



ARTIGO ORIGINAL

## Terapia Baseada na Mentalização de um adolescente em conflito com a lei

Therapy Based on Mentalization of a teenager in conflict with the law

Terapia basada en la Mentalización de un adolescente en conflicto con la ley

*Luciane Maria Both<sup>a</sup>*

*Taís Cristina Favaretto<sup>b</sup>*

*Sílvia Pereira da Cruz Benetti<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PPG Psiquiatria e Ciências do Comportamento – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

<sup>b</sup> Universidade do Vale do Rio dos Sinos, PPG Psicologia Clínica – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil.

<sup>c</sup> Universidade do Vale do Rio dos Sinos, PPG Psicologia Clínica – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180032

**Instituição:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos

### Resumo

A Terapia Baseada na Mentalização (TBM) proporciona reativação da mentalização – compreensão dos estados mentais reais e intencionais, desenvolvimento de representações internas estáveis e estruturação do self. Trata-se de um estudo de caso para verificar a efetividade da TBM de um adolescente em conflito com a lei, a partir da análise de resultado baseada no Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2). Foram analisados o atendimento inicial e o final após 18 meses de tratamento – análise de resultado, por dois juízes independentes. O coeficiente Kappa foi substancial. No Eixo I houve diminuição da gravidade dos sintomas com maior vivência do paciente, equivalendo-se o nível de sofrimento com a gravidade. No Eixo II, busca não depender dos outros,

ser autoconfiante, expõem-se ao risco, mas há maior crítica sobre suas ações. No Eixo III, os conflitos atuavam com menor intensidade, prevalecendo a necessidade de ser cuidado versus autossuficiência. No Eixo IV, com nível mediano de estrutura, apresentou melhoras na mentalização, na capacidade de vinculação. No Eixo V, o diagnóstico de Transtorno de Conduta não correspondia mais ao final do tratamento. A partir dos critérios avaliativos do OPD-2, foi possível verificar uma melhora sintomática de maneira geral no paciente, e constatar o desenvolvimento da mentalização pela TBM.

**Palavras-chave:** Adolescente em conflito com a lei; Mentalização; Psicodinâmica.

## Abstract

Mentalization Based Therapy (MBT) provides reactivation of mentalization – understanding of real and intentional mental states, development of stable internal representations, and structuring of the self. This is a case study to verify the effectiveness of the MBT of an adolescent in conflict with the law, based on the analysis of results based on Operational Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). Initial and final care were analyzed after 18 months of treatment – analysis of results, by two independent judges. The Kappa coefficient was substantial. In Axis I there was a decrease in the severity of the symptoms with greater patient experience, being equivalent the level of suffering with the severity. In Axis II, he tries not to depend on others, to be self-confident, to expose himself to risk, but there is more criticism about his actions. In Axis III, the conflicts acted with less intensity, prevailing the need to be care versus self-sufficiency. In Axis IV, with a median level of structure, there was improvement in mentalization, in the capacity of attachment. In Axis V, the diagnosis of Conduct Disorder no longer corresponded to the end of treatment. Based on the evaluation criteria of OPD-2, it was possible to verify a symptomatic improvement in a general way in the patient, and to verify the development of mentalization by MBT.

**Keywords:** Adolescents in conflict with the law; Mentalization; Psychodynamics.

## Resumen

La Terapia basada en la Mentalización (TBM) proporciona reactivación de la mentalización – comprensión de los estados mentales reales e intencionales, desarrollo de representaciones internas estables y estructuración del self. Se trata de un estudio de caso para verificar la efectividad de la TBM de un adolescente en conflicto con la ley, a partir del análisis de resultados basado en el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Se analizaron el atendimento inicial y el final después de 18 meses de tratamiento – análisis de resultados, por dos jueces independientes. El coeficiente Kappa fue sustancial. En el Eje I hubo disminución de la gravedad de los síntomas con mayor vivencia del paciente, equivaliendo el nivel de sufrimiento con la gravedad. En el Eje II, busca no depender de los demás, ser autoconfiante, se exponen al riesgo, pero hay mayor crítica sobre sus acciones. En el Eje III, los conflictos actuaban con menor intensidad, prevaleciendo la necesidad de ser cuidado

frente a la autosuficiencia. En el Eje IV, con nivel mediano de estructura, presentó mejoras en la mentalización, en la capacidad de vinculación. En el Eje V, el diagnóstico de Trastorno de Conducta no correspondía más al final del tratamiento. A partir de los criterios evaluadores del OPD-2, fue posible verificar una mejora sintomática de manera general en el paciente, y constatar el desarrollo de la mentalización por la TBM.

**Palabras clave:** Adolescente en conflicto con la ley; Mentalización; Psicodinámica.

## Introdução

Nas últimas décadas o conceito de mentalização tem se destacado como um constructo de grande importância para múltiplas investigações acerca do desenvolvimento psicológico, avaliação diagnóstica na área da pesquisa e da intervenção clínica<sup>1</sup>. A mentalização(ou capacidade reflexiva) diz respeito à capacidade do indivíduo em compreender os estados mentais, desejos, motivações, emoções, necessidades de si e dos demais e discriminar os aspectos internos (implícitos) e externos (explícitos) da realidade. Outorga solidez ao sentido de si como ser contínuo e único, bem como auxilia o sujeito a compreender a conduta e as pessoas como seres intencionais e previsíveis<sup>2</sup>.

Além disso, o conceito fundamenta a ação terapêutica de intervenções clínicas que incluem a psicoterapia da mentalização em diferentes contextos: atendimento individual, atendimento às famílias, à díade cuidador-bebê e às comunidades para minimizar a violência.<sup>3</sup> Dessa forma, a mentalização é investigada tanto pela associação à efetividade das psicoterapias quanto pela compreensão e identificação dos processos promotores da capacidade de mentalizar ao longo do desenvolvimento, principalmente na infância e adolescência.

Dessa forma, criou-se a Terapia Baseada na Mentalização (TBM) que integra a psicodinâmica, a teoria do apego e recentemente, as pesquisas neurológicas. Pressupõem-se que um ambiente acolhedor como a psicoterapia, que proporciona reativação da mentalização baseado no estabelecimento de uma relação de apego seguro.<sup>2</sup> De tal forma, o psicoterapeuta particularmente, atua como promotor da compreensão dos estados mentais reais e intencionais facilitando o desenvolvimento de representações internas estáveis e estruturando o *self*.<sup>4</sup> Para o TMB é necessário treinamento específico visando a aplicabilidade correta das técnicas e estrutura. Tais exigências dificultam o trabalho de profissionais, já que esses treinamentos são inexistentes no Brasil ou na América Latina.

A TBM é uma terapia que foi criada inicialmente para os pacientes Borderline, entretanto transcendeu sua aplicabilidade para demais contextos psicopatológicos. Conforme o manual desenvolvido por Bateman e Fonagy, o desenvolvimento de um processo terapêutico é focado na percepção do paciente de sua própria mente e as mentes dos outros, para que o paciente descubra como pensa e sente sobre si mesmo e sobre os outros, como isso dita a resposta dos demais, e como erros na compreensão de si mesmo e de outros levam para ações que são tentativas de reter a estabilidade e dar sentido a sentimentos incompreensíveis. O tratamento tem três fases principais. A fase inicial começa com uma avaliação da capacidade de mentalização e do contexto

de relacionamento do paciente. A avaliação fornece um mapa de importante relacionamento interpessoal e suas conexões com os principais comportamentos problemáticos. Em seguida o contrato é estabelecido. Destaca-se, neste tipo de intervenção, que o psicoterapeuta adapta as intervenções conforme o nível de mentalização do sujeito. No princípio da terapia foca-se os afetos do aqui e agora, os conteúdos conscientes ou pré-conscientes e há intervenções simples e curtas. O alvo são a mente e os afetos do paciente ao invés do comportamento. A fase intermediária é caracterizada pela promoção da aliança terapêutica, mantendo uma postura mentalizadora. Há o foco constante no estado atual da mente de sua mente e da mente do paciente, possui uma postura inquisitiva ou não sabedora, enfatizando os estados mentais. Os terapeutas são obrigados a observar sua própria não-mentalização e erros. No decorrer do tratamento pode-se tratar de conteúdos inconscientes e realizar interpretações mais elaboradas. A fase final do tratamento começa no ponto de 12 meses e possui a ênfase nos aspectos interpessoais e sociais do funcionamento do paciente, juntamente com a consolidação de trabalhos anteriores. Nesse momento também trabalha-se a resposta à perda, associadas à separação do vínculo consolidado<sup>5</sup>.

Especificamente, esse modelo também pode ser utilizado em adolescentes – *Mentalization Based Treatment for adolescents (TBM-A)*. É um tratamento com tempo limitado e intervenções estruturadas, necessitando treinamento específico e supervisões clínicas aos profissionais que a executam. O psicoterapeuta é considerado mais ativo na sessão e assume uma postura de não saber, questionando e refletindo com o paciente. A TBM-A tem a finalidade tanto de promover e restabelecer a mentalização, como de mantê-la equilibrada mesmo em situações de emoções intensas e contextos específicos de estresse no apego<sup>6</sup>. Um programa holandês de implementação do TBM-A apontou dificuldades na adesão e coerência dos profissionais ao modelo. Houveram dificuldades na seleção dos profissionais, devido a falta de experiência ao modelo e na necessidade de treinamento e supervisão. Por outro lado, os pacientes foram beneficiados com o novo processo psicoterápico<sup>7</sup>.

Referindo-se a adolescência, a mentalização é considerada um fator de proteção contra o desenvolvimento de psicopatologia, pois auxilia na elaboração das perdas e transformações características dessa faixa etária, mantendo o indivíduo seguro e estável<sup>2,8</sup>. Nesse sentido, Fonagy e colaboradores (2002)<sup>2</sup> apontam que várias manifestações de psicopatologia nesta fase emergem de dificuldades na mentalização. Tais dificuldades podem se referir a baixa capacidade de mentalizar ou hipermentalização. Para alguns autores, a baixa capacidade de mentalizar relaciona-se a déficits em compreender os estados mentais próprios e dos demais e dificuldades de reflexão em virtude de situações traumáticas infantis e atuais. Já a hipermentalização surge como uma alternativa estratégica contra uma baixa e vulnerável mentalização, cujo sujeito passa a interpretar de maneira excessiva os estados mentais dos demais, distorcendo a realidade; é uma mentalização vulnerável<sup>8,9</sup>. Evidenciam-se disfunções referentes à hipermentalização em adolescentes com traços de personalidade *borderline*<sup>9</sup> e adolescentes ansiosos<sup>10</sup>. Ademais, a baixa mentalização em adolescentes violentos e com sintomas de psicopatia<sup>8</sup>.

Observa-se no Brasil, em adolescentes, um aumento gradual de passagem ao ato através de práticas de violência e atos infracionais<sup>11</sup>. De tal maneira, considera-se a problemática do adolescente em conflito com

a lei de extrema importância, tanto pela uma pela gravidade e consequência dos envolvimento, como pela precocidade da manifestação das condutas agressivas e, até mesmo, antissociais. Observam-se baixos níveis de mentalização e hipermentalização em tais adolescentes com a presença de distorções na percepção de si e do outro, com desregulação emocional e dificuldade de vinculação<sup>9</sup>.

Frente a intervenções psicoterápicas voltadas aos adolescentes em conflito com a lei aponta-se a necessidade de formas de avaliações aprofundando a compreensão dos aspectos intrapsíquicos, identificando para além de sintomas, conflitos, estrutura, forma com que se estabelece suas relações, levantando assim, possíveis fatores de risco relacionados a psicopatologias estruturadas ou em estruturação. O Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*, OPD), hoje na segunda versão, visa ampliar a compreensão das perturbações psíquicas, sendo um instrumento diferencial no diagnóstico psicodinâmico avaliativo e de planejamento e acompanhamento terapêuticos. Acredita-se que a mentalização pressupõe variados aspectos do sujeito: nível de estrutura de personalidade, relacionamento interpessoal, vivência da doença; tais itens são correspondentes aos eixos do OPD. Dessa forma, com base no interesse de aprofundar a contribuição da TBM-Ana fase da adolescência, este estudo tem como objetivo verificar a efetividade da Terapia Baseada na Mentalização de um adolescente em conflito com a lei, a partir da análise de resultado baseada nos critérios do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).

## Método

Trata-se um estudo de caso de um atendimento psicoterápico – Terapia Baseada na Mentalização.

## Participante

O participante, 18 anos de idade, branco, cabelos curtos e olhos claros, possuía porte físico médio. Cumpriu inicialmente Medida Socioeducativa em meio fechado, em uma Unidade de Atendimento no Rio Grande do Sul/ Brasil, devido ao ato infracional de tentativa de latrocínio. No decorrer do tempo de internação, após 18 meses, teve sua medida socioeducativa progredida para semiliberdade, passando a realizar saídas aos finais de semana. Anteriormente a esse tratamento não havia passado por psicoterapia durante sua vida. Começou o atendimento após cinco meses de internação.

## Terapeuta

A terapeuta refere-se a uma psicóloga com 34 anos de idade e 10 anos de experiência clínica. Possui formação em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Atua em uma Unidade de Atendimento Socioeducativo. Recebeu treinamento TBM-A com professor capacitado e teve supervisões quinzenais.

## Instrumentos

Foi aplicada uma ficha de dados sociodemográficas para caracterização do participante. O tratamento, de abordagem integrativa, direcionou-se para a psicoterapia psicanalítica baseada na Terapia da Mentalização de Fonagy. O estudo foi desenvolvido a partir do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).<sup>12</sup>

O Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD) é um instrumento criado na Alemanha, com o intuito de ampliar a classificação de perturbações psíquicas do CID-10 na descrição de sintomas introduzindo dimensões psicodinâmicas. Utilizou-se, neste estudo, a versão brasileira do instrumento.<sup>13</sup> A Tabela 1 apresenta uma descrição detalhada dos Eixos, dimensões avaliadas e indicadores.

**Tabela 1.** Descrição dos eixos do OPD-2.

| Eixo   | Dimensão   | Indicador  |
|--|--|--|
| Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento | Avaliação objetiva da doença/problema  | 1. Gravidade atual da doença/problema                        |
|  |  | 2. Duração da doença/problema                                |
|  | Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente | 3. Vivência e forma de apresentação da doença                |
|  |  | 4. Conceptualização o da doença por parte do paciente        |
|  |  | 5. Conceptualização da mudança por parte do paciente         |
|  | Recursos e resistência à mudança   | 6. Recursos para a mudança (últimos 6 meses)                 |
|  |  | 7. Resistências à mudança                                    |
| Eixo II – Relações Interpessoais                               | Perspectiva A: Vivência por parte do paciente                                      | O paciente percebe-se a si próprio como...                   |
|  |  | O paciente percebe os outros como...                         |
|  | Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)                | Os outros percebem o paciente como...                        |
|  |  | Os outros percebem-se a si próprio como...                   |
| Eixo III – Conflito  | Conflitos disfuncionais repetitivos  | 1. Individuação <i>versus</i> Dependência                    |
|  |  | 2. Submissão <i>versus</i> Controle                          |
|  |  | 3. Necessidade de ser cuidado <i>versus</i> autossuficiência |
|  |  | 4. Conflito de Autoestima                                    |
|  |  | 5. Conflito de culpa   |
|  |  | 6. Conflito edipiano   |
|  |  | 7. Conflito de identidade                                    |
|  | Modo como o conflito principal se processa   | Predominantemente ativo                                      |
|  |  | Misto mais ativo   |
|  |  | Misto mais passivo   |
|  |  | Predominantemente passivo                                    |
|  |  | Não classificável  |

| Eixo   | Dimensão                     | Indicador                                     |
|--|------------------------------|---|
| Eixo IV – Estrutura                            | Habilidades cognitivas       | 1a Auto percepção                             |
|  |                              | 1b Percepção do objeto                        |
|  | Regulação                    | 2a Auto regulação                             |
|  |                              | 2b Regulação da relação objetal               |
|  | Comunicação emocional        | 3a Comunicação Interna                        |
|  |                              | 3b Comunicação com o mundo externo            |
|  | Vinculação                   | 4a Capacidade de vinculação: objetos internos |
|  |                              | 4b Capacidade de vinculação: objetos externos |
| Eixo V – Transtornos mentais e psicossomáticos | Transtornos mentais          | Diagnóstico principal/adicional               |
|  | Transtornos de personalidade | Diagnóstico principal/adicional               |

*Nota: Vicente et al. (2012)*

### Procedimentos de coleta e análise de dados

O adolescente foi convidado a participar da pesquisa ao receber sentença de internação em meio fechado. O tratamento foi realizado com sessões individuais semanais com 45 minutos de duração. As mesmas foram audiogravadas para posteriores análises. O estudo recebeu autorização da Fundação de Atendimento Socioeducativo, responsável legal pelo adolescente durante a internação e houve assentimento livre e esclarecido do participante. As sessões foram realizadas na própria instituição em sala de atendimento utilizada por psicólogos. Os atendimentos transcorreram no período de 18 meses. Posteriormente a progressão do adolescente para Semiliberdade, a última sessão, ocorreu no local para onde foi transferido, em sala de atendimento utilizada por psicólogo daquela instituição. Ao final do tratamento totalizaram-se de 75 sessões. Foram selecionados para a análise o atendimento inicial e o atendimento final – análise de resultado.

A análise de dados se deu por dois juízes independentes, com curso de formação no Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2). Uma das avaliadoras foi a psicoterapeuta do adolescente. As entrevistas foram codificadas e foi calculado o coeficiente Kappa de cada eixo, em cada entrevista, de maneira independente. Realizou-se alterações em no máximo três itens por eixo para haver maior confiabilidade entre os juízes; tal decisão foi estabelecida por discussão no grupo de pesquisa em questão. Especificamente o Eixo II foi analisado de maneira distinta, foi realizada a análise descritiva dos itens, já que este eixo possui 32 itens e é preciso eleger apenas três itens que descrevem o paciente. Tal dificuldade também foi apresentada no estudo de validação, em que o Eixo nem havia sido avaliado<sup>13</sup>.

## Resultados

### Descrição do caso

O adolescente vivia com a mãe e irmão mais velho antes da internação no Centro de Atendimento Socioeducativo. Possui outro irmão mais novo que estava no exército brasileiro. Reprovou duas vezes na escola e estudava no primeiro ano do ensino médio quando iniciou o tratamento. Demonstrava temperamento explosivo, não conseguindo controlar sua fúria o que o levava a envolver-se em brigas frequentes. Não conseguia manter-se em atividades laborais, assim, passou a relacionar-se com pessoas envolvidas em atos ilícitos para buscar independência financeira. Ainda, parecia não ter limites ou medos, colocando-se em situações de perigo constantemente.

Considera como fato importante de sua vida “o abandono do pai” (sic); aos sete anos seu pai separou-se de sua mãe e foi residir com nova companheira, em outro Estado. Não conseguiu compreender, de forma consciente, os motivos do afastamento, uma vez que não haviam brigas entre o casal. Ainda, questiona-se o porquê do pai não procurar os filhos, sentindo raiva de tal fato. Outra questão importante trazida se refere à sentimento de não pertencer à família desde idade precoce e de ser “rejeitado” (sic) pelo pai, pois possuía aparência física diferente do mesmo e dos irmãos. Nunca questionou, entanto, a mãe sobre possíveis motivos da separação e de sua diferença na cor de pele, cabelo e olhos.

A mãe era vista pelo filho como uma mulher forte e determinada, que conseguiu criar os três filhos de forma honesta. Porém, diferentes relatos apontam que era confusa em suas decisões, não conseguia manter trabalho fixo, apresentava pouca rede de relacionamentos, sendo frágil e insegura como figura de autoridade. De tal maneira, não conseguia estabelecer limites claros com o filho que apesar de referir não querer desagradá-la, não seguia suas recomendações. O relacionamento com os irmãos era visto como distante; referia não ter contato frequente com irmão que não residia em casa e não conseguia dialogar com o irmão mais velho, já estudando em outra cidade. Diz que o afastamento se deu em função de não tolerar a comparação ou ser apontado em suas diferenças em relação a esse, parecendo não possuir identidade própria. Gostaria de ser visto e reconhecido por si mesmo, seu jeito de ser e escolhas que realizava.

Tinha um único “amigo verdadeiro” (sic) descrito como diferente de si: adolescente estudioso, organizado, capaz de pensar antes de agir. Apesar das diferenças conseguiam realizar diversas atividades de lazer e esportivas em conjunto. Sobre o motivo que o levou ao cometimento do ato infracional e a internação menciona que foi contratado e iria receber dinheiro para cobrar uma dívida. Suas ações foram planejadas. A vítima foi atingida com um golpe de facão no pescoço. Sem testemunhar as consequências de seu ato correu, fugindo do local. Não acreditava que seria descoberto, já que não havia mais ninguém no local. Permaneceu em liberdade por cerca de oito meses após o ato infracional.

Primeiramente, na internação, questionava-se sobre como foi descoberto, já que possuía uma história que o encobria. Foi sentenciado autor de tentativa de latrocínio, um dos atos infracionais de maior gravidade e

com maior tempo de internação. Apresentou ansiedade com a internação, uma vez que necessitou abandonar as atividades que realizava. Referia ainda não conseguir “enturmar-se” (sic) já que não se sentia semelhante aos demais: não tinha históricos de outros atos infracionais, não sabia nenhuma informação sobre armas, não gostava de atividades, músicas e locais que os outros adolescentes preferiam. Durante sua internação recebia visitas eventuais da mãe e namorada.

Aceitou participar da psicoterapia “para ter alguém diferente com quem conversar e ajudar a terapeuta na pesquisa” (sic), não acreditando poder beneficiar-se. Desde o início se mostrou ativo e disposto a falar. As sessões iniciais foram marcadas por informações a cerca do ato infracional e a não compreensão sobre como conseguiram chegar ao seu nome frente ao ato realizado. Relatava o fato como se contando uma história, na mesma modulação de voz e sem alterações afetivas. Posteriormente, ao sentir-se afastado dos demais adolescentes por estar em um lugar que não “pertencia” (sic) passou a contar sobre as dificuldades em “adapta-se” (sic). Ainda, começou a trazer informações sobre atividades que realizava quando em liberdade e modo de se relacionar com familiares e conhecidos. Por ser bastante observador e inteligente conseguiu manter-se estável, respeitando a todos, sendo prestativo para atividades e educado na forma de falar e agir. Orgulhava-se de ser considerado bom aluno.

Com o passar do tempo, vivenciando fato na instituição que o descontrolou, levando-o a realizar agressões verbais, trouxe relatos sobre o pai. Idealizou, por anos, um novo encontro com o mesmo que aconteceu quando tinha 12 anos de idade, cinco anos após o pai ter ido embora de casa. Comenta sobre seu planejamento, fantasias e ansiedade. Viajou para onde o pai residia, se encontraram na rodoviária. Expõe que apenas se cumprimentaram, sendo ignorado. Tal fato trouxe à tona o desamparo e abandono sentidos anteriormente, passando a nutrir raiva e ressentimento. A lembrança de falar sobre o pai era o único momento em que parecia desconsertado, agitado, respiração ofegante, aparentando muita raiva.

Sempre, ao falar sobre fatos como morte, sofrimento, doenças ou questões alegres mantinha a mesma aparência e tom de voz. Ao terminar namoro apenas relatou o acontecimento, não parecendo afetar-se. Em momentos da psicoterapia questionou-se sobre como ocorreu sua constituição e sua forma de agir, perguntando-se o porquê não se importava com nada e ninguém. No entanto, via tal atributo como positivo, já que não sofria e poderia estar livre para qualquer tipo de escolha.

Seus planos para o futuro eram de grandeza: ser fazendeiro, sair da internação e montar uma empresa própria, trabalhar como assessor do prefeito; contudo, não possuíam um embasamento e organização para que acontecessem. Também não conseguia pensar em curto prazo, organizando sua volta para a comunidade de origem. Da mesma forma, diante de seus relatos, a mãe não era capaz deste auxílio.

Outro fato levantado em tratamento trouxe à tona a dificuldade de diálogo entre mãe e filho. Parecia “pairar sempre, uma mentira entre nós” (sic). O outro não era confiável para que se revelassem. Este sentimento foi trabalhado em diferentes momentos, buscando demonstrar que também ali, em psicoterapia, ocorria aquela repetição.

Depois de um ano e oito meses de internação, contando com um ano e três meses de tratamento, teve avaliação judicial e sua Medida Socioeducativa foi progredida para Semiliberdade. Ao passar a realizar visitas em casa conseguiu agir com maior naturalidade, manifestando maior alegria. Aproximou-se do irmão mais novo. Os atendimentos se voltaram relatos das novas experiências que vivia e para ações práticas, planejamento de suas atividades nos finais de semana- onde iria, o que desejava fazer- e para reflexão sobre o porquê fazia e o que queria com suas ações.

Conseguiu organizar-se para estudar no período da noite, estava no terceiro ano. Começou a sair e namorar uma menina, antiga amiga do colégio e a deixou ciente da sua situação penal; porém a família dela não possui conhecimento de sua história. Estava realizando planos para o processo seletivo do exército, identificando-se com um amigo que passou no exame da aeronáutica. Passou a treinar com o irmão para melhorar seu desempenho físico e conquistar maior força e resistência. Refere ainda que foi procurado pela antiga namorada que mentiu estar grávida. A probabilidade de ser pai não lhe mobilizou sentimentos de afetividade. Ficou, no entanto, ansioso e agitado emas tarde, com raiva devido à farsa. Contou que teve desejo de agredi-la fisicamente, mas conseguiu controlar seus impulsos pensando nas perdas que poderiam ocorrer, adiar planos ao voltar para regime de internação em meio fechado. Tal situação pareceu reforçar seu entendimento de não confiar nos outros. Passou a falar da mãe de forma mais carinhosa, preocupa-se com o seu bem-estar.

### Concordância entre os juízes

O coeficiente Kappa conquistado em cada eixo foi substancial, acima de 0,61, conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Coeficiente Kappa.

| Eixos    | K<br>Entrevista inicial | K<br>Entrevista final |
|----------|-------------------------|-----------------------|
| Eixo I   | 0,648                   | 0,698                 |
| Eixo III | 0,616                   | 0,615                 |
| Eixo IV  | 0,609                   | 0,727                 |
| Eixo V   | 1                       | 1                     |

### Caracterização por Eixo

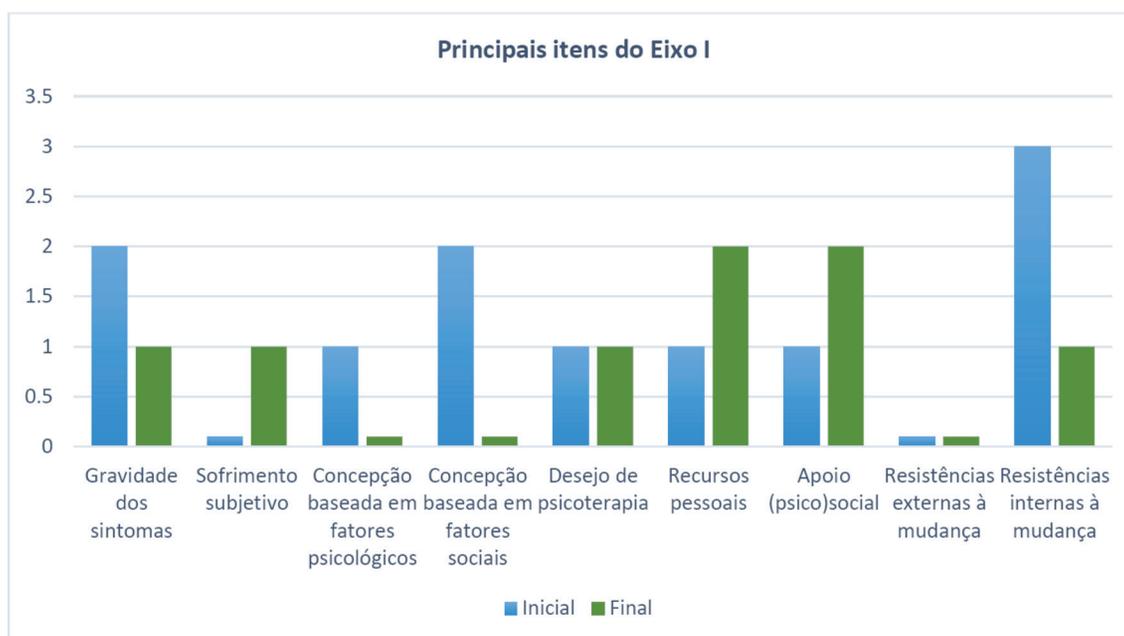
Será apresentado o caso conforme os cinco Eixos do OPD-2, em que os itens serão descritos comparativamente entre os resultados do atendimento inicial e final do tratamento em psicoterapia:

No Eixo I – vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento – o paciente apresentou, inicialmente, uma gravidade de sintomas moderada e um sofrimento subjetivo ausente, em que não se conectava consigo,

não apresentava queixas físicas, psicológicas ou problemas sociais, não se expressava. Apresentou limitações psíquicas no sentido de descontrole do impulso, dificuldade de confiar. Atribui a causa de seu problema – internação socioeducativa – a problemas laborais, não refletindo sobre o risco de suas escolhas. Entretanto, almejava tratamento psicoterápico para poder conversar com alguém, mas deparou-se com seus próprios sentimentos. Na sessão final, houve diminuição da gravidade dos sintomas com maior vivência do paciente, equivalendo o nível de sofrimento com o nível de gravidade. Há uma leve ansiedade quanto ao futuro; mas demonstrou maior organização, com planos concretos de trabalho. Ainda, há a tentativa de esconder o passado e o estigma social do seu envolvimento criminal; bem como permanece a dificuldade de confiar nos demais com resistências internas à mudança.

No que se refere ao apoio social percebido, no atendimento inicial, diz que ele nunca teve um relacionamento harmonioso com a namorada, mas sempre se apoiaram. Ela visitava-o poucas vezes; ademais houve a farsa da gravidez. Já no atendimento final, descreveu ótimo relacionamento com o irmão, início de novo relacionamento afetivo; havia preocupação com a mãe e estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta, em que contava com ela para a resolução dos seus problemas (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Principais itens do Eixo I.



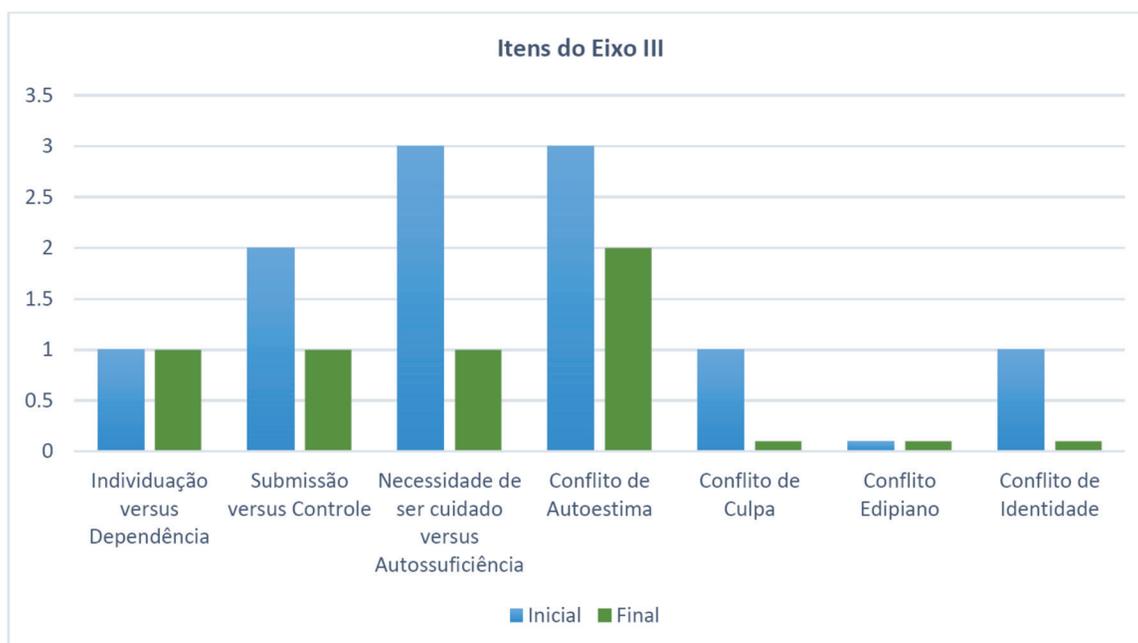
*Nota.* Maior pontuação corresponde a maior intensidade sintomática.

Sobre o eixo relacional – Eixo II – o paciente, no atendimento inicial, percebia os demais como dominadores e controladores, exigindo tarefas ilícitas no “trabalho”, menosprezavam-no procurando envergonhá-lo em

público e abandonavam-no, como fez a namorada que o visitava poucas vezes. Diante disso, o paciente atacava e prejudicava os outros impulsivamente, expondo-se às situações de risco ou então, ignorava os demais e retirava-se quando é motivo de chacota. Assim, os outros protegiam-se dele, muitas vezes não se vinculando e retirando-se à um possível vínculo. Na sessão final, o paciente apresentou uma dinâmica relacional diferente: para ele os demais permitiam que atuasse autonomamente, já que tinha os finais de semana livres, idealizava o amigo vinculado à aeronáutica, procurando dedicar-se em treinos físicos para conquistar uma vaga no exército; mas permanecia a tentativa de controle e exigência no sentido da ex-namorada, procurando “prendê-lo” com a possibilidade de gravidez. Assim, o paciente buscava não depender dos outros, ser autoconfiante, muitas vezes ainda se expondo ao risco, já que não ponderava suas ações por completo, como no caso da atual namorada em que os pais dela não sabem do seu passado criminal. Entretanto, há maior crítica sobre suas ações. Com isso, os outros admiravam-no pelo seu esforço e seus planos e evitavam a agressividade. Ainda sentia que os demais podiam retirar seu afeto, procurando não se envolver com ele.

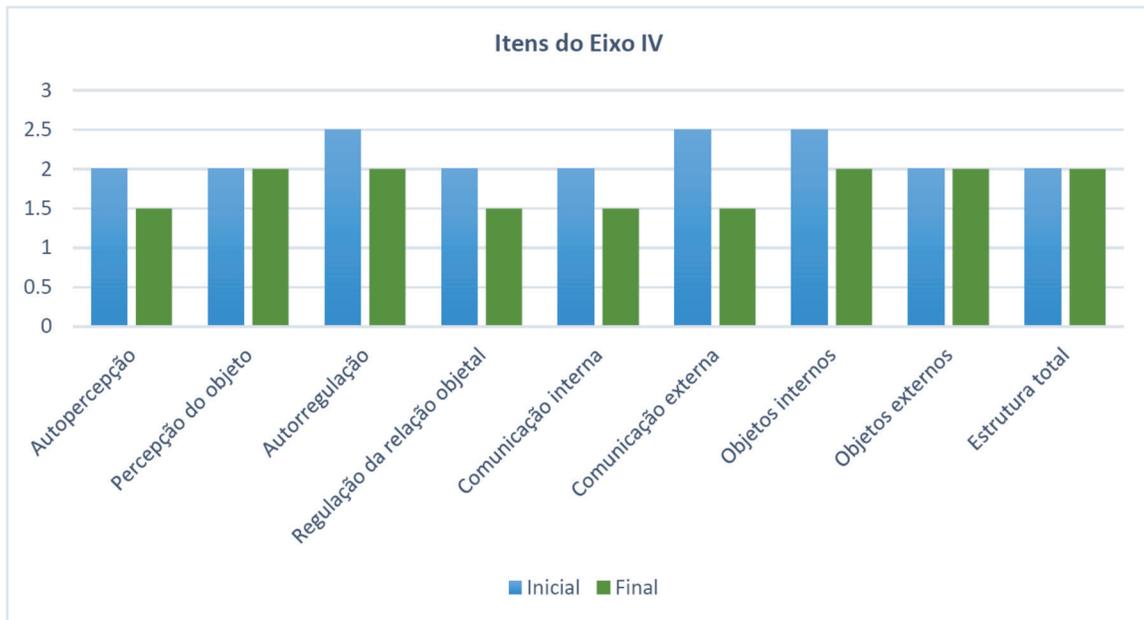
No Eixo III, o conflito intrapsíquico predominante inicialmente era a *necessidade de ser cuidado versus autossuficiência* em modo ativo, cujo paciente procurava ser autossuficiente, distanciando-se precocemente da família de origem. No entanto sua baixa crítica fez envolver-se profissionalmente com o tráfico de drogas. Preocupava-se e cuidava da mãe como forma inconsciente de obter cuidado. Apresentava sentimentos depressivos subjacentes que são recalcados defensivamente, não se deparando com a dor do desamparo. Como conflito secundário apresentou o *conflito de autoestima* modo ativo, que indica uma falta de reconhecimento do seu próprio valor, mesmo havendo a promessa dos familiares de lhe concederem a responsabilidade pelas propriedades da família, significativa quantidade de terras. Os bens (terras) serviam como atributos representativos de autovalorização, porém tais atributos encontravam-se mais na fantasia do que na realidade. Também, tentava convencer-se que não foi abandonada quem o abandonou, mas sim ele que perdeu o interesse que não precisava dela. Os demais conflitos não foram pontuados de forma significativa, como o conflito *submissão versus controle*, onde o paciente procurava controlar os demais a partir de atitudes agressivas. Não há *conflito de culpa*, apesar de reconhecer que estava privado de liberdade em função de suas atitudes. Entretanto, percebe-se um *conflito de identidade* quanto à nacionalidade (Rio Grande do Sul versus Mato Grosso), em que não se sentia identificado, sem sentimento de pertencimento; bem como havia preocupação com sua identidade profissional, já que suas tentativas laborais não foram positivas, buscando maior autonomia, liberdade e um trabalho que apreciase.

No atendimento final o paciente permaneceu com esses conflitos, mas atuavam com menor intensidade. Ainda houve prevalência da *necessidade de ser cuidado versus autossuficiência* em modo ativo, porém com planos mais concretos para a conquista da sua autonomia, com um direcionamento – exército. Assim como, sua identidade está mais bem definida, apesar da tentativa de esconder seus antecedentes (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Itens do Eixo III.

*Nota.* Maior pontuação corresponde a maior conflito intrapsíquico.

A respeito da estrutura psicológica – Eixo IV – o jovem, apesar de permanecer com nível mediano, apresentou melhoras no que se refere à autopercepção, com desenvolvimento da mentalização, percebendo de forma mais coerente seus estados mentais e emocionais bem como, dos demais. Igualmente, evidenciou maior controle do impulso, como confirmado com a situação da ex-namorada, que mesmo com vontade de prejudicá-la, reconheceu sua raiva e controlou-se; os afetos negativos são mais tolerados. Sobre a regulação da relação de objeto o paciente conseguiu ponderar seus interesses com os demais, assim como as reações dos outros passou a ser antecipada. Os objetos internos ainda estavam consolidados de maneira insegura, mas ele conseguia acalmar-se sozinho. Ainda apresentou dificuldades de confiar nos demais, entretanto conseguiu estabelecer um vínculo afetivo saudável com os profissionais da instituição que certamente introduziram uma nova possibilidade de vínculo, como demonstrado pela nova namorada, aproximação do irmão (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Itens do Eixo IV.

*Nota.* Maior pontuação corresponde a maior desintegração da estrutura.

Por fim, o Eixo V, inicialmente, havia o diagnóstico CID F 91, Distúrbios de Conduta. No atendimento final, o paciente não fecha mais os critérios diagnóstico para o respectivo transtorno.

### Limitações

O jovem apresentou melhora sintomática de modo geral, como observado nos resultados; entretanto ressalva-se que ainda que houve tal evolução, outros aspectos ainda necessitam ser trabalhados. Assim como não se tem a pretensão de generalizar os resultados como características dos adolescentes em conflito com a lei.

Destaca-se também que a TBM-A é uma modalidade psicoterápica que vem sendo estudada em diferentes quadros psicopatológicos. Tal caso em estudo foi piloto à terapeuta, mas procurou-se, a partir da supervisão periódica, a adequação da postura e das intervenções frente ao determinado paciente. Assim como, uma das juízas avaliadoras era a terapeuta, cuja aferição foi controlada pela segunda juíza, havendo concordância substancial. Aponta-se o OPD útil para a investigação clínica, porém o mesmo não é considerado um instrumento específico para a avaliação da capacidade de mentalização.

### Discussão

O estudo foi realizado com um jovem de 18 anos em conflito com a lei, que estava inicialmente, em internação em meio fechado (Medida Socioeducativa de Internação Sem Possibilidades de Atividades Externas)

e que no decorrer do tratamento teve medida progredida para Semiliberdade. A avaliação de suas características psicodinâmicas, baseadas nos critérios diagnósticos do OPD-2, foram realizadas em dois momentos distintos: no início do tratamento psicoterápico baseado na mentalização e após 18 meses, período final de atendimento. O coeficiente Kappa encontrado em cada eixo foi substancial, acima de 0,61. Esse dado evidencia que houve confiabilidade nos dados aferidos pelos juízes.

Evidencia-se, através das análises do estudo a efetividade da TBM-A, já que o paciente melhorou em diversos aspectos. Assinala-se que a experiência de segurança vivida em psicoterapia pode ser sentida como um regulador da experiência emocional, visto a oferta de um novo modo de apego e a possibilidade de reativação ou desenvolvimento da mentalização<sup>14</sup>.

Também é possível destacar em outras pesquisas, utilizando a psicoterapia da mentalização, que adolescentes que apresentam sintomas de personalidade *borderline*, traços narcisistas e esquiva conseguiram ampliar sua capacidade reflexiva e postura de observação, auxiliando na regulamentação dos afetos e controle dos impulsos, passando a serem mais estáveis e seguros<sup>2,6</sup>.

Ao avaliar-se o eixo I foi possível verificar a diminuição da gravidade dos sintomas, com maior tomada de consciência em relação ao sofrimento. A capacidade cognitiva e de reflexão são fatores apontados como tendo impacto positivo na manutenção do tratamento e na eficácia terapêutica auxiliando na mudança de comportamento<sup>12</sup>. No entanto, o jovem manteve-se resistente em confiar nos demais buscando evitar o contato com sentimentos de desprazer, anteriormente sentidos pela rejeição paterna.

Ademais observou-se, primeiramente, a dificuldade em conter impulsos levando o adolescente a envolver-se em condutas de risco, brigas constantes, problemas laborais, atos ilícitos. Tais comportamentos também apontados em outras pesquisas com adolescentes em conflito com a lei demonstram que, muitas vezes, são exercidos de forma natural para a resolução de problemas<sup>15</sup>; o que revela imaturidade na modulação dos afetos e dificuldade em observar papel nocivo se suas reações frente às relações interpessoais. Segundo Loving e Russell (2000)<sup>16</sup> observam-se também, sentimentos deficitários de empatia pelo próximo, o que pode levar à repetição de atos sem capacidade de reflexão.

Ainda, pode-se dizer que o OPD-2 permitiu levantar de forma substancial, dados sobre os sintomas, a estrutura, o conflito e as relações interpessoais, relevantes no planejamento terapêutico. Tais resultados levantados pelo instrumento corroboram com achados da literatura, em estudos comparativos, onde a TBM também demonstrou ser clinicamente mais benéfica do que a tradicional psicodinâmica em uma amostra de 345 adolescentes noruegueses com diagnóstico *borderline*. No geral, ocorrendo maior adesão ao tratamento e melhora nos sintomas emocionais e interpessoais<sup>17</sup>.

Segundo Cryan e Quiroga (2013)<sup>1</sup> adolescentes violentos possuem um nível alto de agressão e destruição que se volta ao terapeuta, há tendência de considerar que o atendimento é uma perda de tempo, como foi a expectativa inicial do jovem, há carência de expressão verbal, limites difusos entre o mundo interno e externo,

dificuldade no estabelecimento de vínculos estáveis, desconexão afetiva, cognitiva e moral, irresponsabilidade por suas ações e racionalizações distorcidas. Da mesma forma, Bateman e Fonagy<sup>18</sup> apontam uma dificuldade de pacientes com características antissociais e transtornos de personalidade *borderline* observar seus estados mentais e aos dos outros, perdendo sua capacidade de mentalização, quando a autoestima é ameaçada por algum funcionamento mental em nível secundário de representação. Observa-se que o esforço da terapeuta e a utilização de técnicas adequadas em compreender os sentimentos e representações dos sintomas possibilitou o paciente a sair do estado de equivalência psíquica e tomar consciência dos estados mentais próprios e dos demais<sup>6</sup>. Aliado a isso, a criação de um espaço onde se podem considerar as questões do eu e do outro, investigando as emoções despertadas e encontrando formas de gerenciá-las de maneira a não recorrer a violência, ocasionou a possibilidade do desenvolvimento da mentalização<sup>6</sup>.

O jovem, a partir da TBM, melhorou sua capacidade reflexiva no sentido de que inicialmente utilizava-se da hipermentalização, como observados em diversos quadros psicopatológicos. Os casos de hipermentalização são comuns em adolescentes com suposições irreflexivas, rígidas e automáticas sustentadas com certezas injustificadas dos estados mentais internos e dos demais. Além disso centra-se em demasia nos aspectos externos deles mesmos e dos outros<sup>9</sup>, também observado nos relatos iniciais centrados nos demais, na distorção da realidade com falta de perspectiva futura. Ao final do tratamento, observa-se que ele desenvolveu maior mentalização, autorregulação emocional e percepção do objeto mais clara e coerente com a realidade, eximindo-se de distorções disfuncionais.

Em um estudo com 80 adolescentes que apresentavam autolesão, sendo 97% depressivos e 73% com transtorno de personalidade *borderline*, a TBM apresentou maiores benefícios que o tratamento usual utilizando-se de sessões individuais semanais com os adolescentes e uma sessão mensal com a família. Os sintomas de ambas patologias reduziram consideravelmente e houve melhora na habilidade de mentalizar e no tipo de vinculação, antes caracterizada como inseguro-evitativa<sup>19</sup>. O adolescente em estudo, a partir do tratamento, estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta, começou a confiar mais nos demais, experienciando novas formas de vinculação. Também se observa uma mudança na dinâmica relacional, passou agir de modo autônomo, com maior crítica sobre suas ações e buscando figuras de identificação mais “saudáveis” como o amigo.

Em relação ao conflito e a estrutura respectivamente, conforme Boeker e colaboradores (2008)<sup>20</sup>, em estudos de correlação entre os eixos III e IV, apontam que o conflito “*necessidade de ser cuidado x autonomia*” foi associado aos níveis de integração estrutural moderados ou bons; o que é considerado fator positivo para organização e capacidade de mudança do sujeito. Evidenciou-se assim, maior autopercepção visto ao desenvolvimento da mentalização, com ampliação da coerência em relação a seus estados mentais e emocionais bem como, dos demais. Tal evolução auxilia no controle de impulsos a ainda na forma com que consegue lidar com afetos de desprazer, sendo esses melhor tolerados. Da mesma forma, sua estruturação também faz referência ao funcionamento interpessoal que se sustenta na noção de empatia e intimidade,

onde se desenvolve a capacidade de reconhecer as expectativas dos demais e de estabelecer relações mais próximas<sup>21</sup>, o que também foi observado no paciente.

## Conclusão

O tema possui diversas facetas referindo-se ao desenvolvimento da mentalização e avaliação psicodinâmica em um adolescente em conflito com a lei. Ressalta-se a importância da identificação, avaliação e intervenção da mentalização, já que é o fator central para o desenvolvimento de variadas patologias principalmente na adolescência que possui diversas características peculiares. A partir dos critérios avaliativos do OPD-2, foi possível verificar uma melhora sintomática de maneira geral no paciente, e principalmente, constatar o desenvolvimento da mentalização pela TBM.

A mentalização, quando desenvolvida, é considerada um fator de proteção que auxilia na regulação e compreensão dos estados mentais, de si e dos demais. Dessa forma, focar o tratamento no seu desenvolvimento é central para o desenvolvimento de demais habilidades, emocionais e sociais. Um importante fator a ser considerado é a necessidade de treinamento para a aplicação dessa terapia, pois a postura do terapeuta e a compreensão que se desenvolve sobre o paciente é distinta de demais abordagens. Assim, esse aspecto pode ser considerado um empecilho a nível nacional, já que os centros de treinamento são inexistentes no Brasil. Por isso, pode-se afirmar que é uma terapia relativamente nova, apesar da sua existência desde 2004.

Ainda não é significativo o número de produções acerca da TBM-A, não havendo um conhecimento consistente em diversos aspectos. Principalmente, ao nível de estudos nacionais, já que é praticamente inexistente publicações nesta temática. Para promover maior desenvolvimento de conhecimento nessa área, é de especial importância que se invista em pesquisas.

## Referências

1. Cryan, G. & Quiroga, S. (2013). Estudio sobre la capacidad de mentalización en grupos de terapia focalizada para adolescentes violentos. Universidad de Buenos Aires, Argentina: Anuario de Investigaciones, vol. XX; 2013. p. 17-28.
2. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Schafer WD. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Nova York: Other, 2002.
3. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2008 Sep;165(9):1127-35. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360.
4. Allen JP, Fonagy P. The Handbook of Mentalization Based Treatment. Chichester: John Wiley & Sons, 2006.
5. Bateman AW, Fonagy P: Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. Oxford, UK, Oxford University Press, 2006.

6. Rossouw TI. The use of mentalization-based treatment for adolescents (TBM-A) with Young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2015; 71(2), 178-187. doi: 10.1002/jclp.22153.
7. Hutsebaut J, Bales DL, BusschbachJJV, Verheul R. The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: A case study from an organizational, team and therapist perspective. *Int J Ment Health Syst*. 2012; 6(10). doi: 10.1186/1752-4458-6-10
8. Taubner S, White LO, Zimmermann J, Fonagy P, Nolte T. Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Aug;41(6):929-38. doi: 10.1007/s10802-013-9736-x.
9. Sharp C, Venta A, Vanwoerden S, Schramm A, Ha C, Newlin E, Reddy R, Fonagy P. First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2016 Jan; 64:4-11. doi: 10.1016/j.comppsych.2015.07.008.
10. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based development framework. *Front Behav Neurosci*. 2011; 5: 55. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055
11. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Mapa da Violência IV- Os Jovens do Brasil: Juventude, violência e cidadania. Brasília. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001351/135104porb.pdf>, 2013.
12. Task Force. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado: Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia (OPD-2). Herder; 2008.
13. Vicente CS, Oliveira RA, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, Senra H, Oliveira R, Krieger D. Cross-cultural adaptation of the operationalized psychodynamic diagnosis (OPD-2) in Portugal. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2012; 34(3):129-138.
14. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard G. (2013). *Psicoterapia Psicodinâmica para transtornos de personalidade: um manual clínico*. Artes Médicas: Porto Alegre; 2013.
15. Gacono CB, Evans FB, Viglione DJ. (2008). Essential issues in the forensic use of the Rorschach. In: Gacono CB, Evans FB, Kaser-Boyd N, Gacono LA, ed. *Handbook of forensic Rorschach psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence; 2008, p. 3-20.
16. Loving J, Russell W. (2000). Selected Rorschach variables of psychopathic juvenile offenders. *J Pers Assess*. 2000 Aug;75(1):126-42.
17. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder – Does it make a difference? *Psychol Psychother*. 2015 Mar;88(1):71-86. doi: 10.1111/papt.12036.
18. Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization based treatment. *J Clin Psychol*. 2008; 64(2):181-194. doi: 10.1002/jclp.20451
19. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Dec; 51(12):1304-1313.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018.

20. Boeker e colaboradores. Deliberate Self-Harm in Female Patients With Affective Disorders: Investigation of Personality Structure and Affect Regulation by Means of Operationalized Psychodynamic Diagnostics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008 Oct; 196(10): 743-751. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181879daf
21. Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA, Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7: 27. doi: 10.1186/1753-2000-7-27.

Contribuições: Luciane Maria Both – Análise estatística, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software;

Taís Cristina Favaretto – Coleta de Dados, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Sílvia Pereira da Cruz Benetti – Supervisão.

Observações éticas

**1. Conflitos de interesse.** Não existem conflitos de interesse.

**2. Aprovação Ética.** O trabalho recebeu a aprovação de um comitê de ética institucional e autorização para a coleta de dados.

**3. Consentimento.** O adolescente foi convidado e autorizou sua participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

**4. Omissão:** Todos os dados que pudessem identificar o participante foram omitidos.

## Correspondência

*Taís C. Favaretto*

Avenida Unisinos, 1505

93022-414 São Leopoldo, RS, Brasil

Submetido em: 04/04/2018

Aceito em: 27/08/2018