CARMEN AMORIM-GAUDÊNCIO
GÉSSICA ALMEIDA DE FREITAS
ARETHUSA EIRE MOREIRA DE FARIAS
DIEGO BEZERRA RODRIGUES

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO DE SINTOMAS EM FOCO

UM DESAFIO PARA A CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

Editora UFPB

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO DE SINTOMAS EM FOCO:
UM DESAFIO PARA
A CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitor Valdiney Veloso Gouveia

Vice-Reitora Liana Filgueira Albuquerque

EDITORA UFPB

Direção Natanael Antonio dos Santos

Gestão de Editoração Sâmella Arruda

Gestão de Sistemas Ana Gabriella Carvalho

Conselho Editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esvael (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Editora filiada à:

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Carmen Amorim-Gaudêncio
Géssica Almeida de Freitas
Arethusa Eire Moreira de Farias
Diego Bezerra Rodrigues

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO DE SINTOMAS EM FOCO: UM DESAFIO PARA A CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

Editora UFPB
João Pessoa
2021

Direitos autorais 2021 – Editora UFPB

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.
A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Projeto Gráfico Editora UFPB

Editoração Eletrônica Alexandre Câmara

Catalogação na publicação:
Seção de Catalogação e Classificação

S614 Simulação e dissimulação de sintomas em foco : um desafio para a ciência contemporânea [recurso eletrônico] / Carmen Amorim-Gaudêncio ... [et al.]. - João Pessoa : Editora UFPB, 2021.

Modo de acesso : http://www.editora.ufpb.br/sistema/press

ISBN 978-65-5942-088-9

1. Psicologia jurídica. 2. Simulação de sintomas. 3. Psicologia do testemunho. 4. Síndrome de Münchausen. I. Amorim-Gaudêncio, Carmen. II. Título

UFPB/BC CDU 159.9:34

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 01/2020/Editora Universitária/ UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I,
Prédio da Editora Universitária, s/n
João Pessoa – PB, CEP 58.051-970
http://www.editora.ufpb.br
E-mail: editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216.7147

Dedicamos este livro aos psicólogos brasileiros que trabalham na área Clínica Forense.

Agradecemos à Universidade Federal da Paraíba pelas oportunidades que tem proporcionado aos docentes e discentes que fazemos ou fizeram parte desta instituição.

Os autores

PREFÁCIO

É com grande satisfação que apresentamos o livro intitulado “Simulação e Dissimulação de Sintomas em Foco: um desafio para a ciência contemporânea”. Trata-se de uma produção técnica-científica sobre um problema de grande interesse para a Psicologia, especialmente, para a aplicação do conhecimento dessa ciência ao contexto clínico forense. O livro partiu de um artigo científico prévio dos autores - Simulação de sintomas e transtornos mentais: uma revisão crítica do fenômeno para a Psicologia - que causou interesse à população científica devido a sua importância e escassez de publicação, especialmente no contexto nacional. Portanto, o tema foi atualizado, ampliado e apresentado em formato e-book. O livro está organizado em sete capítulos que tratam sobre a conceituação da simulação/dissimulação (Capítulo I); a relevância do conceito para a Justiça e Psicologia Jurídica (Capítulo II); as implicações do conceito da simulação para a Psicologia do Testemunho (Capítulo III); a prevalência do problema (Capítulo IV); principais transtornos envolvidos com o problema (Capítulo V); avaliação do problema (Capítulo VI); a relação da simulação com a Síndrome de Münchausen (Capítulo VII). Espera-se, portanto, que este livro possa ampliar o conhecimento técnico-científico sobre a simulação-dissimulação de sintomas e ajude aos psicólogos na compreensão do problema e em suas práticas profissionais no contexto clínico forense.

Os autores

SUMÁRIO

1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE SIMULAÇÃO 11

2 PSICOLOGIA JURÍDICA, JUSTIÇA E SIMULAÇÃO 20

3 SIMULAÇÃO E SUGESTIONABILIDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A PSICOLOGIA DO TESTEMUNHO 33

3.1 Articulando psicologia e testemunho 34

3.2 Sugestão e simulação na psicologia do testemunho 40

4 PREVALÊNCIA DA SIMULAÇÃO E CONTEXTOS DE INSERÇÃO 47

4.1 Contexto penal e prisional 49

4.2 Contexto das responsabilidades parentais 50

4.3 Contexto do trabalho 51

4.3.1 Conceitos e classificações no âmbito do trabalho 52

4.3.2 Motivações para simular 55

4.3.3 Diagnóstico da simulação 56

4.3.4 O exame pericial 58

4.3.5 Depressão relacionada ao trabalho 61

4.4 A simulação na previdência social 63

4.4.1 Simulação para obtenção de fármacos 70

5 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS SIMULADOS 75

5.1 Sintomas e transtornos mentais simulados 75

5.2 Incentivo para reflexões pós leitura 96

6 AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES 98

6.1 Avaliação e diagnóstico de simulação 99

6.2 Testagem psicológica e simulação 103

6.3 Neuropsicologia e simulação 108

6.4 Estudos neuropsicológicos sobre simulação 115

6.4.1 Avaliação do traumatismo crânio-encefálico -TCE 117

6.5 Dificuldades da avaliação neuropsicológica para simulação 121

6.6 Testagem neuropsicológica e simulação 123

6.6.1 Testagem de primeira linha 129

6.6.2 Testagem de segunda linha 145

7 SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN 155

7.1 Münchausen por procuração 159

7.2 Como manejar e tratar 164

REFERÊNCIAS 167

SOBRE OS AUTORES 206

1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE SIMULAÇÃO

O fenômeno da simulação é antigo. Na história a simulação foi representada em fatos mitológicos da Grécia Antiga, dizia-se, por exemplo, que durante a guerra de Tróia, Ulisses fingiu-se de louco e pôs-se a arar as areias do mar, quando foi reconhecido por Pelamedes, que denunciou o seu disfarce (JORGE; JORGE, 2011, citado por RODRIGUES; FREITAS; FARIAS; AMORIM-GAUDÊNCIO 2016, p. 135). No entanto, para um entendimento atualizado faz-se necessário recorrer desde o que é dito pelos dicionários bem como, conhecer os critérios de classificação estabelecidos nos manuais internacionais e índices de referências das ciências contemporâneas. No Dicionário de Psicologia (MESQUITA; DUARTE, 1996, p.187), o conceito de "simulação de enfermidades" é visto como uma atitude consciente de simular uma doença com ou sem um objetivo preciso. Essa mesma atitude intencional associada ao controle da situação da perícia criminal foi identificada como um procedimento que visa criar um conjunto de sinais e sintomas para convencer o médico ou o examinador de uma situação que o periciado deseja para si (TABORDA et al., s/d citado por RODRIGUES et al., 2016, p.135). Para esses autores, a simulação é a "arte do engano". No dicionário Básico Jurídico (TARANTI, 2011) o termo "Simulação" é considerado como ato ou efeito de simular, de impostura, ensaio com o auxílio de modelos, declaração enganosa da vontade, com o objetivo de produzir efeito diferente daquele que nela se indica, imitação de uma perturbação somática ou psicológica com fins práticos. Além dessa conceituação, o mesmo verbete é mencionado em outros como um sinônimo, a saber: falta de naturalidade (afetação), "*causa simulandi*" (motivação

para simular) e contrafação (imitação fraudulenta). Nesse mesmo dicionário, o verbete "dissimulação" está associado à atitude de simulação de algo, como o ato de encobrir com astúcia as próprias intenções através de disfarce, fingimento, a ação de fingir, proceder com fingimento, ocultar ou esconder-se, não revelar seus sentimentos ou desígnios (TARANTI, 2011). À medida que se avança na pesquisa pelos verbetes nos principais dicionários disponíveis on-line[1], percebe-se que há alguns elementos que vão se sobressaindo e se repetindo na conceituação do que seria "simulação" ou "ato de simular", como a tentativa de fazer crer alguma condição, a consciência do agir simulado, um objetivo prático que justifica a simulação, a falta de coerência ou exagero com o fato e/ou doença, condição ou sintoma. Esses aspectos abrangem não só o conceito de quem percebe o agente que simula, mas também as atitudes que estão implicadas com tal situação. Quanto às características do comportamento da simulação, Gonçalves (2012), com base nos seus resultados de pesquisa, destacou algumas características de personalidade e do estado mental do sujeito simulador, como relações afetivas com pouco investimento ou falseadas, postura manipuladora, facilidade de assumir vários papéis, adota comportamentos falsos, facilidade e fluidez verbal, desenvolvimento empático hipertrofiado, sentido de realidade exacerbado, porém paradoxal e possível envolvimento com conversas esotéricas ou artificiais. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, (DSM-V), a simulação se faz presente no capítulo de "*Outras condições que podem ser foco da atenção clínica*", no tópico "*Outras circunstâncias*

1 Como: Michaelis Online; Dicio.com.

da história pessoal" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014, p. 727-759). Nesta parte do livro do DSM há a referência às características relacionadas ao estilo de vida, seja afetando o curso, o prognóstico ou tratamento de algum transtorno mental ou outra condição médica. No subtópico relativo à "*Não adesão a tratamento médico*" (APA, 2014, p.726-726), faz-se referência à simulação enquanto

> produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou grosseiramente exagerados motivada por incentivos externos, como evitar o serviço militar, evitar o trabalho, obter compensação financeira, fugir de processo criminal ou conseguir drogas. (...) a simulação pode representar comportamento de adaptação – por exemplo, fingir doença enquanto em cativeiro inimigo em tempos de guerra (APA, 2014, p.727).

Segundo essa fonte, a simulação deve ser fortemente suspeitada na combinação dos seguintes elementos:

> 1. Contexto médico-legal de apresentação (p. ex., o indivíduo é encaminhado ao clínico por um advogado para exame ou o indivíduo se auto-encaminha enquanto estão pendentes litígio ou acusações). 2. Discrepância acentuada entre o alegado estresse ou incapacidade do indivíduo e os achados e as observações objetivas. 3. Falta de cooperação durante avaliação diagnóstica e de obediência ao regime de tratamento prescrito. 4. Presença de transtorno da personalidade antissocial. (APA, 2014, P.727).

Essas, acima, seriam então circunstâncias essenciais na identificação da simulação. Esse ganho de algo específico e a intencionalidade momentânea de apresentar tais comportamentos não

são encontrados em outras circunstâncias da vida do paciente ou periciando (APA, 2014). Cabe considerar que o comportamento de Simulação também é uma característica relacionada ao Transtorno Factício, também conhecido por Síndrome de Münchausen (GATTAZ; DRESSING; NUNES, 2003), e no DSM V se encontra no capítulo de "*Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados*" (APA, 2014, p. 309). Apesar de sugerir simulação de sintomas somáticos, o Transtorno Factício é incorporado ao capítulo supracitado pela sua relação à percepção e convicção da doença, como pode ser visto a seguir:

> Assim como outros transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, o transtorno factício incorpora problemas persistentes relacionados à percepção da doença e à identidade. Na grande maioria dos casos descritos de transtorno factício, tanto impostos a si mesmo quanto a outros, os indivíduos apresentam-se com sintomas somáticos e convicção de uma doença médica (APA, 2014, p. 311).

Nesse transtorno, a simulação é representada pelo exagero de doenças existentes, a simulação e produção de sintomas (lesões fraudulentas, mutilação, manipular resultados de exames etc.). Os cuidadores de pessoas atribuídas com Transtorno Factício podem se deparar com mentiras que não podem ser explicadas pelo quadro clínico e pelas informações colocadas nos prontuários. Pessoas com esse diagnóstico são consideradas com grande sofrimento psicológico e possíveis prejuízos quanto ao seu estado mental, podendo ser um risco para si e para pessoas a sua volta. Quanto ao Transtorno Factício, o DSM-V limita-se apenas ao diagnóstico, ou seja, a identificação dos sinais e sintomas, sem inferir a possível

motivação do sujeito e não apresentando modelos de tratamento (APA, 2014). Tanto a Simulação quanto o Transtorno Factício são citados na maioria dos itens de "Diagnóstico Diferencial" no final dos principais transtornos mentais presentes no manual, entendendo a importância de considerar a simulação antes de fechar o diagnóstico de alguém. Além do Transtorno Factício, o comportamento de simulação está associado a outros tipos de transtorno, como os de origem somatoforme ou conversivos, os transtornos de personalidade (Borderline e Antissocial). A diferenciação entre Simulação e Outros Transtornos ou outras condições de saúde, de acordo com o DSM-V está nas motivações psicossociais que os sujeitos manifestam e que carecem de investigação pelos profissionais de saúde. No caso da Simulação, a motivação ou os incentivos são externos, mostrando uma recompensa óbvia como, por exemplo, uma situação de avaliação ou perícia ou a necessidade de ser dispensado. No caso de outros a motivação é interna, muitas vezes não está explícito (APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2012). Na edição anterior do DSM (IV-TR), o Transtorno Factício era subdividido em outras três categorias: quando há simulação de sintomas predominantemente psicológicos; com simulação de sintomas físicos e psicológicos; e sem especificação. O manual atual DSM-V subdivide o Transtorno Factício em dois tipos: o Autoimposto (a simulação é autodirigida) e Imposto a outro (por procuração, quando uma "vítima" é apresentada com determinados sintomas). Na versão mais atual não há a diferenciação entre a origem sintomática (física ou psicológica), porém há a necessidade de se especificar a quantidade de episódios (um ou mais) de simulação de doença ou indução de lesão (GATTAZ; DRESSING; NUNES, 2003; APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2012). A

epidemiologia e a etiologia do comportamento de simulação de sintomas são desconhecidas, porém destacam a preponderância maior em homens do que mulheres em ambientes como forças armadas, penitenciárias, fábricas e indústrias. Os sinais e sintomas a serem observados quando há a suspeita de simulação, classificados por esses autores, são: queixas indefinidas ou mal localizadas, explicadas com detalhes, histórico psicossocial que revela necessidade de ajuda para receber benefícios ou ganhos secundários (indenizações), evitar uma situação relacionada a problemas legais e irritabilidade se o médico se mostra cético a sua queixa (SADOCK; SADOCK, 2012). Ainda os autores sugerem que o paciente suspeito de Simulação seja acolhido como se tivesse a condição simulada, mas sem receber intervenções, para que seja monitorado o suficiente, possibilitando a identificação de possíveis áreas de ganhos secundários ou de benefícios. Deve-se, ainda, incentivar a discussão com o paciente e a buscar formas para lidar com as razões subjacentes à simulação. Em outras circunstâncias, esses autores consideram que alguns pacientes devem ser confrontados quando as suspeitas de simulação são consideráveis, essa pode ser a única forma de admitirem que forjam a sua condição. No Código Internacional de Doenças (CID-10 citado por RODRIGUES et al., 2016, p. 137), o comportamento de simulação está presente em três códigos:

> O primeiro aparece no capítulo V, "Transtornos Mentais e Comportamentais", com o código F68.1, relacionado ao transtorno Factício e com a seguinte conceituação: "Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas". Os segundo e terceiro códigos são encontrados no capítulo XXI, "Fatores que Influenciam

> o Estado de Saúde e o Contato com Serviços de Saúde apresentando a Simulação Consciente", com o código Z76.5, de "pessoa fingindo ser doente" e, em seguida, com o código Z76.9, de "pessoa em contato com serviços de saúde em circunstâncias não especificadas". Neste último código de doença, embora não especificado, foi destacado por Taborda et al. (s/d citado por RODRIGUES et al., 2016) como uma abertura para suspeita da simulação. Apesar dessas especificações e conceituações que caracterizam o ato de simular, cabe ressaltar que pode haver indivíduos que realmente apresentam doenças que afirmam em seu discurso ou sofrimento. Por esta razão, os manuais propõem alguns elementos para o diagnóstico diferencial e cuidadoso pelos profissionais de saúde. Inclusive a condição psicossocial do simulador, independente da sua codificação é algo que carece de atenção por parte dos trabalhadores da saúde. Soares (2013) defende que os critérios colocados pelos manuais são muito amplos e isso pode levar a diagnosticar uma pessoa idônea como simuladora e, consequentemente, alienená-la de seus direitos (RODRIGUES et al., 2016, p. 137).

Soares (2013) defende que além do julgamento clínico, a utilização de escalas e outras medidas cientificamente validadas podem ser combinadas ao se realizar o diagnóstico de simulação. Pode-se ver que na combinação dessas definições de simulação, há um convite à observância da intencionalidade e dos motivos conscientes e externos para a criação de sinais que possam levar ao perito, seja esse psicólogo, médico ou outro profissional da saúde a acreditar que o periciado, paciente ou vítima (considerando o transtorno factício por procuração) é portador de alguma patologia diagnosticável, fazendo com que este seja liberado de suas responsabilidades (legais, criminais) ou forjando ganhos secundários

(indenização, internação, assistência social, afastamento ou retorno ao trabalho, soltura, dispensa do serviço militar, entre outros) (RODRIGUES et al., 2016). Entre outras classificações, RESNICK (2008) (citado por TABORDA et al., s/d citado por RODRIGUES et al., 2016, p. 137) classificou subcategorias de simulação:

> 1) a simulação pura; 2) a simulação parcial; e 3) a falsa imputação. A simulação pura ocorre quando a pessoa simula um transtorno que não existe, é a mais recorrente em contextos criminais; a simulação parcial ocorre quando a pessoa exagera conscientemente os próprios sintomas, comuns em avaliações clínicas e causas civis; a Falta de Imputação ocorre quando a pessoa atribui sintomas de forma intencional, isso acontece sem relação com a etiologia do desenvolvimento desses.

Taborda et al. (s/d, p. 472 citado por RODRIGUES et al., 2016, p. 137) construíram a sua própria classificação de simulação, dividindo-se em:

> [...] supersimulação, metassimulação, pré-simulação e dissimulação. A supersimulação é caracterizada por ser o exagero de sinais e sintomas de uma pessoa enferma ou criação de novos sintomas; a metassimulação ocorre depois da cura da enfermidade em que o paciente continua mostrando-se doente, nessa, a pessoa já teria aprendido quais sintomas simular; a pré-simulação, ou simulação premeditada, é uma condição planejada de criação de sintomas, mas esses carecem de identidade diagnóstica; a dissimulação consiste em ocultar ou minimizar uma doença ou transtorno existentes.

Apesar de toda essa contextualização sobre o que é simulação enquanto significado linguístico, jurídico e médico, é preciso ir além da definição e do embate conceitual sobre a simulação. Pessoas que se valem da simulação para obter ganhos próprios (imediatos ou secundários) podem expor a sua vida a riscos (GATTAZ; DRESSING; NUNES, 2003; RODRIGUES et al., 2016). Por isso, o processo de avaliação da simulação dos sintomas exige treino e estudo, bem como a pesquisa do tema deve ser considerada no cotidiano dos profissionais, colaborando para que o processo de avaliação seja mais idôneo e congruente com os aspectos éticos e legais preconizados na formação e nos códigos profissionais (RODRIGUES et al., 2016).

2 PSICOLOGIA JURÍDICA, JUSTIÇA E SIMULAÇÃO

De acordo com a História, o sistema de justiça atual surge no ocidente com a ascensão da burguesia ao poder (SELOSSE, 1990 citado por COSTA et al., 2009, p. 234). Este processo exigiu que os órgãos judiciais e legislativos incorporassem noções e conceitos de outras áreas como a Psiquiatria e a Psicologia. A aproximação entre Psicologia e Direito começou no campo da psicopatologia, através da realização de diagnósticos de sanidade mental com base em testes psicológicos, solicitados por juízes. Neste período, a função do psicólogo era fornecer parecer técnico pericial, que fundamentasse as decisões do sistema judiciário (BOMFIM, 1994; MIRANDA JUNIOR, 1998 citado por COSTA et al., 2009, p. 234). A Psicologia Jurídica surge da interface entre Psicologia e Direito, esta aproximação vem sendo discutida desde o início do século XVIII (COSTA et al., 2009). No Brasil, no fim do século XIX, nasce a denominada Psicologia do Testemunho, que tinha como escopo verificar a fidedignidade e a veracidade dos relatos dos indivíduos envolvidos em processos judiciais (BOMFIM, 1994; ALTOÉ, 1999 citado por FREITAS, 2013, p. 86). Neste contexto, Mira y Lópes escreve o *Manual de Psicologia Jurídica*, publicado em Barcelona (Espanha) no ano de 1937 e reeditado, de forma ampliada, em Buenos Aires (Argentina) no ano de 1945. A tradução brasileira dessa reedição em 1955 foi um importante marco para a formação do campo e atuação profissional da Psicologia Jurídica. A Psicologia Jurídica em seus primórdios favoreceu o desenvolvimento de pesquisas experimentais, principalmente sobre memória e percepção na busca de dados que pudessem ser cientificamente comprovados e servissem como subsídios para as decisões

judiciais no campo da Psicologia do Testemunho (BOMFIM, 1994). Segundo Urra (1993, citado por FREITAS 2013, p. 83), desde 1972 pareceres psicológicos já eram requeridos nos tribunais dos Estados Unidos e Europa. A psicologia jurídica passou a ser conhecida após os aportes psiquiátricos de Lombroso na Itália, em 1876 e de Kestschmer na Alemanha em 1955. Pode-se dizer que apenas recentemente ela foi institucionalizada, primeiro nos Estados Unidos nos anos 1970 e depois na Espanha nos anos 1980. A Psicologia Jurídica no Brasil começa a se consolidar enquanto área de atuação específica no século XX (COSTA et al., 2009). Cabe destacar que fortes transformações no campo ocorreram a partir da década de 1980. Portanto, o Psicólogo jurídico vai deixando de ser apenas um perito encarregado de investigações de cunho técnico e passa a atuar em outras esferas judiciais dando passo a humanização da área (ALTOÉ, 1999 citado por FREITAS 2013, p. 86). De acordo com Freitas (2013), os estudos da Psicologia Jurídica envolvem o conceito básico de moral, que pode definir-se como o conjunto de regras e padrões subjetivos informados socialmente que permite ao indivíduo discernir o "bem" do "mal". A moralidade seria então o lado "abstrato" da conduta individual que por sua vez, é sustentada pelo sistema axiológico mais amplo de sociedade. Sua esfera de estudo por excelência é a Ética, um dos campos específicos da Filosofia. Nesta perspectiva, a Psicologia Jurídica toma a figura de uma Psicologia aplicada ao melhor exercício do Direito. Sob esse propósito, o trabalho conjugado de juristas, assistentes sociais, magistrados e psicólogos vem sendo executado, nomeadamente, nas seguintes frentes: análise dos testemunhos; exames de evidências delitivas; análise do grau de veracidade das confissões; compreensão psicossocial do delito

(desvendar as motivações para praticá-lo); orientação psíquica e moral do infrator; análise das melhores medidas profiláticas do ponto de vista sociocultural e psicológico aos diversos perfis de delinquência; atuação preventiva a fim de evitar a reincidência; e apoio e tratamento psicológico das vítimas de delitos (FREITAS, 2013). Para realizar tais atividades, o profissional se vale da avaliação psicológica, uma prática privativa do psicólogo, um processo complexo de investigação e tomada de decisões que abrange diversos recursos e abordagens teóricas. Esta prática tem seu marcador histórico firmado no final do século XIX e início do século XX, período este onde as correntes de pensamento influenciavam muito às estratégias de avaliação, em consonância com as questões do psiquismo que lhes fundamentavam como o comportamento, o afeto e a cognição (CUNHA, 2007).

A avaliação psicológica dentro do contexto forense é uma das modalidades de perícia (ROVINSKI, 2004 citado por MARTINS, 2016, p. 04). A perícia psicológica como prova judicial é produzida mediante intervenção de uma pessoa (perito) "encarregada de expressamente certificar-se dos fatos para dar conhecimento deles ao Julgador" (ORTIZ, 1986, p. 26). A Lei 13.105, de 16 de março de 2015, determina (Art. 156) que o juiz será "assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico". O § 1o da referida lei considera peritos "os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado". Avaliação Psicológica "consiste em um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que, de acordo com cada área do conhecimento, requer

metodologias e instrumentos específicos". (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA- CFP, 2013, p.08). A Avaliação Psicológica, portanto:

> É dinâmica e se constitui em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de produzir, orientar, monitorar e encaminhar ações e intervenções sobre o (os) avaliado (s) e assim subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, dentre eles a justiça e outros setores em que ela se fizer necessária. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, na análise e na síntese dos resultados obtidos, de acordo com a demanda e os fins aos quais a avaliação se destina. (CFP, 2013, p.08).

No âmbito judicial, a Psicologia Jurídica e a avaliação psicológica têm caminhado juntas, se aperfeiçoando ao longo do tempo para acompanhar às demandas da Justiça. A inclusão da psicologia nos processos legais foi proveniente da necessidade da justiça de atestar a veracidade de um testemunho, de avaliar a capacidade psicológica de familiares em casos de disputa de guarda, assim como de avaliar se o indivíduo tem ou não algum distúrbio que o incapacite de se responsabilizar pelo ato que cometeu. Enfim, a avaliação psicológica foi introduzida em causas penais com a finalidade de periciar e se fazer presente em questões relacionadas ao Direito da Família, ao Juizado da Infância e Juventude, ao Direito Civil, ao Direito Penal e ao Direito do Trabalho (SILVA, 2003 citado por COSTA et al., 2015, p. 152). A repercussão dos laudos psicológicos nas decisões judiciais é de responsabilidade do psicólogo, apesar de saber que a decisão final de sua aceitação e influência na sentença

será do juiz. Neste sentido, o profissional deve ter uma postura neutra, imparcial, porém, não deve perder o foco da solicitação feita pelos agentes ou operadores judiciais, pois a escolha dos métodos e instrumentos que serão utilizados para o processo de avaliação psicológica deve se adequar às demandas do caso avaliado. Os testes psicológicos são muito usados não apenas por serem instrumentos de uso exclusivo do psicólogo, mas por fornecerem indícios mais acurados (validade e fidedignidade) quanto às necessidades, às defesas psicológicas e aos prejuízos psíquicos, também devem ser válidos e fidedignos, de forma a garantir seu uso de forma confiável (COSTA et al., 2015). Apesar da constante discussão acerca da validade dos instrumentos de avaliação, uma pesquisa realizada por Rovinski e Elgues (1999) com psicólogos forenses no estado do Rio Grande do Sul revelou que 87% dos participantes faziam uso de instrumentos psicológicos, além da entrevista, o que podemos considerar um dado positivo, já que os testes psicológicos em uso reúnem critérios psicométricos importantes que poderão validar os critérios clínicos utilizados pelo psicólogo forense; igualmente aos médicos que apesar de ter o conhecimento clínico adquirido na formação, experiência e reciclagem, precisam pedir provas adicionais que fortalecerão seu diagnóstico e a tomada de decisão frente aos problemas de saúde de seus pacientes. Entre as técnicas mais utilizadas, foram citadas entrevistas e observações de comportamentos. Quanto aos instrumentos, os testes projetivos e gráficos foram os mais citados (87%), seguidos dos perceptomotores (71%) e, em menor frequência, os inventários e escalas (18%). Portanto, segundo este estudo, percebe-se que os testes projetivos são os mais aplicados no âmbito jurídico (CUNHA, 2007). Jung (2014)

afirma que no Brasil existe uma carência de pesquisas no campo da Psicologia Jurídica, além disso, existem poucos instrumentos exclusivamente indicados para o contexto judicial (LIRA-CARDOSO et al., 2020). Porém, as demandas da sociedade moderna e os direitos humanos pressionam para que novas técnicas sejam adaptadas. No Brasil, apenas dois instrumentos são direcionados às avaliações psicológicas no âmbito jurídico, o Hare Psychopathy Checklist-Revised - PCL-R (Escala Hare de Avaliação de Psicopatia) e o Inventário de Frases no Diagnóstico - IFVD, enquanto em outros países existem vários instrumentos para auxiliar as avaliações psicológicas.

Rodrigues et al. (2016) corrobora esse pensamento:

> [...] no contexto brasileiro, onde a falta de instrumentos forenses específicos é uma triste realidade e outros instrumentos específicos para a avaliação na personalidade estão desatualizados e com parecer negativo do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI. Neste sentido, inclui-se o MMPI-II-R (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - 2 - Restruturado) e o MILLON-III (Inventário Clínico Multiaxial de Millon - 3ª Versão). O primeiro encontra-se desatualizado e corresponde à versão inicial do instrumento, e o segundo ainda não foi publicado por alguma das editoras nacionais, ainda que já exista uma versão validada para o contexto nacional que vem sendo empregada em pesquisas. Esses instrumentos são utilizados no contexto forense porque ambos possuem escalas de validação e de sinceridade, sendo de grande utilidade para o objetivo da avaliação da simulação de sintomas (p. 140).

Quanto à ética, o psicólogo jurídico não se diferencia dos psicólogos de outras áreas de atuação, pois deve observar o Código de Ética do CFP, bem como devem sujeitar-se às avaliações aprovadas pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Contudo, o campo forense é conflitivo pois muitas vezes o conselho orienta de uma forma e a Justiça exige outra postura do profissional.

> Em todo caso Art. 473. O laudo pericial deverá conter:
>
> I – a exposição do objeto da perícia;
>
> II – a análise técnica ou científica realizada pelo perito;
>
> III – a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;
>
> IV – resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público (BRASIL, 2015, p. 22.).

O psicólogo deve garantir o sigilo, assegurar ao avaliado quais os objetivos da avaliação e qual a demanda do judiciário (Jung, 2014). Conforme o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (2005), os psicólogos só obtiveram a regulamentação do seu trabalho no sistema penitenciário em 1984, com a criação da Lei de Execução Penal (LEP). É importante destacar que antes mesmo da promulgação da LEP os psicólogos já desenvolviam suas práticas principalmente nos manicômios judiciários, hoje chamados de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (COSTA et al., 2015). Assim, percebe-se que a relação entre crime e saúde mental é um tema abordado há tempos, sendo recentemente

estudado de forma mais bem sistematizada. A evolução do conhecimento refletiu sua importância, haja vista modificações seguidas no sistema legal (OLIVEIRA et al., 2016). Ademais, Davoglio e Argimon (2010) abordam a visão legal, enfatizando que, a partir do momento em que o indivíduo comete um ato infracional, ele é percebido como sendo um sujeito capaz de se responsabilizar pelos seus atos, sendo que o setor judiciário, por meio da legislação, assume a condução do caso. Mas quando porventura o delito engloba a competência para julgar a pessoa ou conter seu comportamento, nesta situação a avaliação se embasa nas capacidades mentais do indivíduo. É de suma importância que nessa realidade as condições de imputação preditas na lei sejam determinantes para medidas penais, correcionais e/ou de segurança que serão executadas perante crimes ou delitos efetuados. Por isso, é necessário o auxílio de profissionais especializados em avaliação psicológica forense. Segundo o código penal brasileiro (artigo 26), classifica-se como inimputável o indivíduo "inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento". Sendo assim, os menores de idade possuem inimputabilidade absoluta. No entanto, além desses, os portadores de doença mental, desenvolvimento mental retardado e desenvolvimento mental incompleto podem ser considerados inimputáveis, se houver concomitantemente nexo entre a doença e o delito, além do comprometimento do entendimento e da determinação do indivíduo (BRASIL, 1984). Ainda de acordo com o código penal brasileiro, em seu artigo 97, se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Se, todavia, o fato previsto como crime não for punível com detenção, poderá o juiz submetê-

lo a tratamento ambulatorial. A internação ou tratamento será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia, a cessação de periculosidade, esta entendida como a capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança, e o prazo mínimo deverá ser de um a três anos. A perícia realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se determinado pelo juiz da execução (BRASIL, 1984). A semi-imputabilidade é outra situação possível, que ocorre quando o indivíduo apresenta prejuízo na sua determinação, mas com manutenção do seu entendimento. Para essa situação, há a prerrogativa de o juiz optar pela medida de segurança, ou, ainda, pela redução de até um terço da pena. Essas situações podem ocorrer em indivíduos com transtornos de personalidade, alguns transtornos de humor e retardo mental leve, também devendo ser comprovado o nexo de causalidade (OLIVEIRA et al., 2016). No Direito Penal faz-se necessária a utilização dos exames de determinação da responsabilidade penal, quando se necessita esclarecer quão preservadas encontravam-se as capacidades de entendimento e autodeterminação do réu no momento do crime. O exame de insanidade mental, para determinar o grau de culpabilidade, é muito solicitado, pois por vezes é utilizado deste artifício para se livrar de uma penalidade. Nos processos por danos morais, por meio da perícia psicológica, leva-se aos autos a realidade psíquica da vítima, o que auxilia na garantia dos direitos humanos ao permitir que tais vítimas reivindiquem seus direitos. Os exames de interdição, também, são pedidos frequentes no Judiciário e consistem em avaliar a capacidade civil do sujeito, procurando determinar se realmente não possui discernimento pleno para

exercer os atos da vida civil. Nessas perícias, o psicólogo utilizará com frequência testes que avaliam a inteligência e as funções neuropsicológicas, além dos testes que avaliam a personalidade (COSTA et al., 2015). No Direito Trabalhista a perícia psicológica busca entender se há nexo de causalidade entre o sofrimento psicológico ou transtorno mental alegado pelo sujeito e o seu ambiente de trabalho, devendo atentar-se para a existência de transtornos psicológicos prévios por consequência de diferentes situações que ocorrem no trabalho, nos casos de assédio moral e de assédio sexual (JUNG, 2014). Em meio aos contextos de atuação supracitados, a relação que se estabelece entre o psicólogo-perito com o sujeito-periciando será atravessada por intenções conscientes de simulação e dissimulação no limite da possibilidade de resguardar seus próprios interesses. Desta forma, na avaliação psicológica jurídica e a relação estabelecida mostra-se diferente da consolidada no trabalho psicológico em enquadre clínico, pois o interesse do indivíduo que demanda auxílio vai de encontro com o fato de ser ele próprio veículo e objeto da ação do profissional. Neste sentido, os interesses entre a demanda e a motivação do sujeito para o trabalho são convergentes. No âmbito jurídico, a demanda apresentada pelo operador do Direito requer uma resposta do perito que pode ser ou não benéfico ao interesse próprio do sujeito-periciando. Este tentará fazer de tudo para que o psicólogo intermedeie uma resposta favorável ao destinatário, neste caso o juiz, da informação levantada (SHINE, 2005 citado por MARTINS, 2016, p. 05). Por todas essas possíveis situações jurídicas, a simulação-dissimulação de sintomas deve ser uma variável de grande peso no processo da avaliação psicológica forense das questões legais (imputabilidade-

inimputabilidade penal) (CUNHA, 2007)). Essa necessidade se relaciona com o ganho secundário envolvido nas lides jurídico-legais o que aumenta a possibilidade do sujeito envolvido tenda a dissimular ou aumentar os seus problemas em função de seus interesses. A simulação e a dissimulação fundamentam-se na distorção dos dados produzidos pelos periciados. A simulação é compreendida pela forma que o indivíduo tenta fingir sintomas que não existem, estando sempre relacionada a um incentivo externo. Por outro lado, a dissimulação ocorre quando se procura não demonstrar ou amenizar os sintomas que realmente existem e está relacionada com a tentativa de evitar uma privação de direitos. Os indicadores de simulação podem ser observados na entrevista, mediante a presença de: dramatização ou exagero, comportamento cauteloso e planejado, variabilidade do diagnóstico psiquiátrico e do próprio discurso e a refutação de sintomas claros (CUNHA, 2007). Por esta razão, os aspectos que definem a simulação são a voluntariedade consciente da fraude, a imitação de transtornos patológicos e seus sintomas, com finalidade utilitária, benefício ou proveito imediato para o simulador (AMERICAN PSYCHISTRIC ASSOCIATION - APA, 2014). A Classificação Internacional de Doenças define que, para que o diagnóstico de simulação seja efetivamente realizado, deve existir uma expectativa direta de ganho econômico, o que nem sempre será tão evidente (ORGANIZAÇÃOMUNDIAL DA SAÚDE, 1993 citado por MARTINS, 2016, p. 06). Para Taborda (s/d), em uma perícia psicológica, comumente, ocorrem fenômenos como a simulação, uma vez que o avaliando poderá omitir dados que possam prejudicá-lo e incrementar informações que julga serem relevantes para ajudá-lo na avaliação. Nestes casos, conforme o autor, o perito deverá

estar atento a essa possibilidade e buscar confirmar por fontes colaterais (entrevista com terceiros, exame de documentos e prova técnica carreada aos autos) a fidedignidade do que é afirmado pelo periciando. Quanto à utilização dos testes psicológicos nas avaliações psicológicas periciais, percebe-se que existem ganhos quando comparado a uma avaliação baseada somente com entrevistas. Isto se deve ao fato de que tais instrumentos aprofundam o entendimento do indivíduo avaliado, considerando traços que podem não serem perceptíveis ou mensurados somente pelas entrevistas e observações. Ademais, oportuniza ao perito observar o comportamento de modo padronizado e avaliar encaixa-se nas condições percebidas na população normal. Dessa maneira, os testes permitem amenizar a contaminação subjetiva da percepção e do julgamento do profissional responsável, bem como minimiza a manipulação do periciado na avaliação e viabiliza o acesso a regiões inconscientes do sujeito, muitas das quais ele mesmo desconhece (JUNG, 2014). Entretanto, no âmbito jurídico, atualmente, quando os peritos-psicólogos se defrontam com a prática de elaborar e complementar uma avaliação pericial que compreenda um exame cognitivo e a possibilidade de um réu tornar-se inimputável, por meio de diagnóstico como um atraso mental ou prejuízos na memória e/ou outras habilidades cognitivas, os técnicos deparam-se com um pobre número de instrumentos validados que atendam a esta demanda. Isso se deve ao fato de que as ferramentas disponíveis não apresentam dados capazes de avaliar fenômenos importantes como a simulação (ANDROVANDI et al., 2007). A Psicologia Jurídica a serviço da Justiça, está em constante atualização e crescimento e vem conquistando espaço. Contudo, estudos sobre simulação-dissimulação de doenças ou

transtornos mentais, ainda são tímidos e no Brasil, esta lacuna ainda é maior. Em nível nacional é urgente o avanço desses estudos, porém, uma das maiores necessidades é a criação de instrumentos específicos para nossa realidade ou adaptação de instrumentos estrangeiros destinados a investigar comportamentos que sejam relevantes às questões legais (JUNG, 2014). Os instrumentos existentes nem sempre atendem aos parâmetros psicométricos reconhecidos ou faltam instrumentos de uso específico para o contexto forense. Isso indica a importância de se realizar uma avaliação sistemática sobre como a simulação tem sido mensurada pelos pesquisadores brasileiros na perícia psicológica (MARTINS, 2016), entre outras especificidades do tema. Por fim, percebe-se que é necessário e urgente um aprofundamento técnico-científico dos profissionais de um modo geral, não apenas o Psicólogo, para que assim estes possam compreender a importância e o alerta que recai sobre a temática da Simulação nos diversos contextos de atuação, mas principalmente no âmbito da Justiça, visto que as decisões tomadas podem afetar, brusca e definitivamente, a vida de pessoas e famílias.

3 SIMULAÇÃO E SUGESTIONABILIDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A PSICOLOGIA DO TESTEMUNHO

Como apreendido nos capítulos anteriores, os comportamentos de simulação estão presentes em vários contextos sociais e se inserem de forma tácita, principalmente, em instituições de saúde, da justiça, contexto militar e na previdência social. Dá-se destaque a essas áreas pelo número de pesquisas e estudos relacionados a elas, que, apesar de poucos, corroboram a evidência desses comportamentos e alertam os profissionais que as pessoas podem infligir comportamentos simulados para alcançar seus objetivos pessoais. Contudo, na Psicologia Jurídica, o conceito da sugestionabilidade surge aliado às discussões sobre os comportamentos simulados. O objetivo desse capítulo é alimentar a discussão sobre a influência que a simulação e a sugestionabilidade exercem ou podem exercer no discurso e nas atitudes de alguém que precisa testemunhar ou falar de algo que ocorreu consigo ou inclusive que tenha testemunhado. Tal conceito, pouco mencionado nas pesquisas contemporâneas, desafia a Psicologia enquanto ciência que se dispõe ao estudo do comportamento, a propor estudos e meios de identificação das atitudes simuladas. Portanto, cabe um aprofundamento sobre esse fenômeno e sua influência no desenvolvimento da Psicologia.

3.1 Articulando psicologia e testemunho

Argumenta-se que a história está diretamente relacionada à criminalidade (MARTIN, 1987 citado por ARCE; FARIÑA, 2013, p. 157). A Psicologia Penitenciária e Criminal tem séculos de existência e sua aceitação por profissionais da Justiça, o reconhecimento legal e jurisprudencial, vêm gerando conhecimentos científicos, principalmente no contexto internacional [USA e determinados países da Europa] (HUSS, 2011). Contudo, a aplicação da Psicologia Forense à Justiça é relativamente recente no contexto brasileiro, principalmente por carências metodológicas relacionadas à formação profissional na realização do processo da avaliação psicológica de forma geral e especificamente, da avaliação forense. Aliadas a carência de instrumentalização específica de uso forense (LIRA-CARDOSO et al., 2020; BORGES, 2020). No entanto, levando-se em consideração o contexto internacional, certos eventos foram importantes para a história da Psicologia Forense e marcaram diretrizes que devem ser destacadas. A Psicologia Forense surge principalmente nos EUA. Disse que a razão para esta regionalização dar-se pelo fato de os psicólogos americanos serem pagos para realizarem provas periciais e outras formas de assistência para servir aos propósitos de advogados, por exemplo, assistência ao interrogar testemunhas, à seleção do júri (CARSON; BULL, 1995 citado por ARCE; FARIÑA, 2013, p. 157). Contudo, apesar desse ponto de vista reducionista dos autores citados, a realidade é que a Psicologia Forense surgiu na mesma época nos USA e Europa, no início do século passado, com as contribuições dos conhecimentos psicológicos aplicados à Justiça, principalmente com os estudos sobre os testemunhos (HUSS, 2011). Neste sentido,

a Psicologia Jurídica ganhou espaço e se afirmou enquanto ciência, através da aplicação de seus procedimentos metodológicos. Inicialmente, destaca-se o alemão Hugo Münsterberg, discípulo de Wilhelm Wundt que a mando de William James, vai para os EUA e funda, em 1891, em Harvard, o Laboratório de Psicologia Aplicada, como havia feito anteriormente em 1888 em Freiburg (SAHAKIAN, 1987 citado por ARCE; FARIÑA, 2013, p. 157). Em 1914, Münsterberg publica o livro *Psychology: General and Applied*, onde propõe que a Psicologia seja aplicada a diversos campos, entre esses à educação (Psychology and the Teacher, 1910), à empresa (Psychology and Industrial Efficiency, 1913), à saúde (Psychology and Social Sanity, 1914), à clínica (Psychotherapy, 1909) e à lei (On the Witness Stand, 1908). O livro de Münsterberg é frequentemente citado como o marco da Psicologia Jurídica e foi realmente um *best-seller* para o público geral (MOSKOWITZ, 1977 citado por ARCE; FARIÑA, 2013, p. 158). Contudo e apesar de sua importância, a influência da publicação de Münsterberg para os profissionais da Justiça recebeu críticas, sendo considerada escassa. Uma das críticas de destaque foi o artigo do juiz John Wigmore, em 1909, que considerava as teorias e técnicas psicológicas de Münsterberg vagas e difusas para serem aplicadas à prática forense. No entanto, alerta o potencial da Psicologia para a Justiça no referente à utilização dos conhecimentos empiricamente prováveis (ARCE; FARIÑA, 2013). Contudo e apesar dessas críticas (KUNA, 1976 citado por ARCE; FARIÑA, 2013, p. 158), Münsterberg foi o grande estimulador de estudos psicológicos aplicados ao campo jurídico-legal. Cabe destacar que passaram-se vinte e três anos da publicação de Münsterberg para que Mira y Lópes escrevesse o primeiro livro de Psicologia Jurídica com caráter

científico, o *Manual de Psicologia Jurídica,* escrito em 1937, em Barcelona, Espanha. O final do século XIX e o início do século XX foram marcados por um interesse crescente pela credibilidade dos testemunhos. A flutuação deste interesse e, consequentemente, dos estudos desenvolvidos nesta área, desde sempre refletiu as mudanças sociais e culturais de cada época. Na Alemanha e na França, os estudos com carácter sistemático no âmbito da sugestionabilidade existem desde o início do século XX, enquanto nos Estados Unidos as contribuições nesta área foram diminutas até meados do século XX. Estas diferenças encontram reflexo nos respectivos sistemas jurídicos vigentes. Na maioria dos países Europeus não existia qualquer júri, era o juiz quem interrogava as testemunhas, recorrendo com frequência aos peritos na área da Psicologia do Testemunho. Por outro lado, nos Estados Unidos, considerava-se suficiente a presença de advogados e não utilizavam-se de estratégias de avaliação da veracidade dos relatos das testemunhas (LOFTUS, 1986 citado por CUNHA, 2010, p. 05). Decorrentes deste novo foco de interesse, vão aparecendo os primeiros estudos em torno da análise das falsas memórias. Na literatura não se encontra um consenso quanto ao ano do primeiro estudo experimental realizado por James McKeen Cattell na Universidade da Colômbia, sobre simulação de interrogatório judicial. Bartol e Bartol (2005) nos levam ao ano de 1893, já Ceci e Bruck (1993 citado por CUNHA, 2010, p. 07) à 1895. Estes estudos introduziram uma controvérsia sobre a confiança *versu*s a exatidão do testemunho. Cattell realizava suas experiências com estudantes universitários, criando um procedimento que incluía questões com informações sugestivas sobre um evento encenado, sendo solicitado o grau de confiança dos sujeitos em relação às suas

respostas. Os resultados apontaram uma imprecisão nas respostas dos sujeitos, aliada a uma elevada confiança (CECI; BRUCK, 1993 citado por CUNHA, 2010, p. 05; DRAKE, 2009, citado por CASTRO, 2015, p. 02). Este experimento acarretou um grande eco na Europa, onde não só foi replicado, como também gerou uma linha de pesquisa sobre a Psicologia do Testemunho. Destacaram-se as contribuições fundamentais de Alfred Binet, em 1900, William Stern, em 1910, (CUNHA, 2010; ARCE; FARIÑA, 2013) e Varendonck e Lipmann, em 1911, no desenvolvimento da metodologia da simulação neste tipo de estudos (CASTRO, 2015). No início de século XX, Binet contribuiu, de forma decisiva, para um melhor conhecimento do fenômeno da sugestionabilidade. Defendeu a possibilidade de estudá-la empiricamente através de métodos diretos, conduzindo experiências nas quais eram colocadas perguntas sugestivas relativas a uma imagem apresentada aos sujeitos, mostrando que tais perguntas podem levar a respostas distorcidas (GUDJONSSON, 2003). Este pesquisador chegou a conclusões importantes sobre a influência externa na aceitação da sugestão: o sujeito seria obediente ou aberto à influência mental, com tendência para imitar, e a sugestão anularia o sentido crítico do sujeito. Descobriu ainda que atitudes, expectativas e imaginação eram relevantes na avaliação da sugestionabilidade (DRAKE, 2009 citado por CASTRO, 2015, p. 02-03). Outra contribuição relevante de Binet, segundo Arce e Fariña (2013), foi sua reflexão sobre a necessidade de criar uma ciência psico-legal, além disso, suas contribuições para a Psicometria foram fundamentais para a criação de ferramentas para endossar avaliações forenses. Posteriormente, Stern levou a cabo vários estudos pautados por metodologias distintas. Em um deles, após a visualização de uma

imagem, era solicitada a participantes com idades entre 7 e 18 anos uma evocação livre, ao que se seguia um conjunto de perguntas, umas sugestivas e outras neutras. Este autor demonstrou que as questões sugestivas podem, de fato, levar a distorções nas respostas, que vão tendencialmente ao encontro da informação sugerida. Os procedimentos adotados nos outros estudos do autor, tentavam aproximar as experiências a situações reais, pelo que os participantes observavam episódios encenados por personagens escolhidos para o efeito. Este segundo tipo de estudo assumiu-se como inovador em sua época, na medida em que Stern conseguiu, assim, ultrapassar uma das limitações apontadas nos estudos pioneiros, o fato de serem utilizados apenas estímulos estáticos, portanto, muito diferentes das situações do dia-a-dia (DAVIES; FLIN; BAXTER, 1986 citado por CUNHA, 2010, p. 07). Neste contexto, cabe destaque ao estudo inovador de Pear e Wyatt, em 1914, que incluía uma simulação ao vivo de um incidente (CUNHA, 2010). Em 1911, Varendonck fez importante contribuição para a Psicologia Jurídica através de seus estudos como perito na avaliação de testemunhos de crianças em um caso de homicídio. Nessa situação, os relatos das crianças forneciam detalhes acerca da aparência de um habitante local identificado como suspeito da morte de uma menina chamada “Cecile”. Varendonck questionou a fidedignidade dos testemunhos das crianças, chamando a atenção para o fato de terem passado por interrogatórios repetidos e de serem submetidas a perguntas e processos altamente sugestivos. Neste mesmo ano o autor desenvolveu um estudo em que se pedia às crianças que simulassem a descrição de uma pessoa que se aproximava delas na escola naquela manhã. Note-se que o episódio e a pessoa envolvida não eram reais. Um número

significativo de crianças incluiu nas suas respostas informações como a cor das roupas e o nome dessa pessoa hipotética. Varendonck chamou a atenção para o impacto das perguntas sugestivas na distorção do relato das crianças, principalmente quando estas são sujeitas a mais de um interrogatório, colocando em papel de destaque a influência decisiva de fatores sociais e contextuais na obtenção de testemunhos (CUNHA, 2010). O trabalho desenvolvido por Binet foi continuado por Lipmann (1911), na medida em que este autor corroborou a tendência das crianças mais novas fornecerem respostas que vão ao encontro das expectativas do entrevistador, podendo passar depois a acreditar verdadeiramente nas respostas dadas.

> O entrevistador como uma figura de autoridade para a criança deve estar atento de que esta tenderá a preencher as lacunas da sua memória com a informação sugerida de forma a tornar o seu relato consistente com a pergunta que lhe foi formulada, passando depois a ter dificuldade em perceber se esta é real ou se foi apenas imaginada. Estas pressuposições têm sido alvo de análise ao longo dos tempos, constituindo-se como a temática central do debate ainda atual em torno dos processos de monitoramento de fonte do testemunho (ACKIL; ZARAGOZA, 1995 citado por CUNHA, 2010, p. 08).

Passados os anos, surgiram outros autores que avançaram nos estudos sobre a sugestionabilidade como Gudjonsson, (1983), Gudjonsson e Clark (1986) e Schooler e Loftus (1986).

3.2 Sugestão e simulação na psicologia do testemunho

A sugestionabilidade interrogativa diz respeito à propensão de alguém ser enganado, sendo observada no contexto de um interrogatório e/ou numa situação de pressão interpessoal em que é apresentada uma informação falsa (GUDJONSSON, 1997 citado por PENAJOIA; PINHO; DIAS, 2015, p. 251). Em consequência da recepção de mensagens sugestivas, as pessoas alteram as suas respostas comportamentais como, por exemplo, o relato que fazem de determinados acontecimentos de acordo com essa informação sugestiva e as expectativas criadas pelo interlocutor (GUDJONSSON, 2003). Determinadas práticas presentes no interrogatório de testemunhas e suspeitos, nomeadamente, perguntas sugestivas e o feedback negativo (informação de que as respostas apresentadas não correspondem ao esperado e, por essa razão, devem ser modificadas) poderão acarretar consequências graves, que têm sido alvo de preocupação. Dessas práticas poderão, sobretudo, ocorrer testemunhos sem credibilidade e falsas confissões, pondo em xeque o funcionamento adequado do sistema de justiça, que os utiliza como meio de prova (DRAKE; BULL; BOON, 2008). Na década dos anos 80, Gudjonsson começou a ser frequentemente requisitado por advogados de defesa e de acusação para avaliar a credibilidade das testemunhas. Tratava-se, principalmente, de casos de testemunhas com limitações cognitivas e de arguidos que tinham feito falsas confissões à polícia. Confrontado pela ausência de um instrumento padronizado que permitisse medir a sugestionabilidade interrogativa e a resposta à pressão interrogativa dos sujeitos presentes a interrogatório policial, Gudjonsson desenvolveu a *Gudjonsson Suggestibility Scale*

1 - GSS 1, em 1984, e a *Gudjonsson Suggestibility Scale 2 – GSS 2,* em 1987. Além do trabalho de construção e validação deste instrumento, foi apresentado um modelo – o modelo psicossocial de Gudjonsson e Clark – explicativo da sugestionabilidade tendo em conta o que sucede, muitas vezes, em interrogatórios policiais (PENAJOIA; PINHO, DIAS, 2015). Neste modelo é proposto que a sugestionabilidade interrogativa resulte da relação que se estabelece entre um indivíduo, o meio ambiente e outras pessoas presentes (GUDJONSSON, 2010 citado por PENAJOIA; PINHO, DIAS, 2015, p. 252). Na sua base há dois aspectos-chave: (1) perguntas sugestivas e (2) feedback negativo, frequentemente presentes nos interrogatórios policiais, e que podem ser o motor das respostas distorcidas. O feedback negativo é um tipo de instrução que pode alterar significativamente as respostas dos indivíduos. Implica um comportamento de desaprovação e de crítica do entrevistador em relação ao desempenho do entrevistado (BAIN; BAXTER, 2000). Gudjonsson admite que o feedback negativo pode: (1) levar os entrevistados a mudar as suas respostas prévias e (2) potenciar a vulnerabilidade individual a questões sugestivas (GUDJONSSON, 1984 citado por PENAJOIA, PINHO; DIAS, 2015, p. 152). Além disso, o modelo em questão baseia-se na premissa de que a sugestionabilidade depende, especificamente, das estratégias de *coping* ou afrontamento que os indivíduos desenvolvem e empregam, quando são confrontados com dois aspetos importantes da sugestionabilidade interrogativa: a (1) incerteza e as (2) expectativas (Gudjonsson, 2003). Todas as testemunhas, vítimas e suspeitos vão para um interrogatório com um conjunto próprio de ferramentas cognitivas. Esse repertório cognitivo é influenciado pela (a) incerteza acerca do que vai

acontecer, (b) o grau de confiança interpessoal relativamente ao interrogador, e (c) as suas expectativas em relação ao interrogatório. Tal repertório pode facilitar um comportamento resistente, assim como um comportamento sugestionável na situação de interrogatório (BAIN; BAXTER, 2000). Receber feedback negativo é uma condição para aumentar a incerteza, que por sua vez incrementa a vulnerabilidade à sugestionabilidade. Por outro lado, pode diminuir a autoestima do indivíduo e induzir ansiedade, ainda que temporariamente, tornando-o mais suscetível a atender a pistas externas, em vez de depender do seu próprio quadro de referência interno (GUDJONSSON, 2003). A simulação de disfunção neurocognitiva, por sua vez, corresponde ao "exagero ou produção intencional de uma perturbação cognitiva com o propósito de obter ganhos materiais substanciais ou evitar responsabilidades formais" (SLICK; SHERMAN, IVERSON, 1999, p. 552 citado por PENAJOIA, 2012, p. 253), como por exemplo o serviço militar, o trabalho ou o cumprimento de penas relatados no DSM-V (APA, 2014). Estudos indicam que as taxas de simulação em contexto criminal variam entre 17% e 19% (SULLIVAN; LANGE, DAWES, 2007 citado por PENAJOIA, 2012, p. 21). Testemunhas ou suspeitos podem se beneficiar da obtenção de uma elevada pontuação na GSS se desejarem invalidar o seu depoimento inicial, simulando serem particularmente suscetíveis à sugestão (BAXTER; BAIN, 2002). Para isso podem por exemplo, simplesmente, fingir não se lembrar de detalhes da narrativa dos acontecimentos. Quanto aos reclusos, Penajoia, Pinho e Dias (2015) afirmam que estes podem apresentar uma tendência para a desejabilidade social (tendência do entrevistado a responder de acordo com as normas sociais) ou simulação ou esforço insuficiente em busca de ganhos ou

benefícios dentro da prisão. No entanto, pode acontecer que os simuladores desconheçam a verdadeira natureza das medidas de sugestionabilidade, não sabendo, portanto, qual a forma mais eficaz de simular nos testes (SMITH; GUDJONSSON, 1986 citado por PENAJOIA, 2012, p. 21). A existência de uma associação entre sugestionabilidade interrogativa e simulação-esforço insuficiente tem sido apontada em alguns estudos (BAXTER; BAIN, 2002). Gudjonsson observou que o nível de evocação mnésica se correlaciona negativamente com a sugestionabilidade interrogativa (quanto mais fraca for a memória de acontecimentos, maior será a sugestionabilidade). Portanto, um desempenho inconsistente (uma combinação de índices elevados de recuperação mnésica e de sugestionabilidade ou de níveis baixos de recuperação mnésica e de sugestionabilidade) pode ser considerado um resultado equívoco e necessitar de esclarecimento (GUDJONSSON, 1999, citado por PENAJOIA, 2012, p. 21). Smith e Gudjonsson (1986) realizaram um dos primeiros estudos sobre simulação na GSS1, utilizando dois grupos experimentais. Em um desses grupos, pessoas de QI médio ou acima da média foi instruído que simulassem a um nível potencialmente abaixo do padrão ao que estão acostumados, não tendo sido dado qualquer detalhe da finalidade do teste, exceto de que se tratava de um teste de memória. O outro grupo de participantes serviu de grupo controle, constituído com pessoas com QI ligeiramente abaixo da média. As principais conclusões foram que os participantes que simularam mostraram um nível de evocação substancialmente mais pobre do que os "não simuladores", não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os grupos ao nível da Sugestionabilidade Total (PENAJOIA, 2012, p. 21). Baxter e Bain (2002) realizaram um estudo da mesma

natureza, dividindo os participantes em duas condições: "simulação" e "procedimento padrão" [nesta condição, o teste foi administrado da forma estipulada no manual e os entrevistados simplesmente foram informados de que iam realizar um "teste de memória"]. Os autores encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em *Cedência 1* para ambas as formas da escala, com os participantes da condição "simulação" a obterem resultados mais elevados. O estudo de Boon, Goznab e Halla (2008) 61 participantes foram organizados em três condições distintas: "procedimento padrão", "conhecimento do teste" e "simulação". Na segunda condição os participantes foram previamente informados sobre os verdadeiros objetivos da prova – um teste de memória que foi administrado com a finalidade de avaliar o grau de sugestionabilidade dos indivíduos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a "Sugestionabilidade Total" com o grupo na condição "simulação" a obter resultados mais elevados do que as restantes condições. Em 2006, Woolston, Bain e Baxter procederam a um estudo com amostra de 66 estudantes universitários, com uma média de 25 anos e QI médio ou acima da média, utilizando a GSS1. Os investigadores dividiram os participantes em três grupos: "vulneráveis" (os participantes foram informados dos objetivos do teste e instruídos a tentar convencer o entrevistador a acreditar que eram particularmente susceptíveis à pressão interrogativa e a ceder às questões sugestivas, mostrando-se afetados por essa pressão), "totalmente sugestionáveis" (os participantes foram instruídos a ceder a tudo o que o entrevistador dissesse, sem questionar) e "procedimento padrão". Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as três condições para as quatro medidas da GSS1. Os

participantes das condições "vulneráveis" e "totalmente sugestionáveis" apresentaram pontuações similares em Cedência 1, Cedência 2 e Sugestionabilidade Total, e ambos os grupos mostraram resultados mais elevados nestas medidas do que o grupo "procedimento padrão". As pontuações de mudança foram significativamente mais elevadas na condição "totalmente sugestionáveis", comparativamente às outras duas condições. As pontuações nas evocações foram significativamente mais baixas nas condições "vulneráveis" e "totalmente sugestionáveis", em comparação com as obtidas pelo grupo na condição "procedimento padrão" (PENAJOIA, 2012, p. 22). É notório que a temática sobre a Simulação e/ou esforço insuficiente e a Sugestionabilidade interrogativa são fundamentais e precisam de estudos sistemáticos, pois os resultados podem transformar a atuação dos profissionais e a aplicação dos conhecimentos ao campo prático. Como afirma Drake e Bull (2011), as implicações legais que podem advir de práticas inadequadas de interrogatório de adultos sugestionáveis e de pessoas simuladoras podem ser extremamente graves. Neste caso, é preciso pesquisar mais sobre o tema para que a atividade legal seja acolhida e subsidiada com qualidade. Contudo, o que observamos através de pesquisas e buscas na literatura é que tais assuntos tem recebido pouca atenção por parte do meio científico, nomeadamente, dos psicólogos brasileiros, pois são escassas as publicações e discussões sobre a simulação/esforço insuficiente e sugestionabilidade interrogativa. Apesar das contribuições históricas da Psicologia do Testemunho para o estudo da sugestionabilidade nos depoimentos, atualmente, pouco se tem a esse respeito. É fato que os estudos sobre a simulação e a sugestionabilidade contribuíram significativamente para a

Psicologia Forense no entendimento das modificações dos testemunhos e de como uma pessoa tende ao erro quando colocada em situações de pressão, dada as suas características pessoais. Por outro lado, permanece o desafio para as ciências na busca por meios que possam identificar pessoas ou instituições que provocam a sugestão com a finalidade de obter vantagens em julgamentos próprios ou de terceiros. Não se pode portanto, ignorar a presença da sugestionabilidade, da simulação e da manipulação em vários setores e instituições sociais. Essa conclusão pode ser uma inquietação para estudiosos, interessados em contribuir para o entendimento e conscientização sobre o comportamento simulador-dissimulador de pessoas.

4 PREVALÊNCIA DA SIMULAÇÃO E CONTEXTOS DE INSERÇÃO

É necessário explicitar que este livro surgiu da uma publicação anterior dos autores sobre a simulação [Rodrigues et al. Simulação de sintomas e transtornos mentais: uma revisão crítica do fenômeno para a psicologia. 2016]. Com isto, esclarecemos que com autorização dos respectivos autores e da revista [Revista Estudos de Psicologia], em alguns capítulos, teremos reproduções literais do artigo supracitado. Nesse sentido, na revisão anterior observou-se que:

> Ao longo da história a simulação esteve presente no comportamento de soldados, marinheiros e prisioneiros de guerra que fingiam-se de doentes ou de mortos para conseguirem dispensa dos serviços militares ou mesmo para fugir dos deveres cívicos [...]. A partir do séc. XX houve uma crescente publicação referente ao tema da simulação na medicina, mas sem especificar seus sinais e sintomas e sem consenso acerca do seu conceito [...]. Contudo, a pesquisa sobre a "pseudohypoacusis" ou condição de aparente perda de audição na ausência de evidência clínica ou audiológica vem chamando a atenção dos especialistas como um caso típico de simulação e encontrando apoio empírico [...]. O problema é visto como um fenômeno psicossocial e para a sua avaliação a figura do psicólogo é considerada fundamental (RODRIGUES et al., 2016, p. 135).

Portanto, a arte de simular para obter ganhos secundários pode estar inserida em diversos âmbitos, desde situações corriqueiras do dia a dia, bem como em processos cíveis e criminais. A prevalência de simuladores tem aumentado, fazendo-se necessários olhar

com mais profundidade sobre o fenômeno (SIMÕES et al., 2010 citado por RODRIGUES et al., 2016, p. 138-139). Embora seja difícil encontrar uma taxa de simulação específica, de um modo geral, estudos indicam que tal comportamento pode variar entre 15 a 40% (CONROY; KWARTNER, 2006RAY, 2009; LARRABE, 2003 citado por RODRIGUES et al., 2016, citados por RODRIGUES et al., 2016, p. 139).

> Slick, Tan, Strauss e Hultsch [...] realizaram um estudo sobre a simulação de sintomas um pouco diferente, pois eram entrevistados 39 profissionais diversos e que estavam trabalhando em várias áreas. Tais profissionais consideravam que durante os últimos 12 meses pelo menos 10% dos avaliados simularam sintomas (RODRIGUES et al., 2016, p. 139).

Como observado, a simulação ou dissimulação de sintomas está presente no dia a dia das pessoas e nos mais diversos e inusitados contextos. Contudo, neste capítulo trataremos sobre os contextos penal e prisional; responsabilidades parentais; organizações e saúde, por sua transcendência.

> Faz-se necessário esclarecer que os ganhos secundários podem ser inúmeros, como incentivos de natureza financeira, redução de penas, alteração nas condições de trabalho, ter acesso a fármacos, indenizações, evasão de responsabilidades e ameaça de punição ou retaliação, e podem acarretar um declínio de desempenho, nomeadamente, em casos de avaliação da competência para testemunhar, de exame das sequelas de um acidente, de processos de responsabilidades parentais e de pedidos de reforma antecipada [...]. (RODRIGUES et al., 2016, p. 138).

4.1 Contexto penal e prisional

De acordo com Rodrigues e seus colaboradores:

> Nos últimos anos tem crescido o interesse dos pesquisadores, com grande número de publicações concentradas em indivíduos que recorrem a afirmações falaciosas no sistema médico-legal [...], em decorrência da facilidade de tentar forjar os seus desempenhos nas avaliações ou perícias realizadas pelos profissionais [...]. Isso acarreta um aumento significativo de solicitações de atuações dos profissionais de psicologia, pelo menos em contextos internacionais já que a atuação dos psicólogos nesse tipo de avaliação se resume ao emprego da avaliação psicológica e especificamente a testagem psicológica. Neste âmbito, estes devem se pronunciar, enquanto peritos, sobre a credibilidade dos examinados que dizem possuir déficits cognitivos, queixas emocionais e/ou posturas defensivas e protetoras [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138). Na esperança de obter compensações secundárias e/ou atenuar as condenações, é consensual que a população que se encontra reclusa tem mais tendência para simular sintomas de forma a justificar o passado criminal, sendo frequente encontrar simulação no desempenho de testes [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138).

Segundo Durão e Lucas (2015) no Direito Penal, de um modo geral, entre as motivações mais comuns para simular está a tentativa de escapar de uma sanção penal ou do cumprimento de prisão. Alega-se em ocasiões possuir uma doença ou ter agido sobre o feito dela. Por mero sentimento de vingança, ao tentar imputar lesões autoinfligidas a terceiros, ao alegar uma

falsa agressão, violação, ou uma tentativa de assalto, quando desonestamente furta um valor alheio, entre outras razões.

> A prevalência da simulação varia de acordo com o contexto [...] e tipo de simulação considerado [...] existindo indicações de que a prevalência de comportamentos associados à simulação é substancialmente elevada em contexto prisional [...] (RODRIGUES, et al., 2016, p. 139). Vários estudos que analisaram comportamentos de simulação em contexto prisional centraram-se no exagero de sintomas [...] tendo sido encontrados valores entre os 32%, numa amostra proveniente de uma prisão de média segurança [...] e os 45-56%, dependentemente do instrumento utilizado, numa amostra de reclusos que relataram ter solicitado serviços de consulta psicológica [...]. E pesquisas mais recentes [...], verificaram prevalências de comportamentos de simulação de 64.5% e 66.5% em amostras de reclusos que procuraram serviços psiquiátricos. No entanto, estes números podem ter sido inflacionados pelo fato de apenas os reclusos, previamente apontados como suspeitos de simulação, terem sido submetidos à avaliação [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138).

4.2 Contexto das responsabilidades parentais

> Simões et al. [...] afirmam que também é possível observar um aumento da simulação nas avaliações psicológicas em contextos de litígio, e os ganhos secundários, aponta-se como a principal razão para que este fenômeno aconteça [...] (RODRIGUES, et al., 2016, p. 138). Merckelbach, Smeets e Jelici [...] apontam que há uma probabilidade de 13 a 29% de um sujeito falsear sintomas numa perícia

> de avaliação psicológica; e para casos de avaliação de personalidade se encontra entre 17 a 19% a probabilidade de tentar enganar o avaliador. A questão da credibilidade das alegações no âmbito das responsabilidades parentais é de extrema importância, uma vez que pode trazer fortes implicações para a vida dos progenitores e, acima de tudo, para a vida de crianças e/ou adolescentes. Como exemplo, pode-se citar a questão da guarda conjunta [...], principalmente em casos de violência [...]. Assim, uma avaliação da simulação pouco criteriosa pode ter consequências negativas substanciais para a vida pessoal e familiar do examinado [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138).

4.3 Contexto do trabalho

Apesar de já termos tratado sobre diversos conceitos de simulação ao longo da história em capítulo anterior, destacamos neste momento, algumas conceituações relativas ao âmbito do trabalho. Bruno (1941) afirma que na Segunda Semana Paulista de Medicina Legal, em 07 de novembro de 1940, foi definido a simulação em infortunística. Esta área diz respeito à parte da Medicina Legal que estuda os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Portanto, neste contexto a simulação é vista como o conjunto de manifestações conscientes e artificiais por via das quais se concretiza a vontade do empregado para iludir terceiros (o médico, o empregador, as companhias de seguros, advogados, juízes, curadores especiais das vítimas de acidentes do trabalho, etc.), tendo em vista obter determinadas vantagens.

4.3.1 Conceitos e classificações no âmbito do trabalho

Com o intuito de compreender o aspecto médico-legal do problema, aproveitando-se das diferentes classificações já existentes, sua experiência e a gravidade dos meios de que lança mão o simulador, o autor indica as modalidades de simulação: I – Simulação verdadeira; II – Agravação voluntária; III – Imputação inexata; IV – Dissimulação e V – Exageração. A *simulação verdadeira* é a modalidade onde o sujeito inventa ou imita uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença, a fim de, com este meio ilícito, auferir vantagens pessoais. Neste caso há a simulação do acidente, vale dizer, a simulação da causa (por isso que, na verdade, não se registou nenhuma lesão corporal, perturbação funcional, ou doença, produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele) e a simulação dos pretendidos efeitos desse pseudoacidente. Nesta modalidade podem ser incluídas simulações de dor, anestesias, nevroses, epilepsia, paralisias, cegueira, surdez, mutismo etc. E em segunda instância as afecções cutâneas, hemoptises, hematemeses, albuminúrias, hematúrias etc. A *agravação voluntária* diz respeito ao ato de agravar. Na simulação em infortunística, entende-se por agravação quando o empregado recorre, voluntariamente, a meios ilícitos para fazer piorar o estado da sua lesão corporal, perturbação funcional ou doença, com o objetivo de auferir determinadas vantagens. Como exemplo, pode-se citar a aplicação de substâncias irritantes num ferimento e a inobservância das prescrições médicas (locomoção antes do prazo médio da consolidação óssea, a retirada do imobilizador antes da indicação). A *imputação inexata* é modalidade de simulação que o empregado atribui dolosamente (imputação inexata consciente) ou,

até, de boa fé (imputação inexata inconsciente), a um traumatismo de fato ocorrido, uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença preexistente ou superveniente, mas sem que haja nexo real de causa e efeito. *Dissimulação* em infortunística é aquela espécie de fingimento que consiste em ocultar uma determinada lesão corporal, perturbação funcional ou doença, com o intuito de ser tido como saudável e obter um emprego ou um seguro de vida ou ainda, após ter ingressado no trabalho, atribuir uma origem traumática ao mal de que já padecia e, mais tarde, exigir ilicitamente uma indenização. Francesco Carrara (s/d citado por BRUNO, 1941, p. 11) esclarece que na simulação se faz aparecer o que não existe, já na dissimulação se esconde aquilo que existe. Uma provoca a falsa crença de um estado não real; a outra oculta o conhecimento de um estado existente. A finalidade do procedimento do indivíduo, assim na simulação como na dissimulação, é enganar, caráter fundamental das várias formas simulatórias. A simulação é um fantasma; a dissimulação, uma máscara. Em infortunística, fazer um diagnóstico a posteriori da dissimulação é muito difícil. De feito, após o contrato de locação de trabalho e já se encontrando o empregado em pleno exercício de suas atividades, estes podem, muitas vezes, mascarar a fraude. Por isso a importância do exame admissional meticuloso do empregado antes de ser efetivado na organização (BRUNO, 1941). A *Exageração* segundo Silva (s/d citado por BRUNO, 1941, p. 11) é o ato de exagerar, que significa amplificar, encarecer, representar as coisas maiores do que são; exagerar as suas grandezas, a sua dor, seus males. Nos infortúnios do trabalho, nesta modalidade de simulação o trabalhador exagera a lesão corporal, perturbação funcional ou doença com a pretensão de subir o preço da indenização. Durão e

Lucas (2015) no artigo "Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia" apresentam uma classificação proposta por Calabuig, que contempla seis modalidades de simulação de sintomas quanto aos fins idealizados pelo simulador: I – *Simulação defensiva*: quando se pretende evitar uma sanção penal ou condenação. II – *Simulação ofensiva*: quando se pretende atribuir uma lesão a terceiros, como vingança. II – *Simulação lucrativa*: é o exemplo dos mendigos que exploram a piedade alheia como forma de ganho pessoal. IV – *Simulação aduladora*: praticada por discípulos e cortesãos, que imitam os comportamentos ou padecimentos dos mestres e poderosos em busca de reconhecimento pessoal. V – *Simulação ambiciosa*: semelhante à anterior, mas com o objetivo de obter honrarias e outras sinecuras. VI – *Simulação afetiva*: motivada por razões sentimentais, amorosas ou rancorosas. Na classificação de Calabuig (s/d citado por DURÃO; LUCAS, 2015, p. 27-28), também com seis modalidades e o acréscimo da fraude clínica: I – *Doença provocada*: são induzidas pelo próprio, como resultado de lesões autoinfligidas. Neste caso, se trata de lesões reais, porém são simuladas na sua intenção fraudulenta pela finalidade utilitária de sua origem. II – *Doença alegada*: É a mais elementar de todas, limitando-se ao simples fingimento de sinais e sintomas. III – *Doença imitada*: É a mais frequente de todas, tal como um ator, o simulador interpreta todo o quadro sintomatológico da doença alegada. IV – *Doença exagerada* (metasimulação): É sem dúvida difícil saber até onde termina a verdade e começa a mentira, já que aqui existem sinais e sintomas verdadeiros, mas o simulador apenas os exagera. V – *Doença imputada:* Existe uma doença pré-existente, que não é exagerada, ou simulada, mas o simulador apenas tenta falsear

a sua origem, atribuindo a outra causa. VI – *Doença dissimulada*: Ao contrário de tudo que já foi exposto, o objetivo é ocultar o verdadeiro estado mórbido, ou minimizar os seus efeitos, como forma de ingresso nas Forças Armadas ou obtenção de seguros. Almeida Júnior, conceituado autor médico legal brasileiro, classifica os casos de simulação em três modalidades: 1) *lesões inexistentes*; 2) *lesões existentes*, mas independentes do trabalho e 3) *lesões parcialmente dependentes do trabalho*. As lesões independentes do trabalho são, por sua vez, divididas em pretextadas e provocadas. No primeiro caso, estão lesões de outra natureza atribuídas ao trabalho, e no último, lesões causadas intencionalmente pelo segurado. As lesões parcialmente dependentes do trabalho são classificadas por este autor em agravadas e prolongadas (DURÃO; LUCAS, 2015).

4.3.2 Motivações para simular

Assim como em outros contextos, os quadros de simulação no âmbito trabalho são frequentes, onde alega-se a existência de uma doença ou incapacidade, objetivando ganhos secundários. As razões são tantas que seria impossível enumerá-las, mas, como exemplo podemos citar um trabalhador que refere uma lombalgia para justificar a sua ausência no trabalho, direitos trabalhistas, compensações financeiras, aposentadorias etc.. Em sede do Direito do Trabalho, os exemplos típicos são os acidentes de trabalho, em que a recuperação esperada do sinistrado nunca acontece, motivada por litígios e ações indenizatórias (DURÃO; PINTO; NUNO,

2012; DURÃO; LUCAS, 2015, citados por RODRIGUES, et al., 2016, p. 138).

> Nesta área dos processos cíveis, também há relatos de casos relacionados com acidentes de trabalho que se apresentam como uma parcela considerável na avaliação da simulação, uma vez que são, usualmente, altamente litigiosos [...]. E ainda há casos na categoria militar, em que a avaliação da simulação se revela particularmente importante devido ao grande número de pedidos de compensação, dispensa e aposentadoria do serviço, após algum tipo de lesão sofrida pelo militar no decorrer do serviço [...] (RODRIGUES, et al., 2016, p. 138).

4.3.3 Diagnóstico da simulação

> É preciso deixar claro que nem todo o simulador age de má-fé, ou mesmo que nem toda simulação é verdadeiramente uma simulação, ou seja, a própria simulação, pode ser a manifestação de um transtorno psiquiátrico real e verdadeiro. Não existem sinais patognomónicos e o diagnóstico nem sempre é possível. É um mito acreditar que um perito jamais poderá ser enganado por um verdadeiro simulador (DURÃO; LUCAS, 2015). A simulação pode ser tentada de algumas formas. Ora existe uma lesão que é falsamente atribuída ao trabalho, ora houve um acidente que não causou lesão, mas é usado como justificativa para o absenteísmo laboral. No primeiro caso, pode o examinando ter sofrido a lesão em um acidente pessoal em nada relacionado ao trabalho, como por exemplo, uma entorse do joelho numa partida de futebol com os amigos. No segundo caso, houve acidente, mas não existe a lesão alegada. Não pode ser comprovada de forma

objetiva. É alegada principalmente por meio das queixas álgicas. Em outros casos, sequer existiu qualquer acidente (DURÃO; PINTO; NUNO, 2012). A dor é um fenômeno subjetivo, de difícil comprovação. As reações de defesa antálgicas a mobilização e ao toque são importantes sinais, que com a experiência se consegue ficar mais sensível aos seus detalhes. Reações muito exageradas costumam denunciar o simulador, que em determinados casos é orientado por terceiros a reconhecer as manobras e testes que a ele serão aplicados (OLIVEIRA, 2000). Não existe nenhuma manobra conclusiva na pesquisa da dor. Alguns sinais clínicos foram consagrados na literatura médico pericial e podem ser observados. O sinal de Müller preconiza que se faça um círculo ao redor da região onde é alegada a dor, passando-se a pressionar os pontos desta área sem que o doente observe, pela combinação e alternância dos pontos pressionados, pode se detectar a simulação do doente frente a sua reação. O sinal de Levi baseia-se nas alterações pupilares despertadas pela manipulação da área com dor e o Sinal de Mankof no aumento da frequência cardíaca após a manipulação do local doloroso (DURÃO; LUCAS, 2015). Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e/ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e a Fibromialgia são síndromes que acometem grande número de indivíduos e apresentam etiologia multifatorial, sendo, portanto, de grande complexidade diagnóstica. Em comum, os indivíduos diagnosticados com essas duas síndromes apresentam dor e desconfortos em diferentes regiões corporais. Além da dor difusa, parecem ser também sintomas comuns os distúrbios do sono, ansiedade, depressão, fadiga, vertigem, dores de cabeça e síndrome do cólon irritável. Apesar dos aspectos comuns, essas duas síndromes apresentam implicações legais, preventivas e terapêuticas bas-

> tante diferenciadas, o que indica a necessidade de clareza diagnóstica para que medidas preventivas e terapêuticas adequadas possam ser estabelecidas de forma a nortear a atuação dos profissionais da área da saúde (ALENCAR; COURY, OISHI, 2009). Segundo relatos de pesquisadores clínicos, os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho não existiriam enquanto entidade clínica independente e seriam frequentemente simulados. Por outro lado, trabalhos amplos e criteriosos de revisão da literatura realizados por Strock e Bernard indicam fortes evidências epidemiológicas entre essa síndrome e fatores ocupacionais (ALENCAR; COURY, OISHI, 2009). Os autores mencionados (2009) analisaram os aspectos relevantes na emissão dos diagnósticos de DORT e Fibromialgia na percepção de 36 médicos assistenciais e 39 peritos, estes responderam a questões estruturadas e abertas sobre aspectos considerados relevantes na emissão de diagnóstico destas síndromes. Considerando a opção para apresentação de outros aspectos, no grupo dos médicos assistenciais, foi citado o fator "aspecto da simulação com propósito judicial" e no grupo dos peritos o "ganho secundário".

4.3.4 O exame pericial

O perito deve ser imparcial, ético e atento às boas normas da sua prática e ao estado da arte de cada especialidade ou segmento a ser periciado. Não cabem aqui especulações ou juízos de valor. Deve ser crítico e dominar a semiologia, agindo com total isenção e responsabilidade (DURÃO; LUCAS, 2015). A perícia começa pelo exame indireto, com a análise das peças processuais, as circunstâncias que estiveram na origem da doença, o tipo de

lesões alegadas, a duração e a evolução do tratamento (OLIVEIRA, 2000; DURÃO; LUCAS, 2015). No exame direto, a observação começa mesmo antes da abordagem do doente, a forma como este se desloca, a força com que abre a porta, a posição com que se senta na cadeira, as órteses ou próteses que usa; muitos simuladores adquirem diversas imobilizações, muitas das vezes colocadas de forma equivocada, como forma de impressionar a entidade patronal e sensibilizar o perito. Um simulador pouco experiente pode expressar o seu nervosismo de forma agressiva, não colaborando com o exame físico (OLIVEIRA, 2000; DURÃO; LUCAS, 2015). Os motivos do exame, os antecedentes pessoais e a personalidade do doente podem revelar um histórico de lesões anteriores. Lesões fictícias, que muitas vezes acabam por serem operadas, gerando sequelas reais e valoradas. A chamada sinistrose, definida por Afrânio Peixoto como uma "indenisofilia", a busca a qualquer preço por alguma indenização. A IPP (Incapacidade Parcial Permanente) foi introduzida em 1908 por Édouard Brissaud, observada nos acidentes de viação, onde o doente com lesões reais exagerava seus sinais e sintomas de forma inconsciente (DURÃO; LUCAS, 2015). As queixas devem ser conduzidas como uma anamnese atenta e bem dirigida, de forma a detectar discrepâncias e contradições. O exame clínico é crucial, não raro se observam sinistrados que durante o exame esquecem-se do membro com que mancavam ao se levantarem ou se vestirem (OLIVEIRA, 2000; JORGE; JORGE, 2011). Durão e Lucas (2015) e Oliveira (2000) apontam alguns aspectos que ao serem observados e analisados podem ajudar o profissional perito a ficar alerta e detectar inconsistências no comportamento do avaliado, assim como, fatores biopsíquicosociais associados

às lesões e a interação do doente com o seu meio: (1) No seu relacionamento no Emprego: I – Doentes que começam um novo trabalho antes do acidente; II – Sintomas que pioram quando retornam ao trabalho e que não se repetem quando estão em casa; III – Perda de motivação no emprego; IV – Excesso de faltas e licenças em razão de pequenos acidentes ou queixas; V – Intransigência com a entidade patronal. (2) Reclamações: I – Insatisfação com a entidade patronal; II – Companhia de Seguros; III – Médicos e terapeutas. (3) Econômicos: I – Quando os benefícios a ganhar são maiores que 50% do salário base. (4) Contexto social: I – Múltiplos acidentes de trabalho com IPPs (Incapacidade Parcial Permanente) anteriores; II – Sinistrose/ Indenisofilia. (5) Aspectos Diagnósticos: I – Doente indaga sobre os testes e exames mais recentes quando todos já realizados são normais. (6) Aspectos Terapêuticos: I – Doente nunca tolera os tratamentos, piorando sempre e agravando as queixas. Solicita o preenchimento de formulários para benefícios como deficiente físico, mostrando ser um profundo conhecedor da legislação em vigor; II – História familiar e os acompanhantes do doente; III – Acompanhantes agressivos, que questionam sistematicamente o tratamento e as condutas tomadas; IV – Mais queixosos que o próprio doente, que não toleram o "estar com o doente", referindo que este necessita sempre de alguém para ajudá-lo. (7) Incongruências: I – Tendência para o exagero; II – Sintomas muito passageiros, que nunca são presenciados ou observados durante a consulta; III – Sintomas subjetivos (cansaço na segunda feira, ao fim do dia, dor de cabeça quando sobrecarregado de trabalho); IV – Posições de defesa, queixando-se antes mesmo do exame. (8) Discrepâncias: I – Respostas contraditórias, por exemplo, quando

da pesquisa sensitiva ao encostar algo quente, o doente refere como frio e vice versa; II – Resposta aos movimentos contra a resistência. Doentes que referem perda de força, mas realizam diferentes resistências durante a repetição da manobra. (9) Contradições: I – O doente acaba por se contradizer em diversas consultas, quando confrontado com os exames complementares e pareceres de outras especialidades normais. Os exames complementares são de inquestionável valor na documentação e comprovação clínica (RIBAS, 1946). As lombalgias e suas raquialgias, por exemplo, carecem de estudos imagiológicos e neurofisiológicos, como TAC (Tomografia Axial Computorizada) ou IRM (Ressonância Magnética) e eletroneuromiografia, respectivamente. Porém, algumas tendinites e até mesmo lombalgias e cervicalgias, podem ocorrer sem nenhuma comprovação de exames complementares (DURÃO; PINTO; NUNO, 2012). A fibromialgia, por exemplo, ainda é um grande desafio. Não se pode negar as queixas incapacitantes que esta pode gerar em seus doentes, mas também é importante reconhecer os vários simuladores que dela se aproveitam. É preciso experiência clínica e multidisciplinar para a melhor apreciação pericial destes doentes e o seu diagnóstico preciso (OLIVEIRA, 2000; DURÃO; LUCAS, 2015).

4.3.5 Depressão relacionada ao trabalho

Estimativas indicam que quatro em cada dez pessoas têm depressão. Só no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, são mais de 10 milhões de pessoas que sofrem com o problema. Apesar de não escolher sexo nem faixa etária, a incidência maior

da doença se dá entre os 20 e os 40 anos, justamente no auge da vida profissional. As mulheres são as mais vulneráveis ao problema – o número de casos é o dobro do de homens. Entretanto, não se sabe ainda se isso ocorre devido às pressões sociais, às diferenças genéticas e psicológicas ou a um conjunto de fatores (WORLD HEALTH ASSOCIATION - WHO, 2020). São muitos os fatores que podem desencadear a depressão: a perda de um ente querido, o fim de uma relação amorosa, problemas financeiros e dificuldades profissionais. Por conta das longas jornadas de trabalho, pressões por resultados, competitividade e estresse, os ambientes corporativos estão cada vez mais relacionados às causas do desenvolvimento da doença. No caso de pessoas com pré-disposição para o problema, o estresse ocupacional pode ser a gota d'água (WHO, 2020). Com relação à Depressão há casos em que há necessidade de verificar uma possível simulação pelo exagero intencional das queixas ou até pela inexistência de elementos para se confirmar o diagnóstico. Neste sentido, o Exame Médico Pericial (EMP) deverá ser o mais detalhado possível levando-se em observação as alegações e comprovações do segurado, pois assim poderemos avaliar a incapacidade que possa existir no exame psicofísico (CRUZ JUNIOR, 2011).

> É imprescindível considerar as seguintes informações para atingir os objetivos básicos do EMP: 1. Estabelecer o diagnóstico da doença; 2. Estabelecer o estado mental no momento da ação; 3. Estabelecer o prognóstico social, isto é, indicar, do ponto de vista psiquiátrico, a irreversibilidade ou não do quadro, a incapacidade definitiva ou temporária, a eventual periculosidade do paciente. Tipo de atividade ou profissão; 4. Dispositivos legais pertinentes; 5. Via-

> bilidade de reabilitação profissional. Este último critério, não menos importante que os demais, reflete que o perito sempre analisa o paciente visando à preservação do indivíduo como um ser produtivo (CRUZ JUNIOR, 2011, p. 68).

De acordo com o mesmo autor, os maus resultados, quanto ao retorno ao trabalho, em prazo compatível, ocorrem por falta de adesão, rejeição e/ou abandono ao tratamento, orientação incorreta ou mesmo simulação (ganho secundário). Enfatiza ainda que o tratamento é longo, o alívio dos sintomas pode levar à interrupção da medicação prescrita, dando ensejo a recaídas. O retorno à atividade também pode ter um cunho terapêutico. Os fatores restritivos ao desempenho podem indicar que uma readaptação funcional permitiria o retorno ao trabalho em uma função diversa da que o paciente exercia, com qualidade de execução. O afastamento prolongado pode piorar a enfermidade, pelo sentimento de inutilidade e isolamento e afastamento dos seus pares.

4.4 A simulação na previdência social

é comum perícias médicas onde o examinado relata diversas queixas, contudo, sem sinal da enfermidade capaz de comprovar as intensas, numerosas e insistentes referidas e manifestações de sofrimento. São poliqueixas que não possuem relação entre si com as causas alegadas. Ditas as queixas agridem as noções de anatomia e fisiologia; são desconexas e ilógicas, relacionadas a um agravamento progressivo, ineficácia dos tratamentos e incurabilidade (RUILOBA, 1991; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1996). A

equipe de perícia médica fica diante de alguém que afirma ser portador de enfermidades invalidantes e como dito, quase sempre, permanente e sem qualquer lógica fisiopatológica. A abundância de exames realizados aleatoriamente, sem clara lógica e indicação médica, revela a busca de qualquer achado, não importando o nexo laboral. Quando apresentam variações da normalidade, determinam o redirecionamento da queixa, surgindo referências a novas patologias. A estes queixosos, podemos denominá-los de simuladores (AMARAL, 2009). Para o paciente simulador, dois conceitos se tornam importantes: (1) ganho secundário e (2) reforço ambiental. Pelo ganho secundário, o paciente busca um benefício no trabalho, um repouso adicional, uma vantagem pessoal etc. O ganho secundário expressa as vantagens que o paciente pode alcançar usando um sintoma para manipular ou influenciar outras pessoas (GUILMETTE et al., 1996). Menezes (s/d) afirma que através da simulação o periciado tem a pretensão de controlar o examinador por meio de queixas (queixar-se de dor fortíssima que o obriga a manter as mãos junto ao corpo, por exemplo) e posturas (entrar no consultório mancando, dentre outros) tendo por finalidade convencer o examinador com o fim de obter ou perpetuar o recebimento de um benefício previdenciário, ainda que o quadro diagnóstico detectado seja considerado passível de cura ou pelo menos de controle.

> Os segurados resistem e buscam robustecer seus atestados, o que nem sempre é possível perante médicos éticos e sérios, portanto têm recorrido, com muita frequência, a fraudadores e falsários, quadrilhas de agenciadores e outros que lhes fornecem até mesmo laudos de ressonância nuclear magnética e laudos anatomopatológicos falsos (ALMEIDA, 2012,

> p. 166). O simulador tem consciência da ilicitude da sua conduta, tanto que, como regra, se utiliza de bengalas, muletas, imobilizadores, andadores e outros artefatos para teatralizar sua falsa queixa. Este comportamento, ao menos em tese, caracteriza o crime de tentativa de estelionato contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (AMARAL, 2009, p. 205).

O fator relacionado ao reforço ambiental para simuladores existe na medida em que organizações ou mesmo o ordenamento legal vigente admitem a dispensa de uma tarefa ou responsabilidade como exemplo o treinamento militar ou a perspectiva de um ganho financeiro significativo, como ocorre em litígios judiciais (MENEZES, s/d). O autor ainda afirma que os mesmos mecanismos que favorecem o ganho secundário e o reforço ambiental estão presentes na chamada "neurose de compensação". Segundo a OMS (1993) a neurose de compensação tem na sua essência dois fatores de ganho, o laboral e o pessoal. Trata-se de um quadro induzido, exacerbado, prolongado decorrido de resultados negativos de ações políticas e sociais ou socioculturais. É comum nos países onde o sistema previdenciário estimula este tipo de comportamento, fazendo surgir muitas pessoas potenciais para ganho secundário e neurose de compensação, e consequentemente simulação de sintomas. Um exemplo seria a postura da legislação previdenciária ao dizer que o "desacordo com patrão e colegas de trabalho" configura-se como possível doença-acidente ocupacional; isso equivale a dizer que tal condição é passível de gerar benefícios, estabilidade no emprego, aposentadoria, o que termina por estimular a adoção do comportamento de doente (GOMES, 2012). Lembramos que a CID-10 descreve exatamente

o "desacordo com patrão e colegas de trabalho" sob o código Z56.5, constituindo-se num dos motivos que pode favorecer a procura de um paciente pelo serviço médico. Do que vimos acima, momentos de desentendimento com o chefe ou colega de trabalho é condição esperada em qualquer grupo de pessoas e não há incapacidade ou invalidez por isso. Contudo, a legislação previdenciária prevê que tal condição configura um transtorno do comportamento relacionado ao trabalho e passível de benefícios, basta o segurado alegar a condição para correr o risco de ser beneficiado pela Previdência Social. A partir deste ponto pode ser muito difícil o paciente reassumir o "status de saudável". Ou seja, temos uma legislação previdenciária que poderíamos chamar iatrogênica. "Iatrogenia" é a condição em que a doença foi gerada pelo tratamento instituído. Neste paralelo, temos "doenças" geradas por uma legislação previdenciária (MENEZES, s/d). Recentemente com a profissionalização da perícia médica previdenciária, tem ocorrido indeferimentos nos processos e, com isso, cessação de auxílios-doença prolongados, alguns por até dez anos! Segundo Gomes (2012):

> Sabemos que o benefício prolongado é uma iatrogenia que leva à invalidez social, não é fácil encerrá-lo a partir do sexto mês, mas isso tem sido feito com muita firmeza e coragem da nova geração de peritos da Previdência. Os segurados resistem e buscam robustecer seus atestados, o que nem sempre é possível perante médicos éticos e sérios, portanto têm recorrido, com muita frequência, a fraudadores e falsários, quadrilhas de agenciadores e outros que lhes fornecem até mesmo laudos de ressonância nuclear magnética e laudos anatomopatológicos falsos (p. 166).

Com inúmeros episódios de fraudes contra a Previdência Social, a Polícia Federal constituiu uma delegacia especializada – Delegacia de Repressão a Crimes Previdenciários (DELEPREV) - em trabalho conjunto com a Previdência Social. As operações da Polícia Federal no âmbito desta delegacia também receberam ampla cobertura midiática, tal como o caso da operação denominada Blindagem II, organizada em 2012 que investigou um grupo criminoso que atuava na região sul do Brasil e fornecia atestados médicos falsos para concessão de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Segundo nota divulgada no site da Polícia Federal, quase cinquenta milhões de reais em benefícios pagos em pela Previdência na ocasião estavam sob suspeita de terem sido fraudados. O DSM-V traz as diretrizes para se suspeitar de simulação. Há que existir na investigação de qualquer das combinações a seguir: a) contexto médico legal de apresentação (ex. o paciente é encaminhado por um advogado para um exame médico); b) acentuada discrepância entre o sofrimento ou deficiência apontada pelo pacientes e os achados objetivos; c) falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e de aderência ao regime de tratamento prescrito; d) presença de um transtorno da personalidade antissocial (APA, 2014). É comum, por exemplo, um periciado queixar-se de dor forte em membro superior, dor esta que o obriga a ficar com o membro constantemente inativo ou imobilizado. Em geral o periciado chega ao exame utilizando uma tala para causar mais impacto. Contudo, o que o periciado desconhece é que a imobilização acarreta hipotrofia de membro. Observa-se, nesse momento, então, um dado que vem contradizê-lo: é que vemos ao exame ambos os membros com musculatura normal, sem flacidez, sem atrofia, sem espasmos

e, não raro, com mãos calejadas. De fato, a falta de coerência entre os sintomas/sinais e os achados objetivos é o principal indicador de simulação (TEIXEIRA, 2012). Por não conhecer as minucias sobre os sintomas e as possíveis correlações entre eles e achados objetivos (o mais triste é que muitos médicos também desconhecem ou não se reciclam). Assim como a discrepância entre as queixas e os achados objetivos torna lícita a hipótese de simulação. Alerta-se, se o médico não ficar atento à sua conduta, poderá gerar mais doença, configurando a já mencionada iatrogenia (MENEZES, s/d). Como aponta o Código de Ética Médica (2019) no seu artigo 35 está que é vedado ao profissional de medicina "exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos" (p. 27). A publicação de Amaral (2009) intitulada *Indenizofilia* nas Perícias Médicas: Sinistrose-Simulação" nos apresenta a expressão Indenizofilia, esta que decorre da sublimação do "direito" à indenização, ao ressarcimento, de uma renda "merecida". Para o autor:

> O indenizofílico não apenas acredita nos seus males, mas na verdade sentem o que referem sentir, estão absolutamente convencidos de que possuem patologias geradoras de "direitos", "renda", nunca aceitam qualquer tentativa de fazê-los ver o aspecto psicossomático do seu quadro. Possuem um perfil que comporta aspectos seguramente homogêneos, de elevada frequência entre os requerentes, especialmente contra a Previdência Social. Suas queixas são variáveis, típicas dos poliqueixosos, na medida em que se multiplicam os exames subsidiários, os atestados médicos, os procedimentos terapêuticos indicados; são na maioria, mulheres, de meia idade, sem qualificação profissional (p. 205).

Os comportamentos mais frequentes são: 1- obstinação e dedicação exclusiva para comprovar a enfermidade; 2- busca de atendimentos médicos a fim de colecionar atestados médicos; 3- colecionismo de embalagens, bulas de medicamentos e receitas médicas. E comumente a invalidez física migra para a invalidez psíquica, sendo a depressão bastante citada. Afirmações de que jamais voltarão a ter condições para trabalhar são frequentes, a reação é contrária a qualquer sugestão de readaptação profissional e ainda reagem como "agredidos". As respostas sobre sintomas, por mais desconexa, é sempre positiva, até que surge a afirmação "sinto tudo", em todo corpo, nada existe que não sinta, "todo meu corpo está doente" (AMARAL, 2009). O poder judiciário, que durante muito tempo permaneceu voltado às conclusões da perícia médica, mais recentemente tem revelado interesse e preocupação crescente face à Indenizofilia. Neste sentido, o Juiz Federal Presidente do Juizado Especial Federal de Osasco, Dr. Marco Aurélio Chichorro Falavinha, elaborou a portaria 26/2006 referente aos procedimentos nas perícias médicas. O documento elenca modelos de quesitos adequados às partes, exemplifica os cuidados com o teor dos atestados médicos formados por profissionais atendentes não peritos e, ao final, avalia a teatralização de sintomas com maximizações destes (MATOS, 2016). Quando há suspeita de fraude, não apenas as contradições se tornam indícios, mas a verificação dos registros nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, e mesmo a ligação para clínicas onde os exames foram realizados se constituem elementos de verificação, por parte dos profissionais envolvidos. Sem sombra de dúvidas estamos diante um quadro psíquico importante, que tem sido estudado, ainda timidamente, mas recentemente tem

crescido o interesse dos pesquisadores, o que tem contribuído para a ampliação do conhecimento a respeito da indenizofilia e simulação. Deve-se, portanto, ficar alerta de que tais práticas, seja a de simulação, iatrogenia e/ou indenizofilia, somente se prestam para onerar as instituições públicas, dificultar a lida do perito, expor profissionais menos atentos ao risco de atestados falsos, dentre outras consequências, sempre com reflexos para toda a sociedade. Cabe ao perito e aos assistentes técnicos estarem cientes da possibilidade de tais comportamentos para que possam identificar e diferençar, com imparcialidade e boa técnica, o paciente com problema de saúde real daquele que está de alguma forma buscando ganho secundário. Segundo Afrânio Peixoto, a simulação, motivada pelo que chama "indenisofilia" (ou sinistrose, segundo Brissaud) é "a luta desonesta pela vida" que em todos os tempos "faz concorrência à luta honesta" (GOMES, 2012).

*4.4.1 Simulação para obtenção de f*ármacos

Os fármacos conhecidos como benzodiazepínicos (BDZs) são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZs apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (MEHDI, 2012). Nos anos posteriores foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de

abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZs. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (MEHDI, 2012). De acordo com Orlandi e Noto (2005) o uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono. Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias. Órgãos internacionais como a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE) e o INCB (INTERNACIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD) têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos. No primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de benzodiazepínicos sem receita médica. Em outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997). No ano de 1999, foi realizado estudo em dois municípios brasileiros, no qual foi analisado um universo de 108.215

notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais. Esse estudo indicou descuido no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade indica a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias, bem como do papel dos profissionais de saúde nesse sistema (NOTO et al., 2002). Estudo realizado por Orlandi e Noto em 2005, intitulado "Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo" cujo objetivo foi avaliar o contexto brasileiro de disponibilidade e consumo de benzodiazepínicos, a partir do ponto de vista dos usuários e dos profissionais de saúde envolvidos no sistema de prescrição e dispensação desses medicamentos revela as estratégias de aquisição dos mesmos. De acordo com o mesmo autor, para ter acesso aos psicofármacos são utilizados de artifícios tais como simulação, bajulação, sedução e ameaças do tipo: "*se eu não tomar o remédio vou ter um infarto*" foram citadas por três dos sete médicos entrevistados como estratégias de aquisição da prescrição. A principal estratégia, enfatizadas pela maioria dos entrevistados, foi a aquisição de receita junto a médicos amigos ou familiares, além de solicitação de receita a médicos diferentes (alternadamente), como ilustra o seguinte relato:

> "[...] normalmente é assim, um parente que é médico, uma colega que é médica, então elas vão tentando obter a medicação até conseguir... enfim, elas obtêm a medicação... Então existe toda uma negociação mesmo, um vínculo que elas vão estabelecendo com os diferentes tipos de médicos" (psicóloga, 52 anos).

Os profissionais acreditavam que a frequente procura de receita pelos usuários levava-os a um crescente refinamento das queixas e da simulação de doenças. Assim, o cardiologista entrevistado mencionou casos de pacientes que procuram os médicos apresentando queixas típicas de alteração cardiovascular como dispnéia, precordialgia e ansiedade:

> "No pronto socorro de cardiologia até que são relativamente frequentes esses doentes, eles vêm dizendo que tão com falta de ar, que tão com dor no peito, que tão muito nervosos e que se não tomarem o remédio não vão melhorar, são muito dependentes do medicamento" (cardiologista, 54 anos).

Portanto, para ampliarmos esse entendimento Rodrigues e colaboradores explicam que:

> O fato de a simulação estar presente nos diversos espaços e com aumentos consideráveis, é no mínimo curioso. Uma vasta literatura indica como sendo uma possível explicação para o fenômeno o fato da informação sobre qualquer temática, incluindo a psicologia (por exemplo, sintomas dos transtornos e síndromes neuropsiquiátricas), medicina do trabalho e entre outros estar cada vez mais acessível à população [...]. Victor e Abeles [...] afirmam que tal fato leva até advogados a sugerirem aos seus clientes que evidenciem determinados sintomas e comportamentos simulados [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138). Por outro lado, percebe-se que a simulação é ainda algo situacional, ou seja, a simulação de sintomas, por parte de determinado sujeito, é usualmente restrita ao contexto ou situação, não devendo este sujeito ser visto como desonesto ou censurável [...]. Como explicita Iverson [...] quase todo

> indivíduo, ao longo da vida, um dia já simulou algum sintoma, por exemplo, para faltar ao trabalho ou à escola. (RODRIGUES et al., 2016, p. 138-139). Devido à ampla gama de decisões judiciais que pode advir da avaliação da validade das respostas, do esforço e da realização de relatórios, avaliações cuidadosas se fazem necessárias e urgentes em todos os âmbitos que a simulação pode estar inserida, uma vez que envolvem uma série de questões cíveis, criminais, familiares e de saúde pública [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 138).

A interpretação depreciativa que o termo simulador ou dissimulador exerce sobre os doentes, soando como mentirosos, ou impostores, impede e desmotiva grandes estudos nesta matéria, falseando resultados e dificultando um levantamento estatístico fidedigno. O diagnóstico da simulação não é fácil e nem sempre é possível. Todo o cuidado deve ser tomado para evitar falsas conclusões. O perito deve prestar atenção àqueles doentes "rotulados" como simuladores, lembrando os efeitos deletérios e depreciativos que este termo possui. Mesmo um simulador, pode também apresentar lesões reais, que acabam não sendo valoradas por se julgar tudo apenas como uma simulação. Em alguns casos a própria simulação é por si só uma manifestação psiquiátrica legítima. Mesmo o profissional mais experiente pode não detectar um grande simulador. Razão pela qual o exame pericial não deve se cingir a um único momento, o que nem sempre é possível. A experiência pericial é fundamental, mas, sobretudo, a prática, o conhecimento da semiologia e do exame físico e psicológico, negligenciado tantas vezes em detrimento da excessiva busca pelos exames complementares, que sem dúvida, também são importantíssimos para o diagnóstico e a documentação médico legal.

5 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS SIMULADOS

Como dito anteriormente, o comportamento de simulação de sintomas é bastante comum na história, estando presente nos diversos contextos sociais. Paralelamente a esta constatação, surge o interesse por estudar a simulação de sintomas e criar meios para a sua detecção a partir da construção de protocolos eficientes de avaliação, instrumentos legais que apurem determinados casos e aprofundamento de estudos sobre transtornos mentais e seus diagnósticos diferenciais, advindos da Psicopatologia e demais ciências associadas. Assim, proporciona-se o estabelecimento de critérios classificatórios de sintomas e, em conjunto, auxiliam na evolução dos questionamentos das atitudes simuladas, ampliando o espectro do que se caracteriza por transtorno mental e diferenciando-o do comportamento simulado. Portanto, o cotidiano dos serviços de saúde pública em geral, bem como os contextos forense, previdenciário, jurídico e médico-legal, devem tomar conhecimento de tais diferenças. Estudos prévios já apontavam sobre os principais transtornos mentais que seriam simulados com maior frequência. Nesse capítulo, objetiva-se ampliar o entendimento sobre esses transtornos e investigar como podem ser detectados por profissionais que atendem essa demanda.

5.1 Sintomas e transtornos mentais simulados

A avaliação da simulação de sintomas e transtornos mentais, assim como de qualquer estilo de resposta relacionada, requer dos avaliadores a consciência da possibilidade de ocorrência do fato, conhecimento aprofundado dos fenômenos psíquicos e

sintomas psiquiátricos, além de atenção minuciosa sobre os reais "benefícios" e se o examinado tem um diagnóstico confirmado (BENDER, 2019). Com base em pesquisas na literatura, Rodrigues et al. (2016) afirmam que entre os principais sinais sindrômicos e transtornos mentas simulados, estão:

> [...] o estado maníaco, simulação de formas esquizofrênicas, demência, delírio sistematizado, histerismo, estado melancólico, mutismo, epilepsia, amnésia e o delírio ciumento (...) Além destes, também foram encontradas na literatura pesquisada algumas menções ao transtorno de estresse pós-traumático (p. 141).

Segundo Bazzo (2016), a descrição do estado maníaco é composta pelos itens:

> [...] de alteração do humor, do comportamento e atividade, da fala, do padrão de sono, da atenção e do pensamento. Os episódios podem ter características psicóticas, que aqui se define pela deficiência no teste de realidade. Nesse caso, os delírios e alucinações poderiam ou não ser congruentes com a alteração do humor (p. 06).

O estado maníaco, de acordo com a psicopatologia, é caracterizado pela euforia, elação (estado ou percepção de expansão do eu), a aceleração das funções mentais (taquipsiquismo) que resultam em comportamentos motores agitados, exaltação, logorreia, loquacidade e pensamento acelerado. Muitas vezes podem sentir-se pressionados a falar sem conseguir conter tal vontade, demonstram irritação ou disforia, delírios de grandeza, agressividade e desinibição social (DALGALARRONDO, 2008). Compreende-se que o sujeito em

estado maníaco possui características que sugerem alterações específicas de comportamento e funcionalidade. Os critérios de identificação levam em consideração a presença de sintomas à história de vida do sujeito, classificando-os quanto a intensidade de prevalência do episódio (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017). Segundo Rodrigues et al. (2016), ao trazerem as reflexões de Altavilla (2007), ao simular os sintomas do estado maníaco,

> [...] o simulador se entrega, pois precisa estar atento e interessado no desenrolar do seu processo e acaba por, em determinados momentos, demonstrar raciocínio lógico através de uma frase sensata, ou observação acurada, acontecimento que um sujeito no estado maníaco jamais conseguiria. Ao mesmo tempo, a simulação dessa desordem mental exige enorme esforço, o que requer momentos de repouso, onde o simulador termina por revelar sua falácia, já que o maníaco se mantém ativo e coerente ao seu estado mental o tempo todo (p.141).

A esquizofrenia é um transtorno mental no qual o sujeito perde (total ou parcialmente) o contato com a realidade objetiva. As pessoas acometidas por esta desordem psíquica costumam ver, ouvir e sentir sensações que não existem na realidade (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008). Na esquizofrenia e nas síndromes psicóticas os sintomas típicos são as alucinações e delírios, pensamento desorganizado, comportamento bizarro, discurso incoerente e a percepção de perda, distanciamento ou cisão da realidade e do julgamento social, ou juízo de realidade prejudicado. A pessoa acometida nesse espectro tem o insight prejudicado, o que pode influenciar suas crenças delirantes (DALGALARRONDO, 2008). Na esquizofrenia tem-se a dissociação e incoerência, tanto no

discurso quanto no pensamento, o que faz com que a simulação dessas manifestações tenha poucas chances de sucesso, pois a tendência é exagerar as características mais conhecidas, podendo mostrar sinais de sanidade ao ser observado por certo tempo. A pessoa que simula, a depender do contexto, pode possuir conhecimento inespecífico da enfermidade simulada ou simular todos os critérios diagnósticos ao mesmo tempo, tornando-se uma simulação esdruxula. (ALTAVILLA, 2007; RESNICK, 2008; BENDER, 2019). Resnick (2008) sugere alguns princípios a serem observados quando houver suspeita de simulação de esquizofrenia. Quanto às alucinações auditivas, os simuladores devem ser questionados sobre as estratégias que utilizam para reduzir ou fazer desaparecer as vozes. Visto que pacientes verdadeiros tendem a enfrentar: 1) realizando atividades específicas, como trabalhar ou assistir televisão; 2) mudar de postura, como se deitar ou andar; 3) conversar com uma pessoa próxima. Essas ações espontâneas devem ser avaliadas nos simuladores, pois se a pessoa não conhece profundamente a doença, durante a entrevista, não fornecerá essas informações. Outro aspecto importante é que a cadência do discurso é normal em pacientes genuínos, porém, os simuladores às vezes se referem ao conteúdo de suas alucinações em linguagem artificial e excessivamente complicada. Sobre as alucinações visuais, Resnick (2008) também aponta que quando o conteúdo é dramático ou atípico deve-se suspeitar de simulação. De acordo com Dalgalarrondo et al. (2003), o delírio é um dos fenômenos mais fundamentais e intrigantes da psicopatologia e da clínica psiquiátrica. Embora nos últimos tempos um dos temas mais estudados, a compreensão dos mecanismos produtores do delírio, bem como suas mais significativas implicações clínicas e terapêuticas, ainda é insuficiente. De

acordo com Resnick (2008), os simuladores costumam referir que os delírios apareceram repentinamente. Quando se sabe que um delírio real é construído ao longo de meses ou anos, até sua sistematização. Na avaliação de um delírio genuíno, Resnick (2008) indica que seu conteúdo deve ser considerado uma vez que quando fingido é frequentemente perseguidor, às vezes grandioso e dificilmente autodepreciativo. Além disso, o comportamento dos simuladores geralmente não está de acordo com o suposto delírio, enquanto nas pessoas com uma psicose verdadeira a relevância comportamental é maior. Os delírios sistematizados estão presentes nas síndromes psicóticas e no transtorno delirante (CID F22) e são conhecidos pela estrutura bem-organizada e consistente. Nesse tipo, a pessoa acometida possui uma longa linha de raciocínio e de riqueza de detalhes que dão suporte ao seu pensamento delirante. São ideias que sugerem inteligência e profundidade para compor e possuem diversos temas, emoções, motivações e elementos desencadeantes (DALGALARRONDO, 2008). Assim, o profissional quando investigar o raciocínio delirante, por mais irracional que pareça, encontrará juízo e associações de ideias coerentes a uma pessoa com um juízo de realidade não delirante. Dessa forma, pode ser que a tendência do simulador seja, ao perceber a coação, se afastar mais da lógica de forma proposital e artificial, nem sempre sabendo que o delírio mais absurdo possui em si uma lógica interna (ALTAVILLA, 2007; RODRIGUES et al., 2016). A definição de demência, segundo o DSM – V, inclui a presença de declínio de memória associado ao déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. Por ser uma

condição adquirida, distingue-se do retardo mental e, por sua persistência, distingue-se do delírio (APA, 2014). A Demência no DSM – V compõe a categoria "Transtornos Neurocognitivos" (TNCs), incorporada à entidade recém-nomeada transtorno neurocognitivo maior, visto que

> [...] abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento. Apesar de os déficits cognitivos estarem presentes em muitos transtornos mentais [...], apenas aqueles transtornos cujas características centrais são cognitivas é que fazem parte da categoria TNC. Os TNCs são aqueles em que a cognição prejudicada não estava presente ao nascimento ou muito no início da vida, representando, assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente (APA, 2014, p. 591).

A prevalência média de demência acima dos 65 anos de idade varia entre 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa (LOPES; BOTTINO, 2002). Estudo colaborativo reafirmou a prevalência de 7,1% para América Latina, contudo acrescentou que esta prevalência é mais alta entre indivíduos relativamente mais jovens (entre 65 e 69 anos) que seus pares em regiões desenvolvidas. Algo que talvez explique é a associação entre baixa reserva cognitiva e baixo nível educacional nos países latino-americanos, o que causa sinais clínicos de demência mais precoces nessa população (NITRINI et al., 2009). Sobre a Demência, o DSM – V adverte quanto a sintomas apresentados pelo avaliado e pontos importantes a serem observados pelos profissionais. Por exemplo, quanto ao domínio neurocognitivo da atenção complexa, o indivíduo

> passou a ter uma dificuldade maior em ambientes com múltiplos estímulos (TV, rádio, conversas); é distraído com facilidade por eventos concomitantes no meio ambiente. Não consegue participar a menos que a quantidade de estímulos seja limitada e simplificada. Tem dificuldade de manter novas informações, como relembrar números de telefone ou endereços recém-fornecidos, ou relatar o que acabou de ser dito. Não consegue fazer cálculos mentais. Todo pensamento leva mais tempo do que o normal, e os componentes a serem processados têm de ser simplificados para um ou poucos (p. 593).

Com relação a função executiva, o paciente realiza o

> abandono de projetos complexos. Necessidade de concentrar-se em uma tarefa de cada vez. Necessidade de confiar em outros para planejar atividades importantes da vida diária ou tomar decisões (APA, 2014, p. 593).

Quanto a aprendizagem e memória a pessoa

> repete-se na conversação, frequentemente em uma mesma conversa. Não consegue se ater a uma lista curta de itens ao fazer compras ou lista de planos para o dia. Precisa de lembretes frequentes para orientar uma tarefa à mão (APA, 2014, p. 594).

No domínio neurocognitivo da linguagem o avaliado

> tem dificuldades significativas com a linguagem expressiva ou receptiva. Costuma usar expressões de uso comum, como "aquela coisa" e "você sabe o que quero dizer", e prefere pronomes genéricos a nomes. Com prejuízo grave, pode até não lembrar nomes de amigos mais próximos e familiares. Ocorrem uso de palavras idiossincráticas, erros gramaticais

> e espontaneidade produtiva, bem como economia de comentários. Estereótipos no discurso ocorrem; ecolalia e discurso automático costumam anteceder o mutismo (APA, 2014, p. 594).

Sobre os sintomas perceptomotores

> apresenta grandes dificuldades com atividades antes familiares (uso de instrumentos, direção de veículo automotivo), navegação em ambientes conhecidos; costuma ficar confuso ao anoitecer, quando sombras e níveis reduzidos de luz mudam as percepções (APA, 2014, p. 595).

E na temática da cognição social o comportamento do sujeito é

> claramente fora das variações sociais aceitáveis; mostra insensibilidade a padrões sociais de pudor no vestir-se ou em tópicos políticos, religiosos ou sexuais nas conversas. Concentra-se excessivamente em um tópico apesar do desinteresse ou retorno direto do grupo. Objetivo comportamental sem considerar família ou amigos. Toma decisões sem considerar a segurança (p. ex., roupas inadequadas ao clima ou ao contexto social). Comumente, tem pouco entendimento dessas mudanças (APA, 2014, p. 595).

Na simulação das síndromes demenciais é importante o profissional estar atento às características e critérios sindrômicos, como: perda das habilidades cognitivas e funcionais que foram adquiridas ao longo do desenvolvimento pleno (linguagem, hábitos de higiene, reações afetivas etc.). A característica mais ressaltada é a perda da memória, as alterações das funções executivas associadas ao lobo frontal, algumas alterações da personalidade e deterioração do comportamento social global

(DALGALARRONDO, 2008). Segundo Altavilla (2007), é preciso estar atento a fisionomia "parada" e a perda de algumas habilidades de autocuidado, essas características podem fazer a diferença quando exageradas no contexto de simulação. Também é possível identificar a ansiedade no olhar preocupado e ativo, móvel, sagaz, olhar de alguém a ser julgado e tem consciência do fato. Como se esperasse a validação. Além disso, ele se entrega ao conseguir realizar tarefas delicadas que requerem paciência e atenção. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V publicação da Associação Americana de Psiquiátrica – APA (2014, p. 31), o déficit intelectual é definido como fenômeno que

> caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. O atraso global do desenvolvimento, como o nome implica, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. [...] A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente, por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado.

Os simuladores de déficit intelectual podem ser flagrados pelo avaliador ao responder perguntas corriqueiras óbvias de forma incorreta quando comparados aos pacientes acometidos verdadeiramente. Alguns falsários podem crer que é necessário demonstrar também prejuízos graves na memória, assim, apresentam piores resultados neste aspecto que pacientes genuínos (BENDER, 2019). No que diz respeito ao paciente histérico simulante, esse se revela pelo exagero das características que fazem parte dos critérios diagnósticos. Portanto, é preciso estar atento aos elementos que conduzem ao diagnóstico. De acordo com Rodrigues et al. (2016), existe uma diferenciação básica no comportamento da pessoa em sofrimento histérico e a pessoa em simulação que seria justamente a consciência dos sintomas, enquanto o histérico tem a sua tendência de esconder os sintomas para evitar o estigma, o simulador tornará o que se reconhece como sintoma histérico evidente. Silber et al. (1980) referem a melancolia como um estado de "inacessibilidade afetiva", onde se perde a capacidade de experimentar e reconhecer afetos. Fuchs (2010) complementa argumentando que, diferente das depressões reativas, pessoas acometidas utilizam a expressão depressão para sinalizar que são incapazes de sentir algo. Ou seja, perderam sua ressonância afetiva com os outros e que se sente petrificado. Quanto ao estado de melancolia ao ser simulado, Rodrigues et al. (2016, p. 141) destacam características que apontam traços esdrúxulos de atuação da melancolia:

> Os simuladores se deixam descobrir ao tentar simular sintoma tão grave como o suicídio sem levar em consideração a concordância com um quadro complexo que levaria a tão extrema atitude. Além disso, a preparação da cena é feita de forma banal e amadora (p.141).

Os autores também afirmam que o discurso do simulador indicaria defesa e interesse em narrar os acontecimentos para as pessoas, tal atitude contraria o comportamento melancólico por este sugerir inibição e negativismo. Uma pessoa com simulação pode não conter o esforço de se mostrar inibido e melancólico em uma situação de interrogatório, tornando o comportamento simulante elucidativo. Em caso de depressão psicótica, sabe-se que a variação diurna dos sintomas faz parte de sua manifestação clínica, onde o paciente verdadeiro apresenta maior gravidade dos sintomas e humor mais disfórico pela manhã e alguma melhora no final do dia. É provável que essa oscilação clínica não seja relatada pelos simuladores, pois eles não têm conhecimento profundo do distúrbio (CARO et al., 2005). Segundo o DSM – V o mutismo está inserido nos distúrbios psiquiátricos que afetam o desenvolvimento, geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância ou adolescência. Trata-se de

> [...] um transtorno de ansiedade caracterizado por ausência da fala em um ou mais contextos ou cenários. O mutismo seletivo pode aparecer em crianças com algum transtorno da fala devido ao constrangimento causado por suas limitações. Muitas crianças com mutismo seletivo, todavia, apresentam fala normal em locais "seguros", como em casa ou junto dos amigos mais próximos (APA, 2014, p. 45)

Dentre os critérios diagnósticos estão:

> A. Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações. B. A perturbação interfere na realização educacional ou profissional ou na comunicação social. C. A duração mínima da perturbação é um mês (não limitada ao primeiro mês de escola). D. O fracasso para falar não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social. E. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex., transtorno da fluência com início na infância) nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico (APA, 2014, p. 195).

Kristensen e Torgersen (2001) afirmam que o Mutismo é considerado uma patologia de etiologia multifatorial que pode vir associada a transtornos de ansiedade e déficit de linguagem, onde Leite et al. (2005) chamam atenção para as áreas de expressão e compreensão verbal. Segundo Rodrigues et al., "o *mutismo é uma forma que os simuladores encontram de se esquivar das possíveis armadilhas da fala*" (2016, p. 142). O mutismo em sua conceituação é a ausência de resposta verbal oral, cujas justificativas podem ser variáveis. Muitas vezes o mutismo é considerado uma forma de negativismo verbal às solicitações do ambiente e está normalmente associado ao estupor, aos quadros esquizofrênicos e depressões (DALGALARRONDO, 2008). O mutismo seletivo em pessoas falantes é caracterizado por fracasso ao falar em situações sociais nas quais existe a expectativa clara da sua fala (aula, entrevistas, apresentações, pedido de ajuda etc.), podendo ser associada a

conflitos interpessoais (DALGALARRONDO, 2008; APA, 2014). Dessa forma, simular o mutismo requer conhecimento profundo, manter-se calado pode parecer mais difícil do que se parece, pois o mutismo é apenas um elemento de uma configuração sintomatológica mais complexa com um protocolo diferencial fixo. Assim, a pessoa que se investe na simulação, ao apresentar comportamentos contraditórios ao obstinado silêncio, pode ser identificado enquanto simulação. Segundo observam, Rodrigues et al. (2016, p. 142),

> [...], a gesticulação ativa, o olhar lúcido, móvel, indagador, músculos não relaxados nem contraídos, reagindo às circunstâncias exteriores, desmascaram sua vã tentativa de simulação. Além do mais, o doente que se recusa a falar, geralmente, fala sozinho, sussurra, ou ainda responde apenas com sim ou não, diferente do simulador que tenta se manter calado em todas as circunstâncias. Uma boa estratégia consiste em prolongar o período de observação, ou falar sobre coisas do interesse do simulador em sua presença, pois o cansaço e o fato de que o ser humano é equipado naturalmente para expressar seus pensamentos, fazem com que uma hora ou outra o simulador revele a sua mentira (p.142).

De acordo com Fisher et al. (2005), a epilepsia é um distúrbio cerebral causado por predisposição persistente do cérebro a gerar crises epilépticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e da condição, caracterizada pela ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica. Contudo, o sujeito que simula se ancora na característica básica mais conhecida como a convulsão, não reconhecendo os outros critérios envolvidos

durante a crise e após, ignorando que o fenômeno da epilepsia é um fenômeno intricado e que muitas vezes, segundo Altavila (2007):

> [...] não sabe que o ataque é precedido por um grito inicial, um característico grito que anuncia o mal. Não sabe que na queda qualquer instintivo movimento de defesa desaparece, enquanto ele revela a vontade que se mantém alerta para evitar qualquer dano sério. Não pode determinar a asfixia com suas manifestações ejectivas na modificação do circuito sanguíneo e de coloração periférica da cútis; não pode simular as sacudidelas musculares que apresentam um ritmo tónico e clónico ou combinado e interessam os mesmos segmentos do corpo. Ignora que o ataque epiléptico tem consequências psíquicas: contração, estupor, desorientação; não pode produzir as típicas alterações dos reflexos pupilares, os caracteres especiais da urina (ALTAVILLA, 2007, p. 302).

A amnésia é caracterizada pela profunda perda de memória, contudo, as habilidades cognitivas permanecem relativamente preservadas. Danos seletivos em várias regiões do cérebro foram associados à amnésia, incluindo um circuito compreendendo o hipocampo, diencéfalo e fibras que os conectam (AGGLETON; BROWN, 1999). Em circunstâncias que a pessoa precise falar de um crime, a amnésia pode ser bastante conveniente, mesmo sem a presença de um ataque, para não se deixar confessar. É preciso que o profissional atente para as características da amnésia propriamente dita e seus critérios. A pessoa que simula pode se entregar por detalhes da sua falta de conhecimento sobre o processo de amnésia, como a angústia por não se lembrar de algo, ignorar a Lei de Ribot, típica das amnésias orgânicas, ou acrescentar falas alheias às lacunas de memória (DALGALARRONDO, 2008).

No caso do simulador, este tentará se furtar das tentativas de reintegração psíquica, forçando-se enquanto amnésico (ALTAVILLA, 2007). Rodrigues et al. (2016, p. 142), ressaltam o cuidado na investigação da possível simulação da amnésia decorrente ou não da epilepsia ao afirmar que:

> É importante salientar que em alguns casos de epilépticos o crime se mantém vivo na mente do infrator por alguns dias, vindo a cair no esquecimento por causa da doença. Por isso, é preciso especial cuidado para não atribuir simulação a um caso genuíno de enfermidade (p142).

Para detectar a simulação de distúrbios da memória, as principais medidas tomadas incluem a realização de testes simples, nos quais os simuladores tendem a apresentar déficits maiores que pacientes com reais danos cerebrais. É chamado de efeito de base quando o simulador iniciante exagera seu papel e comete muitos erros nos testes (CARO et al., 2005). Contudo, Cercy, Schretlen e Brandt (1997) apontam dois problemas: 1) pessoas experientes na simulação da amnésia evitam executar muito mal os testes; 2) mesmo os testes aparentando serem simples, alguns pacientes com danos cerebrais verdadeiros ou distúrbios neuropsiquiátricos possuem dificuldade para realizá-los corretamente. O fenômeno de interferência proativa é um caminho para detectar a simulação de distúrbios amnésicos. Esse fenômeno ocorre quando:

> [...] as informações aprendidas interferem na aquisição ou na recuperação subsequente de uma nova mensagem, e isso é analisado, por exemplo, através do paradigma de aprendizado de uma lista de palavras, de acordo com sua posição serial. A interferência

> proativa se manifesta como um declínio na evocação à medida que a lista de palavras progride, de modo que as primeiras palavras aprendidas interferem na codificação e armazenamento das últimas. A interferência é maior quando as novas informações são muito semelhantes às armazenadas anteriormente, como é o caso das palavras que pertencem à mesma categoria semântica, do que quando é apresentada uma categoria de palavras diferentes das armazenadas anteriormente; o que produz certa recuperação nos processos de memória (WIKENS, 1970 citado por CARO et al., 2005, p. 102).

Segundo o estudo realizado por Baker et al. (1993), o efeito da interferência proativa foi encontrado em pacientes com lesões cerebrais verdadeiras, mas não em pessoas que desejam simular danos à memória, onde os simuladores lembravam as últimas palavras da lista melhor do que as primeiras. No entanto, esse fenômeno não foi confirmado por outros autores, pois não encontraram diferenças de grau entre simuladores e pacientes com dano cerebral genuíno. O autor afirma que o interesse de utilizar esse fenômeno como forma de detecção de simulação parte da suposição de que é um processo cognitivo automático, que está além do controle consciente do sujeito. O DSM-V, em seu tópico sobre Transtorno Delirante, menciona o tipo ciumento:

> Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio diz respeito a estar sendo traído pelo cônjuge ou parceiro romântico, esta crença é injustificada e está baseada em inferências incorretas apoiadas por pequenas evidências, que são colecionadas e usadas para justificar o delírio. O indivíduo com o delírio geralmente confronta seu cônjuge e parceiro e tenta intervir na infidelidade imaginária (APA, 2014, p. 360).

Segundo Araújo-Filho e Araújo (2018) os critérios diagnósticos para Transtorno Delirante, onde se inclui o Transtorno Delirante de Ciúme são:

> A. Delírios não bizarros que envolvem situações da vida real, tais como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distância, traído por cônjuge ou parceiro romântico ou ter uma doença com duração mínima de 1 mês. B. O critério A para Esquizofrenia não é satisfeito. C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de suas ramificações, o funcionamento sócio ocupacional não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro. D. Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos delirantes. E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância, como por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou não se deve à uma condição médica geral (onde se exclui o ciúme do alcoolista). Especifica o tipo atribuído com base no tema predominante do delírio: Tipo Erotomaníaco: delírios de que uma pessoa, geralmente de situação mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo. Tipo Grandioso: delírios de grande valor, poder, conhecimento, identidade ou de relação especial com uma divindade ou pessoa famosa. Tipo Ciumento: delírios de que o parceiro sexual do indivíduo é infiel. Tipo Persecutório: delírios de que o indivíduo ou alguém chegado a ele está sendo, de algum modo, maldosamente tratado (p. 693).

O ciúme patológico pode se manifestar de várias formas: 1) delírio, ideia supervalorizada; 2) afeto depressivo ou 3) estado de ansiedade. O ciúme pode ser identificado como delirante quando a crença do cônjuge ou outros está baseada em evidências

delirantes. Tais delírios são resistentes ao tratamento e não mudam com o tempo (SIMS, 2001). Nesse sentido, a leitura de Rodrigues et al. (2016, p. 142) traz o entendimento que auxilia a diferenciar aspectos importantes do que vem a ser o delírio e o que convém a ser simulação, trazendo o efeito pós crise delirante:

> O infrator que mata por causa de delírio ciumento, geralmente, está sobre o efeito de álcool e/ou outros psicotrópicos, e apresentam delírios e alucinações. Após o fato, retomam a consciência e apresentam remorso pelo ato, e muitas vezes apresentam profunda emoção quando mencionada a vítima. Além disso, reconhecem a magnitude fatal do ato, e aguardam, sem preocupações, o julgamento (p.142).

Para que sejam identificadas as características do delírio de ciúmes ou de ciúmes patológico, o indivíduo possui no seu discurso a afirmação de ter sido traído pelo cônjuge, suas colocações são postas com intensidade desproporcional que pode sugerir insegurança e prevalência da ideia de ciúmes e de traição. O paciente tem argumentos e justificativas bem estruturadas afetivamente que podem levá-lo a cometer crimes contra a pessoa a que está afetuosamente ligado. Ocorrem com mais frequência no alcoolismo crônico e em algumas psicoses (DALGALARRONGO, 2008). Nessa perspectiva, ao observar a demanda de delírio de ciúmes no possível simulador, Rodrigues et al. (2016, p. 142) afirmam:

> O simulador, no entanto, não apresenta qualquer manifestação afetuosa em relação à vítima e, embora tente simular delírios, acaba por denunciar a integridade e racionalidade de seu ato. Do mesmo modo, sua evidente preocupação e receio da condenação se manifesta em ansiedade (p.142).

O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem por definição diagnóstica, como fator etiológico, um estressor traumático. As principais características clínicas são:

> [...] a revivência dolorosa do evento, esquiva embotamento emocional, hiperexitabilidade razoavelmente constantes. A revivência geralmente se dá na forma de recordações ou sonhos recorrentes e intrusivas do evento. A esquiva se dá através do esforço para evitar pensamentos, conversas, pessoas, situações e locais que provoquem recordações do evento. [...] O embotamento se manifesta por um "torpor psíquico" e uma falta de interesse por atividades anteriormente prazerosas. Já a hiperexitabilidade se manifesta por sintomas persistentes de ansiedade ou maior excitação, dificuldades com sono e em alguns irritabilidade e até ataque de raiva (GAUER; DIEFENTHAELER; CEITLIN, 2003, p. 439).

A avaliação subjetiva da vítima envolve resposta de pavor e medo (Critério A), está interligada a sintomas de revivência, evitação e excitabilidade fisiológica aumentada; ao tempo (superior a um mês, Critério E); e ao prejuízo funcional (Critério F), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V. Três categorias de sintomas são descritas, a saber: 1) re-experiência intrusiva do trauma (um ou mais sintomas, Critério B); 2) esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral (três ou mais sintomas, Critério C); 3) sintomas persistentes de excitabilidade fisiológica (dois ou mais sintomas do Critério D (APA, 2014). O critério de re-experiência traumática envolve lembranças intrusivas e recorrentes que podem ocorrer sob a forma de sonhos aflitivos e pesadelos. São carregadas de forte componente afetivo, sendo associadas

à angústia e ao sofrimento intenso do paciente (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001). Na fase de obtenção de informações sobre o transtorno de estresse pós-traumático o clínico deve ter muito cuidado para não fornecer qualquer informação à pessoa sobre quais são os principais sintomas do distúrbio. Nesse tipo de transtorno, a pessoa que simula precisa fazer uma descrição do trauma de forma meticulosa, paciente e de forma colaborativa. Se o clínico iniciar a avaliação questionando as respostas do paciente, a natureza agressiva da avaliação poderá afetar o estilo de resposta e a possibilidade de a pessoa tentar justificar seus danos com a presença de sintomas extremos (DOMINGUES, 2012). Rodrigues et al. (2016, p. 142-143), a fim de oferecer entendimento diferencial acerca do TEPT e a simulação desse transtorno, destacam algumas características gerais do TEPT que podem ser identificadas, facilitando a perícia.

> Considerando-se o elemento temporal, os sintomas tendem a aparecer nos primeiros três meses subsequentes ao evento traumático, sendo que o CID-10 estabelece o limite máximo de seis meses para o aparecimento dos sintomas. Os simuladores, muitas vezes, atribuem a causa do seu transtorno a um evento que aconteceu anos antes, no entanto, o TEPT de início tardio é fenômeno raro. Além do mais, o aparecimento dos sintomas justamente durante uma ação judicial é sempre motivo de suspeitas (p.142-143).

Uma das desvantagens do diagnóstico clínico é que se fundamenta no relato do paciente sobre os sintomas subjetivos. Com isso, o psicólogo deve insistir que o sujeito forneça uma descrição detalhada dos sintomas do distúrbio. Os simuladores podem ter amplo conhecimento sobre quais são os sintomas

característicos que compõem o TEPT, mas geralmente não conseguem acomodar esses sintomas à sua vida cotidiana, dando uma descrição pouco detalhada. Os sintomas inventados são geralmente vagos ou bastante artificiais e forçados (CARO et al., 2005). De acordo com o mesmo autor, outra indicação de uma possível simulação é se a pessoa minimiza outras possíveis causas dos seus sintomas e exagera o acidente ou a situação como causa dos seus sintomas pedindo compensação. Por fim, é importante destacar, para fins de tentativa de identificação da simulação da TEPT, o caráter aversivo que as memórias do evento traumático têm para a pessoas que padecem de tal condição de saúde mental. O simulador que não sabe dessa condição característica do TEPT, ao ser questionado sobre o possível evento traumático, pode não manifestar essa aversão. Além disso, as outras condições diferenciais para o diagnóstico do TEPT como a revivescência, podem ser maquiadas pelo exagero, dramatização ou, até mesmo oferecendo mais detalhes a medida em que se questiona um evento que lhe fora traumático (MENDLOWICZ; BERGER, 2011; RODRIGUES et al., 2016).

5.2 Incentivo para reflexões pós leitura

Pelo visto, a motivação anterior, um interesse detectável ou a simples necessidade de resolver algo na biografia do sujeito, parecem algo que subjaz a simulação como uma atitude que vem a defini-la e justificá-la [simula-se para obter algo em algum contexto ou situação]. Para conseguir que esse interesse seja contemplado, as pessoas que se submetem à simulação buscam informações em diversos meios a respeito de condições de saúde (médicas ou psicológicas) que podem fazê-los merecedores de atenção profissional ou lançam mão do conhecimento do senso comum sobre tais condições, a fim de auxiliá-los a validar processos judiciais importantes que podem determinar mudanças e vantagens. Contudo, embora os protocolos de saúde e de diagnóstico sejam hoje em dia difundidos nos principais meios de acesso à internet, o conhecimento científico, a pesquisa, os estudos clínicos e os debates seguem muitas vezes restritos às suas classes profissionais. Isso tanto pode implicar numa exigência maior para que esses profissionais se apropriem de um conhecimento cada vez mais atualizado sobre seu campo de atuação, e o que se espera encontrar no seu cotidiano profissional, como também pode tornar a farsa mais possível de ser detectada, pois exigirá mais expertise do simulador e cada vez menos senso comum. É desafiador para as ciências lidar com a farsa, muitas vezes ela recobre uma necessidade psicológica em mentir sobre si mesmo e que precisa ser investigada e tratada como parte do funcionamento individual do simulador. Lidar com quem simula sobre a sua condição de saúde exige conhecimento e tato, a ausência desse preparo pode precipitar confrontos de profissionais

que suspeitam da simulação com essas pessoas, ou então “caem” no objetivo do simulador. Resta às ciências continuar os estudos e pesquisas sobre a simulação, seus meios e as estratégias para a detecção e aos profissionais o compromisso ético e a atualização.

6 AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Como visto em capítulos anteriores, a simulação é definida como a produção de sintomas intencionais e voluntários, tanto físicos como psicológicos, falsa ou exagerada, a fim de obter ganhos e incentivos externos. O fenômeno pode está presente nas mais diversas situações, desde contextos do dia a dia comum até processos cíveis e criminais. Segundo alguns estudos a prevalência é estimada entre 13% e 66%, dependendo do contexto de avaliação e do tipo de população estudada (DUNCAN, 2005; MITTENBERG; PATTON; CANYOCK; CONDIT, 2002; GREIFFENSTEIN; BAKER; GOLA,1994 citados por ALIAGA; ARCH; GARCÍA-MOLINA; JARNE, 2013, p. 13). De acordo com os autores anteriormente citados, atualmente, existem critérios mais precisos, que aqueles originalmente oferecidos pelo DSM, para diagnosticar o problema. Observa-se que os déficits cognitivos, especialmente déficits de memória, constituem o distúrbio mais frequentemente simulado, embora também seja bastante comum, simular patologias psiquiátricas (BRANDT, 1988 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 13). Essa alta taxa está relacionada ao aumento de incentivos externos que podem ser gerados pela simulação e por causa da dificuldade diagnóstica de validar esses sintomas (LARRABEE, 2007; BINDER; ROHLING, 1996 citado por ALIAGA et al., 2013, p.13). Sendo assim, neste capítulo trataremos sobre o diagnóstico do fenômeno da simulação, da perspectiva da avaliação psicológica, neuropsicológica e da ética profissional.

6.1 Avaliação e diagnóstico de simulação

Explana-se que a relação estabelecida entre o psicólogo-perito e sujeito-periciando será atravessada por intenções conscientes de simulação e dissimulação, no limite da possibilidade de resguardar seus próprios interesses (SHINE, 2005 citado por MARTINS, 2016, p. 05). Desta forma, na avaliação psicológica forense, a relação estabelecida mostra-se diferente da consolidada no trabalho psicológico de enquadre clínico, pois o interesse do indivíduo que demanda auxílio vai de encontro com o fato de ser ele próprio veículo e objeto da ação do profissional. Neste sentido, os interesses entre a demanda e a motivação do sujeito para o trabalho são convergentes. No âmbito forense, a demanda apresentada pelo operador do Direito requer uma resposta do perito, que pode ser ou não benéfico ao interesse próprio do sujeito-periciando. Este tentará fazer tudo para que o psicólogo intermedeie uma resposta favorável ao destinatário, neste caso o juiz, da informação levantada. Rovinski (2000 citado por MARTINS, 2016, p. 05), também alerta que na avaliação psicológica jurídica está propenso a ocorrer fenômenos de simulação e dissimulação. Estes ocorrem em razão do sujeito obter o resultado que deseja. A simulação e a dissimulação fundamentam-se na distorção dos dados produzidos pelos periciados. A simulação é compreendida pela forma que o indivíduo tenta fingir sintomas que não existem, estando sempre relacionada a um incentivo externo. Por outro lado, a dissimulação ocorre quando se procura não demonstrar ou amenizar os sintomas que realmente existem, além de relacionar-se à tentativa de evitar uma privação de direitos. Além disso, a autora em foco destaca os indicadores de simulação que podem

ser observados na entrevista e elencados por Rogers como a dramatização, o exagero, comportamento cauteloso e planejado, variabilidade do diagnóstico psiquiátrico e do próprio discurso e a refutação de sintomas claros (ROVINSKI, 2000 citado por MARTINS, 2016, p. 05). Apesar dos vários indicativos que o sujeito pode fornecer ao profissional,

> [...] assevera-se que é difícil delimitar fatores específicos para se definir a presença da simulação, já que se manifesta em um contínuo, sendo necessário reconhecer os vários cenários onde ocorre. A autora afirma que a avaliação deve ser "conceptualizada como um fenômeno complexo, multidimensional e multifacetado que requer uma abordagem de caráter biopsicossocial" [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 139). É importante conhecer a história individual do sujeito, pois a simulação pode estar associada a incentivos externos relacionados à sua vida passada, como: "história de emprego irregular, ausências excessivas ao trabalho; comportamentos de desonestidade arreigados; conhecimento das normas legais relevantes para o seu caso; exposição prévia a processos litigiosos e experiência com companhias de seguro" [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 139).

Para Taborda (2004), em uma perícia psicológica comumente ocorrem fenômenos como a simulação, uma vez que o avaliando poderá omitir dados que possam prejudicá-lo e incrementar informações que julga serem relevantes para ajudá-lo na avaliação. Nestes casos,

> [...] o perito deverá estar atento a essa possibilidade e buscar confirmar por fontes colaterais (entrevista com terceiros, exame de documentos e prova técnica carreada aos autos) a fidedignidade do que

é afirmado (p. 63) pelo periciando. [...] ensina-se que dificilmente um simulador conhece uma doença mental em sua complexidade e singularidade a ponto de conseguir prever a necessidade de manter uma constância de sintomatologia mesmo antes do crime, fazendo com que eles, em sua leiga tentativa de simular uma doença mental, se entreguem pelo simples fato de manifestarem determinados sintomas apenas após o delito, estes, que muitas vezes possuem diversos estágios e que precisam de um longo período para se desenvolver. Entretanto, o autor instrui ainda que há aqueles criminosos com uma maior capacidade intelectual, sagazes o suficiente para atentar aos detalhes, ou que muitas vezes já passaram por manicômio criminal e tiveram contato com doentes mentais genuínos e conhecem mais profundamente algumas configurações de sintomas. A simulação não é uma tarefa fácil, devido à rigidez da sintomatologia das doenças mentais, o que dificulta a simulação mesmo para o mais rigoroso dos criminosos [...]. Na pesquisa realizada para este trabalho, foi possível verificar que sete publicações acadêmicas [...] apontam para a importância e necessidade de um observador bem treinado e atento para detectar um simulador, que se entrega nas minúcias [...]. Consequentemente, a avaliação da simulação é um procedimento fundamental, não apenas nestes casos. No entanto, este procedimento é poucas vezes utilizado, ou é efetuado de forma pouco rigorosa. Assim, observa-se que a ausência de tal prática e de sua realização cuidadosa constitui um desafio e, ao mesmo tempo, uma perspectiva para todos que lidam com o fenômeno. Mas, cabe ressaltar que avaliação psicológica é considerada como ferramenta imprescindível na identificação do fenômeno [...]. Como mencionado anteriormente, o conhecimento da psicopatologia se mostra essencial, ajudando na identificação de

> características que podem não harmonizar-se com o quadro sintomatológico apresentado, permitindo a identificação do simulador. No entanto, na pesquisa bibliográfica realizada pelos autores, foi encontrado apenas um artigo relacionado à temática, e mesmo assim focando-se apenas no transtorno de estresse pós-traumático. Das referências analisadas nesse estudo, Altavilla (2007) em seu livro "*Psicologia judiciária: o processo psicológico e a verdade judicial*", é o único que apresenta uma lista pormenorizada de sintomas e transtornos mentais mais comumente utilizados pelos simuladores, suas características básicas e as dificuldades enfrentadas pelos periciados em manter a coerência. Esta constitui uma referência de extremo valor para os profissionais que lidam ou que em algum momento podem vir a tratar da demanda de simulação, visto que pode auxiliar no processo de avaliação psicológica de forma significativa [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 140).

Os eventos de simulação e dissimulação são frequentes na avaliação psicológica das características antissociais e psicopatas, desta forma é de extrema importância atentar-se, por meio de observação, ao comportamento do avaliando, a começar por sua chegada a sala de exame. Os sujeitos com estes traços de personalidade são em sua essência manipuladores, podendo assim se esforçarem para controlar seus discursos e expressões durante a perícia, simularem e dissimularem, manipulando as respostas e reações. Por isso, a importância da utilização dos testes psicológicos, não apenas nestes casos, pois facilita o fornecimento de diagnósticos complementares, bem como tende a dificultar estes comportamentos (MORANA; STONE; ABDALLA-FILHO, 2006 citado por MARTINS, 2016, p. 10).

6.2 Testagem psicológica e simulação

A utilização de procedimentos de avaliação psicológica, mais especificamente de seus instrumentos, os testes psicológicos, nas avaliações periciais tem apresentado ganhos quando comparada a uma avaliação baseada somente por meio de entrevistas clínicas. Isto se deve ao fato de que tais instrumentos aprofundam o entendimento do indivíduo avaliado, considerando traços que podem não serem perceptíveis ou mensurados somente pelas entrevistas e observações. Ademais, oportunizam ao perito observar o comportamento de modo padronizado e avaliar se o mesmo encaixa-se nas condições percebidas na população normal. Dessa maneira, os testes permitem amenizar a contaminação subjetiva da percepção e do julgamento do profissional responsável, bem como minimizam a manipulação do periciado na avaliação e viabiliza o acesso a regiões inconscientes do sujeito, muitas das quais ele mesmo desconhece (JUNG, 2014). O uso de testagem contribui para o enriquecimento da avaliação. No entanto, o uso de uma única medida não é aconselhável, pois o conteúdo e o formato dos testes faz com que sejam mais bem aproveitados quando aplicados em conjunto (DOMINGUES, 2012; PAULO, 2012).

> Portanto, o emprego do processo técnico e científico da avaliação psicológica com todas as suas fases e procedimentos se faz uma condição *sine qua non*, de outra forma, não há validade criterial que sustente as afirmações que advirão de um processo tão complexo como o da simulação, onde vários fatores entram em jogo. É preciso, para este processo, o conhecimento da psicopatologia avaliada, as ferramentas de engano utilizadas pelos prováveis simuladores

> e, principalmente, o emprego de instrumentos de avaliação da simulação válidos e fidedignos [...]. Os instrumentos construídos para avaliar a simulação de sintomas procuram mostrar em que medida estes comportamentos são realmente válidos, falsos ou exagerados [...]. Existem diversos métodos para despistar a simulação de sintomas com diferentes graus de eficácia. Enfatiza-se que para além de aplicação de instrumentos psicométricos, é importante fazer uma avalição qualitativa das respostas do periciado, considerando variáveis contextuais/situacionais e incoerência no desempenho [...]. Uma análise subjetiva do avaliador, como, por exemplo, a procura de resultados inconsistentes, discrepantes ou que não façam sentido de um ponto de vista clínico e/ou psicométrico pode ser o primeiro passo para analisar uma situação de simulação. No entanto, o caráter subjetivo e impreciso desta avaliação torna evidentes diversas limitações, refletindo assim uma taxa de sucesso de identificação deficitária [...] (RODRIGUES et al., 2016, p. 140).

Com relação à identificação de simulação e dissimulação nos testes psicológicos, Rovinski cita as seguintes observações que podem ser realizadas na técnica projetiva do Rorschach:

> [...] sujeitos que tentam parecer normais darão maior número de respostas populares; sujeitos que tentam parecer doentes mentais apresentarão maior dramaticidade e respostas com 'sangue', como conteúdo, assim como mais respostas com determinantes de textura e profundidade, movimento inanimado e movimento animal. Aparecerão aumentados os fenômenos especiais, porém não os mais graves, como confabulação e contaminação. Os simuladores parecem, também, não diminuir a boa forma das

> respostas. São referidos, ainda, tempo de reação lento e frequente rejeição de cartões (ROVINSKI, 2000, pag. 189 citado por MARTINS, 2016, p. 08).

O teste de Rorschach é um instrumento muito proveitoso nas avaliações periciais psicológicas, segundo a autora, este proporciona um entendimento psicodinâmico da estrutura da personalidade do indivíduo avaliado. Permite também realizar diagnósticos diferenciais e um levantamento dos traços de personalidade do examinando, assim como avaliar o nível do funcionamento psíquico e a presença de sintomas em casos de suspeita de simulação/dissimulação (ROVINSKI, 2006 citado por MARTINS, 2016, p. 09). Jung (2014) complementa a tese da autora supracitada, considerando que os testes projetivos funcionam como:

> Um método bastante apropriado para se obter dados a respeito das características de personalidade de um periciando, pois as possibilidades de simulação ou dissimulação de características apresentam-se mais reduzidas quando comparadas às entrevistas ou aos testes de personalidades objetivos. Serão as coerências ou incoerências entre os fatos relatados nos autos do processo, nas entrevistas, no comportamento não verbal do examinando e nos resultados dos testes psicológicos que nortearão o psicólogo na análise de questões relacionadas à simulação ou dissimulação (p. 06).

Afirma-se que no Brasil, somente dois testes psicológicos são dirigidos especificamente para as perícias psicológicas, são eles: o PCL-R (Psycopathy Checklist Revised) ou Escala Hare e o IFVD (Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica

Contra Crianças e Adolescentes) (LIRA-CARDOSO, et al. 2020). Neste sentido, estes autores destacam que no cenário da avaliação psicológica forense brasileiro, verifica-se a escassez de instrumentos que auxiliem nas perícias psicológicas, demandando assim que pesquisadores busquem criar ou adaptar testes estrangeiros para atender esta área especificamente, a investigar comportamentos que sejam relevantes às questões legais, incluindo a simulação e dissimulação. Além de que os instrumentos existentes nem sempre atendem aos parâmetros psicométricos reconhecidos. Isso indica a importância de se realizar uma avaliação sistemática sobre como a simulação e dissimulação na perícia psicológica tem sido mensurada pelos pesquisadores brasileiros. Observa-se que nos países mais desenvolvidos, existe uma quantidade superior de instrumentos psicológicos voltados para estas avaliações, que são denominados "Forensic Assesssment Instruments (Instrumentos Específicos de Avaliação Forense)".

> A respeito do uso dos testes [...] destaca-se que embora existam vários TVS (Teste da Validade de Sintomas) disponíveis no contexto internacional, não há consenso relativamente de qual é o "melhor" instrumento na detecção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas. E ainda, neste âmbito, emerge a evidência da necessidade de ajuste dos pontos de corte, sob pena de classificar erradamente estes sujeitos em "simular" ou em "exagerar sintomas" [...]. Destarte, apesar de reconhecida a importância dos TVS em situações que não apenas de litígio, o seu uso ainda não é sistemático em contexto de avaliação psicológica e neuropsicológica [...]. Esse problema alcança especificamente o contexto brasileiro, onde a falta de instrumentos forenses específicos é uma triste

> realidade e outros instrumentos específicos para a avaliação na personalidade estão desatualizados e com parecer negativo do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI. Dentre eles, inclui-se o MMPI-II-R (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - 2 - Restruturado) e o MILLON-III (Inventário Clínico Multiaxial de Millon - 3ª Versão). O primeiro encontra-se desatualizado e corresponde à versão inicial do instrumento, e o segundo ainda não foi publicado por alguma das editoras nacionais, ainda que já exista uma versão validada para o contexto nacional que vem sendo empregada em pesquisas (RODRIGUES et al., 2016, p. 140).

Contudo, o autor do MILON_III faleceu e possivelmente cairá em desuso antes mesmo de ser publicado. Esses instrumentos são utilizados no contexto forense porque ambos possuem escalas de validação e de sinceridade, sendo de grande utilidade para o objetivo da avaliação da simulação de sintomas (RODRIGUES et al., 2016, p. 140). Martins (2016) alerta que somente os testes não são suficientes para fundamentar uma avaliação psicológica forense. Por esta razão, será necessário que tal prática seja exercida por profissionais qualificados para combinar as modalidades de avaliação e instrumental disponível no mercado com intuito de enriquecê-la. Além disso, é importante frisar que o psicólogo deverá manter-se inteirado e vinculado às pesquisas científicas, para que sempre esteja a par de aportes técnicos vigentes e fundamentalmente contribua na confecção de instrumentos para esta finalidade.

6.3 Neuropsicologia e simulação

No âmbito forense, atualmente, quando os peritos-psicólogos defrontam-se com a prática de elaborar e complementar uma avaliação pericial que compreenda um exame cognitivo (exame do estado mental) e a possibilidade de um réu tornar-se inimputável, por meio de diagnóstico como um atraso mental ou prejuízos na memória e/ou outras habilidades cognitivas, os técnicos deparam-se com um pobre número de instrumentos validados que atendam esta demanda. Isso se deve ao fato de que as ferramentas disponíveis não apresentam dados capazes de avaliar fenômenos importantes como a simulação (ANDROVANDI et al., 2007). Rovinski (2000 citado por MARTINS, 2016, p. 09) acrescenta que nos testes de Benton e Bender, os desvios externos são produzidos por indivíduos que tem o intuito de demonstrar que possuem prejuízos neurocognitivos. A autora elucida que, na maioria das vezes, simuladores erram mais distorções e menos omissões, perseveração e tamanho se comparados a pacientes que tem o comprometimento citado. Além desses instrumentos, cita também que o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) pode ser útil para perceber questões de simulação e dissimulação por conter escalas de controle como validade e desejabilidade social. Quando se trata de testes de personalidade psicométricos, as assertivas objetivas facilitam ao examinando a produzir ou simular traços, sintomas ou características que não possua. Vale alertar que o Inventário de Depressão de Beck (BDI) pode propiciar um resultado do tipo falso positivo nas situações em que a perícia destina-se a analisar um pedido de indenização por danos psíquicos onde o requerente alega sofrer de Depressão. Isso ocorre porque, ao responder o teste, o sujeito

consegue escolher as assertivas que melhor caracterizam uma personalidade que se encontra em um estado depressivo, sem muita dificuldade para tanto. Além disso, pode tentar encobrir ou dissimular traços ou sintomas que o mesmo possua. Já em um exame de cessação de periculosidade, o uso do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) pode facilitar ao indivíduo manipular os resultados que sejam de seu interesse (JUNG, 2014). A neuropsicologia pode ser descrita como uma integração entre a psicologia e a neurologia. Definida em 1974 por Meier como "o estudo científico da relação entre o cérebro e o comportamento" (p.289), a performance neuropsicológica, pressupõe uma influência conjunta de fatores orgânicos e comportamentais. A neuropsicologia forense pode ser considerada como um híbrido, que combina a base científica e prática neuropsicológica com as dimensões científica e prática forense (MEIER, 1992). Portanto, de acordo com as recomendações de Hüss (2011) as avaliações de risco relacionadas a inimputabilidade devem levar em consideração a combinação de procedimentos clínicos (julgamento humano profissional) com abordagens estruturadas (investigação de fatores específicos) e/ou atuariais (utilização de operações complexas ou modelos matemáticos). O primeiro envolvimento da neuropsicologia na área da psicologia forense é remetido a 1954, tendo nas últimas décadas acompanhando o crescimento geral da Psicologia Forense, existindo uma "explosão" da atividade neste campo , tornando-se, a psicologia forense, talvez a área da prática da neuropsicologia que mais rapidamente se expandiu (TAYLOR, 1999). O seu crescimento está em parte relacionado com a sua relevância. Isto é, apesar da sobreposição das áreas da psiquiatria, neurologia e neuropsicologia, o estudo

detalhado e intensivo da cognição, comportamento e emoções através de um procedimento baseado em testes específicos, é preferencialmente a atividade do neuropsicólogo. Os neuropsicólogos na prática da psicologia forense têm-se centrado, ao longo da história, nos casos de avaliação relacionados com trauma cerebral , em que, na sua forma mais utópica, a avaliação neuropsicológica forense deveria permitir a identificação do estado mental e o seu potencial diagnóstico antes do acontecimento, no momento do acontecimento, e no momento atual (HAASE et al., 2012 citado por MANSUR-ALVES, 2018, p. 16-17). A neuropsicologia passa então a ser vista como o meio para a avaliação neuropsicológica, como método de examinar as funções cerebrais, estudando o seu produto comportamental. Sendo o comportamento o seu objeto, a avaliação neuropsicológica baseia-se por isso nas mesmas técnicas e pressupostos da tradicional avaliação psicológica para propósitos diagnósticos e terapêuticos. Assim, de modo a se avaliar o estudo sistemático do comportamento, a neuropsicologia forense, faz uso de testes estandardizados que fornecem índices sensitivos da relação do comportamento cerebral. Deste modo, e uma vez que as baterias de avaliação neuropsicológica geralmente avaliam um largo espectro de comportamentos, a aproximação multidimensional para medir funcionamentos corticais superiores demonstrou ser extremamente útil na quantificação das incapacidades resultadas do trauma cerebral ou em outras condições neuropatológicas, e com isto as avaliações Neuropsicológicas tornaram-se importantes para a compreensão de sequelas cognitivas, comportamentais e emocionais, na variedade de problemas neurológicos inseridos nos propósitos legais (HEILBRUN et al., 2003; HAASE et al., 2012 citado por MANSUR-

ALVES, 2018, p. 17). Destarte, a neuropsicologia forense rapidamente emergiu como uma subespecialidade da neuropsicologia que diretamente aplica os princípios da neuropsicologia nas questões de dano cerebral que são relevantes nos processos cíveis e criminais (HEILBRUN et al., 2003). Por exemplo, Rabin, Barr e Burton (2005 citado por SOUSA, 2010, p. 08), relataram que 68,3% dos neuropsicólogos responderam a questões solicitadas pelos órgãos de justiça. Por outro lado, o aumento da atividade da neuropsicologia no campo da justiça, rápida e consequentemente, levou a que a sua validade fosse questionada. Durante a década de 80 e no início de 90, uma quantidade considerável de investigadores debateram questões específicas da neuropsicologia relevantes para o trabalho forense. Várias questões surgiram acerca do mérito (ou falta dele) da neuropsicologia, assim como a sua pertinência neste contexto. Hoje em dia parece, no entanto, consensual que os procedimentos de avaliação neuropsicológica atingiram um nível elevado de proeminência sob o ponto de vista legal (TAYLOR, 1999). Deste modo, a natureza quantitativa e objetiva da avaliação neuropsicológica tornou-se valorizada nos tribunais, no fornecimento de informação ao juiz quanto à determinação, efeitos e prognóstico da disfunção cerebral, e ao longo do tempo, a percentagem de indivíduos envolvidos nas avaliações neuropsicológicas aumentou significativamente, não só devido ao crescimento da neuropsicologia, como também pelo aumento da compreensão da lesão cerebral, por uma maior sobrevivência de indivíduos com este tipo de lesões e as suas consequentes incapacidades crônicas (HEILBRUN et al., 2003). Todo o processo de avaliação neuropsicológica é guiado de modo a responder a solicitações, como: (A) existe um verdadeiro déficit? (B) este déficit está a ser exposto

de forma exagerada pelo cliente? (C) qual foi a causa deste déficit? (D) se existe mais de uma causa, até que ponto este dano pode ser correlacionado com a questão em causa? (E) que danos funcionais estão correlacionados com os genuínos déficits?, e na tentativa de responder a estas questões (entre outras) são utilizados uma variedade de métodos, como a administração formal de testes, a entrevista clínica, e cuidadosas revisões de registros médicos (LEES-HALEY et al., 2002). Assim, o primeiro objetivo de uma avaliação neuropsicológica neste âmbito, passa por verificar se o desempenho verificado pode ser explicado tendo em conta a história do sujeito, a sua condição médica e situação psiquiátrica, sendo que de modo a se alcançarem estes objetivos deve ser realizado todo um procedimento que leve uma interpretação precisa dos resultados da avaliação (FRAZEN; IVERSON, 2006; MANSUR-ALVES, 2018). Não obstante, sabe-se que, particularmente em contexto forense, o avaliado encontra-se muitas vezes motivado para simular problemas cognitivos ou para esconder e distorcer o seu funcionamento psicológico. Torna-se, assim, imprescindível medir e controlar até que ponto os resultados obtidos se devem às competências reais do indivíduo, à sua motivação externa ou até ao esforço que este empenhou na realização dos testes (PAULO, 2012). Aos indivíduos em que é realizada uma avaliação neuropsicológica forense, frequentemente, há ganhos econômicos significativos caso seja estabelecido um diagnóstico de déficit cognitivo. No caso específico de lesões traumáticas cerebrais mais leves, encontram-se, na maioria das vezes, valores de simulação superiores ao de outras causas de avaliação, variando estes valores entre 30% (MITTENBERG et al., 2002), e 40% (LARRABEE, 2003 citado por SOUSA; MACHADO; QUINTAS, 2013, p. 15).

No contexto da neuropsicologia forense, o baixo esforço dos examinados na realização das provas neuropsicológicas é uma das formas comuns de simulação, onde os neuropsicológos vivenciam dificuldades significativas para detectar os simuladores. Essas dificuldades ocorrem uma vez que indivíduos com verdadeiras lesões podem e fazem simulação (BIANCHINI; ETHERTON; GREVE, 2004 citado por SOUSA; MACHADO; QUINTAS, 2013, p. 15), e mesmo indivíduos de níveis socioculturais mais baixos conseguem retratar com êxito déficits neuropsicológicos durante a avaliação (FAUST; HART; GUILMENTTE, 1988 citado por SOUSA; MACHADO; QUINTAS, 2013, p. 15). Ao mesmo tempo esta simulação surge não só nas dimensões neurocognitivas, mas também frequentemente em outras dimensões clínicas como na sintomatologia psicológica (BERRY; GRANACHER, 2009 citado por SOUSA; MACHADO; QUINTAS, 2013, p. 15). Slick, Sherman e Iverson (1999) desenvolveram um critério de diagnóstico de Simulação da Disfunção Neurocognitiva (SDN). Estes autores definiram o SDN como o exagero volitivo ou fabrico de disfunção cognitiva com o objetivo de alcançar ganhos materiais substanciais, ou evitar ou escapar a deveres formais ou a responsabilidades. O material ganho inclui dinheiro, bens, ou serviços (p.552). Este sistema de Slick et al. foi formatado de forma paralela ao DSM-IV-TR, modelo de uma definição geral, seguida de vários, necessários e suficientes, critérios de suporte (ou rejeição) para uma conclusão sobre a Simulação. Tal definição cabe atualização de acordo com o DSM-V. Na determinação da presença de SDN, o clínico deve avaliar o caso com base em quatro critérios: (A) presença de ganho significativo externo; (B) evidência de testes neuropsicológicos; (C) evidência do auto relato; e (D) a capacidade

de fatores psiquiátricos, neurológicos, ou desenvolvimentais que percebam os comportamentos que encontrem os necessários pontos B e C. Se incentivos externos estão presentes, os comportamentos do Critério B podem ser suficientes para o diagnóstico de Simulação por si só; a descoberta de um viés de resposta isoladamente é suficiente para um diagnóstico de SDN. Um diagnóstico de provável SDN pode ser feito com dois tipos de critério B ou um tipo de critério B associado com um ou mais tipos inseridos no Critério C. Relativamente ao Critério B, baseia-se em desempenhos pobres em especializados e validados testes (caso do critério B1 e B2), ou em discrepâncias entre os dados dos testes e os padrões de funcionamento cerebral conhecido (B3); observações comportamentais (B4); informação colateral (B5); e a documentada história pós-acidente (B6) (LARRABEE et al., 2007 citado por SOUSA, 2010, p. 10). Na tabela 01 podemos verificar, segundo Sousa (2010, p. 11), de forma sistematizada os critérios de Simulação de Disfunção Cognitiva (SDN):

Tabela 1:
Critérios de Simulação da Disfunção Cognitiva de Slick, Sherman e Iverson (1999).

A. Presença de incentivo externo substancial. Pelo menos um incentivo para exagero ou fabrico de sintomas estão de forma claramente identificável presentes no momento da avaliação.
B. Evidência de testagem neuropsicológica.
1. Viés de resposta negativa definido
2. Provável viés de resposta
3. Discrepância entre os dados do teste e os conhecimentos padrões de funcionamento cerebral
4. Discrepância entre os dados do teste e o comportamento observado
5. Discrepância entre os dados do teste e relatórios de informação colateral
6. Discrepância entre os dados do teste e a história de background documentada
G. Evidência de auto-relato
1. História auto-relatada é discrepante com a história documentada
2. Sintomas auto-relados são discrepantes com os padrões de funcionamento cerebral
3. Sintomas auto-relados são discrepantes com a observação comportamental
4. Sintomas auto-relados são discrepantes com a informação obtida de informação colateral
5. Evidência de disfunções psicológicas exageradas ou fabricadas.
F. Os comportamentos necessariamente presentes nos grupos B e C não são completamente resultado de fatores Psiquiátricos, Neurológicos e Desenvolvimentais. Os comportamentos encontrados dos grupos B e C são o produto de um esforço informado, racional e volitivo destinados, pelo menos em parte, em direção a atingir incentivos externos definidos no critério A.

Nota: Adaptado de SOUSA (2010).

6.4 Estudos neuropsicológicos sobre simulação

A influência específica da compensação financeira a partir da severidade dos sintomas foi analisada numa meta-análise conduzida por Binder e Rohling (1996 citado por SOUSA, 2010, p. 11), que descobriram que a força da associação entre medidas, incluindo os resultados de testes neuropsicológicos e o incentivo financeiro, foi de 0,47 no total, havendo no caso de trauma cerebral

ligeiro, uma frequência mais elevada, que pode chegar a 0,88. Mittenberg et al. (2002) realizaram uma pesquisa através da ABCN (American Board of Clinical Neuropsychology), com técnicos que realizaram trabalhos de âmbito forense, e verificaram que 29% dos casos de lesão corporal, 30% de inaptidão, 19% de casos criminais, e 8% de processos médicos gerais, envolveram provável simulação e exagero sintomatológico. Assim, através de estudos já realizados parece existir uma grande incidência de indivíduos que tencionam alterar os seus reais desempenhos na avaliação neuropsicológica forense. De acordo com os autores, no caso específico de lesões traumáticas cerebrais mais leves, encontram-se, na maioria das vezes, valores de simulação superiores ao de outras causas de avaliação, variando estes valores entre 30% e 40% em casos de trauma cerebral. Eles encontraram valores de simulação entre os 38,5% e os 41,24%, valores estes que vão de encontro aos valores encontrados por Larrabee (2003 citado por SOUSA, 2010, p. 12) que encontrou uma frequência de simulação de 40% entre indivíduos sujeitos a avaliação neuropsicológica forense após lesão traumática cerebral ligeira. Mittenberg et al. (2002) fundamentam que neste problema a frequência de simulação pode ainda ser mais elevada, podendo atingir os 88%, tendo estes valores sido obtidos considerando apenas indivíduos que apresentaram déficits cognitivos após lesão traumática cerebral leve, não se aplicando a indivíduos lesados que relataram sintomatologia apresentando uma performance normal na avaliação cognitiva. Assim, não se sabendo exatamente a frequência da simulação, é consensual, que as recompensas financeiras parecem de fato estar relacionadas com a tentativa de Simulação (BIANCHINI; CURTIS; GREVE, 2006; CARROL et al., 2004; LARRABEE et al., 2007 citados

por SOUSA, 2010, p. 12). A simulação presente em casos judiciais, geralmente, implicam ganhos econômicos caso seja estabelecido um diagnóstico com um determinado déficit cognitivo. Dentre os fatores que levam os sujeitos a tentar a simulação estão obter prescrições de medicamentos, evitar acusações de atividades criminais, ou para evitar a culpa num determinado processo por motivo de insanidade mental. Esta tentativa de manipulação pode surgir nas mais variadas dimensões tais como no nível das capacidades motoras e cognitivas, capacidades senso-perceptivas, capacidades acadêmicas, capacidades abstratas de resolução de problemas (FRANZEN; IVERSON, 2006).

6.4.1 Avaliação do traumatismo crânio-encefálico -TCE

No âmbito forense, existe maior índice de simulação quanto à avaliação dos déficits cognitivos associados a TCE, visto que existe uma recompensa externa, econômica, caso este seja provado (SOUSA, 2010). Portanto, ressaltamos a importância de explorar as especificidades inerentes ao TCE, e à sua avaliação no contexto da psicologia forense. Com relação aos sintomas cognitivos e neurocomportamentais, estes são frequentes após uma lesão traumática cerebral (SBORDONE; SEYRANIAN; RUFF, 2000), sendo a avaliação psicológica, inicialmente, realizada através da entrevista clínica, seguindo-se depois com uso de testes neuropsicológicos que permitem avaliar os possíveis danos cognitivos. Estes métodos são ainda complementados com a revisão dos registos médicos independentemente do mecanismo do trauma, severidade da lesão craniana ou o tipo de litígio (MITTENBERG; MORGAN, 2009).

A entrevista clínica é um dos pontos do processo avaliativo mais importantes. É necessário adquirir informação sobre o indivíduo através da realização de questões de ordem desenvolvimental, cultural, referentes à história educacional, ocupacional, médica e de abuso de substâncias, assim como todo o estado atual destas dimensões (DELIS; JACOBSON, 2000), uma vez que muitas delas são ulteriores à lesão cerebral por si só e podem afetar a performance na avaliação psicométrica de nível cognitivo (SBORDONE; SEVRANIAN; RUFF, 2000), assim, a entrevista clínica desde logo possibilita obter informações sobre as dimensões cognitivas e o que esperar das provas psicométricas (DELIS; JACOBSON, 2000). Os danos cerebrais causados por um traumatismo crânio-encefálico são variados, em um largo espectro de dimensões. Através dos estudos realizados, conclui-se que as funções intelectuais permanecem dentro do considerado normal, sendo que, os maiores danos apresentam-se ao nível cognitivo, nomeadamente com relação à memória, atenção e função executiva, assim como a diminuição da velocidade de processamento (HOPKINS; TATE; BIGLER, 2005, citado por SOUSA, 2010, p. 13). No que diz respeito à diminuição da velocidade e eficiência do processamento de informação, os indivíduos apresentam maior lentificação do pensamento, dificuldades em rapidamente focar a sua atenção à informação apresentada, maior lentificação na resolução de problemas, e uma percepção de que as "coisas" parecem estar a mover-se a uma velocidade superior ao normal. Para se avaliar esta dimensão é frequente a utilização de testes como o STROOP Color and Word Test (HORTON; WEDDING, 2008). Quanto ao processamento de informação, esperam-se dificuldades de atenção e concentração. Todos os indivíduos após trauma cerebral reportam maiores

dificuldades em focar a sua atenção em um estímulo, sendo o período de atenção mais curto, evidenciando-se maiores períodos de distração. A maioria dos pacientes queixa-se ainda de incapacidade de realizar mais que uma tarefa simultaneamente após a lesão, assim como uma incapacidade de processar mais que uma ideia ou tarefa ao mesmo tempo. Estas dificuldades frequentemente são avaliadas com o uso de testes como o Trail Making Test (TMT), em que uma significativa dificuldade na Parte B, comparativamente à Parte A, é um indicativo de dificuldades ao nível da atenção seletiva (HORTON; WEDDING, 2008). Dificuldades quanto à memória e aprendizagem são esperadas em variada amplitude nas atividades do dia-a-dia, assim como para recordar material armazenado previamente ao acidente. No entanto, na maioria dos indivíduos com TCE, o material memorizado antes do acidente, encontra-se retido e é acessível, enquanto que as novas informações a reter são difíceis de ficarem estabelecidas, ficando pobremente consolidadas, e consequentemente difíceis de recordar (HORTON; WEDDING, 2008). Segundo Sousa (2010), para avaliação desta dimensão cognitiva, são frequentemente utilizados testes como o Hopkins Verbal Learning Test – Revised (HVLT-R), o Califórnia Verbal Learning Test (CVLT) ou a Weschler Memory Scale (WMS). Após TCE, os indivíduos podem ainda apresentar dificuldades nas funções executivas, estas estão relacionadas com a capacidade de planeamento, iniciação, e conclusão de tarefas, assim como para a automonitorização e autocorreção. Estes domínios são controlados primordialmente pelo lobo frontal. Salienta-se que o lobo frontal apenas pode modelar toda a função executiva se a informação para si enviada de outras regiões do cérebro é precisa, uma vez que o cérebro atua como um todo na

regulação de todas as suas funções. Por esta razão, os indivíduos com lesões difusas ou específicas em certas regiões cerebrais, apresentam dificuldades no desempenho nos testes relativos à avaliação da função executiva, como, por exemplo, no Wisconsin Card Sorting Test (WCST)1 (HORTON; WEDDING, 2008). Horton e Wedding (2008) afirmam que, além dos danos cognitivos, são ainda de esperar alterações quanto à personalidade. A depressão, culpa, ansiedade sobre o futuro, desamparo e desespero, são sintomas frequentemente encontrados em pessoas que sofreram trauma cerebral, em particular aqueles que apresentam traumas de grau leve a médio. Isto acontece porque os indivíduos com danos mais severos, geralmente, não apresentam um nível de consciência que lhes permita ter uma crítica consciente sobre a dimensão dos danos que apresentam e o impacto que estes terão na sua vida diária. Os autores ainda acrescentam que os indivíduos com traumatismos crânio-encefálicos, frequentemente, apresentam características de apatia, desinteresse, ou incapacidade de iniciar e terminar uma determinada atividade. Lesões ao nível orbito-frontal tendem a evidenciar problemas comportamentais de perda de controle dos impulsos (impulsividade), desinibição e falta de consciência social. Estas reações podem ainda, muito provavelmente, levar a uma baixa autoconfiança e a uma baixa autoestima, e suspeição e Paranoia podem também surgir (HORTON; WEDDING, 2008).

6.5 Dificuldades da avaliação neuropsicológica para simulação

Os dados obtidos da avaliação neuropsicológica, muitas vezes, são a única fonte objetiva que possibilita mostrar a evidência dos danos cerebrais (SBORDONE; SEYRANIAN; RUFF, 2000). Contudo, têm surgido algumas dúvidas associadas à sua utilização. Uma delas prende-se ao fato de que a avaliação neuropsicológica pode ser facilmente "manipulada" devido a duas razões. Em primeiro lugar, baixas pontuações em um ou mais campos cognitivos são esperados após um déficit neurológico. Em segundo lugar, reduzidas performances podem ser facilmente simuladas, uma vez que os examinados apenas têm que realizar a prova de forma mais lenta, referir menos itens ou mostrar que não têm capacidade para resolver determinados problemas. A avaliação neuropsicológica é, portanto, suscetível de ser alvo de simulação, uma vez que as sequelas mais comuns dos traumatismos ao nível do crânio são dimensões que podem ser facilmente manipuladas (HEUBROCK; PETERMANN, 1998 citado por Sousa, 2010, p. 15). Millis (1994 citado por SOUSA, 2010, p. 15) afirma que uma dificuldade frequentemente aludida diz respeito ao espectro de simulação existente. A simulação é caracterizada por um amplo espectro, que diverge desde uma distorção sutil a algo mais claramente visível, sendo por isso difícil a sua detecção. Neste sentido, a literatura (GREIFFENSTEIN; GOLA; BAKER, 1995; IVERSON; BINDER, 2000; MEYERS; DIEP, 2000 citados por SOUSA, 2010, p. 15) faz referência ao fato de que os clientes que tentam distorcer os dados das provas de avaliação, fazem-no de diferentes formas, sendo que, consequentemente, a avaliação da simulação deve ser realizada

também de várias formas. Neste contexto, uma importante distinção deve ser feita entre o comportamento dos clientes e os diagnósticos clínicos de simulação. Quando se pretende realizar um diagnóstico deste tipo, é necessário determinar se ocorreu um baixo esforço ou exagero dos sintomas, garantindo que os critérios de diagnóstico de Simulação foram assegurados. No entanto, a maioria dos testes de detecção de simulação apenas nos dá uma probabilidade desse menor esforço ou exagero da sintomatologia ter ocorrido (FRAZEN; IVERSON, 2006). Outra dimensão que dificulta a detecção da simulação, apontada por Heubrock e Petermann (1998 citado por SOUSA, 2010, p. 16), é o fato de poder existir sintomas psicogênicos que podem coexistir com autênticos déficits neuropsicológicos em indivíduos que efetivamente possuem o dano cerebral. Assim, e uma vez que os simuladores tendem a descrever sintomas idênticos aos encontrados nas verdadeiras lesões cerebrais e a apresentarem pobres performances nos testes neuropsicológicos, os neuropsicólogos podem experienciar significativas dificuldades para distinguir as pessoas que estão a tentar manipular os resultados, das pessoas que verdadeiramente apresentam déficits (SBORDONE; SEYRANIAN; RUFF, 2000), uma vez que a questão da simulação não se foca apenas no fato de se a pessoa apresenta realmente danos ou apenas está a simular. As pessoas com verdadeiras lesões podem e fazem simulação (BIANCHINI; ETHERTOt; GREVE, 2004, citado por SOUSA, 2010, p. 16), sendo ainda importante mencionar que mesmo indivíduos de níveis socioculturais mais baixos conseguem retratar com êxito déficits neuropsicológicos (FAUST; HART; GUILMETTE, 1988 citado por SOUSA, 2010, p. 16). Um ponto importante a ser destacado na avaliação neuropsicológica forense está relacionado com o fato

de as pessoas que se encontram envolvidas em processos legais relacionados com lesões traumáticas cerebrais poderem ter um conhecimento considerável acerca dos sintomas provenientes de lesões cranianas, por experiência direta, por exposição a outros pacientes, ou por coaching (STRAUSS et al., 2002 citado por SOUSA, 2010, p. 16). Na era da Internet, existe facilmente uma cópia da informação que pode ser utilizada por indivíduos que desejam imitar os tipos de danos neurocomportamentais e neurocognitivos verificados em pacientes genuínos. Posto isto, os simuladores não estão apenas a manipular ou a exagerar o grau de incapacidade funcional atribuído ao dano cerebral, como também os resultados refletidos nos testes neuropsicológicos e em outras formas de avaliação (BIANCHINI; GREVE; GLINN, 2005 citado por SOUSA, 2010, p. 16). Por fim, Berry e Schipper (2007 citado por SOUSA, 2010, p. 16) afirmam que outra dificuldade presente na avaliação neuropsicológica forense está relacionada ao relato de sintomas simulados. Estes são uma preocupação importante na generalidade das avaliações psicológicas forenses, uma vez que o diagnóstico de perturbação psiquiátrica está altamente dependente do auto relato dos sintomas.

6.6 Testagem neuropsicológica e simulação

Franzen e Iverson (2006) ressaltam que a apresentação de um comportamento que eleve a nossa suspeição não significa que a simulação esteja na verdade ocorrendo. Deste modo, o técnico precisa de outros dados que expliquem tal comportamento, como por exemplo, se existem algumas explicações médicas que esclareçam tais discrepâncias ou se existe uma perturbação

psiquiátrica ou existência de uma variável de personalidade que possa interferir com o baixo esforço. A simulação é um fenômeno presente na neuropsicologia forense, e sendo a resistência um obstáculo frequente com que o neuropsicólogo forense se depara, é, assim, necessário que o técnico desenvolva estratégias para ultrapassar estas dificuldades (MACHADO; GONÇALVES, 2005 citado por SOUSA, 2010, p. 17). Parcela considerável da precisão da avaliação neuropsicológica depende de os instrumentos utilizados serem padronizados, válidos e confiáveis. No entanto, fenômenos tais como a simulação, exagero e baixo esforço são aspectos que podem interferir nos resultados das avaliações dos testes (ALIAGA et al., 2013). Vitacco et al. (2008) afirmam que o uso consistente de medidas de simulação válidas e de confiança possibilitam uma classificação precisa na avaliação forense, e permitem aos peritos forenses afirmar com mais confiança os seus resultados clínicos. Rogers (1997, p. 396 citado por SOUSA, 2010, p. 17) conclui que "a avaliação dos estilos de resposta continuam a ser componentes essenciais da avaliação clínica" e que "os psicólogos e outros técnicos da saúde mental devem empregar o mesmo grau de meticulosidade na avaliação da Simulação e defensividade, como o fazem no estabelecimento de qualquer diagnóstico". Denney e Wynkoop (2000 citado por SOUSA, p. 17) afirmam ainda que, a falha na atribuição de Simulação na neuropsicologia forense pode refletir uma inadequada e até incompetente avaliação. Apesar de serem tímidos os estudos e publicações, seja no âmbito nacional quanto internacional, a cerca da simulação, este fenômeno tem levado estudiosos à criação de metodologias (VERDEJO-GARCÍA et al., 2004; ELLWANGER et al., 1999 citados por ALIAGA et al., 2013, p. 13) e técnicas que permitem de maneira

específica e sensível aumentar a precisão com o que a simulação é detectada, através de duas linhas de pesquisa diferentes. A primeira linha de investigação se concentra em instrumentos capazes de detectar especificamente a simulação (SLICK et al., 1997; HISCOCK; HISCOCK, 1989; TOMABAUGH, 1996; citados por ALIAGA et al., 2013, p. 13; SOUSA, 2010; SOUSA et al., 2013). No entanto, embora haja uma grande variedade de instrumentos, nem todos têm as normas técnicas necessárias para serem usados como prova em processos judiciais (ALIAGA et al., 2013). Segundo Spreen e Strauss (2006) estes instrumentos são denominados testes de reconhecimento de escolha forçada ou, segundo Simões et al. (2010), Testes de Validade de Sintomas, um método que sofreu significativo desenvolvimento na detecção do esforço insuficiente ou da simulação, e muitos destes testes apresentam uma característica em comum que consiste na apresentação de um estímulo, seguido de um breve estímulo neutro (por exemplo, uma imagem vazia no computador), seguindo-se novamente a apresentação do estímulo original e uma resposta errada. Ao cliente é perguntado para identificar qual dos dois estímulos foi anteriormente apresentado. Estes tipos de testes têm a grande vantagem de permitir detectar níveis de performance de probabilidade reduzida, conferindo uma ótima validade e sendo usados como medidas sensíveis em contextos em que existem incentivos externos. Reconhece-se atualmente que os testes de validade de sintomas devem ser administrados não apenas em situações de litígio, nos casos em que a motivação pode ser problemática, quando surgem sintomas raros ou não credíveis formulados para obter simpatia ou atenção da família ou de outras pessoas significativas, mas, igualmente, e de modo sistemático, em qualquer

processo de avaliação (SLICK et al., 2004 citado por SIMÕES et al., 2010, p. 211). A utilização de mais de um teste especificamente construído para examinar a validade dos desempenhos constitui, presentemente, uma prática comum e representa um avanço importante na validação dos protocolos de exame neuropsicológico (SLICK et al., 1999). Alguns dos testes mais utilizados são o TOMM (Test of Memory Malingering), WMT (Word Memory Test) ou o VSVT (Victoria Symptom Validity Test) (GROTE; HOOK, 2007). No entanto, e por outro lado, tem-se levantado dúvidas na literatura, uma vez que estes instrumentos podem permitir que os indivíduos de alguma forma acedama informação sobre como manipular os resultados sem serem detectados, ou até, no pior dos casos, terem conhecimento de como "derrotar" estas medidas de simulação. A segunda linha de pesquisa está focada na análise dos padrões de execução mais comuns de simulação dos sujeitos em alguns instrumentos tradicionais de avaliação neuropsicológica (ASHENDORF; OBRYANT; MCCAFFREY, 2003; MITTENBERG et al., 1995 citados por ALIAGA et al., 2013, p. 13; SOUSA, 2010; SOUSA et al., 2013). Larrabee (2007 citado por SOUSA, 2010, p. 18) afirma que há muitas vantagens em utilizar os métodos avaliativos convencionais da neuropsicologia. Em primeiro lugar, existe um melhor aproveitamento do tempo, uma vez que com apenas um procedimento se realiza a avaliação neuropsicológica dos déficits cognitivos (exemplo atenção, memória e resolução de problemas) e a medição da validade da performance na realização dos testes. Em segundo lugar, estes testes são ainda úteis na obtenção de dados de uma avaliação anterior quando não houve uma administração prévia de testes autônomos de validade de sintomatologia. Finalmente, os procedimentos derivados dos testes neuro-

psicológicos são úteis nos casos em que o examinado detecta a finalidade do objetivo dos testes de validade, uma vez que, como já referido, em plena era da informação o acesso a estas provas tornou-se possível. Nesta segunda linha de detecção da simulação, os resultados obtidos pelos simuladores parecem apresentar uma substancial inconsistência. Verificou-se que estes indivíduos: 1) tendem geralmente a subestimar os danos cerebrais associados às lesões cranianas (COLEMAN et al., 1998; GUILMETTE; HART; GIULIANO, 1993 citados por SOUSA, 2010, p. 18); 2) apresentam padrões de erro poucos usuais nas provas neuropsicológicas (OSIMANI et al., 1997); 3) produzem resultados mais válidos nas checklists de sintomatologia do que nos testes clínicos (MARTIN; HAYES; GOUVIER, 1996 citado por SOUSA, 2010, p. 18) e 4) mostram piores performances nas tarefas neuropsicológicas mais óbvias do que nas mais sutis (BERNARD; MCGRATH; HOUSTON, 1996). Segundo Meyers e Volbrecht (2003), estes tipos diferentes de incapacidades que podem ser simuladas, assim como as incapacidades reais, levantam a hipótese de que detectar a simulação através de técnicas específicas para a natureza das alegadas disfunções, em detrimento de utilizar medidas globais de simulação, é válida. Os autores afirmam que verificar a validade a partir de instrumentos neuropsicológicos já existentes e vastamente utilizados, pode tornar-se não só mais eficiente, como também um método mais válido na detecção da simulação. Nas últimas décadas, investigações foram realizadas no sentido de obter indicações de simulação através de diferentes instrumentos de avaliação neuropsicológica dirigidos para variadas funções cognitivas, como a função executiva (BERNARD; MCGRATH; HOUSTON, 1996) atenção seletiva e velocidade psicomotora (EGELAND;

LANGFJAERAN, 2007), memória (SLICK;IVERSON; GREEN, 2000) e velocidade de processamento (EGELAND; LANGFJAERAN, 2007). Como já vimos, estes indicadores extraídos deste tipo de instrumentos são correspondentes a critérios do tipo B2 dos métodos de diagnóstico de Slick et al. (2005 citado por SOUSA, 2010, p. 19), possibilitando o diagnóstico de Prováveis Simuladores segundo os mesmos autores. Entre os instrumentos que procuram avaliar a função executiva tem-se o Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (BERNARD; MCGRATH; HOUSTON, 1996), e instrumentos de avaliação dos domínios cognitivos da atenção seletiva e velocidade psicomotora, como é exemplo o Trail Making Test (TMT) (EGELAND; LANGFJAERAN, 2007). Nesse sentido, Van Gorp et al. (1999 citado por SOUSA et al., 2013, p. 57) observaram que, de uma forma usual, os simuladores tendem a apresentar desempenhos mais lentos em tarefas de tempo, quando comparados com indivíduos com dano cerebral. Egeland e Langfjaeran (2007) indicaram que a razão, resultante da divisão do TMT B pelo TMT A (TMT B/A), menor que 2,5 está mais presente entre os prováveis simuladores, e possibilita a identificação de 68% deles.

6.6.1 Testagem de primeira linha

- ***Teste de Simulação de Memória – TOMM***

O TOMM é um teste de reconhecimento visual usado para avaliar déficits de memória falsos ou exagerados (TOMBAUGH, 1996 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 14). É o teste de validação do sintoma mais utilizado por neuropsicólogos especialistas em casos de compensação para lesões (SHARLAND; GFELLER, 2007). De acordo com Ress e Tomabaugh (1998), trata-se de um teste que pode ser usado em pessoas com mais de 5 anos de idade, bem como na população com baixa escolaridade e de diferentes culturas. Sua utilidade é baseada em que a memória de reconhecimento de imagem é uma capacidade que mostra uma baixa taxa de envolvimento em indivíduos adultos saudáveis e uma variedade de distúrbios neurológicos. O TOMM consiste em dois testes de aprendizado e uma tarefa de retenção. Em cada tentativa o examinando deve lembrar 50 desenhos de objetos todos os dias, uma capacidade que é examinada através do reconhecimento de objetos previamente aprendidos em itens de escolha forçada com duas alternativas. Deve-se notar que após cada resposta de avaliação, o avaliador reporta se o resultado está correto ou incorreto. A retenção de estímulos também é avaliada por uma tarefa de reconhecimento, mas sem um ensaio de aprendizagem e 15 minutos depois de ter administrado o segundo teste. Como critério de correção, um ponto para cada resposta correta em cada teste de reconhecimento e retenção. A pontuação máxima do teste é de 50 pontos para cada fase (STRAUSS; SPREEN, 2006). Tombaugh (1997) argumenta que os dois testes de reconhecimento

são suficientes para avaliar a simulação. No entanto, o uso da tarefa de retenção permite corroborar os resultados obtidos. Agora, Greve e Bianchini (2006 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 14) sugerem que é necessário administrar o terceiro ensaio, visto que foram observadas taxas de que até 3% de simuladores não eram detectados nos dois testes anteriores. Estudos recentes sugerem que também é possível detectar a simulação através do primeiro teste (GREVE et al., 2006; OBRYANT et al., 2007; BAUER et al., 2007; GREVE; BIANCHINI; DOANE, 2007; HORNER; BEDWELL; DUONG, 2006 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 14). A versão informatizada do TOMM mostra resultados equivalentes aos da versão manual, pelo menos no paradigma da simulação (STRAUSS; SPREEN, 2006). Entretanto, diferenças podem surgir no contexto clínico anterior a esta versão, por apresentar um quadro de maior sensibilidade ao baixo esforço. Por outro lado, a versão do computador também pode ser preferível para evitar erros de imprecisão na administração do teste. Cabe destacar que nesta versão, não só é possível analisar a proporção de respostas corretas e incorretas, mas também se pode observar a latência usada pelos sujeitos em cada tentativa. Neste sentido, Rees et al. (1998), encontraram que a latência para o grupo de simuladores é maior (1 ou 2 segundos a mais) em comparação com a latência das amostras observadas de pacientes normais. Uma nova versão do TOMM foi desenvolvida por seu autor. O teste de memória Malingering-2 (TOMM-2) é criado como um teste suplementar para a versão original. Isso foi projetado para parecer ser um teste mais difícil do que a versão original, através do uso de 24 figuras geométricas abstratas. Embora a forma de aplicação do TOMM-2 seja idêntico ao TOMM, a capacidade de discriminar entre grupos

de simuladores e não simuladores do TOMM-2, não tem sido tão boa quanto o TOMM (STRAUSS; SPREEN, 2006). O TOMM foi padronizado em várias amostras, com idades que variavam entre 16 e 84 anos, bem como em uma amostra de pacientes derivados para avaliação neuropsicológica que incluiu diagnósticos de demência, lesões cerebrais traumáticas, afasias, amnésia, esclerose múltipla e parkinson (N = 135) (ALIAGA et al., 2013). Tombaugh (1997) observou que o desempenho no ensaio 2 foi muito alto em pacientes com distúrbios neurológicos (com exceção da demência), onde 95% dos adultos pontuaram 49 ou 50 no segundo teste de reconhecimento. Além disso, as pontuações para as diferentes amostras clínicas mostraram que a maioria dos pacientes com distúrbios neurológicos obtiveram escores quase perfeitos no segundo estudo. Já os simuladores mostraram rendimentos que foram abaixo de 45 pontos no julgamento 2 ou na tarefa de retenção. Com isso, o autor recomenda que qualquer pontuação que seja abaixo de 45 no julgamento 2 ou na tarefa de retenção pode ser indicativo de que o avaliado não está se esforçando para responder ao teste. Além disso, o autor propõe o uso de uma pontuação de corte de 45, a fim de aumentar a probabilidade de discriminar a população clínica e pessoas que simulam um distúrbio neurocognitivo. Constantinou e McCaffrey (2003 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 14) forneceram dados normativos para uma amostra de 67 crianças anglo-saxônicas. Os rendimentos observados, mesmo em crianças com antecedentes psiquiátricos e médicos relevantes, foi superior a 45 pontos no julgamento 2. No estudo desenvolvido por Nagle et al. (2006), observou-se que para uma amostra de crianças (n= 35), escores para o segundo ensaio de aprendizagem (M= 49,67; Dt= 0,84) também foram encontrados

sobre os escores de corte originalmente propostos. Em termos de confiabilidade, de acordo com o que foi levantado por Tombaugh (1997), o instrumento mostra um alto coeficiente alfa para os três ensaios (E1= 0,94, E2= 0,95 e E3= 0,94). No entanto, não foram encontrados antecedentes em relação à confiabilidade teste-reteste e inter avaliadores. Quanto à sua validade, o TOMM é um teste projetado para ser sensível à simulação de memória, mas insensível aos déficits de memória de base orgânica (STRAUSS; SPREEN, 2006). Por exemplo, Tombaugh (1997) administrou uma bateria de testes, incluindo o TOMM, a um grupo de estudantes universitários que foram convidados a simular sintomas cognitivos após uma lesão cerebral e tinha um grupo controle. No julgamento 2, todos os membros do grupo controle obteve escores de 49 ou mais (especificidade de 100%), enquanto 93% do grupo de simuladores marcou abaixo de 49 pontos (sensibilidade de 93%). A análise post-hoc revelou que os membros deste grupo não conseguiram distinguir o TOMM como um instrumento capaz de detectar a simulação de memória. Estudos subsequentes de Tombaugh mostraram que os rendimentos obtidos por um grupo de pacientes com TCE em processos contenciosos (n= 11) foram contrastados com um grupo de TCE não envolvido em processos legal (n= 17), um grupo de sujeitos cognitivamente normais (n= 11) e um grupo de pacientes com alterações neuropsicológicas focais (n= 12). Na tentativa 01, pacientes com TCE, mas "sem risco" de simulação, apresentaram resultados ligeiramente abaixo do grupo de pessoas sem alterações e dos pacientes com lesões focais. No entanto, no segundo julgamento e na fase de retenção, os rendimentos foram semelhantes aos dos dois grupos anteriores. No entanto, o grupo "em risco" de simulação mostrou

rendimentos menores significativamente que os outros três grupos nos três ensaios. Esses achados também foram corroborados por investigações subsequentes (VILAR-LÓPEZ et al., 2007). Em uma tentativa de replicar o processo de validação do TOMM, Haber e Fichtenberg (2006), coletaram uma amostra (n= 50) de pacientes com traumatismos crânio-encefálicos (leve a grave), bem como pacientes que estavam procurando por algum tipo de compensação financeira. Os resultados encontrados reproduziram e ampliaram as evidências encontradas por Tombaugh.

> Colby (2001) propõe que os falsos positivos podem ser reduzidos em pacientes com e sem demência quando usados como valores de pontuação de corte maiores que 15 erros no ensaio 2 e os retenção. Por seu lado, Weinborn et al. (2003) e Hurley e Deal (2006) fornecem evidências para o uso desses pontos de corte entre pacientes com leve atraso metal. No entanto, Simon (2007) usando os escores de corte originais observados em um grupo (n = 22) de pacientes médicos legistas diagnosticados com retardo mental leve, que em geral obtiveram escores variando de 42 a 50 (M= 48,7, Dt= 1,9) para o julgamento 2, e pontuações variando de 46 a 50 (M= 49,4, Dt= 1,12) para o teste de retenção. Também mostrou que a especificidade do TOMM em O julgamento 2 foi de 95,2% e a tarefa de retenção uma taxa de 100%. Ao avaliar o efeito do feedback nos resultados do instrumento, nenhuma associação significativa foi encontrada [...]. Embora a maioria das evidências tenha concentrado seu esforço em identificar baixos níveis de esforço em populações adultas. Também existem descobertas que provam que o TOMM pode ser um instrumento útil para identificar crianças que não fazem um esforço ideal [...]. No entanto, Tombaugh (2002) argumenta que o TOMM não é um

> instrumento apropriado para avaliar se uma pessoa está fingindo um distúrbio psiquiátrico. Contudo, o teste pode ser de utilidade para detectar distúrbios motivacionais em contextos psiquiátricos forenses (SIMON, 2007). Por exemplo, indivíduos acusados de homicídio, que fingem uma deficiência para enfrentar o julgamento, mostram uma tendência a produzir baixos escores no TOMM (WEINBORN et al., 2003). Usando os escores de corte recomendados pelo autor em contextos psiquiátricos forenses, a especificidade torna-se bastante alta (90% ou mais), embora sua sensibilidade seja baixa (entre 60% e 67%) (ALIAGA, 2013, p. 15).

O instrumento também provou sua eficácia na diferenciação de simulação entre sujeitos que relatam produto de alterações cognitivas de exposição a substâncias neurotóxicas (GREVE, et al., 2006). Os resultados desta investigação mostram taxas de especificidade 100%, mas com baixa sensibilidade (50%). Transtornos Neuropsiquiátricos, tais como as depressões (YANEZ et al., 2006), ansiedade (ASHENDORF; CONSTANTINOU; MCCAFFREY, 2004), as alterações cognitivas associadas a transtornos psicóticos (WEINBORN et al., 2003) ou dor crônica (ETHERTON et al., 2005) mostraram interferir com os resultados da TOMM. Iverson et al. (2007), observaram uma amostra (n= 54) de pacientes com diagnóstico de fibromialgia que responderam o TOMM, o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II), o Inventário Multidimensional Inventário de Dor - Versão 1 (MPI-1), o Oswestry Disability Index-2.0 (OSI-2), o Inventário de Queixas Cognitivas da Colúmbia Britânica (BCCCI) e o impacto da fibromialgia Questionário (FIQ). A maioria dos sujeitos avaliados relatou ter sintomas depressivos leves (72%), enquanto 22% relataram ter níveis graves de depressão. As pontuações

médias no TOMM foram 48,8 (Dt= 1,9) para o Teste 1, 49,8 (Dt= 0,5) para o Teste 2, e 49,6 (Dt= 0,9) para a fase de retenção. Os resultados mostram que, apesar dos níveis relativamente altos de sintomas depressivos, a dor crônica e incapacidade não se correlacionam com os resultados da TOMM. Tombaugh (1997) adverte que a interpretação do TOMM envolve muitos fatores, e que alguns pacientes tendem a falhar mais em determinados testes de validação do sintoma que em outros, devido à natureza dos estímulos que compõem o instrumento. Esses dados são corroborados por McCaffrey et al. (2003) e Farkas et al. (2006). McCaffrey et al. (2003) salientam que, embora as pontuações do TOMM e do King 15-Items Test (Rey 15-Itens) apresentaram uma correlação moderada (entre 0,89 e 0,78), a TOMM conseguiu identificar duas vezes mais litigantes (possíveis simuladores) (27%) que o Rey 15- Item (11%). Mesmo que o TOMM mostre ser mais eficiente que o teste de Rey para detectar os simuladores, outros testes mostram indicadores melhores que o TOMM. Ao comparar os resultados obtidos no VSVT e no TOMM para três amostras de sujeitos: um com síndrome pós condicional no contencioso (n= 14), um com síndrome pós -condicional sem estar em litígio (n= 12) e um dos simuladores treinados (n= 35). Eles descobriram que o TOMM permitia classificar corretamente 86% do grupo de simuladores treinados e 41% do grupo de pacientes em litígio, ao contrário do VSVT que permitiu classificar 97,1% do grupo de simuladores e 50% dos pacientes em litígio (VILAR-LÓPEZ et al., 2007). O TOMM é o teste mais usado para identificar simulação de problemas cognitivos (SHARLAND; GFELLER, 2007), demonstrando que o os escores dos testes são pouco interferidos por variáveis como idade, sexo, baixa escolaridade, diferença étnica, ansiedade,

depressão, dor ou diferentes patologias neurológicas. Portanto, é válido o suficiente para satisfazer os critérios de Daubert, sobre a admissibilidade como prova científica que podem ser apresentados aos tribunais (VALLABHAJOSULA; VAN GORP, 2001). Da mesma forma que o TOMM, o VSVT é também amplamente utilizado (SHARLAND; GFELLER, 2007) por profissionais que buscam identificar sujeitos que tentam simular ou exagerar os sintomas cognitivos. Inúmeras investigações sustentam que pacientes em processos judiciais que apresentam escores baixos neste instrumento, podem ser considerados como um indicador confiável de possíveis simulações. Isso porque variáveis como idade, escolaridade e o grau de sofisticação mostraram um baixo efeito nos resultados do VSVT, mesmo na presença de distúrbios de memória severa, dificilmente afetam a execução do teste.

- ***Teste de Validade de Sintomas de Victoria – VSVT***

O Teste de Validade de Sintomas de Victoria (VSVT) é um teste computadorizado de reconhecimento visual de dígitos, usado para avaliar o fingimento ou exagero de déficits de memória. Recomenda-se seu uso em contextos de estudos forenses e clínicos, em populações com mais de 18 anos de idade e culturas diferentes (STRAUSS; SPREEN, 2006). O instrumento consiste em 48 estímulos, que são apresentados em três blocos de 16 itens. Nesta tarefa, o assunto é apresentado na tela do computador, cinco dígitos por alguns segundos, seguido de um breve período de latência (em que a tela fica em branco), após o qual mostra duas alternativas, uma que contém o estímulo apresentado ante-

riormente e o outro com um distrator. Também com o propósito de aumentar a sensibilidade do instrumento para detectar a simulação, o VSVT usa dois procedimentos que aumentam a aparência de dificuldade do teste (ALIAGA et al., 2013). O primeiro, modificando o período de latência entre a exposição do estímulo e a fase de reconhecimento, que aumenta progressivamente 10 a 15 segundos. O outro é dividindo os itens em fáceis e difíceis (de acordo com a tarefa de reconhecimento) (ALIAGA et al., 2013). Os itens fáceis não mostram qualquer semelhança com os dígitos apresentados na fase de aprendizagem. Já os difíceis são compostos dos mesmos dígitos, embora haja dois deles que mudam de posição. Cada um dos três blocos que compõem o teste contém o mesmo número de itens fáceis e difíceis. A distribuição de itens de acordo com sua dificuldade e posição (esquerda ou direita) é contrabalançada e randomizada (ALIAGA et al., 2013). Todos os itens de reconhecimento têm duas alternativas, assim, a taxa de erro deve ser próxima de 50%. Portanto, esses resultados podem mostrar: a) que o sujeito tem graves alterações de atenção e / ou memória ou b) é a manifestação de sintomas de exagero. Com base no exposto, os simuladores são identificados por resultados pobres, tendem a assumir que o teste acaba por ser difícil para as pessoas com problemas de memória, ainda mais se aumentar o intervalo de tempo entre exposição e reconhecimento (LEZAK et al., 2012). A pontuação do teste é calculada pelo próprio programa e pode ser impressa para cada um dos blocos. A informação obtida indica: a) o número de respostas corretas para cada bloco e dividido pelo nível de dificuldade; b) a pontuação z derivada de uma curva de probabilidade binomial, marcando o rendimento que é obtido aleatoriamente (50%); c) o viés, que é uma medida que

avalia a tendência de usar uma chave mais que a outra e d) o tempo médio de latência e seu desvio padrão, dos estímulos fáceis e difíceis (SPREEN; STRAUSS, 2006). Dos dados obtidos, os desempenhos encontrados abaixo do acaso como p< .05 são inequivocamente catalogados como inválido ou simulado, enquanto os escores acima de p> .05 são considerados válidos. Uma terceira categoria é rotulada como resultados questionáveis, estes correspondem às pontuações que caem com 90% de confiança no intervalo chance (SLICK et al., 1996). Estudo realizado por Slick et al. (1996) revelou que pessoas com alterações, mas que não buscavam ganho econômico, obtiveram dezenas de 15 ou menos em itens difíceis. Outras pesquisas (DOSS; CHELUNE; NAUGLE, 1999; STRAUSS et al., 2002 citados por ALIAGA et al., 2013, p. 16; GROTE et al., 2000) validaram e expandiram os resultados iniciais de Slick et al., através da avaliação de pacientes não litigantes com distúrbios cognitivos genuínos (incluindo alterações graves de memória), fornecendo pontuações de corte que permitiram melhorar a sensibilidade do teste. Grote et al. (2000) verificaram que 28/30 (93%) pacientes não litigantes com diagnóstico de epilepsia refratária, obtiveram escores maior que 21, comparado com 19 pontos (36%) dos 53 pacientes litigantes. Já Loring et al. (2005) constataram que 89% dos pacientes não litigantes com diagnóstico de epilepsia refratária pontua de 21/24 nos itens difíceis do VSVT. Tendo como referência os achados destes estudos, é possível concluir que escores encontrados entre 16 e 20, tanto nos itens fáceis como nos difíceis, não devem ser considerados como válidos, no entanto, eles podem ser considerados como pontuações que raramente são vistas em pacientes não litigantes ou com danos cerebrais. Com isso, não se espera que pacientes não litigantes obtenham

pontuações entre 0 e 5 (de um máximo de 8) em quaisquer blocos de itens fáceis ou difíceis (LORING et al., 2005). Pesquisa sugere que o tempo médio para responder cada item não deve ser maior que 3 segundos nos itens fáceis e não superior a 4 nos difíceis (SLICK et al., 2003 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 16). Ademais, não foram observadas influências nos escores dos testes em relação à idade, sexo (SLICK et al., 1996), educação ou etnia (VILAR-LÓPEZ et al., 2007). Em relação à confiabilidade, por meio da consistência interna, Slick et al. (1996) afirmam que os alfas para itens fáceis e difíceis foram de 0,82, 0,87 e 0,89, respectivamente. Quanto à confiabilidade teste-reteste, o VSVT foi administrado duas vezes a 31 participantes saudáveis e 27 pacientes litigantes (SLICK et al., 1997 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 16). O intervalo de tempo para a realização do reteste foi de 14 dias para o grupo controle e 31 dias para o grupo de litigantes. As correlações teste-reteste para algumas medidas específicas foram baixas (de ,53 a ,54 na latência) para o grupo controle. Enquanto para o grupo de pacientes litigantes as correlações foram maiores (de ,56 para o tempo de resposta em itens fáceis e até ,84 para a pontuação global). Por outro lado, todos os membros do grupo controle obtiveram o mesmo tipo de classificação para o reteste (válido). Mas para o grupo de pacientes em litígio, apenas 86% obtiveram a mesma classificação para o reteste. Esses achados sugerem que o VSVT mostra adequada confiabilidade e que a classificação modificada entre o teste e o reteste, provavelmente, reflete a sensibilidade do VSVT à mudança no esforço, o que não é explicado pela variação de erro (THOMPSON, 2002 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 16). Quanto à validade, o VSVT mostra ser um instrumento sensível aos efeitos motivacionais (GUILMETTE; HART;

GIULIANO, 1993 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 16). As investigações têm consistentemente mostrado que simuladores treinados e pacientes em situação contenciosa, que solicitam indenização monetária, obtêm pontuações mais baixas nesta tarefa (especialmente nos itens difíceis) em relação aos controles ou pacientes com alterações significativas, mas que não estão exigindo compensação econômica (SLICK et al., 1996). Por outro lado, existem dados confiáveis que permitem sustentar que os distúrbios da memória mostram um baixo impacto nos resultados do VSVT (DOSS; CHELUNE; NAUGLE, 1999). Estudo de Slick et al. (1997 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 17) detectou baixa taxa de falso-positivo quando o teste foi aplicado a uma amostra de pacientes (n= 30) que sofreram lesões cerebrais moderada e grave, mas que não procurou nenhuma compensação econômica. Deste grupo, 97% obtiveram escores válidos no VSVT, e apenas um paciente obteve um escore catalogado de questionável. Estes dados permitem demonstrar que a presença de pontuações que caem na faixa de questionável é incomum, mesmo para pacientes com déficits cognitivos graves. Loring, Lee e Meador (2005) aplicaram o VSVT em 374 pacientes classificados em três grupos: com TCE (sem incentivo econômico), pacientes sem TCE e um grupo não clínico, mas encaminhados por advogados em casos de compensação econômica por causa do trabalho. A proporção de respostas encontradas abaixo nos itens difíceis estava presente apenas em 0,3% em pacientes que não tinham TCE. Ao contrário do que foi observado no grupo não clínico, onde 20% obtiveram escores significativamente abaixo. Tais resultados sugerem que a distorção intencional da resposta é incomum em pacientes encaminhados para avaliação neuropsicológica não forense. Por outro lado, foi

observado que a depressão tem baixo impacto nos resultados do VSVT (SLICK et al., 1996). Resultados do VSVT foram comparados com outros testes que medem baixo esforço, a fim de observar sua eficácia (VILAR-LÓPEZ et al., 2007). Nesse sentido, Tan et al. (2002), usando o modelo de simulação, compararam resultados do VSVT, do TOMM e do Teste de Memória Word (WMT). O VSVT mostrou-se melhor que o TOMM quando o objetivo é detectar a pretensão de uma deficiência associada com lesões cerebrais. No entanto, ao usar o teste de retenção do TOMM, combinado com o VSVT ou o WMT, isso melhorou sua capacidade de previsão de uma maneira significativa. Também foi observado que o VSVT ao ser comparado com o Rei 15-Itens, o 21-Teste de Itens e o Portland Digital Recognition Test (PDRT) mostrou melhor capacidade de classificação (VICKERY et al., 2001). O VSVT (itens difíceis) também se mostrou um melhor preditor quanto ao fator de treinamento, mais do que o Dot Counting Test (DCT), Dígito Confiável Span (RDS) (STRAUSS et al., 1999). Outras investigações mostraram que o VSVT também é melhor na detecção de baixa colaboração (ROSE et al., 1995 citado por ALIAGA et al., 2013, p. 17). Embora existam estudos que afirmam que apresenta boa capacidade de classificar simuladores, seus resultados estão abaixo dos rendimentos que podem ser observados no WMT (TAN et al., 2002). Correlações entre escalas e escores de validade de MMPI-2 e VSVT tendem a ser médios e baixos (SLICK et al., 1996). Para os itens do VSVT e da escala F do MMPI-2, a correlação é r= -,29 que pode ser interpretado como pontuações altas na escala F associado com baixa pontuação no VSVT para itens fáceis. Por outro lado, a escala FBS apresentou maior associação (entre ,42 e ,43, respectivamente), o que pode ser explicado, uma vez que a escala FBS

é de maior utilidade em contextos em que a sintomatologia é exagerada pelo dano no cérebro. No entanto, na classificação dos participantes, eles mostram uma baixa taxa de concordância. Isso pode não ser mais surpreendente do que as tarefas diferirem consideravelmente em sua natureza e domínio (GREIFFENSTEIN et al., 1994).

- ***O Teste de Memória de Rey 15 – itens***

O Teste de Memória de Rey 15-Itens (REY, 1964) é um dos instrumentos mais usados (SPREEN, STRAUSS, 2006) para detectar a simulação de déficits ou declínio mnésico (REZNEK, 2005) ou o esforço insuficiente (SLICK et al., 1999), com estudos em contexto forense/criminal envolvendo sujeitos considerados simuladores (ou sob suspeita) institucionalizados (FREDERICK et al., 1994). São várias as investigações empíricas que sugerem um desempenho mais pobre no 15-IMT por parte de indivíduos com incentivos externos para parecerem "incapacitados", em comparação com indivíduos que não têm esses incentivos (GRIFFIN; NORMINGTON; GLASSMIRE, 1996). O teste consiste em um cartão com 15 itens (5 linhas com 3 caracteres cada), apresentado ao examinando durante 10 segundos, após os quais o cartão é removido e, de imediato, pedido para reproduzir o máximo dos 15 itens que conseguir recordar (Ensaio de Evocação Livre Imediata). O instrumento foi desenvolvido para avaliar a validade das queixas de memória visual imediata e da atenção, com base no "princípio do efeito de teto" . Apesar da tarefa de retenção dos 15 itens exceder, aparentemente, a capacidade de memória de curto prazo (7±2 itens), na realidade, o

15-IMT apenas requer a memorização de cinco unidades, uma vez que os referidos 15 itens podem ser agrupados em cinco categorias conceituais. No entanto, o teste é apresentado explicitamente ao examinando como uma tarefa de memorização de 15 elementos diferentes, fazendo-a parecer mais difícil do que é na realidade. Ou seja, trata-se de uma prova simples que qualquer pessoa que não esteja significantemente deteriorada pode realizar facilmente (LEZAK; HOWIESON; LORING, 2012). A identificação dos pontos de corte sugestivos de simulação ou esforço reduzido constitui uma tarefa essencial para a interpretação dos resultados no teste. Nesta base, para o 15-IMT têm sido propostos diferentes pontos de corte, considerando a pontuação no Ensaio de Evocação Imediata: 9 (GOLDBERG; MILLER, 1986); 8 (BERNARD; FOWLER, 1990); 7 (LEE; BAKER; GOLA, 1992); 6 (ARNETT; HAMMEKE; SCHAWARTZ, 1995). Outros investigadores recomendam pontos de corte mais elevados: 10 (GREIFFENSTEIN et al., 1996) ou mesmo 14 (FREDERICK, 2002). São várias as vantagens atribuídas ao 15-IMT. Por um lado, o baixo custo, a administração fácil e rápida, a possibilidade de usar vários índices ou resultados quantitativos e as análises de natureza qualitativa (perseverações, omissões, erros reversíveis) (MARSHAL; HAPPE, 2007). Por outro lado, os dados da investigação apontam para valores de especificidade elevados (superiores a 95%) em variadas amostras, tais como em pacientes com lesão cerebral severa (TAYLOR; KREUTZER; WEST, 2003) ou de diferentes etiologias (ARNETT; HAMMEKE; SCHARTZ, 1995), pessoas idosas com Depressão grave (LEE et al., 2000), doentes com Traumatismo Crânio-Encefálico moderado e severo (MILLIS; KLER, 1995), pacientes com Epilepsia do Lobo Temporal e outras perturbações neurológicas (LEE; LORING

MARTIN, 1992). Pesquisas evidenciaram os limites apontados a este teste, um deles reside principalmente na falta de sensibilidade (GUILMETTE et al., 1994; ROGERS et al., 1993 citados por SIMÕES et al., 2010, p. 211; VICKERY et al., 2001). Um número mais reduzido de pesquisas identificaram problemas quanto à especificidade dos resultados (GRIFFIN et al., 1996; GUILMETTE et al., 1994; SCHRETLEN et al., 1991 citados por SIMÕES et al., 2010, p. 212). Neste contexto, cabe esclarecer que a sensibilidade diz respeito à probabilidade de um teste identificar corretamente um indivíduo com uma dada condição (neste caso, a proporção de sujeitos simuladores que são identificados como tal). Já a especificidade refere-se à exatidão na identificação de sujeitos que não têm determinada condição (classificação correta de sujeitos como não simuladores) (SIMÕES et al., 2010). O 15-IMT foi recentemente objeto de um importante aperfeiçoamento com a introdução adicional de um Ensaio de Reconhecimento (BOONE et al., 2002) ao formato inicial de administração (Ensaio de Evocação Imediata, também denominado Ensaio de Evocação Livre). As tarefas de Reconhecimento providenciam pistas que ajudam o examinando a recordar a informação apresentada previamente e são mais fáceis do que as tarefas de Evocação Livre. De modo particular, o reconhecimento visual tem sido apontado como uma capacidade preservada em pacientes com amnésia e com traumatismo crânio encefálico (TOMBAUGH, 1997). No entanto, as pessoas podem ter uma concepção errada de que as tarefas de Reconhecimento e de Evocação Livre são de igual nível de dificuldade. Este fato explica a razão pela qual os simuladores apresentam desempenhos mais reduzidos nas tarefas de Reconhecimento do que pacientes reais. Neste sentido, os paradigmas de Memória de Reconhecimento

têm mostrado grande utilidade no exame de sintomas cognitivos não credíveis (GREIFFENSTEIN; BAKER; GOLA, 1996). A introdução do Ensaio de Reconhecimento como tarefa integrante do 15-IMT veio possibilitar a identificação, com um grau de certeza "provável", do esforço suspeito (definido com base na classificação correta de 75% de sujeitos) e, nesta medida, supera uma das limitações identificadas por Vallabhajosula e Van Gorp (2001), relativa ao não preenchimento do critério de evidência de admissibilidade científica em tribunal (normas de Daubert). Recorda-se que o recurso restrito ao Ensaio de Evocação Imediata (que constitui o formato original do teste) apresenta uma utilidade reduzida na classificação dos sujeitos em contexto forense (ETCOFF; KAMPFER, 1996 citado por SIMÕES et al., 2010, p. 212).

6.6.2 Testagem de segunda linha

- ***Wisconsin Card Test – WCST***

As capacidades cognitivas suportadas pelo lobo frontal e estruturas associadas (como por exemplo, o sistema límbico, e o lobo temporal anterior), podem ser consideradas como Funções Executivas. Estas se referem às capacidades que otimizam e integram a operação de um número de sistemas cognitivos , e envolvem a regulação da excitação e comportamento, capacidade de resposta às alterações das contingências, planeamento e sequenciação, aplicação de estratégias, e tomada de decisão (DAMÁSIO; ANDERSON, 2003 citado por SOUSA, 2010, p. 19).

Segundo Lezak, Howieson e Loring (2012), o impacto funcional da incapacidade executiva é definida da seguinte forma:

> Quando as funções executivas se encontram intactas, a pessoa pode sustentar consideráveis perdas cognitivas e continuar autónoma, independente. Quando as funções executivas estão afetadas, o indivíduo pode deixar de ter a capacidade de satisfazer os seus cuidados pessoais, ou realizar um trabalho útil ou remunerado de forma independente, assim como mostrar uma incapacidade de manter relações sociais normais, dependendo de quão preservadas estão as capacidades cognitivas (p. 35).

O caso de Phineas Gage, o supervisor de construção ferroviária, de 25 anos, que em 1848 sofreu um acidente quando uma explosão impeliu uma haste de aço que passou pela sua face esquerda até ao topo do crânio, é um exemplo usualmente referido quando nos focamos nas lesões do lobo frontal e dos déficits ao nível da função executiva. O efeito comportamental dramático que se verificou:

> Os seus funcionários, que o consideravam o trabalhador mais eficiente e capaz antes do acidente, referiram que existiram mudanças tão acentuadas que Gage não poderia mais ocupar o seu local de trabalho (NEYLAN, 1999, p. 280 citado por SOUSA, 2010, p. 19-20).

Damásio et al. (1994), usando o crânio de Gage e técnicas modernas de neuroimagem, reconstruíram as suas lesões, demonstrando nitidamente alterações do lobo frontal bilateralmente. As incapacidades advindas do lobo frontal afetado mostraram-se perfeitamente claras, principalmente por existirem

alterações ao nível do julgamento, capacidade de planeamento, resolução de problemas e outros aspectos relativos à tomada de decisão. Portanto, um indivíduo que antes de um acidente estava apto a trabalhar numa profissão que requer certo nível de capacidades cognitivas, mas que depois do acontecimento traumático, se encontra incapaz de voltar ao seu trabalho com o mesmo nível salarial, pode recolher uma recompensa por essa incapacidade (GREVE; BIANCHINI, 2007). Se o paciente ficar totalmente incapacitado para realizar a sua atividade laboral, o ganho pode ainda ser maior. A mesma lógica aplica-se à questão dos cuidados pessoais, uma vez que os pacientes podem procurar recompensas como fato de terem perdido suas faculdades. Assim, a disfunção cerebral que produz déficits ao nível executivo podem recompensar muito mais o indivíduo do que quando a patologia afeta de forma discreta as funções cognitivas, uma vez que, os déficits executivos têm um impacto funcional mais amplo e muito mais incapacitante (GREVE; BIANCHINI, 2007). A disfunção executiva pode causar sérias incapacidades, esta evidência neuropsicológica pode ser consideravelmente valorosa no processo judicial, uma vez que representa a incapacidade. Sendo assim, existe certamente uma substancial motivação a fabricar ou exagerar os déficits nas medidas de função executiva (GREVE; BIANCHINI, 2007). Como vimos, ao longo do tempo, vários estudos tentam detectar a simulação através de provas psicométricas não especificamente destinadas para esse efeito. Entre os instrumentos frequentemente citados estão o Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (SUHR; BOYER, 1999; GREVE et al., 2002; GREVE; BIANCHINI, 2002 citados por SOUSA, 2010, p. 20; BERNARD; MCGRATH; HOUSTON, 1996). As tarefas do WCST têm

sido usadas para estudar as funções cognitivas desde a década de 20 e 30, quando os investigadores usaram o chamado processo de abstração. No caso do Wisconsin Card Sorting Test, entre os resultados normativos, estão as categorias completas, respostas perseverativas, erros perseverativos, erros não-perseverativos, falhas para manter a atitude, e percentagem de respostas de nível conceptual (GREVE; BIANCHINI, 2007). Neste contexto, cabe esclarecer que perseveração refere-se a marcar continuamente a mesma dimensão mesmo que não esteja correta. As falhas para manter a atitude significam uma sequência de cinco a nove respostas corretas consecutivas. E percentagem de respostas de nível conceptual diz respeito à percentagem de sequências de três ou mais respostas corretas consecutivas (GREVE; BIANCHINI, 2007). Bernard, McGrath e Houston (1996) desenvolveram uma série de equações de funções discriminatórias que tiravam partido da falta de conhecimento por parte dos simuladores, sobre como a lesão cerebral afeta a performance no WCST:

> É como o indivíduo que deseja ter um pior desempenho no WCST pensar que completar um número menor de categorias e/ou fazer uma grande quantidade de erros, significa um desempenho deficitário. No entanto, esse mesmo indivíduo não irá perceber que um elevado número de respostas perseverativas e erros perseverativos são dimensões de grande significado na indicação de déficits funcionais cerebrais (p. 233).

As análises dos simuladores-controle dos estudos de Bernard e colaboradores foram altamente precisos, classificando corretamente 91% (0% de erros falsos positivos) na análise original e 96% (8% de erros falsos positivos) na validação cruzada. De

grande importância é a habilidade para discriminar simuladores de pacientes com patologia cerebral. Quando os simuladores foram comparados com os pacientes com lesão traumática cerebral, a classificação foi de novo precisa com 98% corretamente classificado na análise original com 3% de erros falsos positivos. A validação cruzada foi menos precisa, com 95% (6% de erros falsos positivos), mesmo assim considerada boa. Os principais indicadores de simulação encontrados foram o número de categorias, número total de erros, respostas perseverativas e erros perseverativos. Suhr e Boyer (1999 citado por SOUSA, 2010, p. 21), numa tentativa de replicação dos estudos de Bernard e cols., encontraram correlações elevadas entre os erros perseverativos e o número de categorias completas, e por isso incluíram a dimensão Falhas para Manter a Atitude, como um resultado "sutil" que reduzisse o risco de multicolinariedade e porque as Falhas para Manter a Atitude têm sido referidas como insensíveis à lesão cerebral, ocorrendo de forma relativamente infrequente tanto nos elementos normais como naqueles que apresentam lesões cerebrais, incluindo os que apresentam lesões frontais. Estes autores, apontaram ainda uma das limitações do estudo realizado por Bernard et al., que era a ausência de um grupo de prováveis simuladores. A análise de regressão logística, com o número de categorias e falhas para manter a atitude como variáveis independentes, e os grupos de simuladores versus normais, colocados como variáveis dependentes, resultou numa classificação global de 77,8% (qui quadrado= 34,6; p< 0,001). A sensibilidade foi de 70,7% e a especificidade de 87,1%. A fim de verificar se o modelo poderia ser aplicado à amostra de pacientes, foi realizada uma segunda regressão logística, com o número de categorias e falhas para

manter a atitude como variáveis independentes, e os grupos de prováveis simuladores versus elementos com lesões cerebrais, como variáveis dependentes. A classificação global foi de 87,5%, com uma sensibilidade de 82,4% e uma especificidade de 93,3% (HEATON et al., 1993 citado por SOUSA, 2010, p. 20). A partir da análise destes dados, percebe-se que os indicadores de simulação do WCST de Bernard e colaboradores, e de Suhr e Boyer, podem ser efetivamente métodos usados para detectar a simulação na lesão cerebral. Portanto, trata-se de uma metodologia usada para a avaliação das funções executivas que permite de forma precisa identificar os déficits cognitivos simulados e o desenvolvimento de indicadores de simulação nos testes de avaliação da função executiva (SOUSA, 2010).

- ***Trail Making Test – TMT***

Apesar de uma boa parte de estudos de simulação focarem na função executiva, outros deram atenção à velocidade psicomotora, na identificação da simulação (SOUSA, 2010). O Trail Making Test -TMT é um teste neuropsicológico particularmente sensível a identificação desse objetivo. O resultado do TMT é influenciado por vários problemas médicos e neurológicos, assim como fatores como a idade, educação e capacidade intelectual (LEZAK; HOWIESON; LORING, 2012). A Parte B do Trail Making Test leva relativamente mais tempo a ser concluída comparativamente à Parte A (LAMBERTY et al., 1994). Determinados estudos sugerem a utilização desse instrumento na identificação da simulação (GUILMETTE et al., 1990; LESS-HALEY et al., 1996 citados por

SOUSA, 2010, p. 57). Van Gorp et al. (1999) observaram que os simuladores tendem a apresentar desempenhos muito mais lentos em tarefas de tempo, quando comparados com indivíduos com dano cerebral. Isto foi explicado pela incapacidade de os sujeitos julgarem de forma adequada a velocidade com que completam a tarefa ou perceber que velocidade de desempenho alta poderia não ser esperada após dano neurológico. Pesquisas sugerem que os simuladores poderiam apresentar performances diferentes no TMT (GOEBEL, 1983). O' Bryant et al. (2003 citado por SOUSA, 2010, p. 23) concluíram que os simuladores tendem a realizar o TMT A e B de uma forma mais lenta, sendo a diferença de proporção entre eles significativa (p= ,010). Estudo de Egeland e Langfjaeran (2007) obteve as mesmas conclusões, fornecendo um valor de proporção entre os prováveis simuladores e não simuladores. Estes indicam que uma proporção menor que 2,5 entre o TMT B/A, está mais presente entre os prováveis simuladores, e possibilita a identificação de 68% deles, tendo, no entanto, uma especificidade de apenas 57%. Outro indicador, segundo Ruffolo et al. (2000 citado por SOUSA, 2010, p. 23), diz respeito ao número de erros em que os simuladores e os indivíduos com resultados inválidos apresentam, com proporção de 0-3 erros. Já o grupo controle apresenta uma proporção de 0-1 erros. Apesar dos avanços sobre a detecção da Simulação utilizando o TMT, estudos revelam pouca consistência, sendo difícil concluir se este é um método com fidelidade adequada. As pesquisas em que existiu uma comparação da proporção são esperançosas, mas a maioria da literatura sugere que este coeficiente por si só não discrimina de forma fiável a simulação, e existe ainda pouca investigação sobre o número de erros e a presença de simulação no TMT (SUHR; BARRASH, 2007).

- ***WCST e TMT aos critérios de Slick***

Slick et al. (2000), ao enunciarem o seu método de diagnóstico de simulação, definem o Critério B envolvendo dados advindos dos testes neuropsicológicos. Assim, os indicadores encontrados, por exemplo, no WCST e TMT devem ser aplicados ao Critério B, que por sua vez é dividido em 6 categorias, de B1 a B6. O Critério B mais relevante para o WCST e TMT é o B2 ("desempenho em uma ou mais provas psicométricas devidamente validadas, ou índices desenhados para medir o exagero ou déficits cognitivos, é consistente com a simulação") e o B6 ("desempenho pobre pouco provável em dois ou mais testes estandardizados de funções cognitivas com um domínio específico [exemplo, atenção ou memória] que é inconsistente com a história neurológica ou psiquiátrica"). Assim, o critério B2, refere-se a indicadores que foram especificamente desenhados para detectar fracos esforços, desempenhos subestimados e/ou simulação (GREVE; BIANCHINI, 2007). As fórmulas de Bernard et al. (1996) e Suhr e Boyer (1999 citado por SOUSA, 2010, p. 58) para o WCST, podem ser aplicadas ao critério B2. Os indicadores, como por exemplo, as falhas para manter a atitude no WCST, são pontuações que acedem à função executiva e aspectos cognitivos relacionados, e não à simulação em si. Consequentemente, estas variáveis devem ser aplicadas ao critério B6, que requer que estes resultados sejam comparados com os resultados de outro teste com funções similares, como, por exemplo, o TMT (Trail Making Test) (GREVE; BIANCHINI, 2007). O sistema de Slick permite o diagnóstico de simulação em duas situações: 1- dois critérios B ou 2- um critério B e um C estão presentes. Teoricamente, uma pessoa pode ser acusada de

simulação apenas com os resultados do WCST, com a fórmula de Suhr e Boyer, ao preencherem o B2 e as Falhas para Manter a Atitude, o B6. Neste sentido, apesar do WCST ser um teste que pode fornecer indicadores de simulação, o desempenho do indivíduo é influenciado pela sua capacidade atual a nível executivo, que pode ser influenciada por vários fatores. Assim, deve-se ater à relevância de todos esses elementos, nomeadamente a nível clínico, antes de se concluir um resultado de Simulação (GREVE; BIANCHINI, 2007).

- ***Sintomatologia exagerada***

Avaliações neuropsicológicas realizadas em pessoas com traumas provenientes de acidentes ou déficits resultantes de doença em contexto de incapacidade podem reportar sintomas em três dimensões: (A) sintomas somáticos como dor e fadiga, (B) sintomas cognitivos como concentração reduzida e memória afetada e (C) depressão, ansiedade e irritabilidade (LARRABEE, 2007 citado por SOUSA, 2010, p. 24). O SCL-90-R foi administrado por Wallis e Bogduk (1996, citado por SOUSA, 2010, p. 24) em pacientes com dor crônica após acidente e em um grupo sem qualquer lesão, sendo estes solicitadas a simular dor crônica resultante de uma lesão após hipotético acidente. Verificou-se que o grupo de dor crônica genuína apresentou elevações nas dimensões da Somatização, Obessividade-Compulsividade e Depressão, enquanto que o grupo de simuladores apresentou maiores elevações nestas três escalas comparando com o grupo genuíno, assim como maiores elevações nas escalas ao longo de todo o SCL-90-R. Mittenberg et al. (2002)

identificaram a presença de simulação em alguns problemas psiquiátricos: fibromialgia e fadiga crónica (33,5%), depressão (16,1%), ansiedade (13,6%), e desordens dissociativas (10,5%). A atenção quanto ao fenômeno da simulação sempre existiu, contudo, atualmente esse cuidado deve ser mais intenso, visto que há possibilidade de distorções na objetividade das respostas e o desempenho nos processos de avaliação neuropsicológica tem crescido consideravelmente em função de benefícios e ganhos econômicos. Assim, é compreensível a necessidade de examinar, de modo sistemático, a credibilidade das queixas, sejam elas dificuldades cognitivas, sintomas neuropsiquiátricos, desempenhos deficitários, casos de incompatibilidade entre "doença e déficits observados" ou de "inconsistência entre desempenhos ou comportamentos observados e a gravidade da lesão". As estimativas de prováveis simuladores identificadas na avaliação neuropsicológica forense, aponta-nos para a necessidade de uso de testagem específica. Ou seja, a literatura de um modo geral solicita métodos eficazes para a detecção da simulação. É urgente ressaltar que o processo de avaliação e detecção da simulação deve ser rigoroso, visto que, indivíduos com verdadeiros sintomas psicológicos e comprometimentos cognitivos também podem simular, no sentido de exagerar seus sintomas. Com isso, cabe aos peritos forenses estar atentos no processo de detecção de possível simulação e assim não cometer injustiças liberando benefícios para quem não os tem direito.

7 SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN

Como evidenciado em capítulos anteriores, na simulação de sintomas existe uma motivação clara e externa, ou seja, um interesse por trás. Porém, quando se trata de simular, nem toda a motivação é clara e consciente, ela pode existir proveniente de motivações internas como no Transtorno Factício, mais conhecido como Síndrome de Münchausen, muito presente nos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste capítulo é explanar sobre outro tipo de comportamento de simulação de sintomas no contexto de saúde, bem como discutir as possibilidades de detecção, tipos e tratamento. A "Síndrome de Münchausen" tem a simulação como principal característica. Seu nome é uma homenagem ao alemão Karl Friedrich Hieronymus Baron Von Münchausen, que viveu em meados do século XVIII conhecido como "Barão de Münchausen" ou "Barão das Mentiras" pelo fato de contar histórias fantásticas sobre suas aventuras e viagens (PRUSSIANO, 2009; DOMINGUEZ, 2011). O termo "Síndrome de Münchausen" foi cunhado em 1951 por Richard Asher para identificar os pacientes que produzem seus sintomas físicos com a finalidade de requerer atendimento hospitalar. Durante a construção teórica, a Síndrome de Münchausen foi associada com a pseudologia fantástica e a característica peculiar de entrada em vários locais para receber atenção médica (SOUZA FILHO et al., 2017), sintomatologia dramática (NEVES; FERRÃO, 2013) e até se submeter a diversos procedimentos cirúrgicos desnecessários (PRUSSIANO, 2009; GARROTE et al., 2008). Asher considerou que as queixas principais dessas pessoas seriam sintomas abdominais (como evidências de laparotomias), hemorragias (sangramento por múltiplos orifícios) e neurológicos (com ataques epiléticos, dores de

cabeça e anestesia) (GATTAZ et al., 2003; ASHER, 1951). Por essas características, a Síndrome de Münchausen é também conhecida no meio hospitalar por "vício hospitalar", "vício policirúrgico" e "síndrome do paciente profissional" (SOUZA FILHO et al., 2017). Asher chamou atenção para a suspeita de um diagnóstico de Síndrome de Münchausen para o paciente que apresente histórias de viagens com internações em diversos hospitais, internações curtas, fugas, história de vida dramática com uso de jargões médicos sem envolvimento emocional na história (*belle indiférence*), inconsistências na história de saúde, pseudologia fantástica (mentira patológica), sintomatologia flutuante (que não fecha nenhuma hipótese); no exame físico, o médico deveria atentar para o sinal do "abdômen em grelha" (sinal de intervenções anteriores) (GATTAZ et al., 2003; ASHER, 1951). Durante a internação, podem ser frequentes os pedidos por analgésicos, assim como é comum percebê-los sozinhos ou com poucas visitas (SOUSA FILHO et al., 2017). Desde a década de 1980, a Síndrome de Münchausen está no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais na categoria de Transtornos Factícios ou fictícios como um transtorno de simulação. Contudo, a Síndrome de Münchausen se difere dos Transtornos de Simulação pela ausência de motivações claras e externas para obter vantagens, como evasão de processos, compensação financeira etc. (GUELLER, 2009). Além de todos os critérios já colocados (GATTAZ et al., 2003), atualmente, o maior indicativo que sugere o diagnóstico de Síndrome de Münchausen seria a condição de querer "ocupar o lugar de doente" (GUELLER, 2009). Souza Filho et al. (2017) sugerem que existe um fator de predisposição que pode resultar num distúrbio factício, como: preexistência de outros transtornos mentais detectáveis, condições

médicas ou adoecimentos ocorridos durante o período de infância ou adolescência que resultaram em internações, existência de distúrbios pessoais e relacionamento significativo com algum médico do seu passado. Segundo os dados estatísticos do DSM–V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014), é desconhecida a prevalência da Síndrome de Münchausen ou Transtorno Factício na população mundial. A justificativa para esse desconhecimento é justamente o caráter de falseamento nesse grupo e a dificuldade de registro. Estima-se, no entanto, que cerca de 1% dos indivíduos que dão ou darão entrada nos ambientes hospitalares satisfazem os critérios de transtorno factício. Existem relatos de que essa síndrome seja mais comum em homens do que em mulheres. Além disso, há um questionamento sobre o crescimento da incidência da Síndrome de Münchausen entre pacientes que são estudantes ou profissionais da área de saúde (SOUZA FILHO et al., 2017). Apesar dos estudos, ainda é muito recente as tentativas de propor o diagnóstico diferencial para a Síndrome de Münchausen (GARROTE et al., 2008). Muitas vezes a fraude da simulação dos sintomas é revelada quando o paciente é reconhecido pelos profissionais que o atenderam em internações anteriores em outros serviços de saúde. Quando se confronta o paciente com novas queixas, ou trazem a evidência da simulação, negam ou fogem do hospital, buscando outro serviço de saúde distante (SOUSA FILHO et al., 2017). Essas atitudes dificultam o manejo do transtorno. Para Gattaz et al. (2003), a principal fonte de diagnóstico diferencial dever ser sempre as características da doença verdadeira apontada como queixa. No caso dos transtornos mentais em que se questiona a possiblidade de simulação ou a somatização dos sintomas como nos Transtornos Somatoformes,

reflete-se que nestes últimos, a projeção de sintomas no corpo é inconsciente, sugerindo conflitos psicológicos, ao contrário da Síndrome de Münchausen, em que há consciência e intencionalidade nas escolhas e no discurso que lhe favoreça o ganho de cuidados. O Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014) traz como critérios diagnósticos a falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada a fraude identificada; o indivíduo se apresenta a outros como doente, incapacitado ou lesionado; o comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias; e por último, o comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica. Identificar os meios de falseamento de sintomas pode auxiliar na detecção de tais simulações e ajustar possíveis condutas de saúde. Quanto aos métodos de falseamento, pode incluir tanto o exagero, quanto a fabricação, a simulação e a indução. Quando já existe uma condição de doença definida, esse paciente pode induzir uma imagem de maior convalescimento, podendo levar a intervenções em excesso. Independentemente da situação, a pessoa suspeita do Transtorno Factício pode trazer no discurso sentimentos de depressão, ideias suicidas, lutos patológicos, além de outros sintomas neuropsiquiátricos etc. Além desses sinais, pode haver manipulação de exames, falsificação de prontuários, ingestão de substâncias para induzir resultados de exames, automutilação ou podem contaminar-se para produção de sintomas (APA, 2014). No que diz respeito ao curso da síndrome, pode ser limitado quanto ao número de episódios, porém costuma ter curso crônico. Ocorre incialmente no princípio da vida adulta após hospitalizações

efetivas decorrentes de condições médicas em geral ou transtornos mentais (SOUSA FILHO et al., 2017).

7.1 Münchausen por procuração

Quanto ao subtipo do Transtorno Factício, existe o Transtorno Factício por procuração (APA, 2014) também conhecida como: Síndrome de Münchausen atribuído a outro, por poder (GARROTE et al., 2008), delegado (GUELLER, 2009) ou pela terminação inglesa de "*by proxy*". Asher (1951) define a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) como uma forma de abuso da criança que pode passar facilmente despercebida. A mãe, geralmente a perpetradora, simula preocupação e devoção à criança. As consequências são de natureza psicológica e física podendo eventualmente provocar a morte da criança. A Síndrome de Münchausen por procuração foi descrita em 1977 como uma alusão aos maus tratos a criança (ANDRADE; SILVA, 2005) que pode receber uma classificação própria dada o caráter de abusos físicos e psicológicos específicos (PRUSSIANO, 2009).

Um médico inglês chamado Roy Meadow, professor de pediatria em Leeds, em 1982, descreveu a síndrome de Münchausen por poder em 19 crianças cujas mães registraram sintomas simulados com objetivo de provocar internações hospitalares e tratamentos desnecessários que teve duração entre alguns meses a 4 anos. Meadow interpretou como forma de abuso e não como um distúrbio das mães e que deveria ter abordagem diferente das outras formas de abuso. As simulações mais frequentes foram sangramento, anormalidades neurológicas, erupções cutâneas,

febre e urina anormal. Cabe destacar que 08 crianças foram retiradas da família, 09 permaneceram com a família, mas com supervisão e 02 morreram (MEADOW, 1977; PRADO, 1982). Nesse subtipo, uma pessoa próxima da criança, muitas vezes um de seus pais, sugere ou produz sinais falsos para que a criança seja examinada ou receba auxílio médico (GUELLER, 2009). Muitas vezes o cuidador ou responsável provoca danos e ferimentos, por isso, o Transtorno Factício por procuração é considerado uma forma de maus tratos à infância registrados nas publicações de pediatria (GARROTE et al., 2008). A diferença entre a Síndrome de Münchausen e a Síndrome de Münchausen por procuração está no desejo de atribuir ao outro, normalmente o filho, o lugar de doente, os sintomas são infligidos ou fabricados de três modos (GUELLER, 2009): por relato falso, alteração do material de exames laboratoriais ou provocando sinais e sintomas no corpo infantil. Para o autor, a mãe transfere o lugar de doente e de atenção para o filho e essa passa a ser o seu veículo de satisfação com o cuidado do outro, seja médico ou equipe. Rosemberg (1987) realizou extensa revisão e encontrou 117 casos publicados até o referido ano. Ainda que tenha diferenças entre os casos, o autor afirma que existe um perfil quase que estereotipado dos participantes:

> 1) o responsável é a mãe; 2) a idade dos pais está compreendida entre final da 2ª e início da 3ª década; a idade média da mãe é de 29 anos; 3) a mãe é considerada afetuosa e cuidadosa e permanece quase o tempo todo com a criança hospitalizada; 4) sua aparente devoção sensibiliza e engana a equipe médica com a qual se estabelece uma relação calorosa, especialmente envolvendo os elementos mais jovens; a mãe elogia o padrão da assistência médica

> prestada; 5) a mãe aprecia e estimula procedimentos médicos sofisticados ainda que potencialmente perigosos; 6) a preocupação da mãe não parece proporcional à aparente gravidade do caso e à preocupação do pessoal médico; 7) a mãe tem algum conhecimento de enfermagem; 8) a mãe é inteligente e socialmente mais sofisticada que o esposo; 9) pai quase não se envolve e raramente visita o hospital; 10) idade da criança menor de 6 anos (média: 3, 2 anos); 11) história de doença familiar não comum, às vezes antecedente de morte misteriosa de um irmão; 12) quando algum dos consultantes levanta a hipótese de fraude, isto é recebido com ceticismo pela maioria da equipe médica; 13) a mãe nunca confessa mesmo quando confrontada com provas; 14) geralmente a mãe não tem um rótulo psiquiátrico bem definido, detectando-se apenas um distúrbio de afetividade ou uma sociopatia; 15) a mãe apresentou ela própria a Síndrome de Munchausen e/ ou tratamento psicoterápico prévio (p. 549).

Muitas vezes os sintomas do filho não ocorrem na ausência da mãe, dificilmente a mãe deixa o filho sozinho aos cuidados da equipe, parecendo sempre muito atenta ao que ocorre. Essa atenção se contrasta com a ausência de preocupação com a suposta enfermidade em si e a necessidade de manter relações próximas com médicos e enfermeiros (GARROTE et al., 2008), demonstrando solicitude às intervenções (ANDRADE; SILVA, 2005) ou realizando uma "sedução velada" e manipuladora (PRUSSIANO, 2009). Para aumentar o período de internação, é comum que a mãe tome decisões terapêuticas sem comunicar a equipe ou não cumprir as ordens prescritas pela equipe (GARROTE et al., 2008). Vale lembrar que a idade é essencial para o sucesso da farsa, normalmente são crianças entre 15 meses e seis anos de

idade e não há uma forma de apresentação típica de farsa dado o leque de possibilidades de se construir uma fraude no corpo da criança, muitas vezes com crueldade (PRUSSIANO, 2009). Existe variedade de sintomas e de métodos de fabricação descritos pela literatura, podendo-se destacar, a título de exemplo: apneia provocada por sufocação; vômitos, crises convulsivas, diarreias, exantemas induzidos por intoxicação, sangramentos com alteração de exames a partir do uso de tinta, cacau e/ou corantes, febre com falsificação da temperatura. O envenenamento é a forma mais descrita de indução de sintomas (PIRES; MOLLE, 1999). Asher (1951) acrescenta outros sintomas referentes ao quadro clínico da Síndrome Munchausen por Procuração, que inclui:

> [...] episódios de sangramentos gastrintestinais, urinários e das vias aéreas superiores, anormalidades neurológicas, [...] hipoglicemia, septicemia. Os sintomas podem ser produzidos (exemplo: mãe injeta fezes no equipo endovenoso) ou simulados (exemplo: mãe mistura seu sangue menstrual à urina da criança). [...] geralmente o adulto executa a fraude com seu próprio sangue. Na criança, o habitual é a mãe misturar seu próprio sangue nas fezes, urina ou vômitos da criança ou esfregá-lo no rosto ou períneo do filho; [...]. Por isso é conveniente documentar o sangramento factício (p. 350).

Corroborando com a discussão acima, as características diagnósticas do Transtorno Factício imposto a outro de acordo com o DSM V, apontam para o caráter de falsificação e fabricação evidente de sinais e sintomas psicológicos e/ou físicos em outro (vítima) que é apresentado como sendo “doente”, “incapaz” ou “lesionado”. O comportamento não possui compensações externas

objetivas e nem é mais bem explicado por outra condição como delírio ou condição psicótica. Podendo ainda se especificar em episódio único ou recorrente, onde há dois ou mais eventos de fingimento ou indução de lesões a outra pessoa (APA, 2014). Para auxiliar na detecção, Meadow (1977) e Prussiano (2009) sugerem a realização de uma anamnese detalhada para levantar a história de saúde da criança, realizar uma checagem temporal entre sintomas e a presença/ausência do cuidador, verificar a veracidade das amostras para exame, conduzir o exame médico sem a presença da mãe e observar a evolução. Além disso, outras fontes de informações podem fazer a diferença, como: avós, pai e irmãos (GARROTE et al., 2008). O diagnóstico é muito difícil e delicado, uma vez que pessoas acometidas deste transtorno tendem a fugir intempestivamente de hospitais, migrando para outros (ANDRADE; SILVA, 2005). Uma vez que se detecta o Transtorno Factício por procuração recomenda-se a proteção da criança, afastando-a do perpetrador, colocando-a sob a responsabilidade de outra pessoa ou instituição. Cada instituição hospitalar deve ter um protocolo de ação nesses casos, como a organização de uma equipe multidisciplinar com pediatras, psicólogos, advogados, assistentes sociais e psiquiatras para elaborar estratégias de manejo, controle e tratamento psicológico para os envolvidos além de medidas legais e vigilância familiar (PRUSSIANO, 2008). Muitas vezes as medidas legais são negligenciadas (PIRES; MOLLE, 1999), para tanto se deve lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente versa sobre a determinação de tratamento psicológico ou psiquiátrico para os pais e o afastamento do agressor do lar (BRASIL, 1990). Assim, salienta-se a importância de profissionais da área jurídica nas equipes e nas instituições de saúde. Segundo

Feldman e Brown (2002) esta doença é muitas vezes subnotificada devido à pouca relevância ou mesmo ausência de conhecimento acerca do assunto pelos profissionais de saúde. A Literatura manifesta poucos relatos sobre esta síndrome no Brasil, sendo a maioria realizados em países Europeus ou de língua Inglesa.

7.2 Como manejar e tratar

O principal intuito do tratamento da Síndrome de Münchausen seja o auto imposto ou por procuração é o de evitar danos e prevenir procedimentos desnecessários e motivar o paciente a buscar uma relação terapêutica positiva. Dada a evasão nesses casos, apenas um número reduzido deles é encaminhado para o psiquiatra (GATTAZ et al., 2003). Contudo, há relatos de casos em que, mesmo pacientes submetidos a tratamentos psiquiátricos, o prognóstico foi completamente oposto ao esperado (PIRES; MOLLE, 1999). Estudos mais recentes mostraram que, em 32 casos relatados sobre o transtorno factício, não foram encontradas evidências suficientemente eficazes para validar a técnica de manejo no mesmo (SOUZA FILHO et al., 2017). Os tratamentos incluíram várias abordagens terapêuticas, tratamento medicamentoso, terapia comportamental, técnicas multidisciplinares, porém nenhuma se mostrou eficaz. Além disso, não há análises comparativas nesses estudos, o que dificulta o estudo por evidências. Isto corrobora com a afirmação de Gattaz et al. (2003) de que, até o momento, estudos sobre o tratamento em diferentes abordagens terapêuticas da Síndrome de Münchausen se mostraram insatisfatórios, não havendo consenso quanto as formas de tratar. Contudo, Pires e Molle (1999) afirmam que o prognóstico nesses casos

dependerá de a pessoa em diagnóstico aceitar a sua condição e acolher efetivamente o seu tratamento. No caso da Síndrome de Münchausen por procuração é consenso entre alguns autores a importância de que o tratamento se estenda até as vítimas para prevenir possíveis consequências no futuro, como desenvolver esse mesmo comportamento sindrômico (GARROTE et al., 2008), ou outros como: hipocondria, transtorno do estresse pós-traumático e alterações do sono (GUELLER, 2009). Apesar dos estudos sobre o tema serem datados desde a década de 1950, na literatura pesquisada tem mais relatos de estudos de caso e revisões bibliográficas, o que limita a possibilidade de estudos e a pesquisa sobre a sua epidemiologia e ensaios terapêuticos. Poucos são os autores que sistematizaram o conhecimento a respeito, a fim de proporcionar indicativos de manejo e de detecção (SOUZA FILHO et al., 2017). De todo modo, a importância da observação e o compromisso da equipe de saúde em perceber os sinais que se contrariam durante o período de internação, parecem ainda serem as pistas que podem conduzir a um diagnóstico da Síndrome de Münchausen auto imposta ou por procuração. A precocidade dessa investigação pode prevenir intervenções desnecessárias e até o óbito. Também é importante que a equipe de saúde realize a perpetuação dos debates e ação conjunta para que o diagnóstico e a comprovação da fraude sejam efetivados o mais breve possível, e a segurança seja garantida. Visto que ao se dedicar a avaliações holísticas e a atuações multiprofissionais, a equipe tende a diagnosticar mais precisamente, indica tratamento mais eficaz, evitando internações frequentes e investigações diagnósticas com exames desnecessários. É preciso dar continuidade à pesquisa e à promoção da temática aos profissionais da saúde em geral e,

em destaque, aos profissionais da saúde mental, que comporão as equipes multiprofissionais de saúde mental que podem, a partir de recursos de avaliação psicológica e observação, fazer a diferença no levantamento da hipótese diagnóstica da Síndrome de Münchausen auto imposta e por procuração. Finalmente, e corroborando o pensamento de Bender (2019) é fundamental insistir em uma avaliação sistemática para os transtornos mentais fingidos, deterioro cognitivo fingido e outros modelos de resposta fingida para tal ainda é necessária a investigação empírica embasada por instrumentos validos e confiáveis, portanto muito caminho existe até conseguirmos esse refinamento.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, J. P.; BROWN, N. W. Episodic memory, amnesia, and the hippocampal–anterior thalamic axis. **Behavioural Brain Science**, v. 22, p. 425–490, jun. 1999. DOI: https://doi.org/10.1017/S0140525X99002034. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/episodic-memory-amnesia-and-the-hippocampalanterior-thalamic-axis/810189AC34B388075020FA6E6C61F000. Acesso em: 13 jul. 2020.

ALENCAR, J. F; COURY, H. J. C. G; OISHI, J. Aspectos relevantes no diagnóstico de DORT e fibromialgia. **Rev. Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 1, p. 52-58, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n1/004_09.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

ALIAGA, A., ARCH, M., GARCÍA-MOLINA, A.; JARNE, A. Revisión de dos instrumentos de simulación neurocognitiva y su utilidad em el contexto forense. **Revista Chilena de neuropsicologia**, v. 8, n. 1, p. 13-19, jul. 2013. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-722770. Acesso em: 13 jul. 2020.

ALMEIDA, E. H. R. A perícia médica previdenciária no contexto atual. In: **Perícia Médica**. SALOMÃO, R. F. et al. (ORGS). Brasília: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, 2012.

ALTAVILLA, Enrico. **Psicologia judiciária: o processo psicológico e a verdade judicial (Volume 1)**. 5 ed. Coimbra: Almedina, 2007.

AMARAL, J. H. do. Indenizofilia nas Perícias Médicas: Sinistrose-Simulação. **Rev Jurídica da Toledo de Presidente Prudente – SP**, v. 14, p. 204-207, nov. 2009. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Intertemas_n.14.14.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, F. B.; AZEVEDO, R. (2006). Similaridades dos sinais e sintomas apresentados nas disfonias funcionais psicogênicas e nas disfonias com suspeita de simulação: diagnóstico diferencial. **Distúrbios da Comunicação**, v. 18, n. 1, p. 63-73. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11759. Acesso em: 13 jul. 2020.

ANDRADE, T. L. E.S; SILVA, J. L. P. Hemoptise fictícia na Síndrome de Munchhausen: uma entidade a ser considerada no diagnóstico diferencial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n. 2, p. 265-68, mai./jun. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n3/25867.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

ANDROVANDI, C. et al. Imputabilidade penal, capacidade cognitiva e instrumentos de medida psicológica. **Revista Psicologia em foco**, v. 1, n. 1, p. 49-62, 2007. Disponível em:

http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1127/1599. Acesso em: 13 jul. 2020.

ARAÚJO-FILHO, G.M; ARAÚJO, L.B. Transtornos psiquiátricos e sintomas comportamentais. IN: PRADO, F.C; RAMOS, J. A; VALLE, J. R. (ORGS). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico e tratamento**. 26 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.

ARCE, R.; FARIÑA, F. Psicología social aplicada al ámbito jurídico. In: PSICOLOGIA SOCIAL APLICADA. ARIAS, A.V. et al. (ORGS). Madrid: Panamericana, 2013.

ARNETT, P. A.; HAMMEKE, T. A.; SCHWARTZ, L. Quantitative and qualitative performance on Rey's 15-Item Test in neurological patients and dissimulators. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 9, p. 17-26, 1995. DOI: https://doi.org/10.1080/13854049508402052. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13854049508402052. Acesso em: 13 jul. 2020.

ASHER, R. Munchausen Syndrome by proxy. **Lancet**, v. 1, p. 339-341, 1951.

BAIN, S. A.; BAXTER, J. S. Interrogative suggestibility: The role of interviewer behavior. **Legal and Criminological Psychology**, v. 5, p. 123-133, 2000. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1348/135532500168029. Acesso em: 13 jul. 2020.

BAKER, G. A.; HANLEY, J. R.; JACKSON, H. F.; KIMMANCE, S.; SLADE, P. Detecting faking of amnesia: Performance differences between simulators and patients with memory impairment. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 15, p. 668-684, 1993. DOI: https://doi.org/10.1080/01688639308402588. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01688639308402588. Acesso em: 13 jul. 2020.

BARTOL, C.R.; BARTOL, A.M. History of forensic psychology. *In:* WEINER I.B.; HESS A.K. (orgs.). **The handbook of forensic psychology**. 2. ed. Hoboken: Wiley, 2005. P 1-27.

BAXTER, J. S.; BAIN, S. A. Faking interrogative suggestibility: The truth machine. **Legal and Criminological Psychology**, v. 7, n. 2, p. 219-225, 2002. Disponível em: https://strathprints.strath.ac.uk/1660/. Acesso em: 13 jul. 2020.

BAZZO, R. F. (2016). Considerações sobre a mudança do estatuto da mania no DSM. *In*: Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 7., e Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 13., **Anais [...]**. Disponível: http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/VII%20CONGRESSO/ANAIS/Mesas%20redondas/32.1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

BENDER, R. R. S. D. **Evaluación clínica de la simulación y el engaño**. México: Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V., 2019. ISBN: 978-607-448-797-8.

BERNARD, L. C.; FOWLER, W. Assessing the validity of memory complaints: Performance of brain-damaged and normal individuals on Rey's task to detect malingering. **Journal of Clinical Psychology**, v. 46, p. 434-436, 1990. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679%28199007%2946%3A4%3C432%3A%3AAID-JCLP2270460410%3E3.0.CO%3B2-0. Acesso em: 13 jul. 2020.

BERNARD, L. C.; MCGRATH, M. J.; HOUSTON, W. The Differential Effects of Simulating Malingering, Closed Head Injury, and Other CNS Pathology on the Wisconsin Card Sorting Test: Support for the "Pattern of Performance" Hypothesis. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 11, p. 231-245, 1996. DOI: https://doi.org/10.1016/0887-6177(95)00025-9. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0887617795000259. Acesso em: 13 jul. 2020.

BOLAN, B.; FOSTER, J. K.; SCHMAND, B.; BOLAN, S. A comparison of three tests to detect feigned amnesia: The effects of feedback and the measurement of response latency. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 24, p. 154-167, abr. 2002. DOI: 10.1076/jcen.24.2.154.1000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11992198/. Acesso em: 13 jul. 2020.

BOMFIM, E. M. Psicologia Social, Psicologia do Esporte e Psicologia Jurídica. *In:* ACHCAR, R. (org.). **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BOON, J.; GOZNAB, L.; HALLA S. Detecting “faking bad” on the Gudjonsson Suggestibility Scales. **Personality and Individual Differences**, v. 44, n. 1, p. 263-272, 2008. DOI: 10.1016/j.paid.2007.08.005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/223409403_Detecting_'faking_bad'_on_the_Gudjonsson_Suggestibility_Scales. Acesso em: 13 jul. 2020.

BOONE, K. B.; SALAZAR, X.; LU, P.; WARNER-CHACON, K.; RAZANI, J. The Rey 15-Item Recognition Trial: A technique to enhance sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 24, n. 5, p. 561-573, 2002. DOI: 10.1076/jcen.24.5.561.1004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11201008_The_Rey_15-Item_Recognition_Trial_A_Technique_to_Enhance_Sensitivity_of_the_Rey_15-Item_Memorization_Test. Acesso em: 13 jul. 2020.

BORGES, S. R. **Concepções sobre papéis e práticas de psicólogos peritos e assistentes técnicos no poder judiciário da comarca de Recife**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Curso de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

BOSAIPO, N. B; BORGES, V. F; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. 1, p. 72-84, jan./fev. 2017.

BRASIL. **Lei no 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2015].

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 19 jun. 2020.

_____. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Institui o Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1991]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Lei n. 7.209 de 11 de julho de 1984. A**ltera dispositivos do decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm. Acesso em: 13 jul. 2020.

BRUNO, A. M. L. A Perícia Médica nos Casos de Simulação em Infortunística. **Revista de Medicina**, p. 9-22, jun. 1941. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/50516/54632. Acesso em: 13 jul. 2020.

CÂMARA FILHO, J. W. S.; SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p.

221-228, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7170.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

CARO, M.I; GIRÁLDEZ, S.L.; RODRIGO, A.M.L.; RIONDA, J.L.A. La simulación de enfermedad física o trastorno mental. **Papeles del Psicólogo,** 26 (92), p. 99-108, 2005.

CASTRO, P.A. **A influência do pensamento diversivo na sugestionabilidade interrogativa avaliada pela Escala de Sugestionabilidade de Gudjonsson**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal, 2015.

CERCY, S. P.; SCHRETLEN, D.; BRANDT, J. Simulated amnesia and the pseudo-memory phenomena. *In:* ROGERS, R. J. (org.). **Clinical assessment of malingering and deception**. New York: Guilford Press, 1997, p. 85-107.

COLBY, F. Using the binomial distribution to assess effort: forcedchoice testing in neuropsychological settings. **Neurorehabilitation**, v. 16, p. 311-312, fev. 2001. DOI: 10.3233/NRE-2001-16410. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11567541_Using_the_binomial_distribution_to_assess_effort_Forced-choice_testing_in_neuropsychological_settings. Acesso em: 13 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CRM. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Código de Ética Médica**. Brasília: DF, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Cartilha sobre Avaliação Psicológica**. Brasília, DF, 2013 Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – CRP. Psicólogos no Sistema Prisional. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, n. 8, p. 3-9, 2005. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/jornal08-sistema-prisional.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

COSTA, L.F et al. As competências da psicologia jurídica na avaliação psicossocial de famílias em conflito. **Psicol. Soc**. V.21, n. 2, mai./ago. 2009. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 jul. 2020.

COSTA, J.K.N., et al. Avaliação Psicológica no Contexto das Instituições de Justiça. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais, Maceió - AL**, v. 3, n. 1, pp. 149-166. 2015. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas / article/download/2504/1515. Acesso em: 13 jul. 2020.

COSTA, M. et al. Trauma, dissociação e psicopatologia em reclusos. *In:* QUEVEDO-BLASCO, R.; QUEVEDO-BLASCO, V. J. (orgs.). **Libro de capítulos del V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica**. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), pp. 491-494. 2012.

CRUZ JÚNIOR, A. J. Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 8, p. 66-78, 2011. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8854/6734. Acesso em: 13 jul. 2020.

CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, A.I.Q. **A sugestionabilidade interrogativa em crianças: O papel da idade e das competências cognitivas**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. et al. Delírio: características psicopatológicas e dimensões comportamentais em amostras clínicas. **Jornal brasileiro de psiquiatria,** v. 52, n. 3, p. 191-199, mai./jun. 2003. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-366290. Acesso em: 14 jul. 2020.

DAMÁSIO, H.; GRABOWSKI, T.; FRANK, R.; GALABURDA, A. M.; DAMÁSIO, A. R. The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient. **Science**, v. 264, p. 1102-1105, mai. 1994. DOI: 10.1126/science.8178168. Disponível em: https://science.sciencemag.org/content/264/5162/1102. Acesso em: 14 jul. 2020.

DAVOGLIO, T. R; ARGIMON, I. I. L. Avaliação de comportamentos anti-sociais e traços psicopatas em psicologia forense. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 1, p. 111-118, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n1/v9n1a12.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

DELIS, D.C.; JACOBSON, M. Neuropsychology: testing. *In:* KAZDIN, A. E. (org.) **Encyclopedia of psychology.** Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

DOMINGUEZ, Raquel. Síndrome de Münchausen por poder. **Arch. Pediatr. Urug.**, Montevideo, v. 82, n. 1, p. 36-38, marzo 2011. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492011000100009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 07 feb. 2021.

DOMINGUES, A. F. G. **Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE): Estudo de validação em amostras médico-legal e comunidade.** Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade de Coimbra, Portugal, 2012. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23257/1/Escala%20de%20Validade%20de%20Sintomas%20%E2%80%93%20Vers%C3%A3o%20Experimental%20%28EVS-VE%29_Estudo%20de%20valida%C3%A7%C3%A3o%20em%20amostras%20m%C3%A9dico-legal%20e%20comunidade.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

DONDERS, J. Performance on the test of memory malingering in a mixed pediatric sample. **Child Neuropsychology**, v. 11, p. 221-227, 2005. DOI: 10.1080/09297040490917298. Disponível: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16036446/. Acesso em: 14 jul. 2020.

DOSS, R. C.; CHELUNE, G. J.; NAUGLE R. I. Victoria Symptom Validity Test: Compensation-seeking vs. non-compensation-seeking patients in a general clinical setting. **Journal of Forensic Neuropsychology**, v. 1, p. 5–20, 1999. DOI: https://doi.org/10.1300/J151v01n04_02. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J151v01n04_02. Acesso em: 14 jul. 2020.

DRAKE, K.E.; BULL, R. Individual differences in interrogative suggestibility: life adversity and fieldependence. **Psychology, Crime and Law**, v. 17, p. 677-687, 2011. DOI: https://doi.org/10.1080/10683160903511967. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10683160903511967. Acesso em: 14 jul. 2020.

DRAKE, K. E.; BULL, R.; BOON, J. C .W. Interrogative suggestibility, self-esteem, and the influence of negative life-events. **Legal and Criminological Psychology**, v. 13, p. 299-307, 2008. DOI: 10.1348/135532507X209981. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229745477_Interrogative_suggestibility_self-esteem_and_the_influence_of_negative_life-events. Acesso em: 14 jul. 2020.

DURÃO, C. H.; LUCAS, F. Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia. **Rev. Bras. Crimin.**, v. 4, n. 1, p. 26-32, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.15260/rbc.v4i1.86. Disponível em: http://rbc.org.br/ojs/index.php/rbc/article/view/86. Acesso em: 14 jul. 2020.

DURÃO, C.; PINTO, R.; NUNO, D. O papel do ortopedista nos acidentes de trabalho. **Rev. Port. Ortop. Traum.**, v. 20, n. 3, p. 295-302, 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpot/v20n3/v20n3a04.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

EGELAND, J.; LANGFJAERAN, T. Differentiating Malingering from Genuine Cognitive Dysfunction Using the Trail Making Test-Ratio and Stroop Interference Scores. **Journal Applied Neuropsychology**, 14 (2), p. 113-119, 2007.

FARKAS, M. R.; ROSENFELD, B.; ROBBINS, R.; VAN GORP, W. Do tests of malingering concur? Concordance among malingering measures. **Behavioural Science and Law**, v. 24, p. 659-671, 2006. DOI: 10.1002/bsl.730. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17016819/. Acesso em: 14 jul. 2020.

FELDMAN, M.D; BROWN, R.M.A. Munchausen by proxy in an international context. **Child Abuse and Neglect**, v. 26, n. 5, p. 509-524, mai. 2002. DOI: https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00327-7. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213402003277. Acesso em: 14 jul. 2020.

FELIPE, C. H. O. **A paleontologia e a tafonomia como ferramentais para o estudo de casos de evidências de tanatose em Artrópodes fósseis.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2007. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Biologia/monografia/objeto_de_aprendizagem_paleoetologia_tafonomia_ferramentas.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

FISHER, R. S. et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy. **Epilepsia,** v. 46, n. 4, p. 470-472, 2005. Disponível em: https://pedclerk.bsd.uchicago.edu/sites/pedclerk.uchicago.edu/files/uploads/ilae.pdf. Acesso em: 14 jyl. 2020.

FISHER, G.F; MITCHELL, I. A síndrome de Munchausen por procuração é realmente uma síndrome? **Arch Dis Child**, v. 72, p. 530-534, 1995.

FRANZEN, M. D.; IVERSON, G.L. Detecting Negative Response Bias and Diagnosing Malingering: The Dissimulation Exam. *In:* SNYDER, P. J.; NUSSBAUM, P. D.; ROBINS, D. (orgs.). **Clinical Neuropscyhology: A pocket handbook for assessment.** Washington, DC: American Psychological Association, 2006.

FREDERICK, R. I. A review of Rey's strategies for detecting malingered neuropsychological impairment. **Journal of Forensic Neuropsychology**, v. 2, n. 3, p. 1-25, 2002. DOI: 10.1300/

J151v02n03_01. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254368133_A_Review_of_Rey's_Strategies_for_Detecting_Malingered_Neuropsychological_Impairment. Acesso em: 14 jul. 2020.

FREDERICK, R.; SARFATY, S.; JOHNSTON, J. D.; POWEL, J. Validation of a detector of response bias on a forced-choice test of nonverbal ability. **Neuropsychology**, v. 8, n. 1 p. 118-125, 1994. DOI: https://doi.org/10.1037/0894-4105.8.1.118. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1994-28014-001. Acesso em: 14 jul. 2020.

FREITAS, M.A. Psicologia Forense e Psicologia Jurídica: aproximações e distinções. **Revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais**, v. 12, n. 20, p. 82-103, 2013. Disponível em: https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/handle/123456789/1137. Acesso em: 14 jul. 2020.

FUCHS, T. Phenomenology and psychopathology. *In*: SCHMICKING, D.; GALLAGHER, S. (orgs.). **Handbook of Phenomenology and Cognitive Science.** Berlin/London: Springer, 2010. p, 547-573.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia - UNIFESP – EPM, 1997.

GARROTE, N. et al. Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. **Archivos Argentinos de Pediatria: Pediatría Prática**, v. 106, n. 1, p. 47-53, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262559020_Sindrome_de_Munchausen_por_poder_y_manifestaciones_de_supuesto_evento_de_aparente_amenaza_a_la_vida. Acesso em: 14 jul. 2020.

GATTAZ, W. F.; DRESSING, H.; HEWER, W.; NUNES, P. Síndrome de Münchausen: diagnóstico e manejo clínico. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n. 2, p. 220-224, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16221.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

GAUER, G. J .C; DIEFENTHAELER, E. C; CEITLIN, L. H. Transtorno de Estresse Pós-traumático. *In*: NETO, A. C.; CHITTÓ, G. J.; FURTADO, N. R. (orgs.). **Psiquiatria para estudantes.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

GIANOLI, G.; MCWILLIANS, S.; SOILEAU, J.; BELAFSKY, P. Posturographic performance in patients with the potential for secondary gain. **Otolaryngol Head Neck Surg.**, v. 122, n. 1, p. 11-18, jan. 2000. DOI: 10.1016/S0194-5998(00)70137-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10629476/. Acesso em: 14 jul. 2020.

GOEBEL, R. A. Detection of faking on the Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. **Journal of Clinical Psychology**, v. 39, n. 5, p. 731-742, 1983. DOI: https://doi.org/10.1002/1097-4679(198309)39:5<731::AID-

JCLP2270390515>3.0.CO;2-T. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1984-01762-001. Acesso em: 14 jul. 2020.

GOLDBERG, T. O.; MILLER, H. R. Performance of psychiatric inpatients and intellectually deficient individuals on a task that assesses the validity of memory complaints. **Journal of Clinical Psychology**, v. 42, p. 792-795, set. 1986. DOI: https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<792:AID-JCLP2270420519>3.0.CO;2-8. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679%28198609%2942%3A5%3C792%3A%3AAID-JCLP2270420519%3E3.0.CO%3B2-8. Acesso em: 14 jul. 2020.

GOMES, J. C. M. Perícia judicial. *In*: RODRIGUES FILHO, S. [org.]. **Perícia médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, 2012.

GONÇALVES, F. M. R. V. **Apanha-me se puderes: O sujeito simulador observado por uma perspectiva conceptual mista.** Dissertação (Mestrado em Psicocriminologia) - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, sociais e da Vida, Portugal, 2012. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2307. Acesso em: 14 jul. 2020.

GREIFFENSTEIN, M. F.; BAKER, W. J.; GOLA, T. Comparison of multiple scoring methods for Rey's malingered amnesia measures. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 11, n. 4, p. 283-293, 1996. DOI: https://doi.org/10.1016/0887-6177(95)00038-

0. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0887617795000380. Acesso em: 14 jul. 2020.

GREIFFENSTEIN, M. F.; BAKER, W. J.; GOLA, T. Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. **Psychological Assessment**, v. 6, n. 3, p. 218-224, 1994. Disponível em: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.894.79&rep=rep1&type=pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

GREVE, K. W.; BIANCHINI, K. J. (2007). Detection of Cognitive Malingering With Tests of Executive Function. *In*: LARRABE , G. J. (org.). **Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits**. New York: Oxford University Press, 2007. p. 171-225.

GRIFFIN, G. A. E.; NOTMINGTON, J.; GLASSMIRE, D. Qualitative dimensions in scoring the Rey Visual Memory Test of malingering. **Psychological Assessment**, v. 8, n. 4, p. 383-387, 1996. DOI: https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.383. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1997-02157-010. Acesso em: 14 jul. 2020.

GROTE, C. L. et al. Performance of compensation seeking and non-compensation seeking samples on the Victoria Symptom Validity Test: Cross-validation and extension of a standardization study. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 22, n. 6, p. 709–719, dez. 2000. DOI: 10.1076/jcen.22.6.709.958. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11320430/. Acesso em: 14 jul. 2020.

GROTE, C. L.; HOOK, J. N. Forced-choice recognition tests of malingering. *In*: LARRABE , G. J. (org.). **Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits**. New York: Oxford University Press, 2007. p. 44–79. 2007.

GUDJONSSON, G. H. **The psychology of interrogations and confessions**: A handbook. Chichester: Wiley, 2003.

GUELLER, A. S. Falhas na operação transitivista materna na síndrome de Münchausen por procuração. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 12, n. 2, p. 276-284, jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n2/v12n2a03.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

GUILMETTE, T. J. et al. Order effects in the administration of a forced-choice procedure for detection of malingering in disability claimants' evaluations. **Percept Mot Skills**, v. 83, n. 3, p. 1007-1016, dez. 1996. DOI: 10.2466/pms.1996.83.3.1007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8961339/. Acesso em: 14 jul. 2020.

HABER, A. H.; FICHTENBERG, N. L. Replication of the Test of Memory Malingering (TOMM) in a traumatic brain injury and head trauma sample. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 20, n. 3, p. 524-532, set. 2006. DOI: 10.1080/13854040590967595. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16895863/. Acesso em: 15 jul. 2020.

HEILBRUN, K. et al. Principles of Forensic Mental Health Assessment: Implications for Neuropsychological Assessment in Forensic Contexts. **Assessment**, v. 10, n. 4, p. 329-343, 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8954183_Principles_of_forensic_mental_health_assessment_implications_for_neuropsychological_assessment_in_forensic_contexts. Acesso em: 15 jul. 2020.

HORTON, A. M.; WEDDING, D. **Neuropsychology handbook.** 3 ed. New York: Springer, 2008.

HURLEY, K. E.; DEAL, W. P. Assessment instruments measuring malingering used with individuals who have mental retardation: potential problems and issues. **Mental Retardation**, v. 44, n. 2, p. 112-119, abr. 2006. DOI: 10.1352/0047-6765(2006)44[112:AIMMUW]2.0.CO;2. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16689611/. Acesso em: 15 jul. 2020.

HÜSS, M. T**. Psicologia Forense**: Pesquisa, Prática Clínica e Aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2011.

IVERSON, G. L. et al. Test of Memory Malingering (TOMM) scores are not affected by chronic pain or depression in patients with fibromyalgia. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 21, n. 3, p. 532-46, 2007. DOI: 10.1080/13854040600611392. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6374183_Test_of_Memory_Malingering_TOMM_Scores_are_not_Affected_by_

Chronic_Pain_or_Depression_in_Patients_with_Fibromyalgia. Acesso em: 15 jul. 2020.

JORGE, R.M.; JORGE, B. M. Simulação em Lombalgia: Diagnóstico e Prevalência. **Acta Ortop. Bras.**, v. 19, n. 4, p. 180-183, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/aob/v19n4/01.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

JUNG, F. H. Avaliação Psicológica Pericial: Áreas e Instrumentos. **Revista Especialize**, v. 1, n. 8, 2014. Disponível em: https://www.passeidireto.com/arquivo/37643389/avaliacao-psicologica-pericial-areas-e-instrumentos-jung-2014/9. Acesso em: 15 jul. 2020.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. Trastornos Facticios. *In*: Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. **Sinopsis de Psiquiatría**. 7 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1996. p. 648-653.

KING., J.; SULLIVAN, K. Deterring malingered psychopathology: The effect of warning simulating malingerers. **Behavioral Sciences and the Law**, v. 27, n. 1, p. 35-49, jan. 2009. DOI: 10.1002/bsl.839. Diponível em: https://www.researchgate.net/publication/23804512_Deterring_malingered_psychopathology_The_effect_of_warning_simulating_malingerers. Acesso em: 15 jul. 2020.

KRISTENSEN H.; TORGERSEN, S. MCMI-II personality traits and symptom traits in parenes of children with selective mutism: a case-control study. **J Abnorm Psychol.**, v. 110, n. 4, p. 648-652,

nov. 2001. DOI: 10.1037//0021-843x.110.4.648. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11727954/. Acesso em: 15 jul. 2020.

LAMBERTY, G. J.; PUTNAM, S. H.; CHATEL, D. M.; BIELIAUSKAS, L. A.; ADAMS, K. M. Derived Trail-Making Test indices: A preliminary report. **Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology**, v. 7, n. 3, p. 230-234, 1994. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1995-31624-001. Acesso em: 15 jul. 2020.

LARRABEE, G. J. **Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits.** New York: Oxford University Press, 2007. p. 131-170.

LEE G. P.; LORING, D. W.; MARTIN, R. C. Rey's 15-item visual memory test for the detection of malingering: Normative observations on patients with neurological disorders. **Psychological Assessment**, v. 4, n. 1, p. 43-46, 1992. DOI: https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.43. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1992-25787-001. Acesso em: 15 jul. 2020.

LEE, A. et al. Performance of older depressed patients on two cognitive malingering tests: False positive rates for the Rey 15-item memorization and dot counting tests. **Clinical Neuropsychologist**, v. 14, n. 3, p. 305-308, ago. 2000. DOI: 10.1076/1385-4046(200008)14:3;1-P;FT303. Disponível: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11262705/. Acesso em: 15 jul. 2020.

LEES-HALEY, P, R. et al. Malingering in Forensic Neuropsychology: Daubert and the MMPI-2. **Journal of Forensic Neuropsychology**, v. 3, n. 1-2, p. 167-204, 2002. DOI: 10.1300/J151v03n01_01. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254368142_Malingering_in_forensic_neuropsychology_Daubert_and_the_MMPI-2. Acesso em: 15 jul. 2020.

LEITE R. A. et al. I. Funcionamento da via auditiva e da linguagem em gêmeas monozigóticas com características de mutismo seletivo. **Revista Neurociências**, v. 13, n. 2, p. 74-79, abr./jun. 2005. DOI: https://doi.org/10.34024/rnc.2005.v13.8831. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8831. Acesso em: 15 jul. 2020.

LEZAK, M.; HOWIESON, D.; LORING, D. **Neuropsychological assessment**. New York, EEUU: Oxford University Press, 2012.

LIRA-CARDOSO, A. et al. Avaliação psicológica de agressores sexuais no contexto brasileiro: instrumentos e perspectivas. **Revista Brasileira de Direito Processual Penal**, v. 6, n. 1, p. 247, 2020. DOI: https://doi.org/10.22197/rbdpp.v6i1.320. Disponível em: http://www.ibraspp.com.br/revista/index.php/RBDPP/article/view/320. Acesso em: 15 jul. 2020.

LOPES, M.A; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000**. Arq. Neuropsiq**., v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8233.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

LORING, D. W.; LEE, G. P.; MEADOR, K. J. Victoria symptom validity test performance in non-litigating epilepsy surgery candidates. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 27, n. 5, p. 610-617, 2005. DOI: https://doi.org/10.1080/13803390490918471. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13803390490918471. Acesso em: 15 jul. 2020.

MANSUR-ALVES, M. Contrastando a Avaliação Psicologica e Neuropsicologica: acordos e desacordos. *In*: MALLOY-DINIZ, L. F. et al (orgs.). **Avaliação Neuropsicológica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MARSHALL, P.; HAPPE, M. The performance of individuals with mental retardation on cognitive tests assessing effort and motivation. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 21, n. 5, p. 826-840, ago. 2007. DOI: https://doi.org/10.1080/13854040600801001. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13854040600801001. Acesso em: 15 jul. 2020.

MARTINS, L. H. B. **Simulação e Dissimulação na Perícia Psicológica Forense Instrumentos e Aspectos Conceituais**. Monografia (Especialização em Psicologia - Avaliação Psicológica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147095/000998138.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 jul. 2020.

MATOS, L. G. **Como se decide a (in)capacidade e a deficiência?** Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/168938. Acesso em: 15 jul. 2020.

MCCAFFREY, R. J.; O'BRYANT, S. E.; ASHENDORF, L.; FISHER, J. M. Correlations among the TOMM, Rey-15, and MMPI-2 validity scales in a sample of TBI litigants. **Journal of Forensic Neuropsychology**, v. 3, n. 3, p. 45-53, 2003. DOI: https://doi.org/10.1300/J151v03n03_03. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J151v03n03_03. Acesso em: 15 jul. 2020.

MEADOW, R. Munchausen Syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. **Lancet**, v. 2, p. 343-345, 1977.

MEHDI, T. Benzodiazepines Revisited. **British Journal of Medical Practitioners**, v. 5, n. 1, mar. 2012. Disponível em: https://www.bjmp.org/content/benzodiazepines-revisited. Acesso em: 15 jul. 2020.

MEIER, M. J. Modern clinical neuropsychology in historical perspective. **American Psychologist**, v. 47, n. 4, p. 550-558, abr. 1992. Disponível em: https://psycnet.apa.org/buy/1992-27334-001. Acesso em: 15 jul. 2020.

MENDLOWICZ, M. V.; BERGER, W. (2011). Simulação de transtorno de estresse pós-traumático secundário a combate em exame pericial. **J Bras Psiquiatr**, v. 60 n. 1, p. 67-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a13.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

MENEZES, J. S. R. (S/D). *Simulação em perícias médicas judiciais*. **Perícias e Auditorias Médicas do Distrito Federal**. Disponível em: http://www.periciamedicadf.com.br/simulacao_em_pericias_judiciais.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

MESQUITA, R.; DUARTE, F. **Dicionário de Psicologia**. Lisboa: Plátano, 1996.

MEYERS, J. E.; VOLBRECHT, M. E. A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 18, n. 3, p. 261-276, abr. 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14591459/. Acesso em: 15 jul. 2020.

MILLIS, S. R.; KLER, S. Limitations of the Rey Fifteen-Item Test in the detection of malingering. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 9, n. 3, p. 241-244, 1995. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13854049508400486. Acesso em: 15 jul. 2020.

MITTENBERG, W. et al. Base rates of malingering and symptom exaggeration. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 24, n. 8, p. 1094-1102, 2002. DOI: 10.1076/jcen.24.8.1094.8379. Disponível em: https://www.researchgate.

net/publication/10844926_Base_Rates_of_Malingering_and_Symptom_Exaggeration. Acesso em: 15 jul. 2020.

MOREIRA, C. S; MEZZASALMA, M. A; JULIBONI, R. V. Esquizofrenia Paranoide: Relato de Caso e Revisão da Leitura. **Revista Cientifica da FMC**, v. 3, n. 2, 2008. Disponível em: http://www.fmc.br/revista/V3N2P29-32.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

NAGLE, A. M. et al. Deception strategies in children: examination of forced choice recognition and verbal learning and memory techniques. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 21, n. 8, p. 777-785, dez. 2006. DOI: 10.1016/j.acn.2006.06.011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17000078/. Acesso em: 15 jul. 2020.

NEVES, M. G.; FERRÃO, A. C. F. Síndrome de Munchausen por Procuração: quando a mãe adoece o filho. **Com. Ciências Saúde,** v. 24, n. 2, p. 179-186 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/sindrome_munchausen_procuracao.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

NITRINI, R. et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **Int. Psychogeriatr**, v. 21, n. 4, p. 622-630, ago. 2009. DOI: 10.1017/S1041610209009430. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19505354/. Acesso em: 15 jul. 2020.

NOTO, A. R. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de

São Paulo**. Rev. Bras. Psiquiatr**., v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000200006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a06v24n2.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

OLIVEIRA, J.T. Aspectos Comportamentais das Síndromes de dor Crônica. **Arq. Neuropsiquiatr**., v. 58, n. 2-A, p. 360-365, 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000200027. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2A/58n2aa27.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

OLIVEIRA, G.C. et al. O exame de Verificação de Cessação de Periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 19, n. 2, p. 322-341, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n2p322.10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n2/1415-4714-rlpf-19-2-0322.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. ***Rev. Latino-am. Enfermagem*****,** 13(número especial), p. 896-902, 2005.

ORGANIZAÇÂO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998. Disponível em: http://livros01.livrosgratis.com.br/da000001.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. especial, p. 896-902, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pd. Acesso em: 16 jul. 2020.

ORTIZ, M. C. M. A perícia psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 6, n. 1, p. 26-30, 1986. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-98931986000100009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pcp/v6n1/09.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

OSIMANI, A. et al. Use of the Stroop phenomenon as a diagnostic tool for malingering. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617–621, jun. 1997. DOI: 10.1136/jnnp.62.6.617. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9219749/. Acesso em: 16 jul. 2020.

PAULO, R. M. M. **Deteção da Simulação de Problemas de Memória em Contexto Forense**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Minho, Portugal, 2012. Disponível: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25388/1/Dalila.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

PENAJOIA, M. S. F. **Estudo da sugestionabilidade interrogativa em reclusos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal, 2012. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21849. Acesso em: 16 jul. 2020.

PENAJOIA, M. S. F.; PINHO, M. S.; DIAS, I. T. Influência da familiaridade com procedimentos judiciais de interrogatório na sugestionabilidade interrogativa de reclusos reincidentes. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 33, p. 251-264, set. 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.14417/ap.861. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v33n3/v33n3a01.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

PEREIRA, C. A. A. **Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS-VE)**: Estudo de validação em amostras médico-legal e comunidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Aveiro, Portugal, 2012. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23257/1/Escala%20de%20Validade%20de%20Sintomas%20%E2%80%93%20Vers%C3%A3o%20Experimental%20%28EVS-VE%29_Estudo%20de%20valida%C3%A7%C3%A3o%20em%20amostras%20m%C3%A9dico-legal%20e%20comunidade.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

PINHO, J. I. S. S. **Testes de Validade de Sintomas: Validação de um Protocolo em Amostras de Adultos Idosos.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Coimbra, Portugal, 2012. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23453. Acesso em: 16 jul. 2020.

PIRES, J. M. A.; MOLLE, L. D. Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 4, p. 281-286, 1999. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-04-281/port.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

PRADO, R. Síndrome de Munchausen por procuração. **Arch Dis Child**, v. 57, p. 92-98, 1982.

PRUSSIANO, V. P. **Síndrome de Munschausen por Procuração: Implicações para o cuidado de enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/24700. Acesso em: 16 jul. 2020.

REES, L. et al. Five Validation Experiments of the Tests of Memory Malingering (TOMM). **Psychological Assessment**, v. 10, n. 1 p. 10-20, 1998. DOI: https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.1.10. Disponível em: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.10.1.10. Acesso em: 16 jul. 2020.

RESNICK, P. J. Malingering of posttraumatic disorders. *In*: ROGERS, R. J. (org.). **Clinical assessment of malingering and deception**. 3 ed. New York: Guilford Press, 2008.

REY, A. **L'examen clinique en psychologie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.

REZNEK, L. The Rey 15-item memory test for malingering: A meta-analysis. **Brain Injury**, v. 19, n. 7, p. 539-543, ago. 2005. DOI: 10.1080/02699050400005242. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7625897_The_Rey_15-item_

memory_test_for_malingering_A_meta-analysis. Acesso em: 16 jul. 2020.

RIBAS, J.C. Diagnóstico das doenças mentais. **Revista de Medicina**, v. 30. n. 147, p. 145-177, mar. 1946. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v30i147p145-176. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/47015. Acesso em: 16 jul. 2020.

RODRIGUES, D. B.; FREITAS, G. A. de; FARIAS, A. E. M. de; AMORIM-GAUDÊNCIO, C. Simulação de sintomas e transtornos mentais: Uma revisão crítica do fenômeno para a psicologia. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 2, p. 134-145, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n2/1413-294X-epsic-21-02-0134.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

ROSENBERG, D. A. Web of deceit: a literature review of Munchausen Syndrome by proxy. **Child Abuse Negl.**, v. 11, n. 4, p. 547-563, 1987. DOI: 10.1016/0145-2134(87)90081-0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3322516/. Acesso em: 16 jul. 2020.

RUILOBA, J. V. Trastornos Psicosomáticos: Trastornos Facticios. *In*: RUILOBA, J. V. Introducción a la Sicopatología y Psiquiatría. 3 ed. Barcelona: Editorial Salvat, 1991. p. 527-529.

SADOCK, B.; SADOCK, V. (2012). **Manual de Psiquiatria Clínica:** Referência Rápida. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SBORDONE, R. J.; SEYRANIAN, G. D.; RUFF, R. M. The Use of Significant Others to Enhance the Detection of Malingerers From Traumatically Brain-Injured Patients. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 15, n. 6, p. 445-477, ago. 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14590202/. Acesso em: 16 jul. 2020.

SHARLAND, M. J.; GFELLER, J. D. A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 22, n .2, p. 213-323, fev. 2007. DOI: 10.1016/j.acn.2006.12.004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17284353/. Acesso em: 16 jul. 2020.

SILBER, E.; REY, A. C.; SAVARD, R.; POST, R. M. Thought disorder and affective inaccessibility in depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 161-165, mai. 1980. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7372578/. Acesso em: 16 jul. 2020.

SIMÕES, M. et al. Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. **Análise Psicológica**, v. 28, n. 1, p. 209-226, 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n1/v28n1a15.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

SIMON, M. J. Performance of mentally retarded forensic patients on the test of memory malingering. **Journal of Clinical Psychology**, v. 63, n. 4, p. 339-44, abr. 2007. DOI: 10.1002/

jclp.20351. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17279523/. Acesso em: 16 jul. 2020.

SIMS, A. **Sintomas da mente: introdução a psicopatologia descritiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SLICK, D. J.; HOPP, G.; STRAUSS, E.; SPELLACY, F. J. Victoria Symptom Validity Test: Efficiency for detecting feigned memory impairment and relationship to neuropsychological tests and MMPI-2 validity scales. **Journal of Clinical and experimental Neuropsychology**, v. 18, n. 6, p. 911–922, 1996. DOI: https://doi.org/10.1080/01688639608408313. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01688639608408313. Acesso em: 16 jul. 2020.

SLICK, D. J.; IVERSON, G. L.; GREEN, P. California Verbal Learning Test Indicators of Suboptimal Performance in a Sample of Head-Injury Litigants. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 22, n. 5, p. 569-579, nov. 2000. DOI: 10.1076/1380-3395(200010)22:5;1-9;FT569. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12234277_California_Verbal_Learning_Test_Indicators_of_Suboptimal_Performance_in_a_Sample_of_Head-Injury_Litigants. Acesso em: 16 jul. 2020.

SLICK, D. J.; SHERMAN, E. M. S.; IVERSON, G. L. Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed stardards for clinical practice and research. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 13, n. 4, p. 545-561, 1999. DOI: https://

doi.org/10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT545. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/1385-4046%28199911%2913%3A04%3B1-Y%3BFT545. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOARES, S. M. **Detecção de comportamentos de esforço reduzido e exagero de sintomas numa amostra de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Coimbra, Portugal, 2013. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/25388. Acesso em 16 jul. 2020.

SOUSA FILHO, Daniel de et al. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 4, p. 516-521, dez. de 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400516&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jul. 2020.

SOUSA, H. **Simulação na Neuropsicologia Forense: exploração de um método de detecção**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, Granda, Portugal, 2010. Disponível em: https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/63. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOUSA, H.; MACHADO, M.; QUINTAS, J. Detecção de Simulação com o uso do Wisconsin Card Sorting Test e do Trail Making Test. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v. 29, n. 1, p. 15-20, 2013.

DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000100003. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n1/03.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

SPREEN, O.; STRAUSS, E. **A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and administration**. 3 ed. New York: Oxford University Press, 2006.

STRAUSS, E. et al. Using intraindividual variability to detect malingering in cognitive performance. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 13, n. 4, p. 420-432, nov. 1992. DOI: 10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT420. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10806454/. Acesso em: 16 jul. 2020.

SUHR, J. A.; BARRASH, J. Performance on Standard Attention, Memory, and Psychomotor Speed Tasks as Indicators of Malingering. *In*: LARRABEE, G. J. (org.). **Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits.** New York: Oxford University Press, 2007. p. 131-170.

TABORDA, J. G. V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (s/d). **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: Artmed.

TAN, J. E. et al. How'd they do it? Malingering strategies on symptom validity tests**. The Clinical Neuropsychologist,** v. 16, n. 4, p. 495-505, dez. 2002. DOI: 10.1076/clin.16.4.495.13909. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822058/. Acesso em: 16 jul. 2020.

TARANTI, Patrick Giuliano [ORG.] (1976 -). **Dicionário Básico Jurídico – Termos e Expressões.** Compacto. 431p. Disponível em: https://www.academia.edu/38572257/Dicion%C3%A1rio_B%C3%A1sico_Jur%C3%ADdico_Termos_e_Express%C3%B5es. Acesso em: 7 fev. 2021

TAYLOR, J. S. The legal environment pertaining to clinical neuropsychology. *In*: SWEET, J. (org.). **Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice.** Exton, PA: Swets & Zeitlinger, 1999. p. 421–442.

TAYLOR, L.A; KREUTZER, J.S.; WEST, D.D. Evaluation of malingering cut-off scores for the Rey 15-Item Test: a brain injury case study series. **Journal Brain Injury**, 17 (4), p. 295-308, 2003. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699050210000384 01>. Acesso em: 26 de jul. de 2020.

TEIXEIRA, E. A. Propedêutica ortopédica. *In*: RODRIGUES FILHO, S. et al. **Perícia médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, 2012.

TEIXEIRA, I. A. S. **Camuflagem e mimetismo como estratégias de sobrevivência.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2012. Disponível em: https://biblioteca.univap.br/dados/000004/00000455.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

TOMBAUGH. The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative Data From Cognitively Intact and Cognitively Impaired Individuals. **Psychological Assessment**, 1997, p. 260-268.

VALLABHAJOSULA, B.; VAN GORP, W. G. Post-Daubert admissibility of scientific evidence on malingering of cognitive deficits. **Journal of American Academy of Psychiatry and Law**, v. 29, n. 2, p. 207-215, fev. 2001. DOI: 10.1016/S0887-6177(00)80357-1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11870406_Post-Daubert_admissibility_of_scientific_evidence_on_malingering_of_cognitive_deficits. Acesso em: 16 jul. 2020.

VICKERY, C. D. et al. Detection of inadequate effort on neuropsychological testing: a meta-analytic review of selected procedures. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 16, n. 1, p. 45-73, jan. 2001. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14590192/. Acesso em: 16 jul. 2020.

VILAR-LÓPEZ, R. et al. Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering tests. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 22, n. 3, p. 379-388, mar. 2007. DOI: https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.01.012. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887617707000194. Acesso em: 16 jul. 2020.

VITACCO, M. J. et al Detection Strategies for Malingering With the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test: A confirmatory Factor Analyses of Its Underlying Dimensions.

Assessment, v. 15, n. 1, p. 97-103, mar. 2008. DOI: 10.1177/1073191107308085. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18258736/. Acesso em: 16 jul. 2020.

WEINBORN, M. et al. A validation of the test of memory malingering in a forensic psychiatric setting. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 25, n. 7, p. 979-990, nov. 2003. DOI: 10.1076/jcen.25.7.979.16481. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/9887159_A_Validation_of_the_Test_of_Memory_Malingering_in_a_Forensic_Psychiatric_Setting. Acesso em: 16 jul. 2020.

WORLD HEALTH ASSOCIATION - WHO. **Qualitative Research for health programmes**. Geneva: Division of Mental Health - WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression.** 2020. Disponível: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1. Acesso em: 20 jul 2020.

YANEZ, Y. T.; FREMOUW, W.; TENNANT, J.; STRUNK, J.; COKER, K. Effects of severe depression on TOMM performance among disabilityseeking outpatients. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 21, n. 2, p. 161-165, fev. 2006. DOI: https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.07.009. Disponível em: https://academic.oup.com/acn/article/21/2/161/2704. Acesso em 16 jul. 2020.

SOBRE OS AUTORES

CARMEN AMORIM-GAUDÊNCIO

Doutora em Psicologia pela Universidade Complutense de Madri. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Área da Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. Coordenadora do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense – LAICF/UFPB/CNPq. Vice Coordenadora da Clínica-Escola de Psicologia [2019-2021]. Perita Cível e Criminal com atuação no Tribunal da Comunidade de Madri [2003-2010] e no Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba [2014-2020]. Diretora Científica da Associação Brasileira de Psicologia Jurídica – ABPJ [Diretoria 2017-2019]. Coordenadora do GT Criminal e Penitenciária - ABPJ [Diretoria 2019-2021]. Parecerista *Ad Hoc* do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos do Conselho Federal de Psicologia – SATEPSI [2016 - 2021]. Parecerista *Ad Hoc* de várias revistas e periódicos científicos nacionais e internacionais, na área da avaliação psicológica, psicologia jurídica, psicologia clínica e da saúde, saúde pública. Membro do conselho editorial da Associação Brasileira de Psicologia Jurídica – ABPJ.

GÉSSICA ALMEIDA DE FREITAS

Psicóloga Organizacional e do Trabalho. Pesquisadora do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense – LAICF/UFPB/CNPq.

ARETHUSA EIRE MOREIRA DE FARIAS
Psicóloga Clínica, Especialista em Avaliação Psicológica. Pesquisadora do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense – LAICF/UFPB/CNPq.

DIEGO BEZERRA RODRIGUES
Psicólogo. Pesquisador do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense – LAICF/UFPB/CNPq.

Este livro foi
diagramado pela
Editora UFPB em 2021.

“Simulação e Dissimulação de Sintomas em Foco: Um Desafio para a Ciência Contemporânea” aborda um tema complexo e de grande interesse para Psicologia e ciências afins. O livro partiu de um artigo científico prévio dos autores - Simulação de Sintomas e Transtornos Mentais: Uma Revisão Crítica do Fenômeno para a Psicologia que foi atualizado, ampliado e apresentado em formato e-book. Espera-se que este livro possa ampliar o conhecimento técnico-científico sobre o problema e ajude a psicólogos e outros profissionais - médicos e operadores do direito - nas suas práticas profissionais, em especial, no contexto clínico e forense.