

As Escalas de Validade do MMPI-2-RF na Detecção de Relato-Minimizado e Relato-Exagerado

The MMPI-2-RF Validity Scales and the Under-Reporting and Over-Reporting

Rosa Novo¹, Bárbara Gonzalez², Maria João Afonso³ e Pilar Farrajota⁴

Resumo

Atitudes específicas de resposta perante um teste podem condicionar ou mesmo inviabilizar a interpretação dos seus resultados. Tendências a relato-minimizado e a relato-exagerado constituem problemas relevantes para a avaliação psicológica e os estudos nesta área recorrem maioritariamente a desenhos de simulação, o que comporta limitações. O presente estudo analisa amostras de contextos ‘reais’ com diferentes estimativas de prevalência de atitudes específicas de resposta, no sentido da minimização ou exagero de dificuldades psicológicas, com o objetivo de identificar a sua frequência e subtipos, bem como as suas implicações para as escalas substantivas clínicas e de personalidade. Foram avaliados, com o MMPI-2-RF, 1566 participantes de três amostras: da Comunidade, Organizacional e Clínica. A amostra Clínica apresentou tendência marcada para relato-exagerado (40%) e baixa tendência para relato-minimizado; a amostra Organizacional não apresentou relato-exagerado e teve os valores mais elevados de relato-minimizado (55%); a amostra da Comunidade apresentou valores pouco expressivos de relato-minimizado (5%) e de relato-exagerado (8%). Estas atitudes de resposta revelaram ter grande impacto na generalidade das escalas substantivas que avaliam sintomas clínicos, tendências comportamentais e características da personalidade. Diferentes subtipos de relato-minimizado e de relato-exagerado são explorados, nas amostras Organizacional e Clínica, respetivamente, salientando implicações relevantes para a avaliação psicológica em diferentes contextos.

Palavras-chave: MMPI-2-RF, escalas de validade, contexto organizacional, contexto clínico

Abstract

Specific response attitudes towards a test may affect, or even prevent, the interpretation of its results. Under-reporting and over-reporting attitudes bring about some relevant issues in psychological assessment, and research in this area is generally based upon simulation designs, carrying several limitations. This study analyzed samples from “real” contexts, with different expected prevalence of specific response attitudes, aiming to identify their frequency and subtypes, as well as their impact on clinical and personality substantive scales. With the MMPI-2-RF, 1566 participants of Community, Organizational, and Clinical samples were assessed. The Clinical sample showed a marked tendency for an over-report attitude (40%) and a low tendency for under-reporting; the Organizational sample did not present over-reporting and had the highest values of under-reporting (55%); the Community sample presented inexpressive values of both under-reporting (5%) and over-reporting (8%). These response attitudes showed to have a significant and generalized impact on the substantive scales assessing clinical symptoms, behavior tendencies, and personality traits. Different subtypes of under-reporting and over-reporting attitudes were explored, in the Organizational and Clinical samples, respectively. Relevant implications for psychological assessment in these contexts are discussed.

Keywords: MMPI-2-RF, validity scales, organizational context, clinical context

¹Doutorada em Psicologia Clínica. Professora Associada. Docente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, Portugal. Tel.: 00351 217 943 655. E-mail: rnov@psicologia.ulisboa.pt ORCID 0000-0002-4670-6987.

²Doutorada em Psicologia Clínica. Professora Auxiliar. Docente na Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, HEI-Lab: Universidade Lusófona, HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal. Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Campo Grande, 376, 1749-024 Lisboa, Portugal. Tel.: 00351 217 515 500. E-mail: barbara.gonzalez@ulusofona.pt ORCID 0000-0001-5142-256X

³Doutorada em Psicologia Diferencial. Professora Auxiliar. Docente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, Portugal. Tel.: 00351 217 943 655. E-mail: mjafonso@psicologia.ulisboa.pt ORCID 0000-0001-5555-5677

⁴Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Assistente de investigação. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal. Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, Portugal. Tel.: 00351 217 943 655. E-mail: pilar.sobral.farrajota@gmail.com ORCID 0000-0002-9255-7732

Introdução

A utilização de inventários, questionários e de outros instrumentos de autorrelato no âmbito da avaliação psicológica em diferentes contextos, nomeadamente clínicos, organizacionais e forenses, exige considerar a atitude do avaliado perante o teste e a credibilidade das suas respostas. A premissa de base deste tipo de instrumentos é a de que, através do modo como a pessoa se descreve, relativamente a um conjunto de atributos ou modos de ser, de sentir e de pensar, se revelam características estruturais e funcionais que se relacionam significativamente com o seu comportamento presente ou futuro (Ziegler et al., 2011). Contudo, insuficientes recursos cognitivos, atitudes de negligência ou resistência à avaliação, assim como motivações específicas relacionadas com os objetivos do processo avaliativo, constituem sérias ameaças à credibilidade das respostas e põem em causa a avaliação que sobre elas poderia ser realizada.

Nesse sentido, alguns instrumentos de avaliação, sobretudo da personalidade e da psicopatologia, incorporam medidas específicas que pretendem detetar a presença e o grau de distorção de resposta. Esta poderá ocorrer, quer devido a escassez ou flutuação de recursos cognitivos que assegurem uma resposta consistente por parte dos avaliados, quer por motivações para darem de si uma determinada imagem, influenciando assim os resultados da avaliação. Com base em tais medidas, torna-se possível considerar globalmente se um protocolo se afigura suficientemente consistente e válido para ser avaliado quanto às dimensões psicológicas substantivas que o teste pretende medir.

Os inventários de personalidade de Minnesota são instrumentos que têm sido amplamente utilizados em vários países, em diferentes contextos e com propósitos de avaliação de múltiplas dimensões da personalidade e da psicopatologia. Estes inventários, desde a sua primeira versão, o MMPI (Hathaway & McKinley, 1943), incorporam diversas escalas de consistência e de validade do protocolo de respostas. O Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota-2-Versão Reestruturada (MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2011), recentemente adaptado para Portugal (Novo et al., *in press*),

disponibiliza um conjunto de indicadores e de escalas que visam uma avaliação abrangente deste tipo de ameaças à validade e, conseqüentemente, à adequada interpretação dos protocolos do teste. De seguida, procede-se à caracterização dos diferentes tipos de ameaça à validade, bem como os indicadores e escalas concebidas para os identificar. As diversas escalas de validade, o número de itens que as compõem, bem como os critérios que conduzem à invalidação de protocolos de resposta ao MMPI-2-RF são apresentados na Tabela 1.

A existência de respostas inválidas pode dever-se a diversas razões, as quais podem agrupar-se em duas grandes categorias: a) *invalidade não baseada no conteúdo* dos itens – esta categoria considera que as respostas dadas ao teste, ou uma boa parte delas, não estão diretamente associadas ao conteúdo específico dos itens com que o respondente é confrontado; b) *invalidade baseada no conteúdo dos itens* – categoria que considera que as respostas dadas pelo respondente estão claramente associadas ao teor específico dos itens do teste. Nesse sentido, as escalas ou os indicadores de invalidade podem também ser organizados de acordo com estas duas grandes categorias.

A *Invalidade Não Baseada no Conteúdo* agrupa indicadores e escalas de ‘respostas não cotáveis’ e de ‘respostas cotáveis’. O primeiro caso verifica-se quando há omissão de respostas – indicada pela escala Não Sei ou CNS – ou quando ocorre uma dupla resposta a um dado item. No segundo caso, as ‘respostas cotáveis’ são consideradas inconsistentes quando se verifica incoerência entre as respostas dadas a determinados pares de itens. A inconsistência pode decorrer do facto de serem dadas respostas aleatórias – o que será identificado pela escala VRIN-r (Inconsistência de Resposta ‘Variável’), ou de serem dadas repostas repetidas ou sistemáticas – o que será identificado pela escala TRIN-r (Inconsistência de Resposta ‘Verdadeiro’).

A inconsistência de resposta, em qualquer dos casos, sugere uma atitude não cooperante ou não deliberada ao responder (e.g., escassas competências linguísticas ou cognitivas para compreender o conteúdo dos itens, precipitação, registo incorreto das respostas). Um elevado número de respostas não cotáveis ou de respostas inconsistentes coloca em causa a validade do protocolo.

Tabela 1. MMPI-2-RF: Escalas de Validade e Critérios de Invalidade do Protocolo

INVALIDIDADE NÃO BASEADA NO CONTEÚDO	
Respostas Não Cotáveis Número Total ≥ 15 ou $> 10\%$ dos Itens em Qualquer Escala ○ CNS (Omissão de Resposta) ○ Dupla Resposta	
Respostas Cotáveis	
VRIN-r Inconsistência de Resposta ‘Variável’ $T \geq 80$ Resposta Aleatória (53 pares de itens)	TRIN-r Inconsistência de Resposta ‘Verdadeiro’ $T \geq 80$ Resposta Repetida/Sistemática (26 pares de itens)
INVALIDIDADE BASEADA NO CONTEÚDO	
Relato-Minimizado	Relato-Exagerado
L-r Virtudes Raras $T \geq 65$ Exagero de Virtudes (14 itens)	Psicopatologia F-r Respostas Infrequentes (na população geral) $T \geq 80$ Gravidade da Psicopatologia (32 itens)
K-r Validade do Ajustamento Psicológico $T \geq 60$ Negação de Psicopatologia (14 itens)	Fp-r Respostas de Psicopatologia Infrequentes (na população psiquiátrica) $T \geq 70$ Acentuação de Psicopatologia (21 itens)
Somático Fs Respostas Somáticas Infrequentes (em pacientes com doença física) $T \geq 80$ Exagero de queixas somáticas (16 itens)	
Somático/Cognitivo FBS-r Validade de Sintomas $T \geq 80$ Exagero de queixas somáticas e cognitivas (30 itens)	
Cognitivo RBS Viés de Resposta $T \geq 80$ Queixas Exageradas de Memória (28 itens)	

Nota. Notas T são resultados padronizados com Média 50 e Desvio-padrão 10. Os critérios de invalidade apresentados constituem os valores mínimos a considerar como pontos de corte, devendo os mesmos ser ponderados face a cada contexto e objetivo de avaliação.

A *Invalidade Baseada no Conteúdo* está, como referido, relacionada com respostas dadas em função do teor específico dos itens, respostas essas que não representam genuinamente características psicológicas do avaliado e do seu nível de funcionamento (Ben-Porath, 2013), colocando em causa a credibilidade do protocolo. Este tipo de invalidade pode ser devido a atitudes e comportamentos de resposta de natureza oposta: a

de *relato-minimizado* (ou *faking good*) e a de *relato-exagerado* (ou *faking bad*) de sintomas e de características de personalidade indesejáveis (Dhillon et al., 2017).

O termo *relato-minimizado* – que identifica situações em que o avaliado se apresenta de um modo muito positivo, sugerindo qualidades pessoais ou um nível de funcionamento superior ao que seria proveniente de uma hipotética avaliação

objetiva da pessoa – é aqui usado preferencialmente a outros termos, como ‘impressionar favoravelmente’ ou ‘dissimular’, pois estes implicitamente envolvem a atribuição de uma intencionalidade que não pode ser inferida somente a partir dos dados do teste (Ben-Porath & Tellegen, 2011).

O MMPI-2-RF integra duas escalas que têm como propósito detetar relato-minimizado: *Virtudes Incomuns* (L-r), que identifica a negação de dificuldades comuns e a afirmação de atributos ou comportamentos morais pouco habituais; e a *Validade do Ajustamento Psicológico* (K-r), que identifica a tendência para minimizar sintomas e afirmar um ajustamento psicológico irrealisticamente positivo. A investigação demonstrou que estas escalas são capazes de, em estudos de simulação, identificar participantes instruídos para realizar intencionalmente relato-minimizado (e.g., Crighton et al., 2017a; Jiménez-Gómez et al., 2013; Sellbom & Bagby, 2008). As escalas revelam-se também capazes de identificar relato-minimizado em situações reais, comparando respostas de candidatos a um posto de trabalho, antes e após terem sido selecionados (Detrick & Chibnall, 2014). Níveis ajustados de sensibilidade, analisados por Brown e Sellbom (2019), indicam que as pontuações $T \geq 65$ para a escala L-r e $T \geq 60$ para a escala K-r se constituem como os pontos de corte adequados para identificar se um indivíduo assumiu uma atitude de relato-minimizado.

A investigação empreendida no âmbito do relato-minimizado tem reconhecido a existência de dois subtipos: o de *desejabilidade*, que consiste na apresentação de uma autoimagem altamente positiva, através do exagero de atributos desejáveis e da negação de qualquer tipo de falhas; e o de *defensividade*, que ocorre quando o avaliado nega sintomas e problemas psicológicos, apresentando-se como psicologicamente ajustado (Rogers, 2018a). Os dois subtipos, desejabilidade e defensividade, não são mutuamente exclusivos, e as pessoas podem envolver-se em ambos, sendo a distinção importante para uma tomada de decisão, nomeadamente clínica (Rogers, 2018a). A partir de um estudo com grupos de participantes que realizaram a prova segundo instruções standardizadas ou com instruções de dissimulação, Jiménez-Gómez et al. (2013) concluíram que L-r é uma escala que discrimina bem os dois grupos,

apresentando elevada sensibilidade e especificidade na identificação de desejabilidade social.

Embora a desejabilidade e a defensividade sejam comuns em amostras normativas, é importante identificar níveis moderados e elevados, na medida em que estas atitudes de resposta podem distorcer as características comportamentais e clínicas reportadas pelos avaliados e, conseqüentemente, as medidas de personalidade e de psicopatologia.

Relativamente à defensividade, desconhece-se a prevalência em amostras clínicas, embora se admita que exceda a simulação de dificuldades; mesmo em casos já encaminhados para intervenção psicoterapêutica, a defensividade pode situar-se entre 16 e 33% (Rogers, 2018a). Quando abordamos contextos profissionais, sobretudo os considerados de *high-stake* no âmbito organizacional – i.e., contextos de elevada exigência e em que as medidas de avaliação são utilizadas para a tomada de decisões importantes e com conseqüências relevantes para o avaliado – a atitude de relato-minimizado pode ser potenciada (Ellingson et al., 2007). No âmbito da seleção profissional, a prevalência de defensividade tem sido estimada em cerca de 30% (Baer & Miller, 2002) ou entre 20 e 40% (Griffith & Converse, 2011) dos candidatos a emprego. Segundo De Lorenzo (2014), cerca de 20% dos trabalhadores, em média, apresentam algum tipo de dificuldades ou alterações mentais e uma grande percentagem dos mesmos não revela a sua condição devido a preocupações com o estigma e receio de efeitos negativos na sua carreira (Ellison et al., 2003).

Os estudos com amostras da população geral, em condições de anonimato, indicam que as pessoas da comunidade podem abster-se de revelar os seus problemas psicológicos, nomeadamente experiências de caráter psicótico (DeVylder & Hilimire, 2015). Mesmo em amostras de adolescentes, a desejabilidade correlaciona-se negativamente com o autorrelato de uso de álcool e substâncias ilícitas, bem como comportamento sexual desprotegido (Pechorro et al., 2019), mostrando a preocupação com a não-divulgação de comportamentos percebidos como passíveis de ser negativamente avaliados.

O *relato-exagerado* é definido como uma tendência de resposta por parte dos respondentes que apresentam autorrelatos com elevado número

de queixas clínicas ou um grau de disfunção ‘pouco credível’ (i.e., autorrelatos com sintomatologia mais elevada que uma hipotética avaliação objetiva). Tal como anteriormente, também este termo é preferível a expressões que envolvem inferências de intencionalidade, as quais requerem a análise de informação adicional ao teste (e.g., ‘impressionar no sentido negativo’ é uma expressão que sugere a existência de uma atitude intencional). O termo ‘simulação’ é outro exemplo que envolve intencionalidade, pelo que requer evidência adicional da existência de um incentivo ao exagero ou à invenção de sintomas (Ben-Porath & Tellegen, 2011). Na verdade, em contextos de saúde mental, as pessoas podem apresentar relato-exagerado de sintomas por um conjunto de razões que não a simulação intencional, pelo que o mesmo deve ser contextualizado de modo a não ser abrangido pela conotação negativa que o rótulo de simulação comporta (Merckelbach et al., 2019).

Os dados relativos à frequência de relato-exagerado dizem respeito, sobretudo, à simulação efetuada em contextos forenses, particularmente no âmbito de processos de litígio entre as partes envolvidas, o que representa 16.3 a 26.7% das situações, segundo Bianchini et al. (2006), mas é provável que estas percentagens incluam, para além da simulação, o exagero de sintomas (Rogers, 2018b).

Com vista à identificação de relato-exagerado, o MMPI-2-RF disponibiliza cinco escalas de validade: *Respostas Infrequentes* na população geral (F-r); *Respostas de Psicopatologia Infrequentes* na população psiquiátrica (Fp-r); *Respostas Somáticas Infrequentes* em pacientes em tratamento médico (Fs-r); *Validade de Sintomas* (FBS-r), que indica queixas somáticas e cognitivas associadas a exagero de sintomas; e *Viés de Resposta* (RBS) que indica a existência de queixas exageradas de memória.

A eficácia destas escalas na deteção de relato-exagerado tem sido demonstrada. Sánchez e colaboradores (2017) identificam que pessoas instruídas para simular dano psicológico apresentam em F-r, Fp-r, Fs-r, FBS-r e RBS-r valores mais elevados que a população normal e clínica; as cinco escalas permitem discriminar corretamente entre simuladores e população normal, enquanto as escalas F-r e Fp-r permitem discriminar entre simuladores e população clínica.

Duas meta-análises concluem no mesmo sentido, i.e., o de que de que todas estas escalas são úteis na deteção de relato-exagerado, sendo a Fp-r a que demonstrou maior efetividade na discriminação entre psicopatologia genuína e não genuína (Ingram & Ternes, 2016; Sharf et al., 2017).

É importante salientar que comportamentos de resposta tendentes a revelar exageradamente ou a ocultar informação sobre o próprio, respeitantes a queixas/sintomas, a características de personalidade e a dificuldades adaptativas ou funcionais são, como diversos estudos demonstram, multideterminados e influenciados, quer por fatores de contexto, quer por características pessoais (Rogers, 2018a; Ziegler et al., 2011).

Um bom indicador de relato-exagerado deverá identificar indivíduos com resultados significativamente mais elevados nas medidas de sofrimento psicológico e de psicopatologia. No sentido oposto, um bom indicador de relato-minimizado deverá identificar indivíduos com resultados baixos em medidas de psicopatologia, ou mais baixos do que aconteceria se tal atitude de resposta não ocorresse, uma vez que é expectável que as atitudes de resposta tenham impacto na generalidade dos itens relativos a sintomatologia clínica.

No âmbito do relato-minimizado, a maioria dos estudos usa desenhos de investigação com instruções que solicitam a simulação e recorrem a estudantes universitários, como participantes. As respostas dadas ao inventário por estes participantes, sob instruções específicas para relato-minimizado (intencional), são comparadas com as produzidas por amostras equivalentes que respondem sob instruções standardizadas. Das 22 comparações reportadas na meta-análise de Baer e Miller (2002), 21 usavam desenhos de simulação, e estudos posteriores apresentam o mesmo padrão (e.g., Brown & Sellbom, 2020; Crighton et al., 2017a; Mazza et al., 2019; Roma et al., 2018). Neste sentido, revela-se necessária investigação com amostras provenientes de contextos reais em diversas áreas onde a avaliação psicológica é requerida, de modo a considerar indicadores mais robustos para orientar a tomada de decisão. Dado que diferentes contextos propiciam ou tornam provável a expressão de diferentes atitudes de resposta, a utilização de amostras com Diferentes Estimativas de Prevalência (DEP) constitui um

Tabela 2. Características Sociodemográficas das Amostras em Estudo

		Amostra da Comunidade N=483	Amostra Organizacional N=349	Amostra Clínica N=734
Sexo	M	177	320	248
	F	306	29	486
Idade (Anos)		18 – 84	19 – 54	18 – 75
	<i>M (DP)</i>	38.23 (17.85)	27.18 (5.17)	39.40 (13.81)
Escolaridade (Anos)		6 – 20	6 – 17	6 – 20
	<i>M (DP)</i>	12.51 (2.87)	11.89 (1.45)	12.06 (2.99)

recurso metodológico adequado para a investigação neste âmbito.

Este artigo, além de caracterizar as diferentes escalas de validade que constituem o MMPI-2-RF, pretende apresentar um estudo empírico que ilustra a utilidade destas escalas, *per se* ou combinadas, na deteção de diferentes tipos de relato-minimizado e de relato-exagerado. Neste sentido, os objetivos específicos são os seguintes:

a. identificar, em diferentes amostras de grupos com DEP, a frequência de relato-minimizado e de relato-exagerado, tal como indicada pelas respetivas escalas de validade;

b. estabelecer indicadores específicos de subtipos de relato-minimizado e de relato-exagerado;

c. avaliar o impacto de diferentes subtipos de relato-minimizado e de relato-exagerado nas escalas substantivas que avaliam a psicopatologia clínica e de personalidade.

De acordo com a literatura, espera-se que as diferentes amostras apresentem níveis de frequência de relato-minimizado e de relato-exagerado diferenciados e que tais atitudes de resposta tenham impacto nos perfis, sobretudo nas escalas clínicas; no caso do relato-minimizado, contribuindo para perfis mais baixos e, no caso do relato-exagerado, para perfis mais elevados.

Método

Participantes

O estudo integrou participantes avaliados em contextos reais de avaliação e organizados em três amostras. Duas das amostras são relativas a participantes sem queixa clínica: uma amostra composta por participantes da comunidade, avaliados no âmbito de investigação (amostra da Comunidade); e outra composta por participantes avaliados na instituição em que trabalhavam ou à qual se candidatavam (amostra Organizacional). Uma terceira amostra é composta por participantes

com queixa clínica, avaliados em contexto de ambulatório (amostra Clínica).

Dos protocolos de MMPI-2-RF obtidos, foram excluídos 17 que apresentavam indícios de ‘invalidade não-baseada no conteúdo’: 15 ou mais respostas não pontuáveis, por dupla resposta ou por omissão de resposta, ou valores de $T \geq 80$ em VRIN-r ou em TRIN-r.

O número final de protocolos integrados no estudo foi de 1566 participantes de ambos os sexos, com idades superiores a 18 anos e níveis educacionais entre os seis e os 20 anos de escolaridade. Na Tabela 2 são sumariadas as características de cada uma das amostras, no que se refere à idade, sexo e escolaridade.

A análise multivariada de variância, entre as três amostras, nas variáveis idade e escolaridade, indica diferenças significativas ao nível do compósito das variáveis, com $\lambda=.874$; $F(4, 1563)=54.402$; $p<.001$; $\eta_p^2=.065$, como também relativamente à idade, com $F(2, 1563)=97.150$; $p<.001$; e $\eta^2=.111$, e à escolaridade, com $F(2, 1563)=6.261$; $p=.002$; e $\eta^2=.008$. Ao nível do sexo, também se registam diferenças significativas entre as amostras, com $X^2(2, 1566)=351.403$, $p<.001$).

Instrumento

Foi utilizada a adaptação portuguesa do MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen, 2011; Novo et al., in press), cujas escalas de validade relativas a relato-minimizado (L-r e K-r) e relato-exagerado (F-r, Fp-r, Fs-R, FBS-r e RBS) foram anteriormente apresentadas. Relativamente aos pontos de corte sugestivos de relato-minimizado e de relato-exagerado, foram utilizados os valores T apresentados na Tabela 1.

Para além das escalas de validade já referidas, o MMPI-2-RF disponibiliza um amplo conjunto de medidas clínicas e não clínicas, com nível de especificidade diverso. Destas, foram utilizadas, no presente estudo, as relativas à caracterização de

psicopatologia clínica e de personalidade, designadamente as seguintes:

a. três escalas de Ordem-Superior (H-O): *Disfunção Emocional/de Internalização* (EID) – indica problemas associados ao humor e ao afeto; *Disfunção do Pensamento* (THD) – indica problemas associados a pensamento perturbado; e *Disfunção Comportamental/de Externalização* (BXD) – indica problemas associados a reduzido controlo comportamental;

b. nove escalas Clínicas Reestruturadas (RC): *Desmoralização* (RCd) indica infelicidade e insatisfação geral; *Queixas Somáticas* (RC1) sinaliza queixas difusas relativas à saúde física; *Baixa Emocionalidade Positiva* (RC2) indica ausência de responsividade emocional positiva; *Cinismo* (RC3) indica desconfiança sobre as motivações dos outros; *Comportamento Antissocial* (RC4) sugere comportamento irresponsável e de infração de regras; *Ideias Persecutórias* (RC6) indica crenças de que os outros constituem uma ameaça ao próprio; *Emoções Negativas Disfuncionais* (RC7) sinaliza a presença de ansiedade, ira e irritabilidade não adaptativas; *Experiências Bizarras* (RC8) indica perceções ou pensamentos incomuns; e *Ativação Hipomaníaca* (RC9) sinaliza ativação excessiva, agressão, impulsividade e grandiosidade;

c. Cinco Escalas de Psicopatologia da Personalidade (PSY-5): *Agressividade* (AGGR-r) – indica agressão instrumental e intencional; *Psicoticismo* (PSYC-r) – sinaliza o alheamento ou desconexão da realidade; *Desconstrangimento* (DISC-r) – indica reduzido controlo do comportamento; *Emocionalidade Negativa/Neuroticismo* (NEGE) – sinaliza ansiedade, insegurança, preocupação e medo; e *Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva* (INTR-r) – indica não envolvimento emocional e anedonia.

Procedimento

O instrumento foi administrado individualmente, de acordo com as instruções standardizadas do Manual do MMPI-2-RF, por psicólogos clínicos ou das organizações, e em alguns casos, por estagiários, em estágio académico integrado num Mestrado em Psicologia ou no Ano Profissional Júnior da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A administração do inventário aos participantes das amostras da Comunidade, Organizacional e Clínica teve lugar em universidades, em empresas e outras instituições no âmbito de recrutamento ou de promoção na carreira, e em serviços de saúde mental, respetivamente. O estudo foi aprovado por várias comissões de ética e deontologia e a recolha de dados decorreu após informação sobre o estudo e obtenção de um consentimento informado assinado pelos participantes; a confidencialidade foi respeitada, de acordo com os princípios internacionais da ética em investigação.

Análise de Dados

Foram conduzidas análises de covariância (MANCOVA) para testar as diferenças entre as três amostras nas escalas de Validade, Ordem-Superior (H-O), Clínicas Reestruturadas (RC) e Psicopatologia da Personalidade (PSY-5), controlando as diferenças ao nível do sexo, idade e escolaridade. Para além do intervalo de confiança para a média, a 95% de probabilidade, foi calculado o *d* de Cohen para estimar a dimensão do efeito das diferenças entre as amostras, nas medidas de validade e clínicas.

Foram definidos os conjuntos de escalas e critérios que identificam subtipos de relato-minimizado e de relato-exagerado. Os valores de referência, para considerar a elevação de cada escala, foram os pontos de corte (PC) normativos indicados na Tabela 1.

Os subtipos de relato-minimizado considerados e os critérios para a identificação de participantes, em cada um deles, foram os seguintes:

- a) Sem Relato-Minimizado: $L-r$ e $K-r < PC$;
- b) Com Relato-Minimizado Global: $L-r$ e $K-r \geq PC$;
- c) Com Relato-Minimizado – Desejabilidade: $L-r \geq PC$ e $K-r < PC$;
- d) Com Relato-Minimizado – Defensividade: $L-r < PC$ e $K-r \geq PC$.

Os subtipos de relato-exagerado considerados e os critérios para a identificação de participantes, em cada um deles, foram os seguintes:

- a) Sem Relato-Exagerado: $F-r$, $Fp-r$, Fs , $FBS-r$ e $RBS < PC$;

b) Com Relato-Exagerado Global (i.e., abrange queixas raras e queixas somáticas e/ou cognitivas): F-r ou Fp-r \geq PC e Fs, FBS-r ou RBS \geq PC;

c) Com Relato-Exagerado – Queixas Raras: F-r e Fp-r \geq PC e Fs, FBS-r e RBS $<$ PC

d) Com Relato-Exagerado – Queixas Somáticas e/ou cognitivas: F-r e Fp-r $<$ PC e Fs, FBS-r ou RBS \geq PC.

Após a categorização dos participantes nos diferentes subtipos de relato, foi identificada a frequência de participantes por amostra e foram calculadas as médias e desvios-padrão das pontuações nas escalas de H-O, RC e PSY-5. Para avaliar a dimensão do efeito das diferenças nestas escalas, entre os participantes dos diferentes subtipos de relato, foi calculado o *d* de Cohen.

Resultados

A comparação entre as três amostras, ao nível das escalas de validade, através da MANCOVA com controlo de sexo, idade e escolaridade, revelou diferenças significativas e de grande magnitude no compósito das sete escalas ($\lambda=.443$; $F(14, 3108)=111.690$; $p<.001$; $\eta_p^2=.335$).

No quadro em anexo (A1), são apresentadas, para cada uma das escalas e para cada amostra, a estatística descritiva, bem como os *d* de Cohen para a comparação entre amostras. A amostra Clínica, embora apresente uma grande dispersão de resultados, é a que regista os valores mais elevados nas escalas de relato-exagerado (F-r, Fp-r, Fs, FBS-r e RBS) e os valores mais baixos nas escalas de relato-minimizado (L-r e K-r). Segue-se a amostra da Comunidade, com valores médios na generalidade das escalas de ambos os tipos de relato. Já a amostra Organizacional regista uma relativa homogeneidade, maior elevação nas escalas de relato-minimizado e valores mais baixos em todas as escalas de relato-exagerado.

A magnitude das diferenças entre as três amostras é elevada ou muito elevada em praticamente todas as escalas de relato-exagerado. Já relativamente às escalas de relato-minimizado, a amostra Organizacional é aquela em que as diferenças face às duas outras amostras são muito significativas. A amostra Clínica regista os valores mais baixos no que respeita à escala K-r, mas não

se diferencia da amostra da Comunidade no que respeita à escala L-r. Na Figura 1, é apresentado o perfil das escalas de validade relativo a cada uma das três amostras.

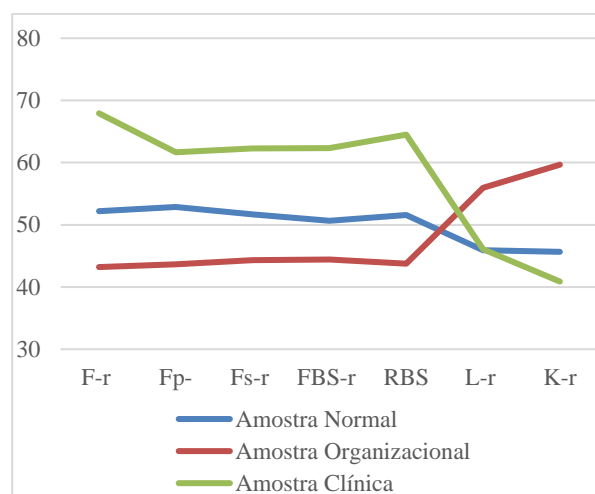


Figura 1. Valores nas Escalas de Validade por Amostra

Nota. Valores T. Amostra Normal, $N=483$; Amostra Organizacional, $N=349$; Amostra Clínica, $N=734$. F-r=Respostas Infrequentes; Fp-r=Respostas de Psicopatologia Infrequentes; Fs-r=Respostas Somáticas Infrequentes; FBS-r=Validade de Sintomas; RBS=Viés de Resposta; L-r=Virtudes Raras; K-r=Validade do Ajustamento Psicológico.

Relativamente às escalas de Ordem-Superior (H-O), a MANCOVA, com controlo de sexo, idade e escolaridade, dá a conhecer diferenças significativas e importantes entre as três amostras para o compósito das três escalas, com $\lambda=.533$; $F(6, 3116)=192.187$; $p<.001$; e $\eta_p^2=.270$, indicando, portanto, que uma parte importante da variância das escalas H-O se deve à diferença das amostras.

Na escala EID, as diferenças entre as amostras são de magnitude elevada a muito elevada, na THD e na BXD, as diferenças entre Organizacional e Clínica são também de magnitude elevada, sendo menor nas restantes comparações, nomeadamente, entre as amostras da Comunidade e Organizacional, que se apresentam com valores de baixa magnitude.

Relativamente ao compósito de escalas Clínicas Reestruturadas (RC), a MANCOVA, com controlo de sexo, idade e escolaridade, regista diferenças significativas entre as três amostras ($\lambda=.427$; $F(18, 3106)=91.368$; $p<.001$; $\eta_p^2=.346$). Em termos globais, a amostra Clínica é a que tem valores médios mais elevados, como expectável, seguindo-se as amostras da Comunidade e Organizacional; esta última apresenta valores médios

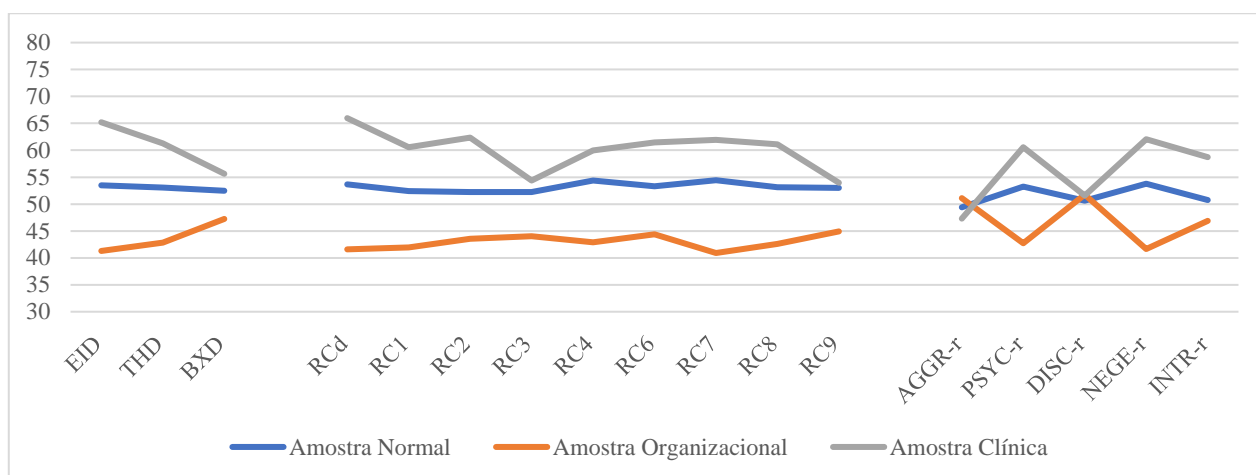


Figura 2. Valores nas Escalas de Ordem-Superior, Clínicas Reestruturadas e de Psicopatologia da Personalidade por Amostra

Nota. Valores T. EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7=Emoções Negativas Disfuncionais; RC8=Experiências Bizarras; RC9=Ativação Hipomaníaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa / Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. Amostra Normal, $N=483$; Amostra Organizacional, $N=349$; Amostra Clínica, $N=734$.

Tabela 3. Escalas de Relato-Minimizado e de Relato-Exagerado: Frequência de Participantes com Elevação Significativa por Amostra

Escalas	Amostra da Comunidade ($N=483$)		Amostra Organizacional ($N=349$)		Amostra Clínica ($N=734$)	
	f	%	f	%	f	%
Relato-Minimizado						
L-r \geq T65	9	2	53	15	19	3
K-r \geq T60	17	4	183	52	6	1
Relato-Exagerado						
F-r \geq T80	12	2	0	—	182	25
Fp-r \geq T70	29	6	0	—	191	26
Fs-r \geq T80	12	2	0	—	119	16
FBS-r \geq T80	3	< 1	0	—	73	10
RBS \geq T80	5	1	0	—	112	15

Nota. L-r=Virtudes Raras; K-r=Validade do Ajustamento Psicológico; F-r=Respostas Infrequentes; Fp-r=Respostas de Psicopatologia Infrequentes; Fs-r=Respostas Somáticas Infrequentes; FBS-r=Validade de Sintomas; RBS=Viés de Resposta.

especialmente baixos, quase todos inferiores a T45.

Por fim, a MANCOVA, com controlo de sexo, idade e escolaridade, indica diferenças significativas no compósito das escalas de Psicopatologia da Personalidade (PSY-5) ($\lambda=.576$; $F(10, 3112)=98.902$; $p<.001$; $\eta_p^2=.241$). Também nestas escalas, a amostra Clínica regista os valores mais elevados nas escalas NEGE-r, PSYC-r e INTR-r, e os mais baixos em AGGR-r e DISC-r; no caso de AGGR-r, com valores inferiores às amostras da Comunidade e Organizacional, e em DISC-r sem diferenças significativas entre amostras. Estas duas escalas são, portanto, aquelas em que se verifica maior aproximação entre as três amostras.

Na Figura 2, é apresentado o perfil das escalas H-O, RC e PSY-5 relativo a cada uma das três amostras.

Analisando a elevação de cada uma das escalas de validade, e a frequência de participantes de cada

amostra que apresentam diferentes tipos de relato, verifica-se que o comportamento das três amostras é bem diferenciado. A frequência com que ocorre a elevação das escalas revelou uma maior prevalência de relato-minimizado na amostra Organizacional, enquanto o relato-exagerado se mostrou mais frequente na amostra Clínica. Já na amostra da Comunidade, a frequência de qualquer dos tipos de relato é apenas residual.

Prosseguindo com a exploração de diferentes tipos e subtipos de relato, e tendo por referência indicadores mais robustos que consideram a combinação dos valores de várias escalas de validade, procedeu-se à categorização dos participantes em função dos indicadores compósitos por tipo/subtipo de relato.

Relativamente ao relato-minimizado, verifica-se, de modo concordante com o anteriormente assinalado, que 5% da amostra da Comunidade e

Tabela 4. Escalas de Relato-Minimizado e de Relato-Exagerado: Frequência de Participantes com Elevação Significativa em cada Subtipo de Relato, por Amostra

	Amostra da Comunidade (N=483)		Amostra Organizacional (N=349)		Amostra Clínica (N=734)	
	f	%	f	%	f	%
Sem Relato-Minimizado	459	95	155	44	710	97
Com Relato-Minimizado Global	2	< 1	42	12	1	< 1
Com Relato-Minimizado – Desejabilidade	7	1	11	3	18	2
Com Relato-Minimizado – Defensividade	15	3	141	40	5	1
Sem Relato-Exagerado	442	92	349	100	425	58
Com Relato-Exagerado Global	9	2	0	–	152	21
Com Relato-Exagerado – Queixas Raras	24	5	0	–	116	15
Com Relato-Exagerado – Queixas Somáticas ou Cognitivas	8	2	0	–	41	6

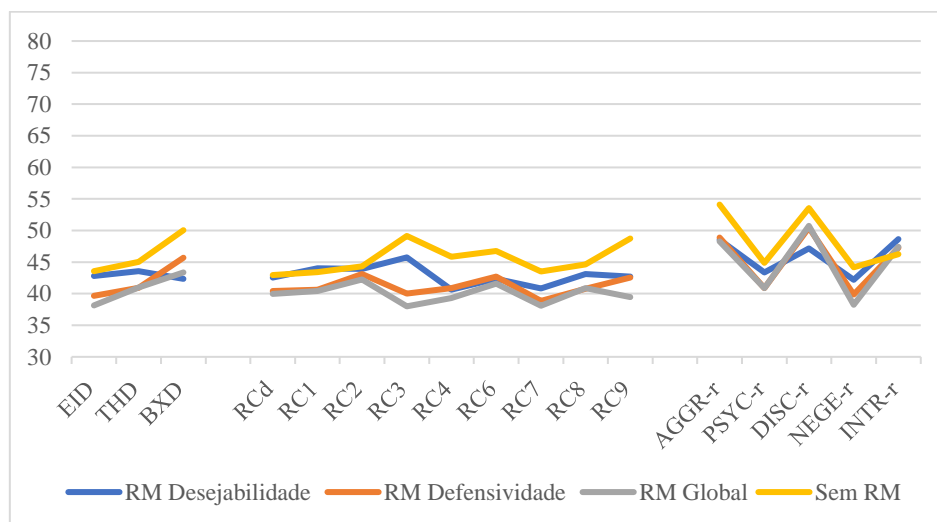


Figura 3. Valores nas Escalas de Ordem-Superior, Clínicas Reestruturadas e de Psicopatologia da Personalidade nos subtipos de Relato-Minimizado na Amostra Organizacional

Nota. Valores T. EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7=Emoções Negativas Disfuncionais; RC8=Experiências Bizarras; RC9=Ativação Hipomaniaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa / Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. RM=Relato-Minimizado; Relato-Minimizado Desejabilidade ($n=11$); Relato-Minimizado Defensividade ($n=141$); Relato-Minimizado Global ($n=42$); Sem Relato-Minimizado ($n=155$).

3% da amostra Clínica apresentam relato-minimizado, enquanto tal acontece em cerca de 55% da amostra Organizacional (ver Quadro 4). Dos três subtipos considerados, verifica-se, nesta amostra, que o relato-minimizado caracterizado pela defensividade está presente em 52% dos casos, sendo em 12% dos casos associado a desejabilidade. O relato-minimizado caracterizado apenas por desejabilidade é o menos representado, surgindo apenas em 3% da amostra Organizacional.

Dado que o relato-minimizado ocorre fundamentalmente na amostra Organizacional, só esta amostra foi considerada para explorar o impacto dos diferentes subtipos de relato-minimizado nos perfis das escalas substantivas, i.e., H-O, RC e PSY-5. Na Figura 3 são apresentados os perfis clínicos dos participantes que não apresentam relato-minimizado e dos que

apresentam cada um dos três subtipos considerados. Os resultados nas diversas escalas clínicas, para cada um destes grupos, são apresentados em anexo (ver Tabela A.2), ao nível da estatística descritiva e da dimensão do efeito na comparação entre subtipos.

Em termos globais, os valores médios das escalas substantivas, nos participantes com diferentes subtipos de relato-minimizado, são inferiores aos dos participantes que não apresentam relato-minimizado, podendo assim considerar-se que atitudes de resposta de minimização de sintomas ou problemas psicológicos têm impacto significativo nos perfis clínicos de participantes avaliados num contexto organizacional. O relato-minimizado global é, naturalmente, aquele em que se registam diferenças significativas de maior magnitude e em todas as escalas, com exceção de

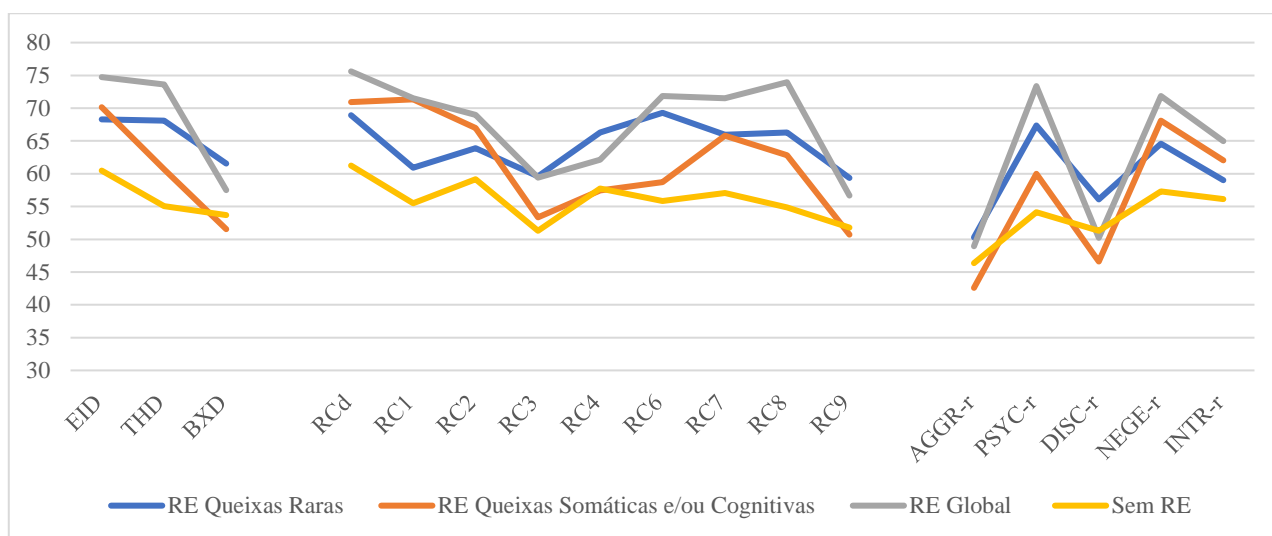


Figura 4. Valores nas Escalas de Ordem-Superior, Clínicas Reestruturadas e de Psicopatologia da Personalidade nos subtipos de Relato-Exagerado na Amostra Clínica

Nota. Valores T. EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7 = Emoções Negativas Disfuncionais; RC8 = Experiências Bizarrias; RC9=Ativação Hipomaníaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. RE=Relato-Exagerado; Relato-Exagerado Queixas Infrequentes ($n=116$); Relato-Exagerado Queixas Somáticas/Cognitivas ($n=41$); Relato-Exagerado Global ($n=152$); Sem RM=Sem Relato-Exagerado ($n=425$).

INTR-r. Quando apenas a desejabilidade está presente, verifica-se um impacto na generalidade das escalas relativas a alterações de pensamento, de comportamento ou de personalidade, mas não nas escalas relativas a características mais marcadamente emocionais (i.e., em EID, RCd, RC1 e RC2). Já a atitude de resposta tendente à defensividade tem um impacto mais generalizado e quase similar ao do relato-minimizado global.

Como observado anteriormente, a elevação das cinco escalas de relato-exagerado ocorre fundamentalmente na amostra Clínica. A análise da frequência dos diferentes subtipos de relato-exagerado nesta amostra indica que 42% dos participantes apresentam um dos três subtipos de relato-exagerado: o subtipo global é maioritário, com 21% dos participantes a apresentarem elevação significativa ao nível de queixas, quer raras, quer somáticas ou cognitivas; segue-se o relato-exagerado apenas de queixas raras em 15% dos participantes, e 6% apresentam uma elevação significativa apenas de queixas somáticas ou cognitivas (ver Tabela 4).

Dado que o relato-exagerado é inexpressivo na amostra da Comunidade e inexistente na Organizacional, o seu impacto nas escalas substantivas foi explorado apenas na amostra Clínica. Os resultados nas escalas H-O, RC e PSY-

5, relativos aos participantes sem relato-exagerado e com relato-exagerado de diferentes subtipos, são apresentados em anexo (ver Tabela A.3), ao nível da estatística descritiva e da dimensão do efeito na comparação entre subtipos. Na Figura 4 são apresentados os perfis clínicos correspondentes a cada um dos grupos de participantes considerados.

Como expectável, os participantes sem relato-exagerado apresentam um perfil médio mais baixo que o dos participantes dos três subtipos de relato-exagerado, na generalidade das escalas clínicas e de personalidade. O perfil médio dos participantes de relato-exagerado global, pelo contrário, é o mais elevado, seguido do perfil dos participantes com queixas raras e dos que apresentam queixas somáticas ou cognitivas.

O relato-exagerado global, i.e., aquele em que está presente elevado número de queixas raras e também somáticas ou cognitivas, tem grande impacto na generalidade das escalas clínicas e de personalidade. O menor impacto reflete-se apenas em quatro das escalas (BXD, RC4, RC9 e DISC-r) as quais estão associadas a alterações de regulação ou controlo do comportamento.

O impacto do relato-exagerado por parte dos participantes que apresentam apenas queixas raras reflete-se também na generalidade das escalas clínicas e de personalidade, com diferenças

moderadas a elevadas face ao perfil em que o relato-exagerado não ocorre. Este subtipo de relato-exagerado, Queixas Raras, difere do Global pelo facto de apresentar resultados mais elevados justamente nas escalas diretamente associadas aos problemas de externalização ou disfunções comportamentais (BXD, RC4, RC9 e DISC-r).

O subtipo de relato-exagerado de Queixas Somáticas e/ou Cognitivas tem um padrão diferenciado dos restantes. É o único perfil que apresenta resultados inferiores aos dos participantes com ausência de relato-exagerado e tal acontece justamente nas escalas BXD, AGGR-r e DISC-r, sugerindo que estes participantes não apresentam dificuldades ao nível comportamental, nomeadamente ao nível da agressividade e do descontrolo. Por seu lado, comparativamente ao subtipo Queixas Raras, apresenta resultados superiores em RC1, RC2, NEGE-r e INTR-r, sugerindo grande preocupação com a saúde, elevada emocionalidade negativa, anedonia e reduzido envolvimento social.

Discussão

A análise dos valores médios das escalas de validade do MMPI-2-RF permitiu identificar uma clara diferenciação dos perfis das amostras provenientes dos três contextos reais: clínico, organizacional e da comunidade. A amostra Clínica é a que apresenta valores superiores em todas as escalas de relato-exagerado, nomeadamente as relativas a queixas infrequentes na população normal, na população psiquiátrica, na população de pacientes com doenças físicas e nos grupos com elevada sintomatologia somática, cognitiva ou especificamente com queixas de memória. Apesar de a maioria das escalas registar valores médios dentro do expectável para a população com problemática clínica, a heterogeneidade desta amostra sugere que algumas elevações serão compatíveis com situações de relato-exagerado. De facto, a análise aponta para que cerca de 40% dos casos poderão configurar uma situação de potencial exagero de queixas funcionais e de sintomas clínicos. Por sua vez, esta amostra regista, como expectável em situações clínicas, os valores médios mais baixos nas duas escalas de relato-minimizado, sobretudo na escala K-r relativa ao ajustamento psicológico e à força do

ego, i.e., à capacidade para se confrontar com situações críticas, para lidar com potenciais problemas e para se adaptar satisfatoriamente aos contextos de vida.

Em sentido oposto, a amostra Organizacional apresenta os valores mais baixos das três amostras nas escalas de relato-exagerado e os valores mais elevados nas escalas de relato-minimizado. Cerca de 55% dos participantes desta amostra apresentam valores sugestivos de defensividade e/ou desejabilidade, indo ao encontro da literatura que indica que os indivíduos avaliados em contexto organizacional tendem a não manifestar ou declarar dificuldades pessoais ou mesmo alguma sintomatologia que possa comprometer a sua valorização profissional (e.g., Ellison et al., 2003; Lorenzo, 2014). Contudo, a percentagem de relato-minimizado encontrada é superior a 40%, valor registado por Griffith e Converse (2011) num estudo com amostras similares.

Já a amostra da Comunidade apresenta valores médios nas sete escalas de validade e sempre intermédios face às duas outras amostras. Considerando a heterogeneidade desta amostra, verifica-se que apenas cerca de 5% dos casos podem ser sugestivos de relato-minimizado (i.e., de tendência à defensividade e/ou desejabilidade) e 8% de relato-exagerado (i.e., tendência a apresentar algumas queixas e sintomas clínicos incomuns, de natureza difusa, ou especificamente somáticos e cognitivos).

Analisando, globalmente, os perfis clínicos das três amostras, verifica-se que as atitudes de resposta no sentido do relato-minimizado, mais presentes na amostra Organizacional, e de relato-exagerado, mais presentes na amostra Clínica, têm impacto nos resultados da generalidade das escalas – designadamente nas escalas clínicas que assinalam características psicopatológicas globais (H-O), nas escalas substantivas que sinalizam problemáticas clínicas diversas (RC), e em três das cinco escalas de psicopatologia da personalidade (PSYC-r, NEGE-r e INTR-r). O impacto é, em ambos os casos, de grande magnitude e transversal às diversas áreas avaliadas, pois reflete-se, quer nos índices globais de natureza emocional ou internalizante, externalizante ou comportamental, e relativas à organização do pensamento, quer a níveis mais específicos e ligados à diversidade da sintomatologia clínica, das tendências

comportamentais e das características da personalidade. Este impacto da atitude de resposta nas escalas substantivas é compatível com o obtido noutros estudos com o MMPI-2-RF (Brown & Selbom, 2020; Burchett & Ben-Porath, 2010; Crighton et al., 2017a, 2017b).

Considerando especificamente o relato-minimizado e tendo por referência a comparação entre as duas amostras sem queixa clínica, i.e., a da Comunidade e a Organizacional, é de salientar o facto das pontuações médias nas escalas de relato-minimizado, L-r e K-r, serem claramente superiores na amostra Organizacional e tal se repercutir, como vimos, no perfil das escalas substantivas, clínicas e de personalidade. Isto constitui um indicador que sustenta a relevância do contexto de avaliação – a variável diferenciadora destas amostras – na ativação de atitudes específicas de resposta, o que vai condicionar a análise dos resultados obtidos em situação de avaliação.

Apesar de as diferenças observadas na atitude de resposta dos participantes da amostra Organizacional, com a concomitante diferença no perfil clínico, poderem ser explicadas pelo contexto avaliativo, não excluem a possibilidade de as mesmas serem atribuíveis também a características de personalidade, como a literatura sugere (Rogers, 2018a; Ziegler et al., 2011). Na verdade, a avaliação psicológica, quando realizada em meio ou para fins profissionais, é identificada como de elevada exigência (*high-stake*) e tal pode ativar características específicas de personalidade que vão maximizar comportamentos tendentes à defensividade e à desejabilidade social (Novo et al., 2022).

A análise de diferentes subtipos de relato minimizado na amostra Organizacional permitiu destacar uma maior tendência à *defensividade*, i.e., para minimizar sintomas e características potencialmente indesejáveis, do que à *desejabilidade*, i.e., à afirmação de atributos e comportamentos irrealisticamente favoráveis. Tal pode dever-se ao facto dos itens da escala L-r (desejabilidade) identificarem declaradamente virtudes incomuns e serem, portanto, mais óbvios que os itens da escala K-r (defensividade), levando a que participantes mais atentos e culturalmente diferenciados possam escapar à identificação através desta escala (Graham, 2012). Por outro

lado, a prevalência da defensividade pode dever-se à percepção generalizada de que, no mundo profissional, qualquer sintomatologia pode ser encarada como prejudicial ao desempenho profissional e motivo para colocar os profissionais, ou candidatos a um posto de trabalho, numa situação desfavorável. De qualquer modo, esta maior defensividade, por comparação com a desejabilidade, vai ao encontro dos dados de Keen et al. (2022) ao identificar que a escala K-r revelou validade incremental face à L-r na predição de pontuações mais baixas nas escalas de ordem superior e nas clínicas reestruturadas.

No âmbito do relato-exagerado, a percentagem encontrada na amostra Clínica é mais elevada que a geralmente reportada e apenas se assemelha aos 40% identificados nos estudos de Mittenberg et al. (2002), quando conjugam a simulação e o exagero de sintomas. A possibilidade de, na nossa amostra, estarem representados casos de simulação deve ser considerada pois, apesar de ser uma amostra natural de pacientes referenciados por clínicos, muitos participantes não tinham um diagnóstico formulado e apenas apresentavam queixas clínicas compatíveis com sofrimento psicológico. Assim, a prevalência de relato-exagerado identificada não permite afastar a hipótese de a amostra incluir casos de simulação.

Em qualquer caso, a ocorrência de relato-exagerado na amostra clínica é elevada e pode ser explicada pela necessidade de os participantes quererem atenção clínica e ajuda no alívio do seu sofrimento psicológico. De facto, não se pode ignorar a realidade nacional e os escassos recursos alocados à saúde mental, havendo poucos serviços públicos com tempos de resposta adequados a situações críticas de saúde mental e de sofrimento psicológico.

A análise dos subtipos relativos à tendência para o relato-exagerado, permite verificar, tal como com o relato-minimizado, atitudes de resposta muito específicas e com diferente impacto nos perfis clínico e de personalidade.

Naturalmente que a ocorrência de relato-exagerado global – que indica a presença de dificuldades e queixas, por um lado, graves e raras, e, por outro, somáticas e cognitivas – é a que tem o maior impacto na elevação da generalidade das escalas clínicas e de personalidade, seguindo-se o subtipo em que apenas ocorre tendencial exagero

de queixas raras e, por último, o subtipo de relato-exagerado relativo apenas a queixas somáticas e/ou cognitivas. O menor impacto deste último subtipo na elevação dos perfis clínico e de personalidade decorre do facto de as queixas relativas à saúde e à doença, ao corpo ou à memória estarem menos representadas nos itens do inventário; como salientam Burchett e Ben-Porath (2010), a maior parte das escalas substantivas têm conteúdo relacionado com perturbação psicológica e não com problemas somáticos.

O relato-exagerado global e, no mesmo sentido, o subtipo de queixas-raras, têm implicações de grande magnitude na elevação da generalidade das escalas clínicas e de personalidade, sobretudo nas relativas a problemas de natureza emocional e de organização do pensamento, sendo menor o impacto do relato-exagerado na sintomatologia clínica e nas características da personalidade associadas a problemas comportamentais ou de externalização.

Independentemente do nível global de elevação, o perfil dos participantes com tendência a exagero de queixas somáticas ou cognitivas revela particularidades a salientar: por um lado, dificuldades emocionais, insatisfação, infelicidade, queixas físicas difusas, ansiedade, insegurança, medos e anedonia em níveis superiores às reportadas pelos participantes do subtipo queixas raras; e, por outro lado, um nível de problemas de externalização, de controlo e de regulação do comportamento inferior aos outros subtipos de relato-exagerado e até dos participantes da amostra clínica sem relato-exagerado. Isto sugere que o subtipo específico de relato-exagerado associado a queixas somáticas e cognitivas apresenta a tendência para uma acentuação relativamente generalizada de dificuldades emocionais, a par da negação de problemas adaptativos ou comportamentais.

Os resultados deste estudo destacam a importância incontornável das escalas de validade, não só porque permitem conhecer em que medida cada protocolo pode ou não ser analisado e interpretado (nos casos de suspeita de invalidez não baseada no conteúdo), como também por identificarem o tipo de atitude de resposta potencialmente envolvido em cada avaliação (nos casos de suspeita de invalidez baseada no conteúdo). Nesta circunstância, a elevação acima

de pontos de corte normativos permite considerar tendências a relato-minimizado ou a relato-exagerado e, assim, antecipar potenciais distorções nos perfis das escalas clínicas e de personalidade. A identificação de subtipos de relato, quer minimizado, quer exagerado, com base na combinação de diferentes escalas, também se revela útil, mais robusta e potenciadora de uma análise fina relativamente à atitude de resposta em causa e às suas possíveis implicações.

A análise de diferentes atitudes de resposta revela-se também importante pelo facto de elas poderem ter um efeito transversal na avaliação; estudos mostram que o impacto das atitudes de resposta vai para além das escalas substantivas do MMPI-2-RF e se estende a outras medidas de problemas e de atributos psicológicos (e.g., Forbey & Lee, 2011; Keen et al., 2022).

Relativamente ao relato-minimizado e ao modo como este pode influenciar a tomada de decisão nas organizações, os resultados sugerem a necessidade de considerar estratégias passíveis de ultrapassar os problemas que a atitude de resposta coloca. De entre as diferentes estratégias disponíveis, algumas das quais utilizadas formal ou informalmente pelos avaliadores que operam neste contexto (e.g., afastar os candidatos que apresentam elevada desejabilidade, corrigir as pontuações nas escalas substantivas em função de elevações nas escalas de relato-minimizado), nenhuma estratégia parece mais adequada, segundo Salgado (2005), do que a criação de normas próprias para contextos organizacionais. De qualquer forma, o investimento na avaliação psicológica em contextos organizacionais deve ser considerado como uma forma de poupar recursos às organizações e sofrimento físico e/ou emocional aos indivíduos, resultantes de uma inadequada adaptação dos mesmos à função (Thadeu & Ferreira, 2013).

A principal mais valia do presente estudo consiste no facto de se basear em amostras de contextos 'reais', os quais mais facilmente podem ativar atitudes específicas e espontâneas de resposta, com vantagem face aos estudos mais comuns que recorrem a desenho de simulação. Nestes casos, em que os indivíduos são instruídos a aumentar ou diminuir o relato de problemas ou sintomas, a adesão à instrução e a manutenção desta premissa ao longo da prova não é garantida.

Por outro lado, o nível de motivação será diferente, e tendencialmente inferior, à motivação das pessoas avaliadas numa situação real (Ruiz et al., 2002).

Como principais limitações, consideramos o desequilíbrio das amostras, sobretudo no que se refere ao sexo, e a ausência de outras amostras que se estimem com uma significativa prevalência de relato-minimizado e de relato-exagerado, de modo a testar a probabilidade associada aos diversos indicadores propostos. Amostras forenses específicas poderão vir a ser utilizadas neste sentido, em estudos futuros. No que respeita especificamente ao relato-minimizado, embora as escalas de validade tenham mostrado um papel diferenciador desta atitude de resposta, Mazza et al. (2019) identificaram que as escalas de relato-minimizado do MMPI-2-RF só foram eficazes na deteção dos simuladores na condição de pressão para responder num tempo limitado. Na medida em que esta pressão parece ter grande impacto na acentuação desta atitude de resposta, limitando a capacidade de os indivíduos de moderarem a sua tendência para impressionar favoravelmente, sugere-se mais investigação futura neste âmbito.

Referências

- Baer, R. A., & Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment, 14*(1), 16-26.
<https://www.doi.org/10.1037/1040-3590.14.1.16>
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2011). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S. (2013). Self-report inventories: Assessing personality and psychopathology. In I. B. Weiner (Series Ed.) & J. R. Graham & J. A. Naglieri (Vol. Ed.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (2nd ed., pp. 622-644). Wiley.
- Bianchini, K. J., Curtis, K. L., & Greve, K. W. (2006). Compensation and malingering in traumatic brain injury: A dose-response relationship? *The Clinical Neuropsychologist, 20*(4), 831-847.
<https://doi.org/10.1080/13854040600875203>
- Brown, T. A., & Sellbom, M. (2020). The utility of the MMPI-2-RF validity scales in detecting underreporting. *Journal of Personality Assessment, 102*(1), 66-74.
<https://www.doi.org/10.1080/00223891.2018.1539003>
- Crighton, A., Marek, R., Dragon, W., & Ben-Porath, Y. (2017a). Utility of the MMPI-2-RF validity scales in detection of simulated underreporting: Implications of incorporating a manipulation check. *Assessment, 24*(7), 853-864.
<https://www.doi.org/10.1177/1073191115627011>
- Crighton, A. H., Tarescavage, A. M., Gervais, R. O., & Ben-Porath, Y. S. (2017b). The generalizability of overreporting across self-report measures: An investigation with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-restructured form and the Personality Assessment Inventory in a civil disability sample. *Assessment, 24*(5), 555-574.
<https://doi.org/10.1177/107319111562179>
- De Lorenzo, M. (2014). Revealing the costs and consequences of hidden mental illness and ways of reducing its impact on the employee and employer. *Human Resource Management International Digest, 22*(7), 36-38.
<https://doi.org/10.1108/HRMID-10-2014-0142>
- Detrick, P., & Chibnall, J. (2014). Underreporting on the MMPI-2-RF in a high-demand police officer selection context: An illustration. *Psychological Assessment, 26*(3), 1044-1049.
<https://www.doi.org/10.1037/pas0000013>
- DeVylder, J. E., & Hilimire, M. R. (2015). Screening for psychotic experiences: Social desirability biases in a non-clinical sample. *Early Intervention in Psychiatry, 9*(4), 331-334. <https://www.doi.org/10.1111/eip.12161>
- Dhillon, S., Bagby, R. M., Kushner, S., & Burchett, D. (2017). The impact of underreporting and overreporting on the validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): A simulation analog design investigation. *Psychological Assessment, 29*, 473-478.
<https://doi.org/10.1037/pas0000359>
- Ellingson, J., Sackett, P., & Connelly, B. (2007). Personality assessment across selection and development contexts: Insights into response

- distortion. *Journal of Applied Psychology*, 92,386-395.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.386>
- Ellison, M. L., Russinova, Z., MacDonald-Wilson, K. L., & Lyass, A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 3-13.
- Forbey, J. D., & Lee, T. T. (2011). An exploration of the impact of invalid MMPI-2 protocols on collateral self-report measure scores. *Journal of Personality Assessment*, 93(6), 556-565.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.608757>
- Graham, J. R. (2012). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology* (5th ed.). Oxford University Press.
- Griffith, R. L., & Converse, P. D. (2011). The roles of evidence and the prevalence of applicant faking. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. D. Roberts (Eds.). *New perspectives on faking in personality assessment* (pp.34-52). Oxford University Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Ingram, P. B., & Ternes, M. S. (2016) The detection of content based invalid responding: A meta-analysis of the MMPI-2-Restructured Form's (MMPI-2- RF) over-reporting validity scales. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(4), 473-496.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1187769>
- Jiménez-Gómez, F., Sánchez-Crespo, G., & Ampudia-Rueda, A. (2013). Is there a social desirability scale in the MMPI-2-RF? *Clínica y Salud*, 161-168.
<http://dx.doi.org/10.5093/c12013a17>
- Keen, M. A., Lee, T. T. C., Pscheid, K., & Forbey, J. D. (2022). Examination of the generalizability of underreporting detected by the MMPI-2-RF in a correctional sample. *Assessment*, 1-11.
<https://doi.org/10.1177/10731911221089036>
- Mazza, C., Monaro, M., Orrù, G., Burla, F., Colasanti, M., Ferracuti, S., & Roma, P. (2019). Introducing machine learning to detect personality faking-good in a male sample: A new model based on Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured form scales and reaction times. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 389.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00389>
- Merckelbach, H., Dandachi-FitzGerald, B., van Helvoort, D., Jelicic, M., & Otgaar, H. (2019). When patients overreport symptoms: More than just malingering. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 321-326.
<https://doi.org/10.1177/0963721419837681>
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
<https://doi.org/10.1076/jcen.24.8.1094.8379>
- Novo, R. F., Afonso, M. J., & Gonzalez., B. (in press). *MMPI-2-RF – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 Forma Reestruturada* (adaptação do MMPI-2-RF – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 – Restructured Form de Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A.). Editora Hogrefe – Portugal.
- Novo, R., Gonzalez, B., & Roberto, M. (2022). Beyond personality: Underreporting in high-stakes assessment contexts. *Personality and Individual Differences*, 184, Article 111190.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111190>
- Pechorro, P., Nunes, C., Gonçalves, R. A., Jesus, S. N., & Simões, M. R. (2019). A Escala de Respostas Socialmente Desejáveis-5: Validação numa amostra escolar de jovens portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(52),15-25.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.02>
- Rogers, R. (2018a). An introduction to response styles. In R. Rogers & S. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4th ed) (pp. 3–17). Guilford Press.
- Rogers, R. (2018b). Researching response styles. In R. Rogers & S. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4th ed) (pp. 592–614). Guilford Press.
- Roma, P., Verrocchio, M., Mazza, C., Marchetti, D., Burla, F., Cint, M., & Ferracuti, S. (2018). Could time detect a faking-good attitude? A study with the MMPI-2-RF. *Frontiers in Psychology*, 9, 1064.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01064>

- Ruiz, M. A., Drake, E. B., Glass, A., Marcotte, D., & van Gorp, W. G. (2002). Trying to beat the system: Misuse of the Internet to assist in avoiding the detection of psychological symptom dissimulation. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(3), 294.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.294>
- Salgado, J. F. (2005). Personality and social desirability in organizational settings: Practical implications for work and organizational psychology. *Papeles del Psicólogo, 26*, 115-128.
- Sánchez, G., Ampudia, A., Jiménez, F., & Amado, B. G. (2017). Contrasting the efficacy of the MMPI-2-RF overreporting scales in the detection of malingering. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 9*, 51-56.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpal.2017.03.002>
- Sellbom, M., & Bagby, R. (2008). Validity of the MMPI-2-RF (restructured form) L-r and K-r scales in detecting underreporting in clinical and nonclinical samples. *Psychological Assessment, 20*(4), 370-376.
<https://www.doi.org/10.1037/a0012952>
- Sharf, A. J., Rogers, R., Williams, M. M., & Henry, S. A. (2017). The effectiveness of the MMPI-2-RF in detecting feigned mental disorders and cognitive deficits: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*, 441-455.
<https://doi.org/10.1007/s10862-017-9590-1>
- Thadeu, S. H., & Ferreira, M. C. (2013). A validade da avaliação psicológica em um processo seletivo na área de segurança pública. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 2*(36), 117-145.
- Ziegler, M., MacCann, C., & Roberts, R. (2012). Faking: Knowns, unknowns, and points of contention. In Ziegler, M., MacCann, C., & Roberts, R. (Eds.). *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 3-18). Oxford University Press.

Anexos

Anexo A.1. Valores Médios e de Dispersão das Escalas do MMPI-2-RF e Valores de Dimensão do Efeito da Comparação entre Amostras

	1. Amostra da Comunidade (N=483)				2. Amostra Organizacional (N=349)				3. Amostra Clínica (N=734)			d de Cohen			
	M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		1-2	1-3	2-3
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			
F-r	52.22	9.91	51.33	53.10	43.21	2.57	42.94	43.48	67.93	14.88	66.85	69.01	1.17	-1.20	-2.01
Fp-r	52.87	10.56	51.92	53.81	43.65	5.51	43.07	44.23	61.68	13.71	60.69	62.67	1.05	-0.70	-1.54
Fs-r	51.69	9.31	50.85	52.52	44.33	2.98	44.02	44.65	62.29	13.90	61.28	63.29	1.00	-0.86	-1.55
FBS-r	50.67	9.47	49.82	51.51	44.45	4.60	43.96	44.93	62.36	12.59	61.45	63.27	0.80	-1.02	-1.68
RBS	51.56	9.85	50.68	52.44	43.77	4.57	43.29	44.25	64.52	14.23	63.49	65.55	0.97	-1.02	-1.73
L-r	45.94	8.97	45.14	46.74	55.96	8.77	55.04	56.89	46.06	9.43	45.37	46.74	-1.13	ns	1.07
K-r	45.66	7.58	44.98	46.33	59.67	5.57	59.08	60.26	40.88	7.34	40.35	41.41	-2.06	0.64	2.76
EID	53.50	8.62	52.73	54.27	41.31	5.18	40.76	41.85	65.20	11.33	64.38	66.02	1.65	-1.09	-2.44
THD	53.09	9.85	52.21	53.97	42.85	5.62	42.26	43.45	61.28	12.51	60.38	62.19	1.23	-0.71	-1.71
BXD	52.49	10.94	51.52	53.47	47.23	7.42	46.45	48.02	55.62	11.45	54.79	56.45	0.55	-0.28	-0.81
RCd	53.64	9.08	52.83	54.46	41.56	4.51	41.08	42.03	65.97	10.62	65.20	66.74	1.61	-1.23	-2.68
RC1	52.43	7.45	51.77	53.10	41.95	5.07	41.42	42.49	60.55	9.47	59.87	61.24	1.60	-0.93	-2.32
RC2	52.26	9.67	51.40	53.13	43.58	7.17	42.83	44.34	62.37	12.53	61.47	63.28	1.00	-0.88	-1.70
RC3	52.22	9.30	51.39	53.05	44.01	7.50	43.22	44.80	54.40	9.59	53.70	55.09	0.96	-0.23	-1.17
RC4	54.39	9.65	53.53	55.26	42.89	6.33	42.23	43.56	59.97	11.34	59.15	60.79	2.03	-0.52	-1.71
RC6	53.31	9.79	52.44	54.19	44.37	6.20	43.71	45.02	61.44	12.68	60.52	62.36	1.06	-0.70	-1.55
RC7	54.43	8.77	53.64	55.21	40.91	4.82	40.40	41.41	61.94	10.32	61.19	62.69	1.84	-0.77	-2.36
RC8	53.12	9.79	52.24	53.99	42.58	5.43	42.00	43.15	61.08	12.27	60.19	61.97	1.28	-0.70	-1.75
RC9	52.99	10.43	52.05	53.92	44.92	7.51	44.13	45.71	53.93	10.13	53.19	54.66	0.87	ns	-0.96
AGGR-r	49.40	10.53	48.45	50.34	51.12	8.42	50.23	52.00	47.30	10.59	46.54	48.07	ns	0.20	0.38
PSYC-r	53.22	9.61	52.36	54.08	42.73	5.42	42.16	43.30	60.54	12.33	59.65	61.44	1.29	-0.65	-1.68
DISC-r	50.62	11.23	49.62	51.63	51.75	7.48	50.97	52.54	51.57	11.02	50.77	52.37	ns	ns	ns
NEGE-r	53.80	8.66	53.02	54.57	41.64	5.31	41.09	42.20	62.07	11.09	61.27	62.88	1.64	-0.81	-2.13
INTR-r	50.73	10.23	49.82	51.65	46.88	8.10	46.03	47.73	58.74	12.67	57.82	59.66	0.41	-0.68	-1.04

Nota. Valores T. F-r=Respostas Infrequentes; Fp-r=Respostas de Psicopatologia Infrequentes; Fs-r=Respostas Somáticas Infrequentes; FBS-r=Validade de Sintomas; RBS=Viés de Resposta; L-r=Virtudes Raras; K-r=Validade do Ajustamento Psicológico; EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7=Emoções Negativas Disfuncionais; RC8=Experiências Bizarras; RC9=Ativação Hipomaníaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. d de Cohen <.20=ns.

Anexo A.2. Valores Médios e de Dispersão das Escalas do MMPI-2-RF e Valores de Dimensão do Efeito da Comparação de Subtipos de Relato-Minimizado na Amostra Organizacional

	Amostra Organizacional (N=349)																					
	1. Sem Relato-Minimizado (n=155)				2. Relato-Minimizado Global (n=42)				3. Relato-Minimizado Desejabilidade (n=11)				4. Relato-Minimizado Defensividade (n=141)				d de Cohen					
	M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
LI			LS	LI			LS	LI			LS	LI			LS							
EID	43.57	5.40	42.72	44.43	38.12	3.99	36.88	39.36	42.82	4.75	39.63	46.01	39.65	4.07	38.98	40.33	1.07	ns	1.15	-0.82	-0.38	0.77
THD	45.06	6.73	44.00	46.13	41.00	3.20	40.00	42.00	43.55	5.50	39.85	47.24	40.92	3.64	40.32	41.53	0.66	0.23	0.69	-0.76	ns	0.70
BXD	50.05	8.19	48.75	51.35	43.36	4.43	41.98	44.74	42.36	5.94	38.37	46.35	45.67	6.10	44.66	46.69	0.89	0.96	0.21	0.60	-0.40	-0.55
RCd	42.95	5.26	42.12	43.79	39.98	3.25	38.96	40.99	42.55	5.41	38.91	46.18	40.41	3.25	39.87	40.95	0.61	ns	0.69	0.58	ns	0.63
RC1	43.41	5.49	42.54	44.28	40.43	4.67	38.97	41.88	44.00	5.97	39.99	48.01	40.65	4.09	39.96	41.33	0.56	ns	0.73	0.57	ns	0.80
RC2	44.32	7.18	43.18	45.46	42.26	6.96	40.09	44.43	43.91	7.69	38.74	49.07	43.13	7.17	41.94	44.33	0.29	ns	-0.24	ns	ns	ns
RC3	49.15	7.11	48.02	50.28	38.00	3.98	36.76	39.24	45.73	7.13	40.94	50.52	40.01	4.43	39.28	40.75	1.70	0.48	1.65	1.53	-0.46	1.24
RC4	45.86	7.11	44.73	46.99	39.29	3.40	38.23	40.34	40.64	4.63	37.52	43.75	40.89	4.56	40.13	41.65	1.01	0.75	-0.37	0.83	-0.37	ns
RC6	46.77	6.93	45.68	47.87	41.57	3.99	40.33	42.81	42.36	5.43	38.72	46.01	42.71	4.91	41.89	43.53	0.81	0.65	ns	0.67	-0.24	ns
RC7	43.54	5.38	42.68	44.39	38.10	2.45	37.33	38.86	40.82	4.47	37.82	43.82	38.86	2.90	38.38	39.34	1.11	0.51	0.94	1.07	ns	0.65
RC8	44.62	6.49	43.59	45.65	40.90	3.45	39.83	41.98	43.09	4.91	39.79	46.39	40.79	3.61	40.19	41.39	0.63	0.24	0.59	0.72	ns	0.62
RC9	48.73	7.41	47.55	49.90	39.45	4.75	37.97	40.93	42.73	6.39	38.44	47.02	42.54	6.26	41.50	43.58	1.34	0.82	0.65	0.90	-0.52	ns
AGGR-r	54.11	9.08	52.67	55.55	48.29	5.76	46.49	50.08	48.55	6.70	44.05	53.05	48.87	7.39	47.64	50.10	0.69	0.62	ns	0.63	ns	ns
PSYC-r	44.87	6.35	43.86	45.88	40.90	3.45	39.83	41.98	43.36	5.20	39.87	46.86	40.87	3.69	40.25	41.48	0.68	0.24	0.65	0.76	ns	0.66
DISC-r	53.54	8.40	52.20	54.87	50.74	5.50	49.02	52.45	47.18	5.44	43.53	50.83	50.45	6.57	49.36	51.55	0.36	0.78	0.66	0.41	ns	-0.51
NEGE-r	44.16	5.35	43.31	45.01	38.24	4.02	36.99	39.49	42.18	4.69	39.03	45.33	39.85	4.31	39.13	40.57	1.17	0.37	0.97	0.89	ns	0.54
INTR-r	46.25	8.16	44.96	47.55	47.43	7.08	45.22	49.63	48.64	9.89	41.99	55.28	47.27	8.21	45.90	48.64	ns	-0.29	ns	ns	ns	ns

Nota. Valores T. F-r=Respostas Infrequentes; Fp-r=Respostas de Psicopatologia Infrequentes; Fs-r=Respostas Somáticas Infrequentes; FBS-r=Validade de Sintomas; RBS=Viés de Resposta; L-r=Virtudes Raras; K-r=Validade do Ajustamento Psicológico; EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7=Emoções Negativas Disfuncionais; RC8=Experiências Bizarras; RC9=Ativação Hipomaníaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. d de Cohen <.20=ns.

Anexo A.3. Valores Médios e de Dispersão das Escalas do MMPI-2-RF e Valores de Dimensão do Efeito da Comparação de Subtipos de Relato-Exagerado na Amostra Clínica

	Amostra Clínica (N=734)																					
	1. Sem Relato-Exagerado (n=425)				2. Relato-Exagerado Global (n=152)				3. Relato-Exagerado Queixas Raras (n=116)				4. Relato-Exagerado Queixas Somáticas ou Cognitivas (n=41)				d de Cohen					
	M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		M	DP	IC a 95%		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
		LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS							
EID	60.47	9.79	59.54	61.41	74.73	9.06	73.28	76.18	68.30	10.46	66.38	70.22	70.15	8.84	67.36	72.94	-1.49	-0.79	-1.00	0.67	0.51	ns
THD	55.08	9.10	54.21	55.95	73.59	10.90	71.85	75.34	68.10	10.95	66.09	70.12	60.68	8.77	57.91	63.45	-1.93	-1.37	-0.62	0.50	1.24	ns
BXD	53.71	11.09	52.66	54.77	57.51	10.47	55.83	59.18	61.56	12.51	59.26	63.86	51.56	7.83	49.09	54.03	-0.35	-0.69	0.20	-0.36	0.60	0.88
RCd	61.24	9.52	60.33	62.15	75.61	6.74	74.53	76.69	68.91	8.91	67.28	70.55	70.93	8.23	68.33	73.52	-1.62	-0.82	-1.03	0.87	0.66	ns
RC1	55.49	6.45	54.87	56.10	71.53	6.72	70.45	72.60	60.92	6.25	59.77	62.07	71.34	8.34	68.71	73.98	-2.46	-0.85	-2.39	1.63	ns	-1.53
RC2	59.16	11.19	58.09	60.22	68.97	13.53	66.80	71.14	63.89	12.12	61.66	66.12	66.98	11.60	63.31	70.64	-0.83	-0.42	-0.70	0.39	ns	-0.26
RC3	51.28	8.40	50.48	52.08	59.40	9.18	57.93	60.87	59.61	9.37	57.89	61.34	53.37	9.34	50.42	56.31	-0.94	-0.97	-0.25	ns	0.66	0.67
RC4	57.72	10.90	56.68	58.76	62.13	10.84	60.39	63.86	66.27	12.08	64.05	68.49	57.46	6.25	55.49	59.44	-0.41	-0.77	ns	-0.36	0.47	0.82
RC6	55.83	10.09	54.87	56.79	71.87	10.99	70.11	73.63	69.29	11.47	67.18	71.40	58.71	9.99	55.55	61.86	-1.56	-1.31	-0.29	0.23	1.23	0.96
RC7	57.06	7.88	56.30	57.81	71.49	8.70	70.09	72.88	65.96	9.82	64.15	67.76	65.80	8.14	63.23	68.38	-1.78	-1.07	-1.11	0.60	0.67	ns
RC8	54.88	9.20	54.00	55.75	73.97	10.08	72.35	75.58	66.31	9.72	64.52	68.10	62.80	9.21	59.90	65.71	-2.03	-1.23	-0.86	0.78	1.14	0.37
RC9	51.78	9.36	50.89	52.68	56.66	10.34	55.00	58.31	59.33	10.28	57.44	61.22	50.71	8.49	48.03	53.39	-0.51	-0.79	ns	-0.26	0.60	0.88
AGGR-r	46.36	9.74	45.43	47.29	48.94	11.83	47.04	50.84	50.29	11.48	48.18	52.40	42.59	8.70	39.84	45.33	-0.52	-0.39	0.39	ns	0.54	0.72
PSYC-r	54.15	8.48	53.34	54.96	73.38	10.83	71.65	75.12	67.34	10.58	65.40	69.29	59.98	8.03	57.44	62.51	-2.10	-1.47	-0.64	0.56	1.31	0.74
DISC-r	51.30	10.83	50.26	52.33	50.22	9.90	48.63	51.80	56.08	12.50	53.78	58.38	46.63	8.57	43.93	49.34	ns	-0.43	0.44	-0.52	0.37	0.82
NEGE-r	57.31	9.03	56.45	58.17	71.86	9.91	70.27	73.44	64.58	10.05	62.73	66.43	68.10	8.33	65.47	70.73	-1.57	-0.79	-1.21	0.73	0.39	-0.37
INTR-r	56.12	11.56	55.02	57.22	64.97	13.68	62.77	67.16	59.00	12.27	56.74	61.26	62.02	12.45	58.10	65.95	-0.73	-0.25	-0.51	0.46	0.22	-0.25

Nota. Valores T. F-r=Respostas Infrequentes; Fp-r=Respostas de Psicopatologia Infrequentes; Fs-r=Respostas Somáticas Infrequentes; FBS-r=Validade de Sintomas; RBS=Viés de Resposta; L-r=Virtudes Raras; K-r=Validade do Ajustamento Psicológico; EID=Disfunção Emocional/de Internalização; THD=Disfunção do Pensamento; BXD=Disfunção Comportamental/de Externalização; RCd=Desmoralização; RC1=Queixas Somáticas; RC2=Baixa Emocionalidade Positiva; RC3=Cinismo; RC4=Comportamento Antissocial; RC6=Ideias Persecutórias; RC7=Emoções Negativas Disfuncionais; RC8 = Experiências Bizarras; RC9=Ativação Hipomaníaca; AGGR-r=Agressividade; PSYC-r=Psicoticismo; DISC-r=Desconstrangimento; NEGE-r=Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR-r=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva. d de Cohen <.20=ns.