

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

Laboratório de estudos em Psicoterapia e Psicopatologia - LAEPSI

Rosilene Pereira da Silva

**Características sociodemográficas e clínicas dos usuários de Ambulatório de
Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização**

Prof^a Dr^a Fernanda Barcellos Serralta

Orientadora

São Leopoldo, julho de 2019

Rosilene Pereira da Silva

Características sociodemográficas e clínicas dos usuários de Ambulatório de Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização

Dissertação de mestrado apresentada como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

Orientadora

São Leopoldo, julho de 2019

S586c Silva, Rosilene Pereira da.
Características sociodemográficas e clínicas dos
usuários de ambulatório de saúde mental e sua relação
com a capacidade de mentalização / por Rosilene Pereira
da Silva. – 2019.

80 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do
Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, São Leopoldo, RS, 2019.

“Orientadora: Dra. Fernanda Barcellos Serralta”.

1. Psicopatologia. 2. Usuários. 3. Saúde mental.
4. Mentalização. 5. função reflexiva. I. Título.

CDU: 616.89

Rosilene Pereira da Silva

Características sociodemográficas e clínicas dos usuários de Ambulatório de Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização

Dissertação de mestrado apresentada como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 30 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta (Orientadora) – UNISINOS

Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – UNISINOS

Profa. Dra. Lucia Helena Freitas – UFRGS

Dedico a presente dissertação à minha filha, Maíra Vitória, pelo amor e companheirismo que faz da minha vida ter um sentido maior.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pois “ainda que a figueira não floresça, a tua alegria é minha força”, e pela oportunidade de realizar o desejo de cursar o mestrado em uma universidade de excelência.

Agradeço ao meu pai Miguel Nunes da Silva e à minha mãe Maria Pereira Silva, pelos ensinamentos de honestidade e de perseverança, sempre me incentivando a ir em frente. Amo vocês, meus queridos!

Agradeço à minha filha Maíra Vitória pelo apoio e carinho sempre, sem sua presença tudo seria difícil. Amo você, minha maior vitória!

Agradeço a Isabela, a Sabrina e ao Gabriel, acadêmicos de Psicologia da IESMA/UNISULMA, pela valiosa contribuição na coleta de dados do presente estudo.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a Dr^a Fernanda Barcellos Serralta, pela acolhida, compreensão e aprendizagens, construindo junto comigo essa dissertação. Pela orientação de excelência nesse trabalhoso e gratificante percurso do Mestrado. Quanta admiração sinto por você!

Agradeço as todas professoras do Programa de Pós-graduação pelas aprendizagens transformadoras e pelo incentivo para a produção científica. Em especial, a Prof^a Dr^a Angela Marin, pela acolhida à nossa turma especial, pela implicação no processo de nosso mestrado.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa LAEPSI pelas aprendizagens, em especial, ao Luan, Patrícia, Eduarda e Heitor pela solidariedade na partilha da riqueza de conhecimento.

Agradeço à Nivaldete, Marlene, Dayse, Karol e Júnia por aceitarem o desafio de desbravar o caminho que nos trouxe o Mestrado em Psicologia Clínica na UNISINOS.

Desistir ... eu já pensei seriamente nisso, mas
nunca me levei realmente a sério; é que tem
mais chão nos meus olhos do que o cansaço
nas minhas pernas, mais esperança nos meus
passos, do que tristeza nos meus ombros, mais
estrada no meu coração do que medo a minha
cabeça.

Geraldo Eustáquio de Souza

SUMÁRIO

Resumo	08
Abstract	09
Introdução da Dissertação	10
SEÇÃO 1 – ARTIGO I Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um Ambulatório de Saúde Mental.....	16
Resumo	16
Abstract	17
Introdução	18
Método	22
Delineamento	22
Participantes	23
Instrumentos	23
Procedimentos de éticos	24
Procedimentos de coleta de dados	24
Análise dos dados	25
Resultado	25
Discussão	30
Considerações finais	33
Referências	34
SEÇÃO 2 – ARTIGO II Efeitos da capacidade de mentalização sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra de usuários de um Ambulatório de Saúde Mental.....	40
Resumo	40
Abstract	41
Introdução	42
Método	45
Delineamento	45
Participantes	45
Instrumentos	46
Procedimentos de éticos	48
Procedimentos de coleta de dados	48
Análise dos dados	48
Resultado	49
Discussão	52
Considerações finais	53
Referências	54
Considerações finais da Dissertação	59
Referências	61
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
Anexo A – Escala BSI	72
Anexo B – Escala RFQ	76

Características sociodemográficas e clínicas dos usuários de Ambulatório de Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização

Resumo

A presente dissertação buscou identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de um Ambulatório da Saúde Mental em Imperatriz/MA e sua relação com a capacidade de mentalização. A dissertação foi organizada em dois artigos que contemplam, respectivamente, os objetivos específicos propostos. Em ambos estudos a amostra foi de 80 usuários do referido ambulatório que tiveram seus prontuários examinados e responderam ao Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos/*Brief Symptom Inventory* – BSI e ao questionário *Reflective Functioning Questionnaire* – RFQ, que avaliam, respectivamente sintomas característicos de diversas síndromes psiquiátricas e prejuízos na função reflexiva (ou capacidade de mentalização). O primeiro estudo visou identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários do ambulatório e verificar a possível associação entre intensidade de sintomas com as variáveis idade, sexo e escolaridade. Já o segundo estudo investigou a associação entre mentalização e sintomas psiquiátricos, examinando se prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a severidade de diferentes grupamentos de sintomas referidos pelos usuários.

Palavras-chave: Psicopatologia; usuários; saúde mental; mentalização; função reflexiva.

Sociodemographic and clinical characteristics of CAPS III Ambulatory users and their relationship with mentalization capacity

Abstract

The present dissertation aimed to identify the sociodemographic and clinical characteristics of the clients of a Mental Health Ambulatory in Imperatriz – MA and its relationship with the mentalization capacity. The dissertation was organized in two articles that include, respectively, the specific objectives proposed. In both studies, the sample consisted of 80 users of the outpatient clinic who had their clinical records examined and responded to the Brief Symptom Inventory - BSI and to the Reflective Functioning Questionnaire - RFQ, that respectively measure symptoms of various psychiatric syndromes and impairment in reflexive function (or mentalization ability). The first study aimed to identify the sociodemographic and clinical characteristics of the clients and to verify the possible association between intensity of symptoms with the variables age, sex and schooling. The second study investigated the association between mentalization and psychiatric symptoms, examining whether impairments in the ability to mentalize (certainty and uncertainty) explain the severity of different groups of symptoms reported by clients.

Keywords: Psychopathology; users; mental health; mentalization; reflective function.

Introdução

Trata-se da dissertação de mestrado intitulada “Características sócio-demográficas e clínicas dos usuários de ambulatório da saúde mental e sua relação com a capacidade de mentalização”, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio Sinos/UNISINOS. O objetivo foi identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de um ambulatório da Saúde Mental e examinar a sua relação com a capacidade de mentalização. Para responder a este objetivo geral, foram realizados dois estudos que são apresentados em formato de artigos que serão apresentados nas seções 1 e 2, denominados respectivamente “Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um Ambulatório de Saúde Mental” e “Efeitos da capacidade de mentalização sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra de usuários de um Ambulatório de Saúde Mental”.

O interesse pelo tema desta dissertação surgiu da interlocução entre, de um lado, experiência da pesquisadora na Rede de Atenção Psicossocial/RAPS como Psicóloga, Servidora Pública municipal lotada no Ambulatório de **Saúde Mental**, no atendimento clínico aos usuários com transtornos mentais comuns e crônicos e, de outro, a aproximação com os estudos sobre mentalização que vinham sendo realizados no Grupo de Estudo: Laboratório de estudos em Psicoterapia e Psicopatologia – LAEPSI, no qual a Orientadora desta Dissertação é coordenadora.

A mentalização é um paradigma conceitual ainda pouco estudado e conhecido entre profissionais de saúde mental no Brasil. A potencialidade clínica deste construto e as evidências disponíveis sobre a efetividade das intervenções promotoras de mentalização no tratamento de condições psicopatológicas diversas foi o que motivou a escolha do tema desta pesquisa.

Mentalização

O conceito de mentalização é postulado, fundamentalmente, como a capacidade mental imaginativa do indivíduo de perceber a si próprio e os outros como seres psicológicos, isto é, levando em consideração os estados mentais (como pensamentos, sentimentos, intenções, desejos e motivações) que são subjacentes aos comportamentos (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Estudos afirmam que a Mentalização, capacidade de reconhecer e dar sentido aos processos mentais próprios e alheios é essencial para as habilidades interpessoais (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 2000; Fonagy, 2015). A literatura tem apontado que intervenções psicológicas baseadas na mentalização tem sido adotadas com eficácia para tratar diferentes problemas clínicos, tais como transtornos da personalidade, depressão, trauma, adições, assim como para programas de prevenção à violência (Fonagy, & Bateman, 2016; Waikamp & Serralta, 2018)

Os fundamentos teóricos se encontram na Psicanálise, na Teoria do Apego e nos avanços da Neurociência. Durante o desenvolvimento da criança, as relações de apego e a mentalização têm uma dialética relacional, sendo que a função reflexiva, inicialmente, se desenvolve na relação de apego pais-filhos, quando os pais acolhem às emoções de seu filho (Fonagy & Target, 1997). Essas experiências relacionais possibilitam à criança um lugar a partir do qual ela explora seu mundo interno, compreende suas emoções e, assim, desenvolve uma autopercepção e autoidentidade (Fonagy & Target, 1997; Serralta & Weydmann, 2016).

As crianças sem vinculação de apego adequada podem ter maiores dificuldades no desenvolvimento de habilidades de mentalização. Portanto, o apego determina parcialmente a força da capacidade de mentalização das crianças. Sujeitos com apego

seguro tendem a ter um cuidado “primário” mentalizado, o que resulta em capacidades fortes para representar os estados de sua própria mente, bem como a do outro (Antonsen *et al*, 2016). Em face disso, a criança percebe seus cuidadores, geralmente a figura materna, como espelho de si, ser desejante e intencional. Em razão dessa realidade, ao internalizar esta representação, é formado o próprio *self* (Fonagy & Bateman, 2011).

Desta maneira, a capacidade de mentalização significa que o indivíduo deve compreender a experiência interior e, a partir daí, entender os sentimentos do outro, possibilitando, assim, a habilidade de criar e manter relacionamentos saudáveis. Caso tudo ocorra bem, significa que os cuidadores primários fizeram esse processo de mentalização e a criança o adquiriu inconscientemente por meio deles (Canavarro, 1997). Esse processo é auxiliado pela auto-observação, porque o indivíduo se torna mais sensível aos próprios sentimentos ao se tornar mais sensível ao que o outro está sentindo. Isso não se trata do mecanismo de defesa do ego da projeção, mas compreende, de maneira empática, que o modo como o outro sente e pensa pode ser diferente (Antonsen *et al*, 2016).

Uma mentalização adequada envolve a habilidade de flexibilizar entre os diferentes polos, seja do polo implícito, seja do polo explícito, conforme as demandas do contexto (Kieling, & Hauck, 2019; Serralta & Weydmann, 2016). A mentalização implícita ocorre de maneira não-reflexiva e automática. Por exemplo, nas relações interpessoais, na maior parte do tempo a empatia espontânea exigindo uma reflexão de maneira direta e não deliberada incluindo sentimentos e julgamentos. Diferentemente, a mentalização explícita inclui processos simbólicos, deliberados e reflexivos envolvendo um nível mais elevado da consciência e um foco deliberado na atenção (Castelli, 2011).

O processo de Mentalização pode estar mais com foco interno ou com foco externo. Um foco mais externo, a sensibilidade na comunicação não-verbal é maior,

sobretudo, nas expressões faciais (Kieling, & Hauck, 2019). Desta maneira, há possibilidade de julgamentos a partir das características e percepção externas, o que por consequência pode levar a conclusões precipitadas. Em contrapartida, em um foco mais interno, o julgamento sobre estados mentais tendo como base informações sobre a pessoa e sobre a situação em que se encontra (Kieling, & Hauck, 2019; Serralta & Weydmann, 2016).

A outra dimensão do processo de mentalização orientada para o próprio *self* e orientado para os outros. A última dimensão da mentalização envolve os polos cognitivo e afetivo. O polo cognitivo nomeia, reconhece e raciocina sobre os estados mentais de si mesmo e dos outros. Nesse foco, a mentalização está mais relacionada no âmbito racional e menos a uma empatia emocional. No polo afetivo, há compreensão dos sentimentos direcionados aos estados mentais. A mentalização mais orientada para esse polo é primordial para uma efetivação genuína tanto do senso de si mesmo quanto de empatia (Kieling, & Hauck, 2019).

Além do mais, parafraseando Godinho (2015, p.76), “um relevante indicador de que existe um grau elevado de mentalização é a consciência de que não se consegue saber em absoluto aquilo que se passa na mente de outra pessoa” correspondendo ao conceito de opacidade mental. A hipomentalização e a hipermentalização são relacionadas a incerteza e certeza nos estados mentais.

O equilíbrio das dimensões supracitadas em consonância com as demandas de cada contexto é imprescindível para o processo de mentalização. Quando isso não ocorre, os modos de funcionamento que antecedem o desenvolvimento da capacidade de mentalizar, esperados durante os primeiros anos de vida, reaparecem. Ou seja, os modos de funcionamento pré-mentalísticos ressurgem quando a capacidade de mentalizar cessa (Kieling, & Hauck, 2019). Os modos pré-mentalizados são três que correspondem: a

equivalência psíquica, que implica em indiscriminação entre realidade interna e externa; ao modo de faz-de-conta, que implica em um desligamento da realidade; e ao modo teleológico, que envolve a descarga na ação (Kieling, & Hauck, 2019).

O estudo da função reflexiva ou mentalização é fruto sobretudo dos estudos de Peter Fonagy e colaboradores para compreender e intervir com pacientes com Transtornos de personalidade Borderline (Serralta & Weydmann, 2016). Com base nesses estudos, foi desenvolvida uma terapia eficaz para o tratamento desses pacientes, a Terapia baseada na mentalização (TBM). Assim, houve um aumento do interesse pelo construto e nos dias atuais, vários profissionais terapeutas usam a Mentalização em sua prática e propõem sua aplicação no entendimento e tratamento, na avaliação de abordagens teórico-técnicas, na construção de técnicas para otimizar a mentalização dos pacientes ou procurar articulá-la com conceitospsicanalistas mais clássicos (Castelli, 2011). Vários terapeutas ampliam a possibilidade de aplicação da terapia baseada na mentalização (Bateman e Fonagy, 2004; Bateman e Fonagy, 2006), como a terapia de casais (Young, 2006), de famílias (Fearon *et al.*, 2006) e de grupos (Bateman e Fonagy, 2004), assim como treinamento do casal parental de primeira viagem (Sadler, Slade e Mayers, 2006), oficinas de psicoeducação (Haslam-Hapwood, Allen, Stein e Bleiberg, 2006), grupos de profissionais em crise (Bleiberg, 2006), a prevenção de violência nas escolas (Allen e Fonagy, 2008).

Descrição do local da Pesquisa

O Ambulatório da Saúde Mental em Imperatriz/MA, inaugurado em 2002 logo após a implantação do 1º CAPS da cidade, uma vez que ampliou a demanda deste com o fechamento de um serviço manicomial que havia na cidade, atendendo desde então, adultos e idosos com sintomas e/ou com o diagnóstico de transtornos mentais comuns e crônicos. Para as pessoas com transtornos mentais agudos, ou seja, com psicoses e/ou

que necessitam de acolhimento por estarem em crise há o atendimento no serviço do CAPS III. As demandas do uso abusivo de álcool e outras drogas são atendidas no CAPS AD III. O referido serviço constitui-se, atualmente, o único serviço que atende demanda Ambulatorial de Saúde Mental na Região Tocantina (Pará, Maranhão e Tocantins), chegando assim a ultrapassar sua capacidade de atendimento ao acolher demandas advindas de cidades vizinhas dos outros estados.

O plano de ação do Ambulatório contempla, além dos atendimentos individuais e em grupo, atividades de lazer, comemoração das datas festivas do calendário nacional e ação social na comunidade com palestras sobre Saúde Mental. A equipe profissional é formada por 1(uma) Coordenação, 1 (uma) Enfermeira, 2 (duas) Assistentes Sociais, 5 (cinco) Psicólogas, 3 (três) Médicos Psiquiatras, 1 (um) Médico Clínico Geral, 1(um) Recepcionista, 1(uma) Agente de Serviços Gerais.

O referido Ambulatório é localizado em outro bairro diferente da localização do CAPS III. Seu funcionamento é apenas diurno, de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00h, de segunda-feira à sexta-feira, de acordo com que está preconizado nas diretrizes da RAPS.

O espaço físico do referido serviço é considerado pequeno para atender a demanda de atendimento, composto por 1 (uma) recepção, 1 (um) corredor que dar acesso para 4 (quatro) salas de atendimento da equipe profissional e 2(dois) banheiros no térreo; no pavimento superior 1 (uma) sala da coordenação, 2 (duas) salas para o arquivo dos prontuários, 01 banheiro unissex e 1 (uma) cozinha desativada.

SEÇÃO 1 – ARTIGO I

Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um Ambulatório de Saúde Mental

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de um ambulatório de Saúde Mental e verificar a possível associação entre intensidade de sintomas com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade). Os participantes foram 80 usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental em Imperatriz/MA. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o prontuário de cada usuário e o Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos (*Brief Symptom Inventory*, BSI). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e correlacional. Os resultados indicam que os usuários apresentam idade média de 37,39 anos, são predominantemente do sexo feminino, solteiros e escolaridade superior a ensino fundamental completo. A maior parte dos pacientes possui diagnóstico de transtornos fóbico-ansiosos. As associações encontradas entre sintomas e variáveis sociodemográficas que revelam peculiaridades dos usuários, e podem contribuir para implementação de estratégias terapêuticas adequadas ao perfil.

Palavras-chave: Características sociodemográficas; psicopatologia; sistema único de saúde; saúde mental.

Sociodemographic and Clinical profile of Outpatients Clients of a Mental Health

Abstract

The current study aimed to identify the sociodemographic and clinical characteristics of the clients of a of a Mental Health outpatient clinic and to verify possible associations between intensity of symptoms and sociodemographic variables (age, sex and schooling). Participants were 80 clients attended at the Ambulatory of Mental Health in Imperatriz / MA. The instruments used for data collection were the patient's clinical record and the Brief Symptom Inventory (BSI). Data were analyzed through descriptive and correlational statistics. The results indicate that the clients presented mean age of 37, 39 years, are predominantly female, single and with level of education of complete middle school or higher. Most patients had diagnoses of phobic-anxious disorders. The associations found between symptoms and sociodemographic variables reveal peculiarities of these clients , and could contribute to the implementation of appropriate therapeutic strategies to the profile.

Keywords: Sociodemographic characteristics; Psychopathology; Public health system; Mental health.

Introdução

Na metade do século XX, um movimento internacional, orquestrado pelos países europeus, ecoou no mundo provocando transformações no modelo manicomial. Esse processo tomou vigor no Brasil a partir da década de 90 do século passado, período que a Assistência Psiquiátrica passou a perceber críticas pelo movimento de trabalhadores em Saúde Mental e ser palco de discussões nas Universidades, nas instituições de saúde, na mídia e na sociedade civil. Além de envolver os diversos níveis de governo, a Reforma Psiquiátrica propôs mudanças estruturais e de caráter legal com a aprovação da Lei nº 10.216, de seis de abril de 2001 (Brasília: Ministério da Saúde, 2004).

O novo paradigma delinea-se, essencialmente, por dois processos: o modelo psiquiátrico anteriormente centrado no médico passa a ser focado na equipe multiprofissional; e os manicômios deixam de ser lugar de clausura e restrito à medicação para ser um espaço de saúde integral e com alternativas de tratamento pautadas no cuidado (Luz & Caetano, 2015). Nessa perspectiva, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como um dispositivo que tem a função de cuidar dos usuários de maneira mais humanitária, abordando a saúde e a cidadania como um direito de todos (Brasília: Ministério da Saúde, 2004).

Os CAPS se tornaram componentes centrais para a política no campo da saúde mental e conquistaram um lugar de existência prevista em lei, como serviços de “atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” ou ainda, “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo lógica do território” (Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 31). Dessa forma, nos CAPS, passou a ser priorizada a assistência às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo àquelas com uso de álcool e outras drogas em situações de crise ou nos

processos de reabilitação psicossocial, priorizando e valorizando seu território para o atendimento (Luz & Caetano, 2015).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 700 milhões de pessoas da população mundial sofre de algum tipo de transtorno mental, neurológico e/ou comportamental que acarreta sofrimento individual e social. Conforme estimativas da mesma entidade, realizadas em fevereiro de 2017, 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e 5,8% têm depressão. Esses números colocam o país em primeiro lugar no mundo em casos de ansiedade e na quinta posição em casos de depressão (OPAS/OMS Brasil, 2017).

A partir da presença dos CAPS como novos dispositivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária a avaliação dos serviços e dos resultados obtidos nestes espaços. A OMS estimula que a avaliação dos serviços de saúde mental seja contínua, com vistas a promover a qualidade, examinar a eficácia e a efetividade dos mesmos, bem como obter informações para o desenvolvimento de outros programas (Mangualde *et al.*, 2013).

Cabe salientar que as avaliações devem considerar aspectos estruturais e assistenciais e incluir as perspectivas dos profissionais, dos usuários dos serviços e de seus familiares. No que se refere aos usuários, é imprescindível caracterizar e analisar o perfil social, demográfico e nosológico (Luz & Caetano, 2015). Tais dados são fundamentais para determinar prioridades no âmbito da Saúde Mental, bem como para cogitar e avaliar intervenções em saúde pública (Mangualde *et al.*, 2013).

Em um estudo é apresentado o retrato de 223 usuários do CAPS do município de Ilhéus (BA), 52% eram do sexo masculino, e 16% aposentados/beneficiários. No que se refere ao diagnóstico, o mais frequente (39%) era de esquizofrenia. Os autores do referido estudo apontaram, ainda, que conhecer as peculiaridades do público de CAPS contribui

para um planejamento de ações voltado para o cuidado e para a reabilitação psicossocial para a pessoa com transtorno mental (Freitas & Souza, 2010).

Outra pesquisa realizada sobre as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de CAPS do Estado de Sergipe indicou que dos 1.444 prontuários estudados 75,3% tinham o diagnóstico de esquizofrenia e 24,7% tinham outros transtornos psicóticos. Em relação à idade, 33% dos usuários tinham menos de 24 anos e 54% tinham entre 25 e 46 anos. Quanto à ocupação, a maioria declarou não ter profissão. Os autores destacaram a relação expressiva entre sexo, diagnóstico e profissão, pois dos usuários com diagnóstico de esquizofrenia, 79,9% eram do gênero masculino bem como tinham comprometimento na atividade profissional (Silveira, Vargas, Reis & Silva, 2011).

Em Campinas, São Paulo, uma pesquisa analisou 85 prontuários de usuários inseridos no serviço. Foi constatado que 53,7% dos pacientes eram do sexo masculino, sendo a média de idade de 41 anos, 32,9% tinham ensino fundamental incompleto e 76,4% estavam fora do mercado de trabalho (Ballarin, Miranda, & Carvalho, 2012).

Em outro estudo no estado mineiro no CAPS AD de Barbacena, foram avaliados 583 prontuários de um total de 4.000 usuários atendidos no período de 2003 a 2008. A idade média dos participantes foi de $38,7 \pm 3,6$ anos; a maioria dos pacientes era do sexo masculino (56,6%), com baixa escolaridade (60%), casados ou em união estável (48,8%). 28,8% eram portadores de quadros psicóticos, 22% de transtornos afetivos e 20% de transtornos decorrentes do uso de substâncias (Mangualde, *et al.*, 2013).

Em outro estudo realizado com usuários de um CAPS AD no interior de Minas Gerais, dos 217 prontuários analisados, foram encontrados resultados com a prevalência do gênero masculino (76%), idade entre 20 a 40 anos (57%), solteiros (52,5%), e desempregados (40,5%). No que tange ao diagnóstico foram encontrados 29% com o de uso de álcool (Gonçalves & Nunes, 2014).

Estudo realizado sobre o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do CAPS de Fortaleza/Ceará, indicou que 60,1% eram do sexo feminino que dentre os quais 63,4% estavam na faixa etária entre 20 e 49 anos. Em relação à escolaridade, 43% possuía Ensino Fundamental completo ou equivalente. 69,5% tinham renda entre um a quatro salários mínimos (Souza, 2007).

Em estudo, no município de Passos/MG, é apresentado o perfil do CAPS II: 44,5% dos usuários encontra-se na faixa etária de 49 aos 79 anos e 62% são do sexo feminino e a escolaridade mais prevalente é ensino fundamental incompleto (59%). A renda familiar de maior expressão foi a de um salário mínimo (66%) (Martins, 2012).

Em Orleans/Santa Catarina, Gomes e Bellettine (2013) delinearão o perfil dos usuários em dois serviços, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Programa de Saúde Mental no município com a coleta de dados de 208 prontuários do CAPS I e 401 do Programa de Saúde Mental. O resultado encontrado nos dois universos de pesquisa, foi que a maioria eram do sexo feminino, idade entre 41-50 anos, diagnóstico de maior frequência os transtornos afetivos de humor.

No Rio do Sul/Santa Catarina, uma pesquisa sobre o perfil de 69 usuários do CAPS e do Ambulatório da Psiquiatria mostrou que 70% dos usuários era do sexo feminino, estava na faixa etária de 40 a 59 anos, 48% tinha ensino fundamental incompleto. Quanto ao diagnóstico, predominava o de transtornos de humor, em 74% (Luz & Caetano, 2015).

Em outra pesquisa que descreveu as características clínicas e sociodemográficas dos usuários do CAPS II do município de Candeias, na Bahia, numa população de 71 usuários foi constatado uma maioria de pacientes do sexo feminino (67,6%), com idade média na faixa de 30 a 39 anos, com ensino fundamental completo, e diagnosticado com patologias mentais relacionadas ao CID F20 (Esquizofrenia) (Cruz *et al.*, 2016).

Frente ao exposto, constata-se que a distribuição de sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão/ocupação, renda familiar e diagnóstico parece variar entre os serviços. Portanto, características de um serviço da Saúde Mental não podem ser generalizadas para outro. Daí também a relevância de investigar características regionais, a fim de favorecer o planejamento de intervenções específicas e compreender aspectos supostamente idiossincráticos da população que acessa os serviços de saúde mental no âmbito do SUS .

O presente estudo tem como objetivos identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de um Ambulatório de Saúde Mental em Imperatriz/MA. O estudo busca ainda verificar a possível associação entre intensidade de sintomas com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade). Desse modo, o estudo oferece aos profissionais e gestores locais mais conhecimento sobre as características da clientela atendida, possibilitando o desenvolvimento de ações mais adequadas a este perfil, bem como permite, em conjunto com outros estudos desta natureza, uma maior compreensão sobre as relações entre o funcionamento psicológico e aspectos sociodemográficos, de modo contribuir para a efetividade de políticas públicas de atendimento em saúde mental no país.

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de enfoque quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Estudos transversais descritivos visam descrever fenômenos ou características em um determinado público, em um único período de tempo (Sampieri *et al.*, 2013).

Participantes

Os participantes da pesquisa foram 80 (oitenta) usuários com pelo menos 18 anos de idade, de ambos os sexos, do Ambulatório de Saúde Mental em Imperatriz/MA atendidos nos meses de março a maio do ano de 2018. Não eram elegíveis para comporem a amostra os usuários com dificuldades cognitivas que impedissem a compreensão das questões dos questionários, mesmo quando ajudados na leitura pela pesquisadora. O número de usuários não foi pré-definido, uma vez que dependeu da demanda da procura pelo atendimento no referido serviço ao longo do tempo estimado para a coleta de dados e do interesse em participar da pesquisa.

Instrumentos

Prontuários clínicos

A coleta de dados foi realizada nos prontuários dos usuários atendidos no dia, independentemente de ser o primeiro atendimento. Os dados coletados no prontuário clínico da instituição foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, local de residência, profissão/ocupação, renda, bem como diagnóstico conforme CID10.

Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos - *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993).

O BSI é utilizado para avaliar sofrimento psicológico e sintomas que caracterizam transtornos mentais. É uma versão resumida da SCL-90 que pode ser usada para avaliar o quadro clínico, bem como servir como medida de progresso no tratamento. É um instrumento de autorelato com 53 itens avaliados em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos que mede nove dimensões sintomatológicas (somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo). O índice geral de sintomas (IGS) é uma medida de sofrimento geral

derivada dos sintomas e um dos indicadores mais amplamente utilizados nos estudos que avaliam psicopatologia geral e resultados de intervenções. Os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove subescalas, com valores de alpha de Cronbach entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão) (Canavarro, 2005). A versão de Canavarro foi adaptada para o Português brasileiro pelo grupo de pesquisa coordenado pela segunda autora e já foi utilizada numa amostra de 201 pacientes de psicoterapia, obtendo fidedignidade satisfatória em todas as subescalas de sintomas, com coeficientes alpha de Cronbach entre 0,76 (psicoticismo) e 0,88 (depressão). O IGS, foi de 0,96 (Waikamp & Serralta, 2018) .

Procedimentos éticos

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS (número do CAE: 83275718.1.0000.5344), atendendo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Os participantes foram esclarecidos sobre os procedimentos de pesquisa, sobre o direito de recusar ou retirar o consentimento em participar voluntariamente do estudo sem interferência no atendimento recebido e sem necessidade de explicações. Foi garantido anonimato e sigilo em relação às informações individuais.

Procedimentos de coleta de dados

Após terem recebido informações sobre o estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), os usuários atendidos no dia, de Março a Maio do ano de 2018, independente se era primeira consulta ou reconsulta, preencheram o instrumento BSI (Anexo A), antes da consulta clínica, na forma auto-administrada. A pesquisadora e/ou auxiliares de pesquisa treinados auxiliaram neste preenchimento,

quando solicitados. Os dados sócio-demográficos, bem como diagnóstico com CID 10 foram coletados nos prontuários clínicos e registrados em uma tabela no Programa Excel.

Análise de Dados

Para análise de dados, foi utilizado o programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Science*). Foram realizadas análises descritivas (frequência, porcentagem médias e desvios-padrão) para descrever a amostra e avaliar o comportamento das variáveis. Utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a verificação da distribuição dos dados. Como os dados não apresentaram distribuição normal, para examinar associações entre variáveis sociodemográficas e a sintomatologia foram utilizados procedimentos de Correlação de *Spearman*, teste do Qui-quadrado, Teste U de *Mann Whitney* (comparação entre dois grupos) e H *Kruskal-Wallis* (comparação entre três ou mais grupos), seguido de *Dunn-Bonferroni post hoc*. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de $5\% (p < 0,05)$.

Resultados

Os usuários investigados, 80 no total, apresentaram idade média de 37,39 anos (DP = 13,85), sendo a idade mínima observada de 18 anos e a maior idade de 74 anos (Tabela 1). A predominância do sexo é feminino (70%) e estado civil solteiro (57,5%). Com relação à escolaridade, a maior parte da amostra possui atingiu ao menos o nível de ensino médio, sendo 5% com ensino médio incompleto, 40% com ensino médio completo e 8,7% com ensino superior completo. O restante da amostra apresentou a seguinte distribuição de escolaridade: 1,3 alfabetizado sem instrução formal, 15% com ensino fundamental incompleto e 27,4% com ensino fundamental completo. No que tange a residência/procedência, 86,3% era residente de Imperatriz/MA.

Quanto à profissão/ocupação, observou-se que 10% eram estudantes, 13,8% estavam desempregados e 7,5% eram aposentados. Do total, 61,3% exerciam alguma atividade remunerada, sendo que 45% exerciam atividade no comércio, atuando como atendente comercial//office boy ou vendedor (a). Foi encontrado que 41,3% dos usuários não possuíam ou não referiram renda familiar e que 37,5% indicaram renda familiar de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1
Perfil sociodemográfico e econômico de usuários (n=80)

Variáveis		N	%
Sexo	M	24	30,0
	F	56	70,0
Idade (M±DP)	37,39± 13,85		
Faixa etária	18 a 20 anos	7	8,7
	21 a 30 anos	22	27,5
	31 a 40 anos	23	28,7
	41 a 50 anos	13	16,2
	51 a 60 anos	8	10,0
	61 a 70 anos	4	5,0
	> 70 anos	3	3,8
		80	100
Escolaridade	Alfabetizado(a)	1	1,3
	Ensino fundamental incompleto	12	15
	Ensino fundamental completo	22	27,4
	Ensino médio incompleto	4	5,0
	Ensino médio completo	32	40
	Ensino superior completo	7	8,7
Estado civil	Solteiro(a)	43	53,8
	Casado(a)	32	40
	Viúvo(a)	3	3,8
	Divorciado(a)	1	1,3
	Separado(a)	1	1,3
Residência/ Procedência	Imperatriz-MA	69	86,3
	Açailândia	5	6,3
	João Lisboa	4	5,0
	Senador La Rocque	2	2,5
Profissão/ Ocupação	Aposentado(a)	6	7,5
	Assistente Social	2	2,5
	Atendente comercial/Office boy/Vendedor(a)	36	45
	Carpinteiro	2	2,5
	Desempregado (a)	11	13,8
	Do lar	10	12,5
	Doméstica/Serviços gerais	15	18,8
	Estudante	8	10,0
	Lanterneiro	1	1,3

	Lavrador	1	1,3
	Padeiro	2	2,5
	Pedreiro	1	1,3
	Radialista	1	1,3
	Secretária	1	1,3
	Téc. em Farmácia/Téc. Enfermagem/Téc. Informática	3	3,3
Renda familiar	Menos de 01 salário mínimo	6	7,5
	01 salário mínimo	30	37,5
	01 salário mínimo e meio	1	1,3
	02 salários mínimos	12	15
	Não citaram/não recebem	31	38,7

Nota. Salário mínimo vigente em 2018: R\$954,00

A estratificação da amostra por sexo revelou que entre as mulheres, a idade média foi de 37,98 anos (DP = 14,77). Elas eram na maioria solteiras (51,8%) e possuíam escolaridade em nível de ensino médio completo (44,6%), ensino médio incompleto (5,4%) ou superior (8,9%). Já entre os homens, a idade média encontrada foi de 36 anos (DP=12,75). Eles eram predominantemente solteiros (70,8%), com ensino fundamental incompleto (33,3%) ou ensino fundamental completo (20,8%). Homens e mulheres não diferiram quanto a idade ($p=0,625$) e estado civil ($p=0,298$) e renda declarada ($p=0,593$). Com relação a escolaridade, foi verificada diferenças por sexo ($\chi^2 = 11,29$, $p = 0,10$). A análise dos resíduos ajustados revelou que a diferença se situa no nível do ensino fundamental incompleto, mais frequente nos homens.

No que se refere ao perfil diagnóstico, observou-se que todos os prontuários possuíam o registro da hipótese diagnóstica. A Tabela 2, apresenta o perfil clínico de ambos os sexos considerando a classificação Internacional das Doenças, CID-10. Foi constatado que 63,9% dos usuários apresentam Transtornos Fóbicos-Ansiosos, sendo predominantes entre estes, os Transtornos Mistos de Ansiedade e Depressão (20%) e Outros Transtornos Ansiosos (16,3%). 25,2% dos usuários apresentavam Transtornos do Humor, sendo que 12,5% do total dos pacientes foi diagnosticado com Episódio Depressivo Grave sem sintomas psicóticos.

Tabela 2
 Perfil clínico de usuários (n=80)

<i>Diagnóstico clínico</i>		N	%
	Transtornos Psicóticos		
F23.9	Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado	2	2,5
	Transtornos do Humor		
F31.8	Outros Transtornos Afetivos Bipolares	1	1,3
F32	Episódio Depressivo Grave sem sintomas psicóticos	3	3,8
F32.2	Episódio Depressivo Grave sem sintomas psicóticos	10	12,5
F32.8	Outros Episódios Depressivos	1	1,3
F33.8	Outros transtornos Depressivos Recorrentes	5	6,3
	Transtornos Fóbico-Ansiosos		
F 41	Outros Transtornos Ansiosos	13	16,3
F41.0	Transtorno do Pânico	5	6,3
F 41.1	Transtorno de Ansiedade Generalizada	8	10,0
F 41.2	Transtorno Misto Ansioso e Depressivo	16	20,0
F42.2	Transtorno Obsessivo Compulsivo – forma mista	2	2,5
F 43.1	Transtorno de Estresse Pós-traumático	7	8,8
	Transtornos de Personalidade		
F60.31	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>	4	5,0

Nota. Transtornos psicopatológicos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10).

Não foram encontradas associações entre diagnóstico (tipo de transtorno) e sexo ($\chi^2 = 6,746$, $p = 0,080$) nem entre diagnóstico e estado civil ($\chi^2 = 6,169$, $p = 0,723$). A idade, entretanto, mostrou-se associada com diagnóstico ($\chi^2 (3)$, $p = 0,019$). Análises post hoc revelaram que pacientes com transtorno da personalidade eram mais jovens que pacientes com transtornos fóbico-ansiosos ($p=0,013$) e do que pacientes com transtornos do humor ($p= 0,014$).

A seguir, são apresentados os resultados encontrados no Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos (*Brief Symptom Inventory*, BSI). Os escores (Média \pm Desvio Padrão) obtido nas escalas de sintomas do BSI e do Índice Global de Severidade dos Sintomas (IGS), foram, respectivamente: Ansiedade ($2,72 \pm 0,83$), Somatização ($2,98 \pm 0,79$), Psicoticismo ($2,66 \pm 0,92$), Paranoia ($2,69 \pm 0,92$), Obsessão-Compulsão ($3,07 \pm 0,75$), Hostilidade ($2,25 \pm 0,89$), Ansiedade Fóbica ($2,69 \pm 1,00$), Depressão ($3,25 \pm 0,84$), Sensibilidade Interpessoal ($2,84 \pm 1,01$) e IGS ($2,85 \pm 0,53$). Estas médias estão representadas no Gráfico 1.

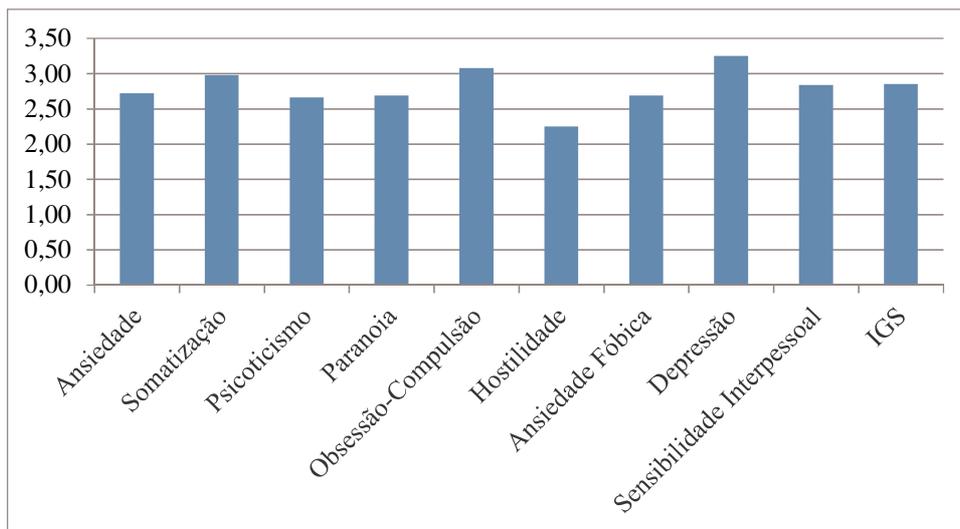


Gráfico 1
Distribuição dos escores de sintomas e Índice Geral de Sintomas

Foi verificada a possível associação entre intensidade de sintomas com as variáveis idade, sexo e escolaridade. Houve associação entre idade e sintomatologia, tendo sido constatada correlações negativas entre idade e IGS ($r_s = -0,355$; $p = 0,001$), indicando que pacientes com menos idade apresentavam mais sofrimento derivado dos sintomas que pacientes com mais idade. Demais correlações (*Spearman*) estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3
Correlações entre Sintomas Psicopatológicos e Idade

Variáveis	Idade	
	r_s	p
Ansiedade	-0,176	0,118
Somatização	-0,039	0,730
Psicoticismo	-0,358**	0,001
Paranoia	-0,167	0,138
Obsessão-Compulsão	-,004	0,973
Hostilidade	-,343**	0,002
Ansiedade Fóbica	-0,025	0,825
Depressão	-0,266*	0,017
Sensibilidade Interpessoal	-0,385**	0,000
IGS – Índice Geral de Sintomas	-0,355**	0,001

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Homens e mulheres não diferiram quanto ao IGS e nem com relação a sintomas específicos. Foi encontrada associação significativa entre o nível de escolaridade e o IGS ($\chi^2(5) = 21,598$, $p = 0,001$). A análise *pos hoc* indicou que pacientes com ensino superior tinham escores medianos significativamente mais baixos de IGS que pacientes com ensino médio, completo e/ou incompleto ($p = 0,000$) e do que pacientes com ensino fundamental, completo ou incompleto ($p = 0,029$).

Todos os pacientes estavam em atendimento clínico com o médico psiquiatra. O tempo médio de atendimento foi de aproximadamente dois anos, 24,33 meses (DP = 23,73). Do total de pacientes, 67,5% realizava psicoterapia individual. A média de duração destes atendimentos foi de 12,89 meses (DP = 6,34). Outros 12,5% realizava psicoterapia de grupo (Tabela 4). A média de duração destes atendimentos foi de 17 meses (DP = 9,84).

Tabela 4
Atendimento em psicoterapia, por sexo, de usuários (n=80)

Tipo de psicoterapia	Homens		Mulheres		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Psicoterapia individual	18	22,5	36	45	54	67,5
Psicoterapia em grupo	-	-	10	12,5	10	12,5
Não fazem psicoterapia	6	7,5	10	12,5	16	20
Total	24	30	56	70	80	100

Nota. Atendimentos realizados no ambulatório do CAPS III em Imperatriz/MA, 2018

Discussão

Os resultados identificaram as características sociodemográficas e clínicas dos usuários de um ambulatório da Saúde Mental da RAPS de Imperatriz/MA. Como inexistem estudos brasileiros com ambulatórios desta natureza, estudos realizados com amostras de CAPS do tipo “I” são utilizados para fins de comparação dos achados”, haja vista que em sua maioria, a demanda é semelhante àquela atendida em Ambulatório de Saúde Mental.

Na amostra encontrada, os usuários atendidos são, em sua maioria, do sexo feminino, o que também foi constatado entre usuários de outros CAPS do sul do país (Gomes e Bellettine, 2013; Luz e Caetano, 2015) e de do nordeste (Cruz, *et al.*, 2016; Souza, 2016). Nota-se, entretanto, que a predominância das mulheres nos CAPS do país não é regra, haja vista que outros estudos (Ballarin, *et al.*, 2012; Freitas e Sousa, 2010; Gonçalves e Nunes, 2014; Mangualde *et al.*, 2013; Silveira *et al.*, 2011) encontraram o sexo masculino predominante dos usuários atendidos. No que se refere a idade, as médias encontradas assemelham-se as encontradas em outros estudos (Mangualde *et al.*, 2013; Silveira *et al.*, 2011; Souza, 2007).

Na literatura pesquisa foi observado que somente em dois estudos de perfil de usuário de CAPS (Gonçalves e Nunes, 2014; Mangualde *et al.*, 2013) incluíram a variável estado civil, embora os estudos de prevalência e fatores associados ao transtorno mental apontem que essa variável potencializa a possibilidade de desenvolver transtorno mental comum (Kasper e Schermann, 2014; Silva *et al.*, 2019). No presente estudo, a presença elevada de solteiros, especialmente entre os homens aponta para a relevância desta condição para o sofrimento psicológico.

Quanto a residência/procedência, a maioria dos usuários mora em Imperatriz, mas 13,8% dos usuários eram de outras cidades. Esses usuários precisam realizar longos deslocamentos, de até 25,8 km para serem atendidos no Ambulatório de Saúde Mental, exigindo gastos com passagens ou algum tipo de auxílio transporte. Essa realidade vai de encontro com a Portaria 3.088 de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que reconhece e valoriza todos os níveis de atenção do SUS para atuarem em saúde mental. Nesse modelo, a garantia da integralidade do atendimento está na noção de território (Muhl & Holanda, 2018). Na lógica do território o usuário tem direito de receber

atenção junto aos seus vínculos afetivos e da sua comunidade, possibilitando a sua participação de maneira efetiva da sociedade (Yasui, 2010).

A renda familiar encontrada demonstra que a maioria dos usuários recebia somente o salário mínimo. Sabe-se que a precariedade econômica e a pobreza são fatores que predisõem aos transtornos psicopatológicos (OPAS/OMS, 2001). Nesse contexto social-econômico, em 2001, a OMS já previa o aumento de 3% nos transtornos mentais e comportamentais que causam incapacidade grave nos portadores para 2020 está fundada em fatores de predisposição, dentre os quais, a precariedade econômica e a pobreza (OPAS/OMS, 2001).

No que tange as características clínicas, foram constatados índices elevados de sintomas de ansiedade e de diagnóstico de transtornos do espectro ansioso. A intensidade mais elevada dos sintomas de depressão, conforme o BSI, se explicam pelos índices elevados de transtorno misto de ansiedade e depressão e de transtornos do humor na amostra. Esses achados corroboram com as estatísticas oficiais que apontam que o Brasil tem altos índices de Transtornos de Ansiedade e de Transtornos do humor (OPAS/OMS Brasil, 2017).

A menor idade foi associada ao diagnóstico de transtorno de personalidade e a uma maior severidade dos sintomas psicopatológicos, mais psicoticismo, hostilidade, sensibilidade interpessoal e depressão (Reis, Reisdorfer, & Gherardi-Donato, 2013). Isso parece indicar que pacientes mais jovens necessitam uma atenção especial e, possivelmente, tratamento diferenciado. O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Por conseguinte, o Ministério da Saúde (MS) reconhece a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões

sobre o processo saúde-doença, ampliando assim a especificidade no atendimento em saúde à esta faixa etária (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).

A escolaridade também se mostrou relevante. Pacientes com maior escolaridade (nível superior) apresentaram sintomas mais brandos do que os demais, o que está de acordo com dados de literatura que apontam o nível educacional mais elevado como fator protetivo para sofrimento psicológico (Lima, 1999; Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera, & Santana, 2014). O nível de saúde mental do indivíduo é determinado por vários fatores sociais, psicológicos e biológicos, dentre os quais, aponta para as pressões socioeconômicas contínuas: os indicadores de pobreza e baixos níveis de escolaridade (OPAS/OMS, 2016).

Considerações Finais

O levantamento de características dos usuários atendida no Ambulatório de Saúde Mental no presente estudo representa uma contribuição objetiva e importante para uma reflexão acerca desse serviço que permitem que se constituam indicadores da adequação das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS à necessidade peculiar a demanda local.

Os dados encontrados estão em concordância com os descritos em outros estudos que investigaram serviços similares e podem contribuir para aprimorar os projetos técnicos desenvolvidos no serviço, já que evidenciam com maior detalhamento o perfil dos usuários assistidos no referido serviço. Outrossim, faz-se necessário o desenvolvimento mais estudos como foco na sintomatologia auxiliando a equipe multiprofissional de saúde mental no entendimento de um transtorno mental e na compreensão os sintomas possibilitando assim, que a equipe busque estratégias no despertar da autonomia e protagonismo dos usuários.

Finalmente, o estudo contribui para o debate acerca dos aspectos da gestão do cuidado que precisam ser tratados pelas equipes de saúde mental inseridas nos novos serviços tendo em vista o alcance do que se propõe o processo de reabilitação psicossocial dos usuários da saúde mental.

Referências

- Ballarin, M. L. G. S., de Miranda, I. M. S., & de Carvalho, C. M. (2012). Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Revista de Ciências Médicas*, 20(3/4), 59-67.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. (67), nº 3, pp. 187-211.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Manual para profissionais de saúde mental*. (1ª ed.). Retrieved from conselho.saude.gov.br.
- Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Retrieved from http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à*

saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Retrieved from

bvsmms.saude.gov.br/.../diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_pro

Brasília: Ministério da Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.*

Retrieved from conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.

Bleiberg, E (2006) Treating Professionals in Crisis: A Mentalization-Based Specialized

Inpatient Program. In Allen, J.G., Fonagy, P. (Eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.

Cambraia, M. (1999). As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de saúde

mental. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. Retrieved from

<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/.../19095>

Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas – BSI. In Simões M,

Gonçalves M, Almeida, L. (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.

Cruz, L. S, Carmo, D.C., Sacramento, D.M.S., Almeida, M.S.P., Silveira, H.F., &

Ribeiro Jr., H.L. (2016). Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Candeias – Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 93-98. doi:10.4034/RBCS.2016.20.02.01

Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). *Brief symptom inventory: BSI*. Upper Saddle

River, NJ: Pearson. Retrieved from <https://www.statisticssolutions.com/brief-symptom-inventory-bsi>.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the*

American Psychoanalytic Association, 48(4), 1129-1146.

doi:10.1177/00030651000480040701

- Fonagy, P. (2015) Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas*, 9, 179-196 . Retrieved from www.redalyc.org/pdf/4595/459545410007.pdf
- Fonagy, P & Bateman, A. W. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychol Psychother-T*, 84, 98 – 110.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P. & Target, M (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/168571/1/download8.pdf>.
- Fonagy, P. & Target, M (2006). The Mentalization-Focused Approach To Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576.
- Freitas, A. A., & Souza, R. C. D. (2010). Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 530-543.
- Gomes, K. M., & Bellettine, F. (2013). Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans-SC. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 5(12), 161-175.
- Gonçalves, T. S., & Nunes, M. R. (2014). Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. *Revista Perquirere*, 11(2): 169-178. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413...
- Kasper, L. da S. & Shermann, L. B. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de

- Assistência Social de Canoas/RS. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...03942014000200013
- Lima, M. S. D. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 01-05. doi: 10.1590/S1516-44461999000500002
- Lucchese, R., Sousa, K. de, Bonfin, S.P., Vera, I., & Santana, F.R.. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
- Luz, H. H. V., & Caetano, C. R. (2015). Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC. Artigo apresentado no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. *Secretaria Municipal de Saúde do Rio do Sul/SC*. Retrieved from www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/.../Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf
- Mangualde, A. A. dos S., Botelho, C.C., Soares, M.R., Costa, J.F., Junqueira, A.C.M., & Vidal, C.E.L. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*, 10(19), 235-248.
- Montanari, A.J. (2005). Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases. *Mental*, 3(4), 83-114.
- Martins, M.A.C.; Hostalácio, A.M.; Silva, V.L.Q.; Rosa, W.& Almeida, D.A. de. (2012). Perfil dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial, em Passos – MG. Retrieved from www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/59.
- Marty, P. (2008) *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muhl, C. & Holanda, A. F. (2018). O mundo ao meu alcance: território e saúde mental no litoral do Paraná. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...25912018000100002...

- OPAS/OMS Brasil. (2017). *Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo*. Retrieved from https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content...pessoas.
- OPAS/OMS. (2001). *Relatório sobre a Saúde no mundo 2001*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS.
- Reis, L.N., Reisdorfer, E. & Gherardi-Donato, E. C. S. (2013). Perfil dos usuários com diagnóstico de transtornos de personalidade de um serviço de saúde mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 9(2), 70-75. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_04.pdf.
- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. D., Araújo, T. M., & Virtuoso-Junior, J. S. (2011). Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 80-85.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, M. del P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre: Penso.
- Seggiaro, F. B. (2017). Mulheres no Mercado de Trabalho: Análise das dificuldades de gênero enfrentadas pelas mulheres do século XXI. *Revista Metodista de Administração do Sul*, 2(2), 83-107. Retrieved from <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/administracao/article/.../411>
- Silva, A. C. et al (2019). Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...69762019000100004
- Silveira, M. S., Vargas, M. M., Reis, F. P., & Silva, P. D. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Coletiva (Rio J.)*, 19(1), 633-642. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300017

- Souza, A. R. de (2007). *Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários*. Apresentada a Universidade Federal do Ceará para obtenção do grau de Mestre. Retrieved from bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/..
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercusiones del trauma en la infancia en la psicopatología de la vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137-144. doi: 10.22235/cp.v12i1.1603

SEÇÃO 2 – ARTIGO II

Efeitos da capacidade de mentalização sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra de usuários de um Ambulatório de Saúde Mental

Resumo

Mentalização é a capacidade do indivíduo de perceber estados mentais (pensamentos, sentimentos, intenções, desejos e motivações) próprios ou de outros, que são subjacentes aos comportamentos. Função reflexiva refere-se a um conjunto de operações psicológicas necessárias para a mentalização. Na literatura, ambos os conceitos têm sido teórica e empiricamente relacionados com diferentes transtornos psicopatológicos. O presente estudo teve como objetivos investigar a associação entre mentalização e sintomas psiquiátricos, examinando se prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a severidade de diferentes grupamentos de sintomas em uma amostra de 80 usuários atendidos no Ambulatório da Saúde Mental em Imperatriz/MA. Os instrumentos utilizados foram o Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos (*Brief Symptom Inventory*, BSI) e a Escala de Função Reflexiva (*Reflective Functioning Questionnaire*, RFQ). Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal e explicativa. Os resultados confirmam as hipóteses iniciais e indicam que o tipo de prejuízo é diferente em diferentes grupamentos de sintomas, sugerindo ainda que a mentalização deve ser considerada por clínicos e pesquisadores em relação a quadros clínicos delimitados e não em relação a níveis globais de disfunção psicológica.

Palavras-chave: Mentalização; psicopatologia; sintomatologia; usuários; saúde mental.

Effects of capacity of mentalization on psychopathological symptoms in a sample of users of a Mental Health Ambulatory

Abstract

Mentalization is the individual's capacity to perceive one's own or other mental states (thoughts, feelings, intentions, desires and motivations) that underlie behaviors. Reflective function refers to the set of psychological operations required for mentalization. In the literature, both concepts have been used as synonyms and related theoretically and empirically with different psychopathological disorders. The aim of the present study was to investigate the association between mentalization and psychiatric symptoms, examining whether impairments in the ability to mentalize (certainty and uncertainty) explain the severity of different groupings of symptoms in a sample of 80 users attended at the Mental Health Outpatient Clinic in Imperatriz / MA. The instruments used were the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). It is a study with a quantitative, transversal and explanatory approach. The results confirm the initial hypotheses and indicate that the type of impairment is different in different groups of symptoms, suggesting that mentalization should be considered by clinicians and researchers in relation to clinical boundaries and not in relation to global levels of psychological dysfunction.

Keywords: Mentalization; psychopathology; symptomatology; users; mental health.

Introdução

O homem é conduzido por estados mentais e através dos quais tem consciência do seu comportamento, conseqüentemente tem a sensação de continuidade e controle primordiais para a experiência subjetiva de si mesmo como agente e, paralelamente, para experiência e interpretação de emoções, sendo que tais experiências são fundamentais para a sua regulação (Fonagy & Bateman, 2011). Por exemplo, no momento em que o indivíduo pensa sobre seus sentimentos, tem empatia e reflete sobre si mesmo. Desta maneira, está mentalizando. Nota-se, entretanto, que a mentalização é um processo que vai além da empatia, e está sobretudo, associada a pensar e sentir sobre si e sobre o outro, contribuindo para a regulação do afeto envolvido (Kieling & Hauck, 2019).

O conceito de mentalização é vinculado ao de função reflexiva, sendo ambos utilizados na literatura especializada de modo equivalente. Mais precisamente, no entanto, o funcionamento reflexivo refere-se às operações que incluem as capacidades de representação e habilidades que formam um mecanismo interpretativo especializado (Fonagy & Target, 1997). Por isso, nem toda atividade reflexiva deve ser considerada como mentalização, mas apenas uma que se refere aos processos mentais intencionais (Antonsen *et al.*, 2016).

A partir de 1990, a mentalização foi trabalhada, inicialmente, por Peter Fonagy e Anthony Bateman em psicoterapia de adultos com transtornos de personalidade *borderline* (Fonagy & Bateman, 2011). Tais pacientes, teriam déficits na mentalização em decorrência de situações infantis adversas e traumáticas (Serralta & Weydmann, 2016). Nos últimos anos deste século, esse paradigma conceitual teve eco de aceitação e valorização na prática da Psicologia Clínica, em geral, nos diversos contextos de atendimento em Saúde Mental. Trata-se de um conceito sustentado no tripé teórico e

dialético que inclui a Teoria Psicanalítica, a Teoria do Apego e aos avanços da Neurociência (Castelli, 2011; Serralta & Weydmann, 2016).

A capacidade de mentalização não faz parte do homem desde o início da vida, mas, ela vai aprimorando ao longo do seu desenvolvimento, maturação cerebral e experiência interpessoal (Fonagy E Bateman, 2011). Este processo envolve uma complexidade evolutiva e um contexto intersubjetivo de apego seguro. Para tanto, é necessário que nos primeiros meses de vida, a criança desenvolva um sentimento de si como agente físico, com base em sua própria experiência de ser a fonte de sua ação e possuindo a capacidade de introduzir mudanças no mundo físico, nos objetos com os quais tem contato. Concomitantemente, desenvolve um sentimento de si como agente social, na medida em que suas atitudes e comportamentos afetam seus cuidadores (Castelli, 2011; Serralta & Weydmann, 2016).

Assim, entende-se que para que no futuro a criança venha a desenvolver empatia e capacidade de compreender os outros, é necessário que ela tenha percebido e vivenciado a si mesma como o indivíduo com um mundo interior próprio (Fonagy & Target, 2006). No entanto, a capacidade de mentalização não é estável nos indivíduos, os episódios de estresse e ansiedade excessivas dificultam ou podem impedir a sua efetivação (Kieling, & Hauck, 2019).

A mentalização é essencial para as habilidades interpessoais que podem estar alteradas em diversas condições clínicas e relacionadas com a intensidade de sintomas psiquiátricos. Duas formas de prejuízos na mentalização foram descritas como implicadas na vulnerabilidade para diversas psicopatologias: a hipomentalização e a hipermentalização. A hipomentalização, relacionada ao modo pré mentalizado de equivalência psíquica (indiscriminação entre realidade interna e externa), refletindo a inabilidade de representar estados mentais complexos. Já o hipermentalização (ou pseudo

mentalização) implica em excessiva mentalização sem consideração com as evidências da realidade (Fonagy *et al.*, 2016; Serralta & Weidmann, 2016). Assim, em avaliações por meio de escalas de auto-relato, tais indivíduos apresentam vieses distintos: os que apresentam hipomentalização tendem a extremos de incerteza, enquanto que os que apresentam hipermentalização, a extremos de certeza (Serralta, 2014). A mentalização genuína, por outro lado, implica em certeza combinada com algum grau de incerteza, ou seja, a consideração de que estados mentais são representados com algum grau de opacidade (Fonagy *et al.*, 2016).

Alguns estudos têm constatado prejuízos na mentalização e cognição social associados a diferentes transtornos mentais graves em adultos, tais como transtorno do espectro autista (TEA) e esquizofrenia (Tonelli, 2011; Chung, Barch & Strube, 2014), transtornos da personalidade (Herpertz & Bertsch, 2014; Antonsen *et al.*, 2016) e depressão (Fischer-Kern *et al.*, 2013). Os dados de pesquisas apontando dificuldades na capacidade de mentalização em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) motivaram trabalhos sobre a existência de “cegueira mental” em outros transtornos psiquiátricos, tais como a esquizofrenia, o transtorno bipolar e o transtorno esquizotípico de personalidade (Tonelli, 2011). E ainda, estudos revelam que trauma psicológico na infância está associado com déficits na capacidade de mentalização e com o desenvolvimento de transtorno de personalidade borderline (Fonagy, 2000; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, Luyten, & Allison, 2016). Há também na literatura evidências de associações significativas entre a sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os escores da função reflexiva, sendo que pacientes com TDAH apresentam hipomentalização quando comparados a controles (Longaray & Bau, 2018).

Assim, considerando os estudos que apontam a vinculação entre prejuízos na mentalização em diferentes transtornos psiquiátricos, questionou-se: Existe relação entre

os prejuízos na capacidade de mentalização e os sintomas psiquiátricos destes usuários? Será que prejuízos na mentalização explicam a severidade de sintomas psicopatológicos de usuários de Ambulatório de Saúde Mental? O objetivo deste estudo, portanto é investigar a associação entre mentalização e sintomas psiquiátricos, examinando se prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a severidade de diferentes grupamentos de sintomas dos usuários. Com base na literatura, formularam-se as seguintes hipóteses: a) Existe correlação entre a intensidade dos grupamentos de sintomas psicopatológicos (sub-escalas do BSI) e do nível de severidade geral dos sintomas (IGS) com baixa função reflexiva (certeza e incerteza); b) Baixa função reflexiva (certeza e incerteza) são variáveis explicativas da variação dos de sintomas psicopatológicos (IGS e sub-escalas).

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de enfoque quantitativo, transversal, correlacional e explicativo. Estudos transversais descritivos visam descrever fenômenos ou características em um determinado público, em um único período de tempo (Sampieri et al., 2013).

Participantes

Os participantes da pesquisa foram 80 (oitenta) usuários com idade maior que 18 anos, de ambos os sexos, do Ambulatório de Saúde Mental em Imperatriz/MA atendidos nos meses de Março a Maio do ano de 2018. Não eram considerados elegíveis para compor a amostra usuários que exibissem marcadas dificuldades de compreensão às questões dos questionários, mesmo quando auxiliados na leitura pela pesquisadora. O número de usuários não foi pré-definido, uma vez que dependeu da demanda da procura

pelo atendimento no referido serviço ao longo do tempo estimado para a coleta de dados e do interesse em participar da pesquisa.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada através da aplicação dos seguinte instrumentos:

Prontuários clínicos

A coleta de dados foi realizada nos prontuários dos usuários, independentemente de ser o primeiro atendimento, mas atendidos no dia. Os dados coletados foram as seguintes características sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, local de residência, profissão/ocupação, renda, bem como diagnóstico conforme CID10.

- **Brief Symptom Inventory – BSI** (Derogatis, 1993), ou, em português, Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos. É uma versão sintetizada da SCL-90 que pode ser usada para avaliar o quadro clínico e a medida de progresso no tratamento. Trata-se instrumento de autorelato com 53 itens avaliados em uma escala tipo Likert de cinco pontos que mede nove dimensões sintomatológicas (somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo) e inclui 2 (duas) medidas gerais de perturbação emocional.

O índice geral de sintomas (IGS) é uma medida de sofrimento ou disfunção geral derivada dos sintomas e um dos indicadores mais amplamente utilizados nos estudos que avaliam psicopatologia em geral. Os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove subescalas, com valores de *Alpha* de *Cronbach* entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão) (Canavarro, 1995) A versão brasileira da escala, adaptada da versão Portuguesa, já foi utilizada numa amostra de pacientes de psicoterapia e obteve fidedignidade satisfatória em todas as subescalas e índices globais (Waikamp & Serralta,

2018). Na amostra do presente estudo (80 pacientes psiquiátricos), os coeficientes alpha foram 0,90 para o IGS, 0,76 para Ansiedade, 0,70 para somatização, 0,73 para psicoticismo, 0,76 para ideação paranoide, 0,70 para obsessão-compulsão, 0,77 para hostilidade, 0,78 para ansiedade fóbica, 0,71 para depressão, e 0,73 para sensibilidade interpessoal.

- **Questionário de Função Reflexiva (*Reflective Functioning Questionnaire*, RFQ; Fonagy et al., 2016)**

O RFQ foi desenvolvido como uma medida de triagem breve e fácil de administrar para o funcionamento reflexivo. O RFQ avalia a reflexão sobre estados mentais internos, tais como sentimentos, desejos e atitudes de si mesmo e dos outros. Trata-se de uma escala com 46 itens respondidos em escala do tipo Likert de seis pontos (1 = discordo totalmente e 6 = concordo totalmente).

O instrumento possui duas subescalas: a RFQ_C avalia certeza sobre estados mentais, e o escore permite a identificação de hipermentalização (pontuação mais alta) e mentalização genuína (pontuação mais baixa). A RFQ_I avalia incerteza sobre estados mentais, sendo o escore indicativo de hipomentalização (pontuação mais alta) e mentalização genuína (pontuação mais baixa). Os estudos preliminares de Fonagy et al. (2016) atestaram a fidedignidade (coeficientes alpha de 0,73 para a escala de certeza e de 0,77 para a de incerteza) e validade do instrumento.

Neste estudo foi usada a versão traduzida e adaptada para o Português do Brasil pela Doutoranda Aline Bittencourt e pela Dra. Fernanda Barcellos Serralta, da UNISINOS, com as seguintes etapas: 1) duas traduções independentes por psicólogos bilíngues; 2) painel de *experts* para produzir versão unificada; 3) retrotradução realizada por tradutor profissional; 4) comparação da retrotradução com a versão original; e 5) versão revisada. A produção de relatório explicando as decisões de tradução e o exame

das características psicométricas da escala estão atualmente sendo realizados. Os coeficientes de fidedignidade das escalas foram avaliados na amostra do presente estudo (80 pacientes psiquiátricos adultos), tendo sido constatado um α de 0,81 para a escala de incerteza e de 0,70 para a escala de certeza.

Procedimentos éticos

Este estudo seguiu os preceitos éticos, a Carta de Anuência foi assinada pela Coordenação do Ambulatório de Saúde Mental, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS atendendo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Assim como, os participantes foram esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

Procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos BSI (Anexo A) e o RFQ (Anexo B) foram aplicados individualmente aos usuários, de ambos os sexos, antes do atendimento psiquiátrico no ambulatório de Saúde Mental. Para tanto, a pesquisadora contou com a ajuda de dois acadêmicos do 3º período do Curso de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior localizada em Imperatriz. Os acadêmicos foram treinados para conduzir a aplicação das referidas escalas, antes do atendimento clínico. A coleta de dados foi realizada na forma autoadministrada com os usuários com escolaridade igual ou superior a cinco anos. Nos demais casos e nos casos em que foram observadas ou referidas dificuldades de leitura e/ou de interpretação das questões, a administração foi auxiliada pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa.

Análise de Dados

Para examinar se as variáveis apresentavam distribuição normal utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*. O teste apresentou assimetria para as variáveis certeza ($p = 0,017$) e incerteza ($p = 0,042$). IGS e sub-escalas do BSI apresentaram distribuição normal, e

exceto nas sub-escalas paranoia ($p = 0,035$) e hostilidade ($p=0,003$). A avaliação da associação entre intensidade de sintomas psicopatológicos (BSI) e mentalização (FRQ) foi realizada mediante Correlação de *Spearman*. Para as análises de regressão múltipla, foram observados os principais pressupostos para a realização desse tipo de análise: razão entre números de sujeitos e o número de variáveis independentes, inspeção e detecção dos outliers, verificação da existência de multicolinearidade e presença de homocedasticidade. Previamente a execução dos procedimentos de regressão múltipla, para examinar possíveis efeitos confundidores, das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) com as variáveis independentes (certeza e incerteza), foram utilizados o Teste U de *Mann Whitney* e correlação de *Spearman*. Todas as análises foram executadas no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 22.0.

Resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos neste projeto de investigação. Inicialmente, foi verificada a possível associação entre mentalização (baixa função reflexiva em termos de certeza e incerteza) e sintomatologia (índice geral e agrupamento específicos de sintomas). Estes dados estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1
Correlações entre Baixa Função Reflexiva e Sintomas

	Baixa Função Reflexiva – Certeza	Baixa Função Reflexiva – Incerteza
Ansiedade	0,155	-0,198
Somatização	0,100	-0,462**
Psicoticismo	-0,560**	0,490**
Paranóia	-0,576**	0,476**
Obsessão-Compulsão	-0,437**	0,330**
Hostilidade	-0,341**	0,579**
Ansiedade Fóbica	0,244*	- 0,393**
Depressão	-0,397**	0,157
Sensibilidade Interpessoal	-0,450**	0,491**
IGS – Índice Geral de sintomas	-0,384**	0,298**

*Nota.*** correlações significativas para $p < 0,01$, * correlações significativas para $p < 0,05$

Conforme dados da Tabela 1, a severidade geral dos sintomas (IGS) apresentou correlação negativa com certeza ($r_s = -0,384$; $p < 0,01$) e correlação positiva com incerteza ($r_s = 0,298$; $p < 0,01$), indicando que os pacientes com psicopatologia mais severa em termos de sintomas apresentam menos prejuízo da mentalização em termos de certeza (e, portanto, menos hipermentalização) e mais prejuízo em termos de incerteza de seus próprios estados mentais e dos outros (ou seja, mais hipomentalização).

Quando avaliados individualmente os grupamentos de sintomas, constatou-se que sintomas mais intensos de psicoticismo, paranoia, obsessão-compulsão, hostilidade, ansiedade fóbica, e sensibilidade interpessoais se relacionam menos disfunção da capacidade reflexiva em termos de certeza (com r_s variando entre $-0,576$, para paranóia, e $-0,244$, para ansiedade fóbica) e com mais disfunção em termos de incerteza (com r_s variando entre $0,579$, para hostilidade, e $0,330$, para obsessão-compulsão). Dito de outra forma, maiores escores desses sintomas apresentam relação com mais hipomentalização e menos hipermentalização. Já a maior intensidade dos sintomas de depressão se relacionou somente com menos prejuízos de certeza ($r_s = -0,397$) e a maior intensidade dos sintomas de somatização, com menos incerteza ($r_s = -0,462$). Os sintomas de ansiedade foram os únicos que não se associaram com a mentalização.

Para examinar se os prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a variabilidade dos sintomas (considerando o IGS e as sub-escalas do BSI), foi executada uma série de análises de regressão linear múltipla. Foi previamente avaliado possíveis efeitos confundidores das variáveis demográficas sexo e idade. Foi constatado homens e mulheres não diferem em termos de certeza ($U = 653,500$; $p = 0,846$) e incerteza ($U = 712,500$; $p = 0,670$). Já idade apresentou correlação negativa com a incerteza ($r_s = -0,297$; $p = 0,008$) mas não com certeza. Desse modo, os modelos foram ajustados para

idade. Para todas as variáveis, foram gerados modelos significativos, exceto Ansiedade.

Os modelos significativos encontrados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Regressão da função reflexiva (baixa função reflexiva incerteza e certeza) e sintomas psicopatológicos, ajustada para idade

VD	R ² ajust	Certeza		Incerteza		Idade	
		B (IC95%)	P	B (IC95%)	P	B (IC95%)	P
ANS	0,019	0,01 (-0,02 a 0,04)	0,550	-0,01 (-0,03 a 0,10)	0,307	-0,01 (-0,03 a 0,01)	0,095
SOM	0,231	-0,01 (-0,04 a 0,01)	0,213	-0,04 (-0,06 a -0,03)	<0,001	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,133
PSI	0,389	-0,05 (-0,07 a -0,02)	<0,001	0,03 (0,01 a 0,05)	0,002	-0,01 (-0,03 a -0,01)	0,029
PAR	0,345	-0,05 (-0,08 a -0,03)	<0,001	0,03 (0,01 a 0,04)	0,005	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,690
OC	0,178	-0,04 (-0,06 a -0,02)	0,002	0,01 (-0,01 a 0,03)	0,175	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,462
HOS	0,562	-0,01 (-0,02 a 0,02)	0,777	0,06 (0,05 a 0,08)	<0,001	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,263
AF	0,165	0,04 (0,01 a 0,07)	0,012	-0,02 (-0,05 a 0,00)	0,046	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,737
DEP	0,171	-0,05 (-0,07 a -0,02)	0,001	0,01 (-0,02 a 0,02)	0,769	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,126
INT	0,319	-0,04 (-0,07 a -0,01)	0,006	0,03 (0,01 a 0,05)	0,003	-0,01 (-0,03 a 0,00)	0,052
IGS	0,139	-0,02 (-0,04 a -0,01)	0,009	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,485	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,074

Nota. VD: Variável dependente; B: coeficiente b da Regressão linear múltipla; IC95%: intervalo de 95% de confiança; ANS: Ansiedade; PSI: psicoticismo; PAR: Ideação Paranoide; OC: Obsessão-Compulsão; HOS: Hostilidade; AF: Ansiedade Fóbica; DEP: Depressão; INT: Sensibilidade Interpessoal; IGS: Índice Geral de Severidade dos Sintomas.

Conforme Tabela 2, constatou-se que a função reflexiva explica os diferentes grupamentos de sintomas, com exceção de ansiedade: Somatização é explicada negativamente, em 23,7% pela incerteza; Psicoticismo é explicado positivamente por incerteza e negativamente por idade e certeza, sendo o poder explicativo 38,9%; Ideação Paranoide e Sensibilidade Interpessoal são variáveis explicadas positivamente por incerteza, e negativamente por certeza, respectivamente em 34,5% e 31,9%. Hostilidade é explicada em 56,2%. Ansiedade fóbica é explicada positivamente por certeza em 16,5%. Depressão e Obsessão-Compulsão são explicadas negativamente por certeza, respectivamente em 17,1% e 17,8%. O IGS também é explicado negativamente por certeza, em 13,9%.

Discussão

Conforme esperado, neste estudo foi verificado que a intensidade dos diversos grupamentos de sintomas psicopatológicos estão associados significativamente a prejuízos na mentalização em termos de incerteza ou certeza. Este resultado é coerente com outras investigações que indicam os sintomas psicopatológicos e capacidade de mentalização estão relacionados (Fischer-Kern *et al*, 2013; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy, 2000; Tonelli, 2011).

As análises de regressão múltipla realizadas, com a inclusão da co-variável idade, ajudam a esclarecer a natureza complexa destas relações. Dos 10 modelos gerados, somente o que tinha ansiedade como variável dependente não foi significativo. É digno de nota que os modelos com maior poder explicativo são referentes a sintomas característicos das psicoses (psicoticismo, ideação paranóide) e dos transtornos graves de personalidade (hostilidade, sensibilidade interpessoal, psicoticismo e ideação paranóide) e que neles o maior poder explicativo é derivado da combinação entre mais incerteza e menos certeza (psicoticismo, ideação paranóide, sensibilidade interpessoal) ou da incerteza somente (hostilidade). Por outro lado, a hipermentalização (baixa função reflexiva em termos de certeza) também mostrou poder preditivo, explicando a significativamente a variação da ansiedade fóbica, em conjunto com menos hipomentalização. Destes resultados, infere-se que prejuízos na função reflexiva podem levar ao desenvolvimento de sintomas diversos, dependendo, em alguma medida, da combinação do tipo de disfunção. Os dados também sugerem que a hipomentalização é preditiva de uma maior variedade de sintomas psicopatológicos que a hipermentalização no grupo de pacientes avaliados.

Estudos estabelecem relações entre vulnerabilidade à psicose e alterações da mentalização, assim como abordaram o estado dependente das alterações da

mentalização, sugerindo que indivíduos com escores altos para esquizotipia e familiares de esquizofrênicos apresentam problemas na mentalização (Tonelli, 2011; Fonagy, Luyten, & Allison, 2016). A hipermentalização tem sido relacionada a estados paranoides (Tonelli, Alvarez & Silva, 2009), porém no presente estudo sintomas paranoides são melhor explicados por hipomentalização derivada da combinação entre mais incerteza e menos certeza.

A associação entre hipermentalização e a ansiedade fóbica foi constatada por outros pesquisadores (Fonagy, 2015; Fonagy, Luyten & Allison, 2016). Tais pacientes, pela natureza do sintoma fóbico possuem tendência aumentada ao escrutínio da realidade externa, o que contribui para distorções sobre seus perigos (certeza aumentada).

A hipótese de que baixa mentalização seria preditiva do sofrimento geral derivado do conjunto dos sintomas, avaliado pelo IGS, não foi confirmada. A análise de regressão apresenta um aparente paradoxo: ainda que a baixa função reflexiva explique a maior parte dos sintomas examinados, não explica o índice Geral dos Sintomas. Ao contrário, o IGS é explicado pela negativamente pela certeza, isto é, por menos disfunção em termos de hipermentalização. Um olhar mais cuidadoso, contudo, indica possivelmente se tratar de um falso paradoxo. O IGS é uma medida global, derivada da média dos escores em todas as sub-escalas. Assim, embora o IGS esteja correlacionado com baixa mentalização (mais incerteza e menos certeza), poder-se ia dizer que a baixa função reflexiva é explicativa de sintomas diversos, de modo específico, e não global.

Considerações Finais

No presente estudo, a contribuição da capacidade de mentalização para a saúde mental do adulto foi examinada. Em um grupo de pacientes psiquiátricos, usuários de um Serviço de Saúde Mental, do Sistema Único de Saúde, foram constatados os efeitos

preditivos da baixa função reflexiva, ou mentalização sobre diferentes conjuntos de sintomas que caracterizam diversos transtornos psiquiátricos.

Em especial, destaca-se os efeitos da hipomentalização (disfunção em termos de incerteza sobre estados mentais próprios e alheios) sobre sintomas altamente disfuncionais que caracterizam quadros graves, como psicoses e transtornos da personalidade (por exemplo, psicoticismo e hostilidade). Sintomas mais frequentemente associados a quadros menos graves (por exemplo ansiedade, somatização) parecem estar menos afetados pelos déficits na mentalização explicou a variação dos escores de sintomas

Os resultados desse estudo reforçam a riqueza do constructo mentalização para a compreensão da psicopatologia, em especial de quadros clínicos mais graves. Intervenções psicológicas baseadas em estratégias para ampliar a capacidade reflexiva de pacientes usuários dos serviços de saúde mental podem contribuir para o tratamento.

É importante salientar que o estudo é preliminar e realizado com uma amostra pequena e de apenas um local do Brasil, portanto o estudo poderá ser ampliado com outras amostras em estudos futuros realizados com grupos clínicos e não clínicos.

Referências

Antonsen, B. T. *et al* (2016). O funcionamento reflexivo está associado a sintomas clínicos e a longo prazo curso em pacientes com transtornos de personalidade?

Comprehensive Psychiatry, vol (64), 46–58.

Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*.

Publisher: John Wiley & Sons.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. (67), nº 3, pp. 187-211.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Castelli, G. L. (2011). *Mentalización: aspectos teóricos y clínicos*. Trabajo presentado en la Congreso de Interpsiquis, febrero. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas – BSI. In Simões M, Gonçalves M, Almeida, L. (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Chung, Y. S., Barch, D., Strube, M. (2014). Uma meta-análise de mentalização deficiências na esquizofrenia e adultos com transtorno do espectro do autismo. *Schizophrenia bulletin*, vol 40 (3), 602-616.
- Kieling, C., & Hauck, S. (2019). Psicoterapia baseada na mentalização. In: A. V. Cordioli & E.H. Grevet (Eds.), *Psicoterapias: abordagens atuais*. (pp. 236-249). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Eizirik, M.; Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 72-75. doi: 10.1590/S1516-44462009000100016.

- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
doi:10.1177/00030651000480040701
- Fonagy, P. (2015) Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas*, 9, 179-196. Retrieved from
www.redalyc.org/pdf/4595/459545410007.pdf
- Fonagy, P & Bateman, A. W. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychol Psychother-T*, 84, 98 – 110.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.11.006
- Fonagy, P. & Target, M (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. Retrieved from
<http://discovery.ucl.ac.uk/168571/1/download8.pdf>.
- Fonagy, P. & Target, M (2006). The Mentalization-Focused Approach To Self. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P.; Luyten, Patrick. (1999). The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/rfq>.
- Fonagy, P.; Luyten, P. & Allison. E. (2016). Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: Una nueva conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad y su tratamiento psicossocia. *Clínica y Investigación Relacional*, 10 (3), 587-629. doi:10.21110/19882939.2016.100301
- Fonagy, P.; Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison,

- E, (2013). Apego e patologia da personalidade. In Carkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G.O. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade. Um manual clínico* (pp.21- 54). Porto Alegre: Artmed.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., & Lowyck, B. (2016). *Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One, 11(7).*
- Fischer-Kern *et al* (2013). Mentalização em pacientes internados do sexo feminino com transtorno depressivo maior. *The Journal of nervous and mental disease, 202-207.*
- Godinho, T. J. L. C. G (2015). *Contributos para a compreensão do processo de empatia e do seu desenvolvimento.* Tese de Doutorado, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). A base sócio-cognitivo dos transtornos de personalidade. *Current opinion in psychiatry, 27(1), 73-77.*
- Ibáñez, J. M. G.; Ristol J. E. García-A (2013). Teoria da compreensão da mente e do idioma na esquizofrenia. *Psicothema, 25(4), 440-445, doi: 10.7334.*
- Liotti, G.; Gilbert, Paul. (2011), Mentalizing, motivation, and socialmentality: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84, 9 - 25.*
- Longaray, J. B. & Bau, C (2018). Mentalização em Adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/191594>.
- Marty, P. (2008) *Mentalização e psicossomática.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ramires, V. R. R.; Godinho, Lucia Rech. (2011) Psicoterapia baseada na mentalização de crianças que sofreram maus-tratos. *Psicologia em Estudo, 16(1), 61-70, jan./mar.*

Sampieri, R. H; Collado, C. F.; Lucio, M. del P. B. *Metodologia de Pesquisa*, 5ª ed.

Porto Alegre: Penso, 2013, cap. 15.

Serralta, F. B.; Weydmann, G. (2016). *Terapia baseada na Mentalização para o*

Transtorno de Personalidade Borderline. UNISINOS: São Leopoldo/RS.

Serralta, F. B. (2014). *A personalidade borderline e seu impacto nos processos*

devinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica. Projeto de Pesquisa

apresentado ao CNPQ. UNISINOS: São Leopoldo/RS.

Tonelli, H. (2011). Autismo, Teoria da Mente e o Papel da Cegueira Mental na

Compreensão de Transtornos Psiquiátricos. Instituto de Psiquiatria do Paraná,

Curitiba, Brasil. Retrieved from www.scielo.br/prc.

Tonelli, H. A., Alvarez, C. E. Silva, A. A. da. (2009). Esquizotipia, habilidades “Teoria

da Mente” e vulnerabilidade à psicose: uma revisão sistemática. *Revista de psiquiatria*

Clínica, 36(6). doi: 10.1590/S0101-60832009000600003

Waikamp, V.& Serralta, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da

vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137-144. doi: 10.22235/cp.v12i1.1603.

Weydmann, G. J., Bizarro, L., & Serralta, F. B. (2019). Interferência de imagens de

apego em adultos com transtorno de personalidade *borderline*. *Avances en*

Psicología Latinoamericana, 37(2). 205-218.

doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6601>

Considerações finais da Dissertação

Com base nos estudos realizados, foi possível conhecer melhor a população usuária do Ambulatório de Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização. De modo geral, os estudos contribuíram para o conhecimento das características da clientela usuária do serviço e forneceram evidências sobre as associações entre sintomatologia, variáveis sociodemográficas e capacidade de mentalização.

Os resultados do estudo 1, Perfil sócio-demográfico e clínico dos usuários de um Ambulatório de Saúde Mental, permitiram encontrar correlações de sintomas com variáveis sociodemográficas que revelam peculiaridades dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental. Um outro ponto a evidenciar foi a compreensão da psicopatologia, em particular, nos quadros clínicos mais graves. Esses pontos são significativos uma vez que podem contribuir para implementação de estratégias terapêuticas mais adequadas ao perfil da amostra pesquisada.

Os resultados do estudo 2, Efeitos da capacidade de mentalização sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra de usuários de um Ambulatório de Saúde Mental, comprovaram que a capacidade de mentalização pode estar alterada em diversas condições clínicas e relacionada com a intensidade de sintomas psiquiátricos. Os efeitos dos prejuízos na mentalização dos usuários sobre uma ampla variedade de sintomas psicopatológicos ressalta a necessidade de mais estudos sobre o tema e sugere que intervenções promotoras de mentalização podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção em saúde mental do país.

A mentalização tem-se revelada complexa, não só na sua definição, como aos efeitos que produz no desenvolvimento da personalidade do ser humano, e na vulnerabilidade para diversas psicopatologias. Soma-se ainda a essas considerações, que a mentalização nesta pesquisa foi tratada na saúde mental, especificamente os sintomas,

e, a partir daí ver as relações que pode estabelecer com outros construtos, que lhe pertencem como a empatia e a relação interpessoal em pacientes psiquiátricos.

Este estudo teve duas dificuldades quanto à coleta de dados nos prontuários. A primeira dificuldade foi em relação aos dados sócio demográficos profissão/ocupação e renda familiar, informações que estavam faltando na maioria dos prontuários. Estes dados foram informados pelos usuários participantes da pesquisa. A segunda dificuldade, diz respeito ao acesso aos prontuários e decorre da falta de organização no arquivamento dos mesmos. Todavia, essas dificuldades foram superadas devido a ajuda na coleta de acadêmicos voluntários do curso Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Maranhão (IESMA/UNISULMA)

Quanto às limitações deste estudo, uma delas passa pela aplicação de escalas de auto-relato. Muitos dos participantes sentiram dificuldades na compreensão de alguns itens, necessitando explicações e esclarecimentos da pesquisadora, o que pode, de alguma maneira, ter influenciado os resultados alcançados. Tais dificuldades, contudo, são esperadas, haja vista se tratar de amostra clínica com supostamente algum prejuízo na capacidade simbólica e de mentalização.

Vale salientar que esta pesquisa contribui para a ampliação do conhecimento sobre a relação entre mentalização e psicopatologia. Este é um tema pouco explorado no Brasil, em especial, no Norte. Assim, considera-se relevante uma vez que não foram encontrados estudos sobre a temática da presente dissertação em Ambulatório de Saúde Mental, em vista disso acredita-se que trata-se de estudo inovador na Região Tocantina, sul do estado do Maranhão.

Portanto, o processo desta dissertação representa uma superação de desafios ao estudar esse novo paradigma conceitual, a Mentalização, uma possibilidade de intervenção na Saúde Mental. Registra-se que há muito por responder, muito para

melhorar, e muitos caminhos para continuar, ressaltando que toda a investigação se sustentou na ousadia e paixão da autora pela pesquisa.

Referências

- Antonsen, B. T. et al (2016). O funcionamento reflexivo está associado a sintomas clínicos e a longo prazo curso em pacientes com transtornos de personalidade? *Comprehensive Psychiatry*, 64, 46–58.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.
- Ballarin, M. L. G. S., de Miranda, I. M. S., & de Carvalho, C. M. (2012). Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Revista de Ciências Médicas*, 20(3/4), 59-67.
- Brasília: Ministério da Saúde. (2002). *Manual para profissionais de saúde mental*. (1ª ed.). Retrieved from conselho.saude.gov.br
- Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Retrieved from http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Retrieved from bvsms.saude.gov.br/.../diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_pro

- Brasília: Ministério da Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*.
Retrieved from conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bleiberg, E (2006) Treating Professionals in Crisis: A Mentalization-Based Specialized Inpatient Program. In Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Castelli, G. L. (2011). *Mentalización: aspectos teóricos y clínicos*. Trabajo presentado en la Congreso de Interpsiquis, febrero. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas – BSI. In Simões M, Gonçalves M, Almeida, L. (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Chung, Y. S., Barch, D., Strube, M. (2014). Uma meta-análise de mentalização deficiências na esquizofrenia e adultos com transtorno do espectro do autismo. *Schizophrenia bulletin*, vol 40 (3), 602-616.
- Cruz, L. S, Carmo, D.C., Sacramento, D.M.S., Almeida, M.S.P., Silveira, H.F., & Ribeiro Jr., H.L. (2016). Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Candeias – Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 93-98. doi:10.4034/RBCS.2016.20.02.01
- Kieling, C., & Hauck, S. (2019). Psicoterapia baseada na mentalização. In: A. V. Cordioli & E.H. Grevet (Eds.), *Psicoterapias: abordagens atuais*. (pp. 236-249). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). *Brief symptom inventory: BSI*. Upper Saddle River, NJ: Pearson. Retrieved from <https://www.statisticssolutions.com/brief-symptom-inventory-bsi>.
- Eizirik, M.; Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 72-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000100016>.
- Fearon, P, Target, M, Sargent, J, Williams, LL, McGregor, J., Bleiberg, E., Fonagy, P. (2006) Short-Term Mentalization and Relational Therapy: An Integrative Family Therapy for Children and Adolescents. En Allen, J.G., Fonagy, P. (Eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
doi:10.1177/00030651000480040701
- Fonagy, Peter. (2015) *Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico Ciencias Psicológicas*, núm. 9, pp. 179-196 Universidad Católica del Uruguay Dámaso

- Antonio Larrañaga Montevideo, Uruguay. Retrieved from www.redalyc.org/pdf/4595/459545410007.pdf
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P. & Target, M (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/168571/1/download8.pdf>.
- Fonagy, P. & Target, M (2006). The Mentalization-Focused Approach To Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576.
- Fonagy, P; Bateman, A; Bateman, A; (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychol Psychother-T*, vol 84, 98 – 110.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press. 23
- Fonagy, P.; Luyten, Patrick. (1999). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/rfq>.
- Fonagy, P.; Luyten, P. & Allison. E. (2016). *Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: Una nueva conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad y su tratamiento psicosocial* Vol. 10 (3) <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100301>
- Fonagy, P.; Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E, (2013). Apego e patologia da personalidade. In Carkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G.O. *Psicoterapia psicodinámica para transtornos da personalidade. Um manual clínico* (pp.21- 54). Porto Alegre: Artmed.

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., & Lowyck, B. (2016). *Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One, 11(7).*
- Fischer-Kern et al (2013). Mentalização em pacientes internados do sexo feminino com transtorno depressivo maior. *The Journal of nervous and mental disease, 202-207.*
- Godinho, T. J. L. C. G (2015). *Contributos para a compreensão do processo de empatia e do seu desenvolvimento.* Tese de Doutorado, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Gomes, K. M., & Bellettine, F. (2013). Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans-SC. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 5(12), 161-175.*
- Gonçalves, T. S., & Nunes, M. R. (2014). Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. *Revista Perquirere, 11(2): 169-178, dez*
Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413...
- Haslam-Hopwood, GTG, Allen, JG, Stein, A, Bleiberg, E, (2006) Enhancing Mentalizing through Psycho-Education, en Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). A base sócio-cognitivo dos transtornos de personalidade. *Current opinion in psychiatry, 27(1), 73-77.*
- Ibáñez, J. M. G.; Ristol J. E. García-A (2013). Teoria da compreensão da mente e do idioma na esquizofrenia. *Psicothema, vol.25, nº 4, 440-445, doi: 10.7334.*
- Kasper, L. da S. & Shermann, L. B. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...03942014000200013

- Lima, M. S. D. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 01-05. doi: 10.1590/S1516-44461999000500002
- Liotti, G.; Gilbert, Paul. (2011), Mentalizing, motivation, and socialmentality: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, p. 84, 9 - 25.
- Longaray, J. B. & Bau, C (2018). *Mentalização em Adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/191594>
- Lucchese, R., Sousa, K. de, Bonfin, S.P., Vera, I., & Santana, F.R.. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
- Luz, H. H. V., & Caetano, C. R. (2015). Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC. Artigo apresentado no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. *Secretaria Municipal de Saúde do Rio do Sul/SC*. Retrieved from www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/.../Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf
- Mangualde, A. A. dos S., Botelho, C.C., Soares, M.R., Costa, J.F., Junqueira, A.C.M., & Vidal, C.E.L. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*, 10(19), 235-248.
- Montanari, A.J. (2005). Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases. *Mental*, 3(4), 83-114.
- Martins, M.A.C.; Hostalácio, A.M.; Silva, V.L.Q.; Rosa, W.& Almeida, D.A. de. (2012). Perfil dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial, em Passos – MG. Retrieved from www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/59.

- Marty, P. (2008) *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muhl, C. & Holanda, A. F. (2018). O mundo ao meu alcance: território e saúde mental no litoral do Paraná. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...25912018000100002...
- OPAS/OMS Brasil. (2017). *Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo*. Retrieved from https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content...pessoas.
- OPAS/OMS. (2001). *Relatório sobre a Saúde no mundo 2001*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS.
- Ramires, V. R. R.; Godinho, Lucia Rech. (2011) *Psicoterapia baseada na mentalização de crianças que sofreram maus-tratos*. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 16, n. 1, p.61-70, jan./mar.
- Reis, L.N., Reisdorfer, E. & Gherardi-Donato, E. C. S. (2013). Perfil dos usuários com diagnóstico de transtornos de personalidade de um serviço de saúde mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 9(2), 70-75. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_04.pdf
- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. D., Araújo, T. M., & Virtuoso-Junior, J. S. (2011). Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 80-85.
- Sadler, L.S., Slade, A., Mayers, L.C. (2006) *Minding the Baby: A Mentalization-Based Parenting Program*, en Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Sampieri, R. H; Collado, C. F.; Lucio, M. del P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*, 5ª ed. Porto Alegre: Penso, cap. 15.
- Serralta, F. B.; Weydmann. (2016). *Terapia baseada na Mentalização para o Transtorno de Personalidade Borderline*. UNISINOS: São Leopoldo/RS.

- Serralta, F. B. (2014). *A personalidade borderline e seu impacto nos processos desvinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica*. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPQ. UNISINOS: São Leopoldo/RS.
- Seggiaro, F. B. (2017). Mulheres no Mercado de Trabalho: Análise das dificuldades de gênero enfrentadas pelas mulheres do século XXI. *Revista Metodista de Administração do Sul*, 2(2), 83-107. Retrieved from <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/administracao/article/.../411>
- Silva, A. C. et al (2019). Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. Retrieved from pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid...69762019000100004
- Silveira, M. S., Vargas, M. M., Reis, F. P., & Silva, P. D. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Coletiva (Rio J.)*, 19(1), 633-642. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300017
- Souza, A. R. de (2007). *Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários*. Apresentada a Universidade Federal do Ceará para obtenção do grau de Mestre. Retrieved from bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/..
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126.
- Tonelli, H. (2011). *Autismo, Teoria da Mente e o Papel da Cegueira Mental na Compreensão de Transtornos Psiquiátricos*. Instituto de Psiquiatria do Paraná, Curitiba, Brasil. Retrieved from www.scielo.br/prc.

Tonelli, H. A., Alvarez, C. E. Silva, A. A. da. (2009). Esquizotipia, habilidades “Teoria da Mente” e vulnerabilidade à psicose: uma revisão sistemática. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, vol 36, no.6 São Paulo. doi.org/10.1590/S0101-60832009000600003

Waikamp, V.& Serralta, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cienc. Psicol.*[online]. 2018, vol.12, n.1, pp.137-144. ISSN 1688-4094. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>.

Weydmann, G. J., Bizarro, L., & Serralta, F. B. (2019). Interferência de imagens de apego em adultos com transtorno de personalidade *borderline*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2). 205-218.

doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6601>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de pesquisa intitulado: “Características sociodemográficas e clínica dos usuários de ambulatório da saúde mental e mentalização” tem como objetivo é identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários do Ambulatório da Saúde Mental em Imperatriz/MA e sua relação com a capacidade de mentalização. Intervenções psicológicas baseadas na mentalização têm sido adotadas com eficácia para tratar diferentes problemas clínicos, tais como transtornos da personalidade, depressão, trauma, adições, assim como para programas de prevenção à violência.

A pesquisadora responsável deste estudo é a Psicóloga Especialista Rosilene Pereira da Silva orientada pela Psicóloga, Doutora Fernanda Barcellos Serralta, professora do curso de pós-graduação em psicologia clínica da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS).

Os dados serão confidenciais e serão divulgados apenas em publicações científicas, preservando-se totalmente a identidade dos participantes. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável em lugar seguro e por cinco anos, quando serão descartados.

Sua participação nesse estudo implicará em responder dois questionários. A qualquer momento você pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem prejuízo para você. Os riscos são mínimos e envolve possíveis desconfortos, tensão ou ansiedade, advindos da resposta aos instrumentos, já que envolvem questionamentos sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos, relacionados aos problemas que os levaram ao atendimento. A pesquisadora é psicóloga e trabalha no local da pesquisa. Caso seja necessário, será realizada uma acolhida e escuta inicial das ansiedades mobilizadas e encaminhamento ao profissional de referência do próprio Serviço de Saúde Mental.

Você poderá obter informações sobre o andamento deste estudo e/ou seus resultados a qualquer tempo, poderá ainda tirar dúvidas entrando em contato para a pesquisadora responsável, pelo telefone (99) 9.9224-4349.

Este documento consta duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Imperatriz, _____, _____, 2018.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Rosilene Pereira da Silva.

Assinatura: _____

ANEXO A – ESCALA BSI



JESUÍTAS BRASIL

UNISINOS

Somos infinitas possibilidades

BSI (BriefSymptomInventory; L.R. Derogatis, 1993)**Versão em Português de M.C. Canavarro, 1995, adaptada por F.B. Serralta, 2015.**

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodada pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores no coração ou no peito					
8. Medo na rua ou em praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					

12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não podem ser controlados					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de você					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de você					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de automóvel, de ônibus ou de metrô					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou calorões					
31. Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que lhe causam medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (formigamento ou dormência) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Sensação de fraqueza em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					

41. Ter vontade de destruir ou bater nas coisas					
42. Sentir-se muito inibido com as outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões, como em shoppings ou cinemas					
44. Nunca sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em uma discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão inquieto que não consegue manter-se sentado					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de você					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que há algo errado na sua mente					

ANEXO B – ESCALA RFQ



JESUÍTAS BRASIL



Somos infinitas possibilidades

Reflective Functioning Questionnaire 54 – Portuguese version

Por favor, leia as 54 afirmações a seguir. Para cada afirmação, escolha um número entre 1 e 7 para dizer o quanto você discorda ou concorda com a afirmação, e escreva o número ao lado da afirmação. Não pense muito sobre ela — suas primeiras respostas são geralmente as melhores. Obrigado.

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim.	1	2	3	4	5	6	7
2. É fácil pra mim descobrir o que outra pessoa está pensando ou sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
3. A imagem que tenho dos meus pais muda conforme eu mudo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu me preocupo muito sobre o que as pessoas estão pensando e sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu presto atenção no impacto das minhas ações nos sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu levo muito tempo para entender os pensamentos e sentimentos de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sei exatamente o que meus amigos mais próximos estão pensando.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sempre sei o que sinto.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
9. Como eu me sinto pode facilmente afetar como eu entendo o comportamento de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Posso dizer como alguém está se sentindo olhando nos seus olhos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me dou conta que as vezes posso entender mal as reações dos meus melhores amigos.	1	2	3	4	5	6	7
12. Muitas vezes fico confuso(a) sobre o que estou sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me pergunto o que os meus sonhos significam.	1	2	3	4	5	6	7
14. Nunca é difícil para mim entender o que se passa na mente de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que o comportamento dos meus pais em relação à mim não deveria ser explicado pela forma como foram criados.	1	2	3	4	5	6	7
16. Nem sempre sei porque eu faço o que eu faço.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tenho notado que muitas vezes as pessoas dão conselhos aos outros que na realidade elas mesmas gostariam de seguir.	1	2	3	4	5	6	7
18. É realmente difícil para mim entender o que se passa na cabeça das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
19. Outras pessoas me dizem que sou um(a) bom(boa) ouvinte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando eu fico com raiva eu falo coisas sem realmente saber por que as estou dizendo.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
21. Eu costumo ser curioso(a) sobre o significado por trás das ações dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu realmente me esforço muito para entender os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
23. Frequentemente eu tenho que forçar as pessoas a fazer o que eu quero que elas façam.	1	2	3	4	5	6	7
24. As pessoas próximas a mim muitas vezes parecem achar difícil entender por que eu faço as coisas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Eu sinto que, se eu não tiver cuidado, poderia me intrometer na vida dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
26. Os pensamentos e sentimentos das outras pessoas são confusos para mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. Na maioria das vezes eu posso prever o que outra pessoa vai fazer.	1	2	3	4	5	6	7
28. Fortes sentimentos costumam obscurecer meus pensamentos	1	2	3	4	5	6	7
29. Para saber exatamente como uma alguém está se sentindo, eu descobri que preciso lhe perguntar.	1	2	3	4	5	6	7
30. Minha intuição sobre uma pessoa quase nunca está errada.	1	2	3	4	5	6	7
31. Eu acredito que as pessoas podem ver uma situação de formas muito diferentes com base em suas próprias crenças e experiências.	1	2	3	4	5	6	7
32. Às vezes me pego dizendo coisas e não tenho nem ideia porque as disse.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
33. Eu gosto de pensar sobre os motivos por trás das minhas ações.	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu normalmente tenho uma boa ideia do que se passa na mente das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu confio nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
36. Quando eu fico com raiva digo coisas que me arrependo depois.	1	2	3	4	5	6	7
37. Eu fico confuso(a) quando as pessoas falam sobre seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
38. Eu sou um bom leitor de mente.	1	2	3	4	5	6	7
39. Com frequência eu sinto que a minha mente está vazia.	1	2	3	4	5	6	7
40. Se eu me sinto inseguro, posso me comportar de maneiras que incomodam os outros.	1	2	3	4	5	6	7
41. Eu acho difícil entender os pontos de vista das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
42. Eu geralmente sei exatamente o que as pessoas estão pensando.	1	2	3	4	5	6	7
43. Eu assumo que os meus sentimentos podem mudar mesmo sobre algo que tenho muita certeza.	1	2	3	4	5	6	7
44. Às vezes eu faço coisas sem saber realmente o porquê.	1	2	3	4	5	6	7
45. Eu presto atenção nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
46. Em uma discussão, eu considero o ponto de vista da outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
47. A minha intuição sobre o que outra pessoa está pensando é normalmente muito precisa.	1	2	3	4	5	6	7
48. Compreender as razões para as ações das outras pessoas me ajuda a perdoá-las.	1	2	3	4	5	6	7
49. Eu acredito que não há uma maneira CERTA de ver uma situação.	1	2	3	4	5	6	7
50. Eu sou melhor guiado(a) pela razão do que pela minha intuição.	1	2	3	4	5	6	7
51. Eu não me lembro muito de quando eu era criança.	1	2	3	4	5	6	7
52. Eu acredito que não tem sentido tentar adivinhar o que se passa na mente de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
53. Para mim, ações dizem mais do que palavras.	1	2	3	4	5	6	7
54. Eu acredito que as outras pessoas são muito confusas para eu me dar ao trabalho de tentar entendê-las.	1	2	3	4	5	6	7