintomas muito raramente comunicados por pacientes genuínos. Estes sintomas são muitas vezes comunicados por simuladores, uma vez que estes desconhecem a sua infrequência; (2)

sintomas quase-raros (“*quasi-rare symptoms*”) que são sintomas raramente encontrados em amostras normativas. Os itens infrequentes podem refletir quer a presença de uma perturbação genuína, quer uma perturbação simulada; (3) sintomas improváveis (“*improbable symptoms*”) cuja estratégia é uma variante extrema da estratégia sintomas raros, que usa sintomas “fantásticos” ou atípicos, com pouca probabilidade de serem verdadeiros. Devido à sua natureza “fantástica” a maioria dos itens não podem corresponder a sintomas verdadeiros; (4) combinação de sintomas (“*symptom combination*”) refere-se aos sintomas que são comuns na população clínica, mas cuja ocorrência simultânea é rara; (5) estereótipos errôneos (“*erroneous stereotypes*”) presente numa estratégia baseada na descoberta de que muitos indivíduos têm em comum ideias/crenças erradas acerca das características clínicas normalmente associadas à doença mental (Rogers, 2008b; Rogers, 2008c).

Por sua vez, o processo de avaliação deve incluir o recurso a vários indicadores obtidos a partir de diferentes técnicas, tais como: entrevistas (autorrelatos resultantes de entrevistas ou de respostas a inventários de sintomas psicopatológicos e questionários de personalidade), instrumentos (desempenhos em testes neuropsicológicos abrangendo diferentes funções cognitivas); comportamentos observados; colaboração de vários informadores, acesso a relatórios de outros especialistas; consulta de processos (Simões, 2012).

Instrumentos/Escalas de validade de sintomas

A importância de avaliar a simulação e o exagero de sintomas no decorrer das avaliações psicológicas tem sido enfatizada por clínicos e investigadores. Atualmente é considerada uma prática consensualizada em diretrizes (*guidelines*) para todas as avaliações relacionadas ou não com um contexto onde existe a possibilidade de compensação/ganhos secundários (Bush et al., 2005; Heilbronner, Sugar, Morgan, Larrabee, & Millis, 2009; Sharland & Gfeller, 2007; Parks, Gfeller, Emmert, & Lammert, 2016). O conhecimento científico relativamente ao exame da credibilidade dos sintomas cresceu a tal ponto que a confiança no julgamento subjetivo por si só é incompatível com a evidência baseada na prática. Em particular, nas avaliações em contextos forenses, a determinação de credibilidade dos sintomas deve basear-se em informações objetivas (Dandachi-FitzGerald, Ponds & Merten, 2013).

Os resultados obtidos por avaliação devem ser analisados através de dois parâmetros: o domínio de simulação e as estratégias de deteção (Rogers & Granacher, 2011). Frequentemente é recomendado o uso de múltiplas medidas de validade, uma vez que o esforço do indivíduo pode variar no decorrer da avaliação (Berthelson, Mulchan, Odland, Miller, & Mittenberg, 2013). Segundo Slick, Tan, Strauss, e Hultsch (2004), o protocolo de

avaliação (neuro)psicológica deve incluir pelo menos duas medidas de deteção de exagero de sintomas, as mais eficientes e validadas, proporcionando um peso maior da objetividade na avaliação final em relação aos fatores subjetivos. De modo a garantir rigor metodológico, devem ser utilizados métodos padronizados de avaliação que permitam observar as diferenças entre as características clínicas ou os sintomas que quase nunca são observados em pacientes genuínos (Rogers & Granacher, 2011). A maioria das medidas de rastreio de comportamentos de simulação podem ser usadas em diferentes condições e normalmente questionam sobre a) sintomas raros, b) sintomas que raramente ocorrem em conjunto, c) sintomas fantásticos ou absurdos e d) sintomas que indivíduos não treinados podem considerar erroneamente como parte de uma doença mental (Tracy & Rix, 2017).

Nas últimas décadas, os investigadores desenvolveram instrumentos psicológicos para fornecer uma avaliação mais precisa e fiável, em termos de credibilidade dos sintomas alegados, em relação aos outros métodos de avaliação. Neste contexto, a validade dos sintomas refere-se à exatidão ou veracidade dos sintomas auto-relatados e/ou desempenho em testes (neuro)psicológicos. Os Testes de Validade de Sintomas (TVS) funcionam como indicadores de simulação que presumivelmente avaliam o esforço que um indivíduo faz durante a tarefa, o que requer atenção quando os estímulos do teste são apresentados. Além disso, o uso de medidas objetivas permite que sejam estudadas as propriedades psicométricas dos testes em termos de confiabilidade e de validade. O conhecimento científico produzido em relação à validade dos sintomas no contexto da avaliação (neuro)psicológica tem vindo a aumentar de uma forma muito rápida (Sweet & Guidotti, 2013). Os instrumentos de avaliação que pretendam examinar a validade dos sintomas permitem aos (neuro)psicólogos compreender a ocorrência de sintomas não-confiáveis em vários contextos (por exemplo, alegação de prejuízo e declarações de incapacidade em relatos de acidentes de trabalho) e o seu impacto (Boone, 2013).

Numa avaliação sistemática de comportamentos de simulação, deve ser incluída a administração de medidas breves de rastreio numa fase inicial (Vitacco, Jackson, Rogers, Neumann, Miller, & Gabel, 2008). Em Portugal, o desenvolvimento das medidas de rastreio estabelece a necessidade de propor um passo inicial na avaliação do indivíduo e, assim, posteriormente oferecer uma avaliação mais completa. Com estes contornos, são considerados representativos os inventários de autorresposta, como o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Simões et al., 2017, *in press*) e a entrevista estruturada, *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS, 172 itens, 8 escalas primárias e 5 escalas suplementares; Rogers, Bagby, & Dickens, 1992; Widows & Smith, 2005; versão portuguesa, Amaral, 2007; Simões et al., 2009).

No presente estudo, iremos dar seguimento aos estudos da validação

da EVS-2 que apresentou, em estudos anteriores (EVS-VE/EVS-V2; Nunes, 2011; Cunha, 2011; Domingues, 2012; Almeida, 2015) boas qualidades psicométricas.

II - Objetivos

A presente investigação reparte-se em dois estudos. Com base em estudos anteriores, verificou-se a necessidade de melhorar a versão experimental da EVS-VE, que evoluiu assim para uma nova versão: a EVS-2. No Estudo I, apresenta-se um estudo de validade concorrente entre as duas escalas (EVS-VE e EVS-2), em que se pretende estudar e comparar as propriedades psicométricas (em termos de fiabilidade e de validade das pontuações).

Para o efeito, são colocadas as seguintes hipóteses para o Estudo I:

H1: a EVS-2 obtém um índice de fiabilidade (consistência interna) superior ao identificado na EVS-VE;

H2: a EVS-2 (pontuação total e dimensões) apresenta indicadores de validade interna superior ao obtido pela EVS-VE;

H3: no âmbito da validade convergente, é expectável a presença de uma correlação forte e positiva entre as dimensões semelhantes (PE, P, PC) das duas escalas, EVS-2 e EVS-VE, ao contrário das dimensões SS e It. Ind. (subescalas eliminadas) da EVS-VE.

O Estudo II incidirá apenas no uso da EVS-2, objetivando-se na comparação das duas amostras recolhidas: comunidade e contexto específico médico-legal. No mesmo estudo, será analisada a influência das variáveis sociodemográficas na resposta à EVS-2. Posteriormente será estudado a validade concorrente da EVS-2, utilizando como critério de validação externo os resultados obtidos no *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) e, ainda, na análise da relação da EVS-2 com os restantes instrumentos clínicos (de avaliação da psicopatologia, características da personalidade e estilos de resposta) que integram o protocolo de avaliação, respectivamente – *Brief Symptom Inventory* (BSI), a escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R) e a Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20).

São colocadas as seguintes hipóteses, relativamente ao Estudo II:

H4: os resultados na EVS-2 não são influenciados pelas variáveis sociodemográficas (género, idade ou escolaridade);

H5: são esperadas diferenças significativas entre os resultados na EVS-2 entre as duas amostras (C e ML), com a amostra ML a apresentar resultados superiores;

H6: é expectável a observação de diferenças significativas nos resultados totais e das dimensões específicas da EVS-2 na comparação dos subgrupos – “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”;

H7: no âmbito do estudo da validade concorrente, é expectável a presença de uma correlação forte e positiva entre os resultados obtidos na EVS-2 e no SIMS, uma vez que são instrumentos que medem constructos similares;

H8: é expectável que a relação entre os comportamentos de simulação e exagero de sintomas psicopatológicos medidos pela EVS-2 e os sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI seja forte e positiva;

H9: é expectável uma relação positiva entre os resultados da EVS-2 e a Escala de Neuroticismo EPQ-R;

H10: é expectável a presença de uma correlação fraca ou nula entre a EVS-2 e a EDS-20, uma vez que estimam estilos de resposta distintos.

III - Metodologia

3.1. Participantes

No presente estudo foram consideradas duas amostras. Uma amostra da comunidade, cujos critérios de inclusão foram os seguintes: sujeitos de ambos os sexos; idade compreendida entre os 18 e os 65 anos; pelo menos com o nível básico de escolaridade; de nacionalidade portuguesa; sendo a língua materna o português; não ser portador de qualquer tipo de deficiência e não ter tido contacto com processos judiciais. E uma amostra examinada em contexto médico-legal, com os mesmos critérios de inclusão da amostra da comunidade, destacando-se apenas aqui a inclusão de sujeitos em avaliação clínica forense. Apresenta-se de seguida a caracterização das respetivas amostras.

3.1.1. Amostra da Comunidade

A amostra da comunidade é constituída por 101 sujeitos voluntários, dos quais 40 são do sexo masculino (39.60%) e 61 são do sexo feminino (60.40%). A idade varia entre os 18 e os 59 anos ($M=31.40$ anos e $DP=12.00$). No que diz respeito à escolaridade: 52 sujeitos (51.49%) concluíram o Ensino Secundário; 21 sujeitos (20.79 %) terminaram o Ensino Superior; 16 sujeitos (15.84%) concluíram o 3º Ciclo; 7 (6.93%) completaram o 2º Ciclo e apenas 5 sujeitos (4.95 %) terminaram um nível de escolaridade equivalente ao 1º Ciclo. A maior parte dos sujeitos da amostra (65.35%) tem um nível socioeconómico (NSE) médio. Os restantes casos (34.65%) correspondem a um NSE baixo.

De salientar que a maioria da amostra (86 sujeitos; 85.10%) refere não ter tido consultas prévias de Psicologia ou Psiquiatria, sendo que os restantes 15 casos (14.90%) referem já terem sido acompanhados em consultas dessas especialidades. É importante acrescentar que estas informações (sobre consultas anteriores de Psiquiatria/Psicologia) foram fornecidas pelos sujeitos aquando da entrevista inicial, não sendo possível comprová-las de outro modo.

Os sujeitos foram ainda questionados se se consideravam “saúdáveis”: 97 sujeitos (96.04%) responderam afirmativamente e os restantes 4 sujeitos (3.96%) responderam que não.

3.1.2. Amostra Médico-Legal

A amostra médico-legal foi recolhida em contexto de avaliação no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Coimbra (INMLCF). Esta encontra-se subdividida em 2 grupos – Regulação das Responsabilidades Parentais ($n=14$) e Outras Avaliações ($n=29$). O subgrupo “Outras avaliações” é formado por casos em fase de inquérito [acidentes de trabalho e viação, PTSD (Perturbação de Stress Pós-Traumático), TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico)], no âmbito penal e civil.

A presente amostra é composta por 43 sujeitos dos quais 25 (58.14%) são do sexo masculino e os restantes 18 (41.86%) são do sexo feminino. A idade varia entre os 18 e os 70 anos ($M=43.07$ anos; $DP=10.72$). No que diz respeito ao nível de escolaridade, a amostra apresenta 11 indivíduos (25.58%) que concluíram o 2º Ciclo; 10 sujeitos (23.26%) terminaram o 3º Ciclo; 10 sujeitos (23.26%) finalizaram o Secundário; 6 (13.95%) concluíram o Ensino Superior e restantes 6 sujeitos (13.95%) possuem um nível de escolaridade equivalente ao 1º Ciclo.

A maior parte dos sujeitos da amostra (74.42%) tem um nível NSE médio. Os restantes casos dividem-se pela percentagem de 23.26 %, correspondente a um NSE baixo, e a 2.33%, correspondente a um NSE alto.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

No presente estudo, foi solicitado a cada um dos participantes das duas amostras o preenchimento de um questionário sociodemográfico, com o objetivo de recolher os seguintes dados pertinentes para a investigação: idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional atual, nível socioeconómico (baixo, médio, alto), perceção de ser ou não saudável, consultas prévias de Psicologia e/ou Psiquiatria, conhecimento de algum familiar que tivesse frequentado consultas de Psicologia e/ou Psiquiatria, e por fim se toma ou não medicação.

3.2.2. Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2; Simões, Almiro, Nunes, Cunha, Almeida, Domingues, Ferreira, Dias, & Cruz, 2017, *in press*)

A Escala de Validade de Sintomas - Versão 2 (EVS-2) é uma medida breve de rastreio para examinar os comportamentos de simulação e o exagero de sintomas psicopatológicos e problemas cognitivos visando tornar

mais rigorosa a avaliação dos comportamentos de simulação, que constituem, uma ameaça à validade da avaliação (neuro)psicológica em contexto forense (Simões, Almiro, Nunes, et al., 2017, *in press*).

Este instrumento pretende, assim, responder às necessidades técnicas do exame dos comportamentos de simulação e constituir um complemento breve e útil a outros instrumentos, já com estudos na população portuguesa, como o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Simões et al., 2017, *in press*) e o *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby, & Dickens, 1992; Widows & Smith, 2005; versão portuguesa, Amaral, 2007; Simões et al., 2009) (Nunes, 2011). A presente escala foi criada com o objetivo de ser utilizada em contexto de avaliação neuropsicológica clínica e forense.

Ao longo dos estudos realizados com a EVS, apesar das potencialidades reconhecidas enquanto medida de avaliação, foram realizados aperfeiçoamentos à escala de modo a reduzir os limites encontrados, como por exemplo, a dificuldade de resposta a alguns itens. Assim, de forma a melhorar a aplicabilidade da EVS-VE foi realizada uma análise compreensiva dos itens, processo que conduziu à eliminação de 31 itens – itens que formavam a subescala Sintomas Somáticos e Itens Indiferenciados; e alguns itens das restantes subescalas (P, PE, PC) – considerados menos objetivos para o exame dos comportamentos de simulação. A proposta de uma correta definição de critérios de cotação foi outra alteração efetuada. Todos os itens eram anteriormente cotados na mesma direção, em sentido direto, o que para alguns dos itens era inapropriado. Deste modo, após seleção, os alguns dos itens passaram a ser cotados em sentido direto e outros em sentido invertido: isto é, num item cotado em sentido direto se o sujeito responder verdadeiro o item é cotado com 1 ponto; se o sujeito responder falso, o item é cotado com 0 pontos, ao invés, num item invertido se o sujeito assinalar verdadeiro, o item é cotado com 0 pontos, se o sujeito assinalar falso, o item é cotado com 1 ponto. As referidas alterações acima descritas deram origem a Escala de Sintomas - Versão Experimental 2 (EVS-V2).

Adicionalmente, a dimensão Sintomas Somáticos (SS) já foi referida por problemas de consistência interna (com valores inadmissíveis) em estudos anteriores (Nunes, 2011; Cunha, 2011; Domingues, 2012). A eliminação desta subescala – constituída por 2 itens – tornou-se necessária, formando-se, assim, a versão última e definitiva, a Escala de Validade de Sintomas - Versão 2 (EVS-2).

A EVS-2 é uma medida breve de autorrelato, com formato de resposta Verdadeiro/Falso, constituído por 48 itens, distribuídos por 3 domínios – Psicose (P), Perturbações Emocionais (PE), Problemas Cognitivos (PC). A sua administração demora aproximadamente 10 minutos e está direcionada para adultos com 18 ou mais anos de idade. No que diz respeito à cotação da escala, a pontuação total corresponde a uma estimativa

do nível geral de simulação, que pode atingir uma cotação mínima de 0 pontos até uma pontuação máxima de 48 pontos.

3.2.3. *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Simões, Almiro, Mota, Oliveira, Maior, Cunha, Domingues, Pinho, Soares, Almeida, Barreto, Dias, & Duarte, 2017, *in press*)

O SIMS possibilita a avaliação de mais do que um tipo de sintomas, o que constitui uma vantagem apreciável, uma vez que é sugerido, por vários estudos, que os simuladores frequentemente simulam mais do que um tipo de condição clínica (Anderson, Trethowan, & Kenna, 1956; Hunt & Holder, 1943; Schretlen, 1987; citado em Windows & Smith, 2005).

O SIMS é um instrumento de autorrelato com formato de resposta Verdadeiro/Falso, formado por 75 itens e 5 subescalas, cada uma constituída por 15 itens, cujo tempo de administração é de 10-15 minutos. Os domínios avaliados são: Psicose (P; *Psychosis*); Défice Neurológico (NI; *Neurologic Impairment*); Perturbações Mnésicas (AM; *Amnesic Disorders*); Capacidade Intelectual Reduzida (LI; *Low Intelligence*); Perturbações Afetivas (AF; *Affective Disorders*).

O SIMS reúne uma variedade de estratégias para detetar comportamentos de simulação, designadamente, sintomas bizarros, queixas improváveis e respostas atípicas (Smith & Burger, 1997) e dispõe em Portugal de vários estudos de validação desenvolvidos em contexto forense (cf. Simões et al., 2017, *in press*).

3.2.4. *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa, Canavarro, 2007)

Ainda num registo de autoavaliação, o BSI pretende estimar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas. Analisa as nove dimensões básicas de psicopatologia – *Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo* – e os três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP); Índice de Sintomas Positivos (ISP).

É um instrumento clínico de autorrelato constituído por 53 itens de autorresposta, com formato de resposta Escala de Likert de 5 pontos que vão desde 0 (Nunca) até 4 (Muitíssimas Vezes), e encontra-se direcionado para a população geral e clínica (idade mínima recomendada 13 anos).

Através da análise das pontuações obtidas no BSI é facultada a informação sobre o tipo e intensidade de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo (Canavarro, 2007).

3.2.5. Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20; Almiro, Almeida, Ferraz, Ferreira, Perdiz, Dias, Gonçalves, Sousa, & Simões, 2017, *in press*)

A desejabilidade social é uma tendência generalizada, em certos indivíduos, para “se apresentarem de uma maneira mais favorável em relação às normas sociais e aos costumes”. Este tipo de resposta pode ocorrer em cenários de exame com base em motivações específicas do sujeito (e.g., obtenção, aprovação, ou metas a cumprir); pela expectativa do indivíduo em relação às consequências avaliativas do seu comportamento (Edwards, 1957 citado em King & Bruner, 2000).

A presente escala é um instrumento de autorrelato, composto por 20 itens, aplicado à população em geral. Pretende avaliar a tendência de certos indivíduos, se apresentarem de uma forma socialmente aceitável (King & Bruner, 2000), envolvendo tanto a negação de características negativas como a atribuição de qualidades positivas (Carsky, Selzer, Terkelson, e Hurt, 1991 citado em Rogers, 2008a). Num formato de “Sim” ou “Não”, cada resposta é futuramente analisada e cotada com 0 ou 1 pontos obtendo-se o resultado total, pela soma de cada item. Este instrumento de avaliação contém normas provisórias por variáveis (género e idade) e dispõe em Portugal de vários estudos de validação desenvolvidos em contexto forense (cf. Almiro et al., 2017, *in press*).

3.2.6. Escala de Neuroticismo do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985; Versão portuguesa, Almiro, 2013; Almiro & Simões, 2014)

O EPQ-R, é um instrumento que pretende definir dimensões essenciais na descrição da personalidade e do temperamento. Avalia três dimensões da personalidade, nomeadamente o *Psicoticismo*, a *Extroversão* e o *Neuroticismo*. No presente estudo, foi utilizada a escala do Neuroticismo pretendo avaliar a dimensão de Neuroticismo (N) da personalidade. Constituída por 23 itens, é uma medida de autorrelato, em formato de resposta dicotómica (Sim/Não), que na forma extrema reflete a propensão dos sujeitos para o desenvolvimento de perturbações neuróticas (Almiro, 2013). Na pontuação de um típico N elevado considera-se um indivíduo ansioso e preocupado, temperamental com frequência deprimido. Tem tendência a dormir mal e a sofrer de perturbações psicossomáticas. É emotivo, reagindo excessivamente à maior parte dos estímulos e tem dificuldade em regressar a um estado calmo após uma experiência emocionalmente intensa. As suas fortes reações emocionais interferem com a possibilidade de um ajustamento eficaz, fazendo com que reaja de um modo irracional e por vezes rígido. Pelo contrário, um sujeito com um N baixo tende a responder emocionalmente com lentidão e pouca intensidade e

a regressar ao estado de partida rapidamente, após uma perturbação emocional; é normalmente calmo, equilibrado, controlado e despreocupado. Esta escala é direcionada para a população em geral e clínica, aplicável a partir dos 16 anos de idade. O tempo de administração é de aproximadamente de 5 minutos.

3.3. Procedimentos

3.3.1. Recolha de dados

Para dar início ao presente estudo, foi administrado o protocolo de avaliação (Questionário sociodemográfico, EVS-2, SIMS, BSI, EDS-20 e Escala de Neuroticismo do EPQ-R) aos participantes da amostra da comunidade que se disponibilizaram para participar no estudo. Após a solicitação do consentimento informado a cada sujeito, foram administradas as provas, de acordo com as instruções, num ambiente calmo e adequado para a aplicação do mesmo.

A recolha da amostra médico-legal, teve início após a obtenção da autorização da Direção do INMLCF de Coimbra. O consentimento informado foi igualmente recolhido junto de todos os sujeitos, para que se pudesse dar seguimento a uma avaliação neuropsicológica. Ambas as amostras preencheram os critérios de inclusão referidos em cima. O protocolo de avaliação foi aplicado individualmente pela ordem de instrumentos acima descritos, com uma duração de aproximadamente 30 minutos.

3.3.2. Análise estatística

O tratamento de dados estatísticos foi efetuado com recurso ao software IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences* versão 22; Armonk, NY: IBM Corp). Para a verificação da normalidade dos dados, utilizaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e Shapiro-Wilk (S-W), com a correção de significância Lilliefors, e com o teste de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias.

IV – Resultados

Para dar início ao Estudo I, no sentido de comparar as propriedades psicométricas da EVS-VE e da EVS-2, procedeu-se à análise da consistência interna, validade interna e validade convergente entre ambas as escalas.

Estudo I

4.1 Análise Descritiva da EVS-VE

Na Tabela 1, podem-se observar para ambas as amostras da Comunidade (C) e amostra Médico-Legal (ML) as pontuações médias obtidas na EVS-VE, os valores mínimos e máximos e os respetivos M e DP . A amostra C apresenta uma média de 16.94 pontos ($DP= 7.48$) na EVS-VE Total. Por outro lado, na amostra ML observa-se uma média dos resultados de 26.21 pontos ($DP=15.40$). A dimensão que apresenta pontuação média mais baixa na amostra C é a dimensão SS com uma média de 2.68 ($DP=1.19$), enquanto que na amostra ML é a dimensão Itens Indiferenciados com uma média de 2.65 ($DP=1.53$). A dimensão PE é a que apresenta pontuação média mais elevada, em ambas as amostras, com uma média de 4.50 ($DP = 2.99$) para a amostra C e média de 8.49 ($DP = 6.24$) para a amostra ML.

Tabela 1. Análise descritiva da EVS-VE (amostra da comunidade e médico-legal)

		Nº itens	N	M	DP	Mín.	Máx.
C	EVS-VE T	81	101	16.94	7.48	0	48
	P	22		3.70	2.12	0	15
	PE	25		4.50	2.99	0	14
	PC	18		3.30	1.60	0	9
	SS	9		2.68	1.19	0	6
	It. Ind.	7		2.75	1.48	0	6
ML	EVS-VE T	81	43	26.21	15.40	10	61
	P	22		6.28	5.06	1	18
	PE	25		8.49	6.24	2	23
	PC	18		5.16	2.99	1	14
	SS	9		3.63	1.65	0	7
	It. Ind.	7		2.65	1.53	0	5

C (Comunidade); ML (Médico-Legal); EVS-VE T (EVS-VE Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos); SS (Sintomas Somáticos); It. Ind. (Itens Indiferenciados)

4.2 Análise Descritiva da EVS-2

Na Tabela 2, podem-se observar para ambas as amostras as pontuações médias obtidas na EVS-2, os valores mínimos e máximos e junto da média os respetivos desvios-padrão.

Na amostra C, a média das pontuações da EVS-2 Total é 7.51 ($DP= 3.81$). Por outro lado, na amostra ML a média dos resultados é 14.02 ($DP=9.72$). Relativamente à dimensão que apresenta pontuação média mais baixa, na amostra C, é a dimensão PE com uma média de 2.25 ($DP=1.42$), enquanto que para a amostra ML, é a dimensão PC com uma média de 3.53 ($DP=2.18$).

Em ambas as amostras, a dimensão P é a que apresenta pontuação média mais elevada, com uma média de 2.81 ($DP = 1.94$) para a amostra C e uma média de 5.37 ($DP = 4.79$) para a amostra ML.

Tabela 2. Análise descritiva da EVS-2 (amostra da comunidade e médico-legal)

	Nº itens	N	M	DP	Mín.	Máx.
--	----------	---	---	----	------	------

C	EVS-2 T	48	101	7.51	3.81	0	26
	PE	14		2.25	1.42	0	7
	P	20		2.81	1.94	0	13
	PC	14		2.32	0.979	0	6
ML	EVS-2 T	48	43	14.02	9.72	5	36
	PE	14		4.88	3.39	2	13
	P	20		5.37	4.79	1	17
	PC	14		3.53	2.18	1	10

C (comunidade); ML (Médico-Legal); EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos)

4.3 Consistência Interna

Relativamente ao estudo da precisão, foi calculada a consistência interna da versão inicial da EVS (EVS-VE), através do Alfa de Cronbach, para a pontuação total e as respetivas dimensões – PE, P, PC, It. Ind e SS. De acordo com o critério DeVellis¹ (1991), o coeficiente alfa para o EVS-VE Total (.813) na amostra C é muito bom e as subescalas da EVS-VE obtiveram valores respeitáveis (coeficientes entre .700 e .790).

Relativamente, à amostra ML, o coeficiente alfa para o EVS-VE total é muito bom (.836), assim como para a dimensão It. Ind. (.814). Os valores encontrados são respeitáveis para as dimensões P, PC e SS (.722, .772, .799, respetivamente) e minimamente aceitável para a dimensão PE (.691). Em suma, a EVS-VE apresenta uma boa consistência interna, com coeficientes alfa adequados, como consta na Tabela 3.

Tabela 3. Análise da consistência interna da EVS-VE (amostra da comunidade e médico-legal)

	Nº de itens	α de Cronbach Comunidade	α de Cronbach Médico-legal
EVS-VE T	81	.813	.836
P	22	.741	.722
PE	25	.700	.691
PC	18	.773	.772
SS	9	.785	.799
It. Ind.	7	.790	.814

EVS-VE T (EVS-VE Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais);

PC (Problemas Cognitivos); SS (Sintomas Somáticos); It. Ind. (Itens Indiferenciados)

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

De seguida foi calculada a consistência interna da EVS-2, através do Alfa de Cronbach, para a pontuação total e respetivas dimensões – PE, P, PC – como consta na Tabela 4. De acordo com o critério DeVellis (1991), o coeficiente alfa para o EVS-2 Total (.740) na amostra C é respeitável, tal como nas dimensões PE e P (.780, .709, respetivamente), já a dimensão PC apresenta um valor muito bom (.835). Relativamente, à amostra ML, o coeficiente alfa para o EVS-2 Total é muito bom (.848). Os valores encontrados são respeitáveis para as dimensões PE e P e muito bom para a dimensão PC (todos os índices são superiores a .70).

Tabela 4. Análise da consistência interna da EVS-2 (amostra da comunidade e médico-legal)

	Nº de itens	α de Cronbach Comunidade	α de Cronbach Médico-legal
EVS-2 T	48	.740	.848
PE	14	.780	.793
P	20	.709	.733
PC	14	.835	.867

EVS-2 T (EVS-2 Total); PE (Perturbações Emocionais); P (Psicose); PC (Problemas Cognitivos)

Em suma, a EVS-2 apresenta uma boa consistência interna, com os coeficientes alfa adequados, cumprindo o critério DeVellis, (1991).

4.4 Validade interna

As correlações foram calculadas através do coeficiente r de *Pearson*, uma vez que foram validados os pressupostos relativamente à normalidade das variáveis e homogeneidade das variâncias, e encontram-se expostas nas Tabelas 5, 6, 7 e 8. Na amostra C, as correlações entre o total e as dimensões da EVS-VE são muito elevadas e positivas, como se pode observar na Tabela 5. Considerando o critério de Mâroco² (2011), as intensidades das correlações apresentam-se muito fortes para as dimensões P ($r=.849$) e PE ($r=.911$) e fortes para as restantes subescalas PC ($r=.740$), SS ($r=.740$) e Itens Indiferenciados ($r=.610$). Na generalidade, as dimensões da EVS-VE correlacionam-se de modo positivo ($p < .01$), apresentado associações fortes (com coeficientes de .519 e .721) e moderadas (com coeficientes de .345 e .485), como se pode constatar na Tabela 5.

²De acordo com a classificação de Mâroco (2011) as correlações consideram-se fracas quando o valor absoluto de r é inferior a 0.25; moderadas quando os valores de r são entre 0.25 e 0.50; fortes quando os valores são entre 0.50 e 0.75; muito fortes quando os valores são superiores a 0.75.

Tabela 5. Inter-correlações entre as pontuações total e subescalas do EVS-VE (amostra comunidade)

	EVS-VE T	EVS-P	EVS-PE	EVS-PC	EVS-SS	EVS-lt. Ind.
EVS-VE T	1	.849**	.911**	.740**	.740**	.610**
EVS-P	-	-	.721**	.519**	.547**	.409**
EVS-PE	-	-	-	.589**	.632**	.416**
EVS-PC	-	-	-	-	.485**	.345**
EVS-SS	-	-	-	-	-	.361**
EVS-lt. Ind.	-	-	-	-	-	1

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

EVS-VE T (EVS-VE Total); EVS-P (Psicose); EVS-PE (Perturbações Emocionais); EVS-PC (Problemas Cognitivos); EVS-SS (Sintomas Somáticos); EVS- lt. Ind. (Itens Indiferenciados)

Relativamente à amostra médico-legal, as correlações entre o total e as dimensões da EVS-VE (Tabela 6) são elevadas e positivas. Observa-se que o resultado total da EVS-VE está positivamente correlacionado com todas as dimensões ($p < .01$). A intensidade das correlações é muito forte para todas as dimensões P ($r = .924$), PE ($r = .958$), PC ($r = .846$), SS ($r = .832$) e forte para a dimensão Itens Indiferenciados ($r = .556$). No que diz respeito às correlações entre as dimensões da EVS-VE, todas as correlações são significativas ao nível $p < .01$, com associações de intensidade muito forte (com coeficientes de .753 e .833), e associações moderadas (com coeficientes de .392 e .469).

Tabela 6. Inter-correlações entre as pontuações total e subescalas do EVS-VE (amostra médico-legal)

	EVS-VE T	EVS-P	EVS-PE	EVS-PC	EVS-SS	EVS-lt. Ind.
EVS-VE T	1	.924**	.958**	.846**	.832**	.556**
EVS-P	-	-	.833**	.716**	.718**	.423**
EVS-PE	-	-	-	.753**	.810**	.469**
EVS-PC	-	-	-	-	.626**	.446**
EVS-SS	-	-	-	-	-	.392**
EVS-lt. Ind.	-	-	-	-	-	1

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

EVS-VE T (EVS-VE Total); EVS-P (Psicose); EVS-PE (Perturbações Emocionais); EVS-PC (Problemas Cognitivos); EVS-SS (Sintomas Somáticos); EVS-lt. Ind. (Itens Indiferenciados)

Para a EVS-2, na amostra da Comunidade, as correlações entre o total e as dimensões da EVS-2 são muito elevadas e positivas, como se pode observar na Tabela 7. As intensidades das correlações apresentam-se muito fortes para as dimensões PE ($r = .823$) e P ($r = .901$) e forte para a subescala PC ($r = .733$). Na generalidade, as dimensões da EVS-2 correlacionam-se de modo positivo ($p < .01$), com correlações fortes (com coeficientes de .587 e .531) e uma correlação moderada (.469).

Tabela 7. Inter-correlações entre as pontuações total e subescalas do EVS-2 (amostra comunidade)

	EVS-2 T	PE	P	PC
EVS-2 T	1	.823**	.901**	.733**
PE	-	-	.587**	.469**
P	-	-	-	.531**
PC	-	-	-	1

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos)

Relativamente à amostra médico-legal, as correlações entre o total e as dimensões da EVS-2, que se encontram expostas na Tabela 8, são extremamente elevadas e positivas. Analisando os resultados e com base no critério de Marôco (2011), verifica-se que o resultado total da EVS-2 está positivamente correlacionado com todas as dimensões ($p < .01$). A intensidade das correlações é muito forte para todas as dimensões PE ($r = .932$; $p < .01$), P ($r = .951$; $p < .01$), PC ($r = .813$; $p < .01$), o que constitui uma evidência da validade interna da EVS-2 (validade de constructo). No que diz respeito às correlações entre as dimensões da EVS-2, todas as correlações são significativas ao nível $p < .01$, com intensidade de correlação muito forte entre PE e P (.824) e correlações fortes entre PE e PC, assim como entre P e PC, com coeficientes de .680 em ambas as subescalas.

Tabela 8. Inter-correlações entre as pontuações total e subescalas do EVS-2 (amostra médico-legal)

	EVS-2 T	PE	P	PC
EVS-2 T	1	.932**	.951**	.813**
PE	-	-	.824**	.680**
P	-	-	-	.680**
PC	-	-	-	1

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos)

4.5 Estudo de Validade Convergente: correlação entre a EVS-VE e a EVS-2

No estudo de validade convergente procedeu-se à análise de correlação entre a EVS-VE (versão experimental) e a EVS-2 (versão definitiva), na amostra da comunidade e em contexto médico-legal. Na Tabela 9 apresentamos os coeficientes de correlação de r de *Pearson* e os respetivos níveis de significância.

Tabela 9. Correlação entre os resultados da EVS-VE e a EVS-2 (amostra da comunidade)

	EVS-VE T	EVS-VE P	EVS-VE PE	EVS-VE PC	EVS-VE SS	EVS-VE It. Ind.
EVS-2 T	.928**	.899**	.874**	.655**	.605**	.452**
EVS-2 PE	.738**	.593**	.816**	.413**	.548**	.349**
EVS-2 P	.840**	.980**	.730**	.502**	.540**	.398**
EVS-2 PC	.703**	.560**	.584**	.834**	.390**	.358**

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); EVS-2 P (Psicose); EVS-2 PE (Perturbações Emocionais); EVS-2 PC (Problemas Cognitivos); EVS-VE T (EVS-VE total); EVS-VE P (Psicose); EVS-VE PE (Perturbações Emocionais); EVS-VE PC (Problemas Cognitivos); EVS-VE SS (Sintomas Somáticos); EVS-VE It. Ind. (Itens Indiferenciados)

Deste modo, analisando a Tabela 9, verifica-se que na amostra C, todas as subescalas da EVS-VE assim como o seu resultado total, se encontram positivamente correlacionados com o resultado da EVS-2 Total ($p < .01$). Considerando o critério de Mâroco (2011) as intensidades de correlação são muito fortes para o resultado total (EVS-VE T; $r = .928$), para a subescalas Psicose (EVS-VE P; $r = .899$) e a Perturbações Emocionais (EVS-VE PE; $r = .874$), intensidades fortes para as dimensões Problemas Cognitivos (EVS-VE PC; $r = .655$), Sintomas Somáticos (EVS-VE SS; $r = .605$) e intensidade “moderada” para a subescala Itens Indiferenciados da (EVS-VE IT-II $r = .452$). Já o resultado da EVS-VE Total encontra-se positivamente correlacionado ($p < .01$) com as dimensões da EVS-2, observando-se uma correlação muito forte com a dimensão Psicose (EVS-2 P; $r = .840$), fortes com as subescalas Perturbações Emocionais (EVS-2 PE; $r = .738$) e Problemas Cognitivos (EVS-2 PC; $r = .703$).

Relativamente às correlações entre as dimensões da EVS-VE e da EVS-2, a dimensão Perturbações Emocionais da EVS-2 encontra-se positivamente correlacionada ($p < .01$) com todas as subescalas da EVS-VE, com uma intensidade de correlação muito forte para a subescala EVS-VE PE, uma intensidade forte com as dimensões Psicose e Sintomas Somáticos e uma intensidade moderada para as restantes dimensões (EVS-VE PC e EVS-VE It. Ind.). Quanto à dimensão Psicose da EVS-2, apresenta correlações positivas ($p < .01$) e de intensidade muito forte com a subescala EVS-VE P, intensidade forte com as dimensões EVS-VE PE, EVS-VE PC e EVS-VE SS e intensidade moderada para os Itens Indiferenciados da EVS-VE. A dimensão Problemas Cognitivos está positivamente correlacionada ($p < .01$) com todas as dimensões da EVS-VE, obtendo uma correlação muito forte com a subescala Problemas Cognitivos da EVS-VE, como esperado. Já as dimensões Psicose e Perturbações Emocionais da EVS-VE apresentam correlações fortes e moderadas com as dimensões Sintomas Somáticos e Itens Indiferenciados da EVS-VE.

Tabela 10. Correlação entre os resultados da EVS-VE e a EVS-2 (amostra médico-legal)

	EVS-VE T	EVS-VE P	EVS-VE PE	EVS-VE PC	EVS-VE SS	EVS-VE It. Ind.
EVS-2 T	.982**	.960**	.928**	.833**	.783**	.457**
EVS-2 PE	.935**	.841**	.969**	.728**	.777**	.425**
EVS-2 P	.912**	.995**	.820**	.705**	.703**	.419**
EVS-2 PC	.805**	.696**	.701**	.956**	.628**	.402**

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); EVS-2 PE (Perturbações Emocionais); EVS-2 PC (Problemas Cognitivos); EVS-VE T (EVS-VE total); EVS-VE P (Psicose); EVS-VE PE (Perturbações Emocionais); EVS-VE PC (Problemas Cognitivos); EVS-VE SS (Sintomas Somáticos); EVS-VE It. Ind. (Itens Indiferenciados)

Analisando a Tabela 10 observa-se que, na amostra ML, todas as escalas da EVS-VE assim como o seu resultado total, estão positivamente correlacionados com o resultado total da EVS-2 ($p < .01$), com intensidades de correlações muito fortes para o resultado total (EVS-VE T; $r = .982$), e para as restantes subescalas Psicose (EVS-VE P; $r = .960$), Perturbações Emocionais (EVS-VE PE; $r = .928$), Problemas Cognitivos (EVS-VE PC; $r = .833$), e Sintomas Somáticos (EVS-VE SS; $r = .783$), à exceção dos Itens Indiferenciados que tem intensidade moderada (EVS-VE It. Ind.; $r = .457$). O resultado total da EVS-VE encontra-se positivamente correlacionado ($p < .01$) com as dimensões da EVS-2, observando-se correlações muito forte com todas as dimensões: Perturbações Emocionais (EVS-2 PE; $r = .935$), Psicose (EVS-2 P; $r = .912$), e Problemas Cognitivos (EVS-2 PC; $r = .805$).

Em relação as correlações entre as dimensões da EVS-VE e da EVS-2, a dimensão Perturbações Emocionais da EVS-2 encontra-se positivamente correlacionada ($p < .01$) com todas as subescalas da EVS-VE. Apresenta uma intensidade de correlação muito forte com a EVS-VE PE, EVS-VE P e EVS-VE SS uma intensidade forte com a dimensão EVS-PC e uma intensidade moderada para os Itens Indiferenciados da EVS-VE. Quanto à dimensão Psicose da EVS-2, apresenta correlações positivas ($p < .01$) e de intensidade muito forte com a subescala EVS-VE P e EVS-VE PE, intensidade forte com as dimensões EVS-VE PC e EVS-VE SS e magnitude moderada para os Itens Indiferenciados da EVS-VE. A dimensão Problemas Cognitivos está positivamente correlacionada ($p < .01$) com todas as dimensões da EVS-VE, obtendo uma correlação muito forte com a subescala Problemas Cognitivos da EVS-VE, correlações fortes com a EVS-VE P, EVS-VE PE e EVS-VE SS e por fim uma correlação moderada com a dimensão Itens Indiferenciados EVS-VE.

Estudo II

Com base nos resultados apresentados anteriormente (estudo de consistência interna, validade interna e validade convergente), podemos

concluir que a EVS-2 apresenta boas qualidades psicométricas e uma melhor precisão, validade interna e convergente, relativamente à sua versão experimental (EVS-VE). Neste sentido, prosseguiremos ao Estudo II apenas com a EVS-2. Primeiramente será efetuada a análise da influência das variáveis sociodemográficas. Seguidamente, o estudo da diferença entre as duas amostras – Comunidade e Médico-Legal – assim como a análise descritiva dos subgrupos pertencentes a amostra médico-legal: Outras Avaliações e Responsabilidades Parentais.

Procedeu-se ainda ao estudo de validade concorrente da EVS-2 utilizando como critério de validação externo os resultados obtidos nos seguintes instrumentos: *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI); a escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de Eysenck-Forma Revista (EPQ-R); e a Escala de Desejabilidade Social – 20 itens (EDS-20).

4.6 Estudo da influência das variáveis sociodemográficas da EVS-2 – género, idade e habilitações

De modo a analisar a influência das variáveis sociodemográficas – género, idade e habilitações literárias – nos resultados da EVS-2, recorreu-se à análise estatística da One Way ANOVA. Ao nível do género, os resultados da amostra C não foram influenciados por esta variável, exceto para a dimensão P da EVS-2, com as mulheres a registarem valores superiores [$F(1)=5.806$; $p=.018$]. Enquanto na amostra médico-legal os resultados não apresentaram qualquer influência da variável género. Em ambas as amostras, ao nível da idade e das habilitações não foram encontradas influências destas variáveis nos resultados.

4.7 Diferenças nos resultados da EVS-2 entre a amostra da comunidade e amostra médico-legal

Através da aplicação do teste t , verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p < .001$) entre as pontuações médias da amostra C e da amostra ML. Com efeito, a amostra ML obteve pontuações médias superiores à amostra C na EVS-2 total, com médias de 14.02 ($DP=9.72$) e 7.51 ($DP=3.81$), respetivamente [$t(47.589) = -4.254$; $p < .000$; $d=0.88$], como mostra a grande diferença o d de Cohen³. Resultados similares foram encontrados para cada uma das dimensões. A subescala que apresenta uma diferença maior é a dimensão PE [$t(48.372) = -4.921$; $p < .000$; $d = 1.01$], seguida das dimensões PC [$t(49.405) = -3.523$; $p < .001$; $d = 0.72$] e P [$t(47.987) = -3.388$; $p < .001$; $d = 0.70$]. O efeito de magnitude, que se traduz

³Ao longo do presente estudo, a classificação de Cohen (1988) será utilizada para interpretar os efeitos de magnitude. Segundo Mâroco, os valores de Cohen consideram-se pequenos quando ≤ 0.2 , médios quando]0.2;0.5], elevados]0.5;1.0], e muito elevado > 1 .

pelo d de Cohen, é muito grande para a dimensão PE e grande para as dimensões P e PC.

Tabela 11. Valores do teste t student obtidos para as diferenças nos resultados da EVS-2 (amostra comunidade e médico-legal)

	t	df	$sig.$	Diferença de medidas	Erro padrão de medida	Intervalo de confiança de 95%	
						Inferior	Superior
EVS-2 T	-4.254	47.589	.000	-6.508	1.530	-9.585	-3.432
PE	-4.921	48.372	.000	-2.636	0.536	-3.713	-1.559
P	-3.388	47.987	.001	-2.560	0.756	-4.080	-1.041
PC	-3.523	49.405	.001	-1.218	0.346	-1.913	-0.523

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos)

4.8 Análise descritiva da EVS-2 nos dois subgrupos da amostra médico-legal: “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”

Na Tabela 12, estão expostas as pontuações médias obtidas na EVS-2 e os respetivos desvios-padrão para os dois subgrupos considerados: “Outras Avaliações” (OA) e “Responsabilidades Parentais” (RP). No subgrupo OA, a média dos resultados (pontuação total) é 16.79 ($DP=10.27$). Nas RP a média dos resultados é 8.29 ($DP=5.06$). Nos dois subgrupos, a dimensão P é a dimensão que apresenta pontuação média mais elevada, com uma média de 6.48 ($DP=5.19$) para o subgrupo OA e uma média de 3.07 ($DP=2.76$) para o subgrupo RP. Relativamente à dimensão que apresenta pontuação média mais baixa nos dois subgrupos é a dimensão PC com uma média de 4.07 ($DP=2.34$), para o subgrupo OA e uma média de 2.43 ($DP=1.22$) para o subgrupo RP.

Tabela 12. Análise descritiva da EVS-2 nos subgrupos “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”

		N	Nº de itens	M	DP	Mín.	Máx.
Outras Avaliações	EVS-2 T	29	48	16.79	10.27	5	36
	PE		14	5.90	3.60	2	13
	P		20	6.48	5.19	1	17
	PC		14	4.07	2.34	1	10
Responsabilidades Parentais	EVS-2 T	14	48	8.29	5.06	5	25
	PE		14	2.79	1.48	2	7
	P		20	3.07	2.76	1	12
	PC		14	2.43	1.22	1	6

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos)

4.9 Análise das diferenças dos resultados na EVS-2 nos subgrupos em contexto médico-legal

Neste estudo foi aplicado o teste U de Mann-Whitney (alternativa não paramétrica ao teste *t*, uma vez que os subgrupos têm um número de participantes inferior a 30 e não obedecem ao critério da normalidade) para averiguar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os dois subgrupos: “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”.

Tabela 13. Análise descritiva da EVS-2 nos subgrupos “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais”

EDS-2	Subgrupo OA		Subgrupo RP		U	Z	p
	M	DP	M	DP			
EVS-2 T	16.79	10.27	8.29	5.06	98.500	-2.719	.007
EVS-2 PE	5.90	3.60	2.79	1.48	101.00	-2.751	.006
EVS-2 P	6.48	5.19	3.07	2.76	124.000	-2.069	.039
EVS-2 PC	4.07	2.34	2.43	1.22	112.000	-2.494	.013

AO (Outras Avaliações); RP (Responsabilidades Parentais); EVS-2 T (EVS-2 Total); EVS-2 P (Psicose); EVS-2 PE (Perturbações Emocionais); EVS-2 PC (Problemas Cognitivos)

Os resultados apontam para a existência de diferenças significativas nas pontuações médias da EVS-2 nos dois subgrupos, como se pode observar na Tabela 13. Quanto ao resultado total da EVS-2, verifica-se que os subgrupos diferem significativamente ($U=98.500$; $Z=-2.719$; $p<.01$). Relativamente às dimensões, todas apresentam resultados superiores nas OA (com diferenças significativas): PE ($U=101.00$; $Z=-2.751$; $p<.01$), P ($U=124.00$; $Z=-2.069$; $p<.05$), PC ($U=112.00$; $Z=-2.494$; $p<.05$).

4.10 Relações entre as pontuações da EVS-2 e do SIMS

No seguimento da análise das correlações da EVS-2 com os instrumentos que constituem o protocolo (estudo de validade concorrente), consideram-se as duas amostras: comunidade e médico-legal.

A partir da observação da Tabela 14, verifica-se que as dimensões da EVS-2 se correlacionam de forma significativa com o SIMS ($p<.01$), à exceção da dimensão LI, na amostra C. A intensidade de correlação mais elevada é apresentada pela associação positiva forte ($r=.673$; $p<.01$) entre as pontuações totais – EVS-2 T e SIMS T – dos dois instrumentos de rastreio de simulação. Entre o resultado total da EVS-2 e as dimensões do SIMS, nomeadamente, NI ($r=.508$), AF ($r=.529$), P ($r=.637$), e AM ($r=.672$) apresentam correlações fortes. Quanto ao resultado total do SIMS, apresenta correlações fortes com todas as escalas da EVS-2 PE ($r=.501$); EVS-2 P ($r=.586$); EVS-2 PC ($r=.529$). Relativamente à relação entre as dimensões do EVS-2 e do SIMS, todas se correlacionam positivamente: coeficientes de correlação fortes a oscilarem entre .501 e .672 e coeficientes de correlação

moderados a oscilarem entre .392 e .493. Na dimensão LI as correlações não foram significativas.

Tabela 14. Correlação entre os resultados da EVS-2 e o SIMS (amostra da comunidade)

	SIMS T	NI	AF	P	LI	AM
EVS-2 T	.673**	.508**	.529**	.637**	.045	.672**
EVS-2 PE	.501**	.365**	.406**	.493**	.075	.443**
EVS-2 P	.586**	.438**	.455**	.576**	-.001	.624**
EVS-2 PC	.529**	.392**	.417**	.441**	.021	.591**

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); EVS-2 P (Psicose); EVS-2 PE (Perturbações Emocionais); EVS-2 PC (Problemas Cognitivos); SIMS T (SIMS total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas)

Na Tabela 15, referente aos dados da amostra ML, verifica-se que todas as dimensões e o total da EVS-2 se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa com o SIMS (total e dimensões) ($p < .01$). A intensidade de correlação mais elevada encontra-se entre os resultados totais dos dois instrumentos, que apresentam uma intensidade de correlação muito forte ($r = .915$; $p < .01$). O resultado total da EVS-2 apresenta correlações muito fortes com as subescalas NI ($r = .914$), AF ($r = .792$) e AM ($r = .833$) e correlações fortes com as dimensões P ($r = .700$) e LI ($r = .670$) do SIMS. Em relação ao resultado total do SIMS e às dimensões da EVS-2, são observadas correlações muito fortes em todas as subescalas, EVS-2 PE ($r = .856$), EVS-2 P ($r = .870$) e EVS-2 PC ($r = .750$). Quanto à associação entre as dimensões das duas provas, de modo geral, todas se correlacionam positivamente, dado que os coeficientes de correlação apresentados são muito fortes oscilando entre .914 e .750 e coeficientes de correlação fortes variam entre .742 e .522.

Tabela 15. Correlação entre os resultados da EVS-2 e o SIMS (amostra médico-legal)

	SIMS T	NI	AF	P	LI	AM
EVS-2 T	.915**	.914**	.792**	.700**	.670**	.833**
EVS-2 PE	.850**	.853**	.809**	.618**	.553**	.775**
EVS-2 P	.870**	.866**	.660**	.742**	.738**	.759**
EVS-2 PC	.750**	.742**	.714**	.522**	.469**	.719**

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); EVS-2 P (Psicose); EVS-2 PE (Perturbações Emocionais); EVS-2 PC (Problemas Cognitivos); SIMS T (SIMS total); NI (Escala de Déficit Neurológico); AF (Perturbações Afetivas); P (Psicose); LI (Capacidade Intelectual Reduzida); AM (Perturbações Mnésicas)

4.11 Relações entre as pontuações da EVS-2 e do BSI

Em primeiro lugar, realizou-se uma análise das pontuações obtidas no BSI. No estudo de validação da Canavarro (2007), os valores na amostra da comunidade (valores de referência) foram os seguintes: o IGS uma média de 0.835 ($DP = 0.480$); o TSP uma média de 26.993 ($DP = 11.724$); e o ISP

uma média de 1.561 ($DP=0.385$). No presente estudo, os resultados observados na amostra da comunidade foram os seguintes: (IGS: $M=0.560$; $DP=0.427$; TSP: $M=20.911$; $DP=13.479$; ISP: $M=1.341$; $DP=0.285$). Deste modo, sugere-se a ausência de psicopatologia, situando-se os valores médios abaixo dos identificados no grupo normativo.

Para se distinguir indivíduos que apresentem ou não perturbações emocionais, Canavarro (2007), aponta o ponto de corte do ISP (1.70). Nesta amostra, a amplitude do ISP varia entre 1.056 e 1.626. Tais valores são inferiores ao ponto de corte de 1.70, o que indica que em termos médios os sujeitos desta amostra provavelmente não sofrem de perturbações emocionais e que os sintomas por eles experienciados não são clinicamente relevantes.

Na Tabela 16, podemos observar as correlações entre a EVS-2 e o BSI (dimensões e os três índices globais) da amostra C com coeficientes significativos ($p<.01$). As correlações entre o total da EVS-2 e os três índices do BSI são positivas e significativas: TSP (.437) (moderada); ISP (.569) e IGS (.555) (fortes). O resultado total da EVS-2 apresenta correlações com o BSI de forte intensidade nas dimensões *Somatização* (.527), *Obsessões-Compulsões* (.509) e *Depressão* (.502) e de intensidade moderada com as dimensões *Psicoticismo* (.466), *Ansiedade Fóbica* (.466), *Ansiedade* (.460), *Ideação Paranoide* (.431), *Hostilidade* (.405), *Sensibilidade Interpessoal* (.391).

Entre as dimensões da EVS-2 e do BSI são observadas correlações estatisticamente significativas ($p<.01$) com coeficientes fortes a oscilarem entre .516 e .509, e coeficientes de correlação moderados a oscilarem entre .497 e .227.

Tabela 16. Correlação entre os resultados na EVS-2 e o BSI (amostra da comunidade)

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	Pt	TSP	ISP	IGS
T	.527**	.509**	.391**	.502**	.460**	.405**	.466**	.431**	.466**	.437**	.569**	.555**
PE	.333**	.315**	.236*	.369**	.233*	.227*	.295**	.256**	.284**	.253*	.429**	.347**
P	.516**	.466**	.446**	.497**	.493**	.419**	.476**	.465**	.473**	.481**	.525**	.562**
PC	.404**	.490**	.247**	.335**	.352**	.312**	.353**	.274**	.370**	.305**	.381**	.417**

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

T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranoide); e Pt (Psicoticismo); Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP); Índice de Sintomas Positivos (ISP)

Na amostra ML, os resultados do BSI apresentaram o valor médio do IGS ($M=1.05$; $DP=0.876$) que apesar de serem pontuações acima da média esperada para o grupo normativo, encontra-se ainda dentro do padrão normativo (o valor não excede 1 DP); o mesmo se verifica em relação ao TSP, cujo valor médio é 27.01 ($DP = 16.185$). Por sua vez, o ISP obtido na presente amostra é de 1.80, ou seja, é superior ao ponto de corte considerado

(1.70), o que indica a presença provável de perturbações emocionais com elevada intensidade.

Na Tabela 17, podemos observar as correlações entre a EVS-2 e o BSI (dimensões e os três índices globais) da amostra ML com coeficientes significativos ($p < .01$). As correlações entre a EVS-2 total e os três índices do BSI são positivas e significativas com intensidade muito forte para o IGS (.802) e intensidade forte para o TSP (.730) e para o ISP (.718). Relativamente às correlações entre o resultado total da EVS-2 e o BSI, apresentam-se correlações de intensidade muito forte nas dimensões *Somatização* (.821), *Ansiedade* (.804) e *Depressão* (.761) de magnitude forte com as dimensões *Obsessões-Compulsões* (.748), *Sensibilidade Interpessoal* (.748), *Psicoticismo* (.711), *Hostilidade* (.683) e *Ansiedade Fóbica* (.667) e correlações moderadas com a *Ideação Paranoide* (.422). Entre as subescalas da EVS-2 e do BSI são observadas correlações estatisticamente significativas ($p < .01$) com coeficientes muito elevados a oscilarem entre .763 e .827, coeficientes fortes a oscilarem entre .748 e .547 e coeficientes moderados a oscilarem entre .468 e .315.

Tabela 17. Correlação entre os resultados da EVS-2 e o BSI (amostra da médico-legal)

	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	Pt	TSP	ISP	IGS
T	.821**	.748**	.714**	.761**	.804**	.683**	.667**	.422**	.711**	.730**	.718**	.802**
PE	.794**	.777**	.763**	.827**	.813**	.710**	.648**	.450**	.767**	.738**	.757**	.830**
P	.765**	.654**	.612**	.655**	.764**	.627**	.646**	.357*	.633**	.666**	.608**	.722**
PC	.632**	.560**	.564**	.552**	.547**	.468**	.449**	.315*	.493**	.562**	.562**	.587**

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

T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos); S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranoide); e Pt (Psicoticismo); Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP); Índice de Sintomas Positivos (ISP)

4.12 Relações entre as pontuações da EVS-2 e da Escala N do EPQ-R

Na Tabela 18 podemos observar as correlações positivas e significativas ($p < .01$), entre o EVS-2 e a Escala N do EPQ-R, na maioria dos resultados. Os valores de correlação são ligeiramente mais baixos na amostra C. A EVS-2 Total e a subescala PE, na amostra da C, apresentam correlações de intensidade moderada ($r = .487$; $r = .406$, respetivamente) com a escala N do EPQ-R. A dimensão P apresenta uma correlação forte ($r = .506$), no entanto, a subescala PC não é significativa.

Na amostra ML a magnitude da correlação para a EVS-2 total ($r = .706$) é forte, tal como a subescala PC ($r = .599$). A dimensão PE apresenta uma intensidade de correlação muito forte ($r = .856$), por outro lado, o valor de correlação da subescala P não é significativo.

Tabela 18. Correlações entre os resultados na EVS-2 e da Escala N do EPQ-R

	N_EPQ-R T	N_EPQ-R T
	(amostra da Comunidade)	(amostra Médico-legal)
EVS-2 T	.487**	.706**
PE	.406**	.856**
P	.506**	.448
PC	.092	.519*

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

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos); N_EPQ-R T (total da Escala de Neuroticismo do EPQ-R)

Na Tabela 19, verifica-se que os valores de correlação entre as escalas BSI e a Escala N do EPQ-R, são mais elevados na amostra ML do que na amostra C.

Podemos observar que a intensidade das correlações entre o BSI e a Escala N, na amostra da C, na maioria são fortes com valores que oscilam entre .643 e .540 e correlações moderadas que oscilam entre .479 e .413. Na amostra ML, os valores de correlações observados apresentam uma intensidade muito forte que variam entre .771 e .948, correlações fortes que apresentam coeficientes entre .527 e .741.

Tabela 19. Correlações entre os resultados da BSI e da Escala N do EPQ-R

BSI	N_EPQ-R T	N_EPQ-R T
	(amostra da Comunidade)	(amostra Médico-legal)
S	.559**	.675**
OC	.479**	.809**
SI	.540**	.800**
D	.611**	.948**
A	.575**	.771**
H	.643**	.848**
AF	.567**	.698**
IP	.413**	.527*
Pt	.544**	.917**
TSP	.611**	.741**
ISP	.582**	.901**
IGS	.634**	.878**

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

S (Somatização); OC (Obsessões-Compulsões); SI (Sensibilidade Interpessoal); D (Depressão); A (Ansiedade); H (Hostilidade); AF (Ansiedade Fóbica); IP (Ideação Paranoide); e Pt (Psicoticismo); Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP); Índice de Sintomas Positivos (ISP); N_EPQ-R T (total da Escala de Neuroticismo do EPQ-R)

4.14 Relações entre pontuações da EVS-2 e da EDS-20

No que concerne aos dados descritivos da EDS-20 (média e desvio padrão), verifica-se para a amostra da Comunidade uma média de pontuação de 9.61 ($DP=4.03$), e para a amostra Médico-Legal uma média de 13.77 ($DP=3.74$), como consta na Tabela 20. Através da aplicação do teste t , verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p < .001$) entre as pontuações médias da amostra Comunidade e da amostra Médico-Legal relativamente à EDS-20 [$t(142) = -5.78$. $p = .000$], com uma magnitude de efeito muito elevada ($d=1.07$).

Tabela 20. Análise descritiva da EDS-20 para a amostra da comunidade e médico-legal

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín.	Máx.
EDS-20	C	101	9.61	4.03	2	20
	ML	43	13.77	3.74	4	20

Nota: C (Comunidade); ML (Médico-legal)

Na Tabela 21, observam-se os três níveis de Desejabilidade Social (DS) – baixo, médio, elevado – considerando as normas de interpretação da média obtida pela amostra, com um critério de 1DP acima ou abaixo. Verifica-se assim que na amostra C, 12.87% dos sujeitos ($n=13$) apresentam um nível elevado de desejabilidade social (correspondente a 1 DP acima da *M*), 70.29% ($n=71$) manifestam um nível médio (dentro do intervalo normativo) e 16.83% ($n=17$) possuem um nível baixo (correspondente a 1 DP abaixo da *M*). Ainda na Tabela 21, observa-se na amostra ML que 11.63% dos participantes ($n=5$) manifestam um nível elevado (correspondente a 1 DP acima da *M*), 74.42% ($n=32$) têm um nível médio e 13.95% dos sujeitos ($n=6$) apresentam um nível baixo de desejabilidade social (correspondente a 1 DP abaixo da *M*).

Tabela 21. Análise de frequência da Desejabilidade Social para a amostra da comunidade e médico-legal

		<i>N</i>	DS baixo	DS médio	DS elevado
EDS-20	C	101	17 (16.83%)	71 (70.29%)	13 (12.87%)
	ML	43	6 (13.95%)	32 (74.42%)	5 (11.63%)

Nota: C (Comunidade); ML (Médico-legal); DS (Desejabilidade Social)

Desta forma, podemos concluir que o nível de desejabilidade social da amostra C não influencia os resultados, ou seja, em termos médios não existe tendência, por parte dos participantes, de dar respostas de acordo com o que é socialmente desejável. Na amostra ML verifica-se o mesmo.

Na Tabela 22, observa-se que os coeficientes de correlação obtidos entre as pontuações da EVS-2 e da EDS-20 não são estatisticamente

significativos, ou sejam, não foram encontradas associações significativas entre os dois instrumentos.

Tabela 22. Correlações entre os resultados na EVS-2 e da EDS-20

	EDS-20 T(Comunidade)	EDS-20 T (Médico-legal)
EVS-2 T	.114	.168
PE	.178	.152
P	.062	.134
PC	.044	.209

Nota: ** $p < 0.01$

EVS-2 T (EVS-2 Total); P (Psicose); PE (Perturbações Emocionais); PC (Problemas Cognitivos); EDS-20 T (EDS-20 total)

V - Discussão

É referida por vários autores a importância de incluir a administração de medidas breves de rastreio numa fase inicial numa avaliação sistemática de comportamentos de simulação (Vitacco, Jackson, Rogers, Neumann, Miller, & Gabel, 2008). O facto de os clínicos poderem confiar em instrumentos de rastreio breves para identificar sintomas falsos e o exagero de sintomas, aumenta o tempo disponível para outros procedimentos de avaliação (Alwes, Clark, Berry, & Granacher, 2008).

A EVS-2 é a mais recente e promissora medida de avaliação de comportamentos de simulação em Portugal. O contexto forense carece deste tipo de instrumentos, considerados essenciais nos protocolos de avaliação (neuro)psicológica. Neste estudo, evidencia-se que a EVS-2 apresenta boas qualidades psicométricas, e mais especificamente, melhores valores de fiabilidade e validade interna, comparativamente à versão experimental (EVS-VE). É de salientar que a EVS-2 apresenta potencialidades no que diz respeito à discriminação de sujeitos “simuladores” e não “simuladores”. No entanto, tal como o SIMS (que pretende avaliar o mesmo constructo), e à semelhança do já referido em estudos anteriores (Domingues, 2012; Almeida, 2015), as pontuações da EVS-2 são sensíveis à presença concomitante de psicopatologia real, com base nas correlações elevadas nos instrumentos de avaliação clínica e sintomas psicopatológicos.

Seguidamente, analisaremos os resultados obtidos no presente trabalho, considerando os dois estudos que foram desenvolvidos.

Estudo I

Na amostra da comunidade, o estudo da consistência interna, apresentou para a pontuação total e respetivas subescalas da EVS-2 valores de alfa de Cronbach entre muito bons e respeitáveis ($r = .835$ a $r = .709$), de acordo com os critérios DeVellis (1991). Estes resultados são semelhantes aos da consistência interna identificados na EVS-VE. Por sua vez, na amostra médico-legal constata-se a presença de valores superiores de alfa de

Cronbach (entre $r=.867$ e $r=.733$) na pontuação total da EVS-2 e das subescalas comparativamente aos valores obtidos pela EVS-VE. A escala EVS-2 apresenta um nível de consistência interna (total e das suas dimensões) superior aos encontrados com estudos anteriores para a EVS-VE (Nunes, 2011; Domingues, 2012) nos quais foram obtidos valores inaceitáveis de consistência interna nas subescalas de Sintomas Somáticos e Itens Indiferenciados (dimensões que por este motivo foram depois eliminadas da EVS-2). Desta forma, a EVS-2 apresenta um resultado de consistência interna bastante sólido na amostra da comunidade e, principalmente no contexto médico-legal. A Hipótese 1 é corroborada, com melhores valores de fiabilidade da EVS-2 comparativamente à EVS-VE, apresentando uma consistência interna muito boa.

Relativamente à validade interna (validade do constructo) da EVS-2, verifica-se que a correlação de maior intensidade é entre a pontuação total e as subescalas, quer na amostra da comunidade quer na amostra médico-legal, à semelhança do que se observa na EVS-VE. Contrariamente, ao verificado na EVS-VE, a correlação mais elevada na EVS-2 é entre o Total e a subescala Psicose, para ambas as amostras (C: $r=.901$; ML: $r=.951$). A dimensão Perturbações Emocionais foi em estudos anteriores da EVS-VE a subescala com maior associação à pontuação Total. No presente estudo, a mesma dimensão continua a obter um valor muito forte (C: $r=.823$; ML: $r=.932$). Por sua vez, as subescalas Itens Indiferenciados (em ambas as amostras – C: $r=.409$ a $r=.345$; ML: $r=.423$ a $r=.392$) e os Sintomas Somáticos (na amostra da C: $r=.547$ a $r=.485$) da EVS-VE são as que apresentam valores de correlação mais baixos com as restantes dimensões. É assim confirmada a existência de problemas nestas subescalas. (ver Cunha, 2011; Nunes, 2011; Domingues, 2012). Desta forma, a EVS-2 apresenta correlações elevadas entre as suas dimensões e a pontuação total (C: $r=.733$ a $r=.901$; ML: $r=.813$ a $r=.951$), o que suporta a sua validade interna, corroborando a Hipótese 2.

Relativamente, à validade convergente entre as escalas EVS-VE e EVS-2 verifica-se que nas amostras da comunidade e médico-legal, a pontuação do Total e as respetivas subescalas se correlacionam de uma forma estatisticamente significativa e positiva ($p<.01$). As intensidades de correlação mais elevadas encontram-se nos totais de cada escala, para ambas as amostras (C: $r=.928$; ML: $r=.982$), são muito elevadas e comprovam sobreposição de constructos, ou seja, EVS-2 e EVS-VE medem os mesmos constructos. Em relação às correlações entre as dimensões das duas escalas em estudo, verificam-se igualmente relações significativas e positivas ($p<.01$). De acordo com o esperado, as correlações mais fortes foram encontradas entre o total e as dimensões (Psicose, Perturbações Emocionais e Problemas Cognitivos) da EVS-2 com o total e as dimensões (Psicose, Perturbações Emocionais e Problemas Cognitivos) da EVS-VE, em ambas as amostras. Como esperado, a associação da dimensão dos Itens Indiferenciados com o total e as restantes subescalas apresenta valores de intensidade moderados, para as duas amostras (C: $r=.452$ a $r=.349$; ML:

$r=.457$ a $r=.402$). Assim como, a dimensão dos Sintomas Somáticos que apresenta valores de intensidade moderadas (C: $r=.390$ a $r=.605$) na maioria em relação às subescalas da EVS-2, para a amostra da comunidade. Desta forma, é confirmada a Hipótese 3, ou seja, verifica-se a presença de uma correlação muito forte e positiva entre as dimensões semelhantes (PE, P, PC) das duas escalas EVS-2 e EVS-VE, ao contrário das dimensões Sintomas Somáticos e Itens Indiferenciados (subescalas eliminadas) da EVS-VE.

Estudo II

Em apoio da Hipótese 4 não foi encontrada nenhuma influência nos resultados do presente estudo que diz respeito às variáveis sociodemográficas – género, idade e habilitações literárias. No entanto, em relação à variável de género, e na amostra da comunidade, as mulheres obtêm pontuações superiores à dos homens, na dimensão Psicose.

Através da aplicação do teste t , foi possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a amostra da comunidade e a amostra médico-legal nos resultados obtidos da EVS-2, quer para a pontuação total quer para as respetivas dimensões. Os valores médios obtidos na amostra médico-legal foram superiores aos da amostra da comunidade [$t(47.589) = -4.254$; $p <.000$; $d=0.88$], o que representa um efeito de diferença de grande magnitude, como se pode observar pelo índice d de Cohen. Resultados semelhantes foram encontrados para cada uma das subescalas. Estes resultados vão ao encontro dos observados em estudos anteriores com a versão experimental da escala EVS-VE (ver Domingues, 2012; Nunes, 2011). A diferença entre as duas amostras, correspondem aos valores superiores encontrados na amostra médico-legal – cenário onde existe reconhecidamente motivação significativa para a simulação ou exagero de sintomas – em relação à amostra da comunidade, onde não é esperada a produção ou exagero dos sintomas (Larabee, 2003), (corroboram a Hipótese 5).

Na comparação entre os subgrupos que constituem a amostra médico-legal – “Outras Avaliações” e “Responsabilidades Parentais” – observam-se resultados inferiores nas pontuações do subgrupo RP comparativamente ao subgrupo OA, quer para o Total, quer para as respetivas dimensões da EVS-2. Os resultados apresentados nos subgrupos evidenciam a existência de uma diferença estatisticamente significativa na pontuação Total da EVS-2 e das subescalas (PE, P e PC). O contexto forense é referenciado como propício ao comportamento de simulação (Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002; Larrabee, 2003). No entanto, é importante salientar que o teor das avaliações difere nos dois subgrupos da amostra médico-legal. No subgrupo de Responsabilidades Parentais, o estilo de resposta pode tender à deseabilidade social, existindo a necessidade por parte dos progenitores de mostrarem um funcionamento psicológico mais ajustado e uma boa imagem de si, face ao que é esperado perante as normas sociais e as implicações que terá na decisão do Tribunal (p. ex. no caso de o

progenitor quer ficar com a guarda dos filhos). No subgrupo de Outras Avaliações, revela-se o contrário, pois é a partir da fabricação ou exagero de sintomas que existe a possibilidade de obter ganho(s) secundário(s). Resultados semelhantes foram encontrados em Almeida (2015) e Domingues (2012). É assim confirmada a Hipótese 6.

Relativamente à validade concorrente, verifica-se que o resultado total da escala EVS-2 se correlaciona positivamente com todas as dimensões do SIMS, em ambas as amostras. A correlação mais elevada é obtida entre as pontuações totais das duas escalas: uma correlação forte entre os dois instrumentos na amostra da comunidade ($r = .673$; $p < .01$) e uma correlação muito forte na amostra médico-legal ($r = .915$; $p < .01$). Quanto às correlações entre as subescalas, nas duas amostras em estudo, são positivas e elevadas, à exceção da dimensão LI na amostra da comunidade que não se correlaciona com nenhuma dimensão e com o total da escala EVS-2. O mesmo resultado é semelhante ao encontrado em Almeida (2015), com a EVS-VE, na amostra da comunidade. É de referir ainda no mesmo estudo, que a associação entre os resultados da EVS-VE2 e do SIMS apontaram para correlações não significativas relativamente à subescala SS, reforçando assim que a mesma não obtém pontuações convergentes com o constructo similar à EVS-2. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos em estudos anteriores com a EVS-VE (Domingues, 2012; Cunha, 2011; Nunes, 2011). Desta forma, os resultados suportam a convergência dos constructos avaliados pelas duas provas de rastreio de simulação e permite-nos inferir que sujeitos que obtenham pontuações elevadas no SIMS tendem a obter igualmente pontuações elevadas na EVS-2. A Hipótese 7 que aponta para a existência de validade convergente é confirmada, pela presença de uma correlação muito forte e positiva entre os resultados obtidos no SIMS e na EVS-2.

Na observação das correlações entre o resultado total da EVS-2 com os três índices globais do BSI estas são positivas e fortes ($p < .01$), à exceção da TSP que é moderada. As associações entre as dimensões do BSI e a EVS-2 Total são igualmente positivas e apresentam geralmente uma intensidade forte. Entre as dimensões dos dois instrumentos são observadas igualmente correlações estatisticamente significativas, cujo os coeficientes variam entre moderados e muito elevados, para a amostra da comunidade e médico-legal. Desta forma, podemos referir que a EVS-2 é um instrumento vulnerável à psicopatologia real, ou seja, pode acontecer um aumento das pontuações num instrumento como o BSI, acompanhado pelo aumento dos resultados na EVS-2. Este facto pode estar associado à vulnerabilidade de certas medidas de simulação (Sullivan & King, 2010). Em estudos anteriores (ver Almeida, 2015; Domingues, 2012; Nunes, 2011; Cunha, 2011) foi verificado a mesma limitação em relação a EVS-VE e também ao SIMS (constructo similar ao da EVS-2). O facto de serem instrumentos sensíveis à presença de psicopatologia, leva a que os avaliados que apresentam algum tipo de perturbação psiquiátrica possam ser erroneamente classificados como “simuladores” (Impelen et al., 2014). É, assim, corroborada a Hipótese 8.

As correlações entre a EVS-2 e a escala N do EPQ-R são positivas e na maioria dos resultados estatisticamente significativas ($p < .01$). Na amostra da comunidade, as correlações entre a escala N do EPQ-R e a EVS-2 (total e respetivas dimensões) apresentam intensidade forte a moderada ($r = .506$ a $r = .406$), à exceção da dimensão PC que não apresenta uma associação estatisticamente significativa. Na amostra médico-legal, a intensidade das correlações é superior. Com exceção da dimensão P, que não apresenta uma correlação estatisticamente significativa, são observadas correlações positivas muito fortes (PE; $r = .856$) a fortes (EVS-2 total e PC; $r = .706$ e $r = .519$, respetivamente). A Escala de Neuroticismo é uma medida de personalidade e um bom indicador de saúde mental. As correlações positivas da Escala de Neuroticismo com a escala EVS-2, pode ser um indicador da presença simultânea de psicopatologia e de comportamentos de simulação. O mesmo foi observado nas associações obtidas entre a EVS-2 e o BSI (medida de psicopatologia), reforçando a ideia de que comportamentos de simulação podem ser acompanhados de psicopatologia genuína em sujeitos com personalidade neurótica ou instável (traços de depressão, ansiedade), ou seja, com N elevado. Estes resultados confirmam a Hipótese 9.

Na aplicação da medida de desejabilidade social, verificou-se através do teste *t*, que existe uma diferença entre as pontuações médias da EDS-20, nas duas amostras, com uma magnitude de efeito muito elevada ($d = 1.07$), ou seja, a amostra ML apresenta pontuações médias mais elevadas que a amostra C. No entanto, os resultados obtidos das correlações entre a EVS-2 e a EDS-20, não são estatisticamente significativos, para ambas as amostras. Na sua maioria, os participantes apresentam um nível médio de desejabilidade social, tanto na amostra C (70.20%) como na amostra ML (74.42%). Assim, podemos concluir que não se verifica por parte dos sujeitos de ambas as amostras a tendência para estilos de resposta socialmente desejáveis. A Hipótese 10 está, assim, de acordo com o esperado.

VI - Conclusões

O diagnóstico de comportamento de simulação corresponde a um dos juízos clínicos mais pejorativos, uma vez que este tem implícita uma acusação de engano, fraude e perjúrio (Ruff et al., 1993), e, em caso de erro, implicar atribuições erróneas de simulação (Bordini et al., 2002). Neste sentido torna-se fundamental uma adequada avaliação da validade de respostas, no sentido de aumentar a fiabilidade dos resultados das medidas (cognitivas e de personalidade) e dos diagnósticos que são baseados nestes (Bush, 2005). Independentemente da intencionalidade ou motivação para produzir ou exagerar sintomas, torna-se necessária a inclusão de vários instrumentos de validade de sintomas que possam acrescentar a eles próprios validade incremental aos resultados e à elaboração dos diagnósticos (Simões, 2012).

O presente estudo procurou contribuir para a validação e explorar as potencialidades da EVS-2 na comunidade e em contexto médico-legal, realizando estudos de comparação com a EVS-VE. Desta forma, a EVS-2 apresenta um nível de validade e fiabilidade muito boa, indicando a sua adequabilidade para a avaliação de comportamentos de simulação.

No entanto, o resultado obtido entre os instrumentos, presentes no protocolo de avaliação, foram reveladas pontuações convergentes entre a EVS-2 com o BSI e a Escala de Neuroticismo do EPQ-R – ambas medidas de saúde mental – o que demonstra uma sensibilidade à presença de psicopatologia genuína, como já foi referido anteriormente. Deste modo, propõe-se em investigações futuras um estudo que envolva uma amostra com patologia clínica, mas na qual a intenção de simular não é expectável. Sugere-se igualmente o recurso a instrumentos validados de avaliação de simulação de perturbações mentais (p. ex. *Structured Interview of Reported Symptoms - SIRS*), no protocolo de avaliação, no sentido de colmatar as limitações encontradas.

Uma vez que o presente estudo contém uma amostra de contexto médico-legal reduzida, comparativamente à amostra da comunidade, esta constitui uma limitação em relação à representatividade da mesma e à generalidade dos resultados. Assim sugere-se, o alargamento dos estudos da EVS-2 em amostras mais extensas, nomeadamente, no subgrupo “Outras Avaliações” da amostra médico-legal, onde é mais propícia a presença de comportamentos de simulação, pela existência de motivações externas. Considerando o facto de a EVS-2 ser recente sugere-se, também, novos estudos de validação da mesma.

Bibliografia

Almeida, D. (2015). *Comportamento de simulação e exagero de sintomas em contexto médico-legal: Novos estudos de validação do Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Forense. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

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

Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). In L.S. Almeida, M.R. Simões, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica – (Vol. II; pp. 211-229)*. Coimbra: Edições Almedina.

Almiro, P.A., Almeida, D., Ferraz, A.M., Ferreira, R., Perdiz, C., Dias, I.S., Gonçalves, S., Sousa, L.B., & Simões, M.R. (2017, *in press*). Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20). In M.R. Simões, L.S. Almeida, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação*. Lisboa: Pactor/Lidel.

Alwes, Y. R., Clark, J. A., Berry, D. T., & Granacher, R. P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 133-140.

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

Bass, C., & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383(9926), 1422-1432.

Berry, D. T., & Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 295-303.

Berthelson, L., Mulchan, S. S., Odland, A. P., Miller, L. J., & Mittenberg, W. (2013). False positive diagnosis of malingering due to the use of multiple effort tests. *Brain Injury*, 27(7-8), 909-916.

Bianchini, K. J., Greve, K. W., & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5(4), 404-417. DOI:

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em amostra médico-legal
Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira (e-mail:sarahperrenoud@gmail.com) 2017

10.1016/j.spinee.2004.11.016.

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

Bush, S. S. R., Troster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 419-426.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3; pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

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

Chesterman, L., Terbeck, S., & Vaughan, F. (2008). Malingered psychosis. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *19*(3), 275-300.

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

Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*(8), 771-783.

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

Etherton, J. L. (2014). Diagnosing malingering in Chronic Pain. *Psychological Injury and Law*, *7*(4), 362-369.

Granacher, R. P., Jr., & Berry, D. T. R. (2008). Feigned medical presentations. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.; pp. 145–156). New York, NY: Guilford Press.

Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J., & Curtis, K. L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical*

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em amostra médico-legal
Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira (e-mail:sarahperrenoud@gmail.com) 2017

Medicine and Rehabilitation, 90, 1117-1126.

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, & G. J., Millis, S. R. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(7), 1093-1129.

Impelen, A.V., Merckelbach, H., Jelcic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-30. DOI: 10.1080/13854046.2014.984763.

Iverson, G. (2010). Detecting exaggeration, poor effort and malingering in Neuropsychology. In L.C. Hartlage, & A. M. Horton Jr (Eds.). *Handbook of forensic neuropsychology* (2^a ed.; pp. 91-136). New York: Springer Publishing Company.

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

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

Lee, T. T. C., Graham, J. R., Sellbom, M., & Gervais, R. O. (2012). Examining the potential for gender bias in the prediction of symptom validity test failure by MMPI-2 symptom validity scale scores. *Psychological Assessment*, 24, 618-627.

Maior, F. N. S. (2008). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) e Test of Memory Malingered (TOMM): Estudos de validação numa amostra normativa*. Dissertação de Mestrado Integrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

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

Mason, A. M., Cardell, R., & Armstrong, M. (2014). Malingering psychosis: Guidelines for assessment and management. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(1), 51-57.

Merten, T., & Rogers, R. (2017). An International Perspective on Feigned Mental Disabilities: Conceptual Issues and Continuing Controversies. *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 97-112. DOI: 10.1002/bsl.2274.

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em amostra médico-legal
Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira (e-mail:sarahperrenoud@gmail.com) 2017

Meyers, J. E. (2008). Classification accuracy of the MMPI-2 in the detection of pain-related malingering. *Assessment, 15*, 435-449.

Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*(8), 1094-1102.

Mota, M. S. (2007). *Comportamentos de simulação numa amostra de reclusos: Estudos de validação com a SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms), o SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) e o TOMM (Test of Memory Malingered)*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

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

Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Parks, A. C., Gfeller, J., Emmert, N., & Lammert, H. (2016). Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Applied Neuropsychology: Adult, 1-10*. DOI: 10.1080/23279095.2016.1189426.

Resnick, P., & Knoll, J. (2008). Malingered psychosis. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 51-68). New York: Guilford Press.

Rogers, R. & Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In A. M. Goldstein & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Forensic psychology*. (Vol. 11; pp. 109-129). New York: Wiley.

Rogers, R. (1990). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18*(3), 323-333.

Rogers, R. (2008a). An introduction to response styles. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.; pp. 3-13). New York: Guilford Press.

Rogers, R. (2008b). Detection strategies for malingering and defensiveness. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.; pp. 14-38). New York: The Guilford Press.

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em amostra médico-legal
Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira (e-mail:sarahperrenoud@gmail.com) 2017

Rogers, R. (2008c). Current status of clinical methods. In R. Rogers (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 391-410). New York: The Guildford Press.

Rogers, R., and R.P. Granacher Jr. (2011). Conceptualization and assessment of malingering. In E.Y. Drogin, F.M. Dattilio, R.L. Sadoff, & T.G. Gutheil (Eds.) *Handbook of forensic assessment: Psychological and psychiatric perspectives* (pp.659-678). Hoboken: Wiley.

Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. (2010). *Structured Interview of Reported Symptoms-2 (SIRS-2) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

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

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

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

Simões, M. R., Nunes, A. P., & Cunha, C. (2010). *Escala de Validade de Sintomas (EVS-Versão Experimental)*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Simões, M. R., Sousa, L. B., Mota, M. S., Maior, F. S., Amaral, M. L., Oliveira,...Pedrosa, C. (2009). Simulação de sintomas psicopatológicos: Síntese de estudos exploratórios. *Revista de Psiquiatria*, 22, 70-78.

Simões, M.R., Almiro, P.A., Mota, M., Oliveira, C., Maior, F.S., Cunha, C.,...Duarte, F. (2017, *in press*). Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS). In M.R. Simões, L.S. Almeida, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação*. Lisboa: Pactor/Lidel.

Simões, M. R., Almiro, P. A., Nunes, A. P., Cunha, C., Almeida, D., Domingues, ...Cruz, I. (2017, *in press*). Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves

Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2): Estudos de validade concorrente na comunidade e em amostra médico-legal Sarah Grand-Guillaume Perrenoud Silvestre Ferreira (e-mail:sarahperrenoud@gmail.com) 2017

(Eds.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação*. Lisboa: Pactor/Lidel.

Sharland, M. J., & Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213-223.

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

Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H., & Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: A survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(4), 465-473.

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

Sullivan, K. A., & King, J. K. (2010). Detecting faked psychopathology: A comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176 (1), 75-81. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.07.013.

Sweet, J. J., & Breting, L. M. G. (2013). Symptom validity test research: Status and clinical implications. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 6-19.

Tracy, D. K., & Rix, K. J. (2017). Malingering mental disorders: clinical assessment. *BJPsych Advances*, 23(1), 27-35.

Vitacco, M. J., Jackson, R. L., Rogers, R., Neumann, C. S., Miller, H. A., & Gabel, J. (2008). Detection strategies for malingering with the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test: A confirmatory factor analysis of its underlying dimensions. *Assessment*, 15(1), 97-103.

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

Wygant, D. B., & Granacher, R. P. (2015). Assessment of validity and response bias in neuropsychiatric evaluations. *Neuro Rehabilitation*, 36(4), 427-438.

Wygant, D. B., & Lareau, C. R. (2015). Civil and criminal forensic

psychological assessment: Similarities and unique challenges. *Psychological Injury and Law*, 8(1), 11-26.

Young, G. (2014). Resource material for ethical psychological assessment of symptom and performance validity, including malingering. *Psychological Injury and Law*, 7(3), 206-235.

Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence $15 \pm 15\%$. *Psychological Injury and Law*, 8, 188-199.