

CONTRATO TERAPÊUTICO GRUPAL DESENVOLVIDO NO AMBULATÓRIO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THERAPEUTIC CONTRACT GROUP DEVELOPED IN CLINIC OF ANXIETY AND DEPRESSION: EXPERIENCE REPORT

Rose Daise Melo do Nascimento

Marco Aurélio Valle de Moraes
Universidade Federal do Pará

Resumo

Este estudo descreve a experiência desenvolvida pelo Programa de Extensão Ambulatório de Ansiedade e Depressão (AMBAD) de estruturação de um modelo de contrato terapêutico grupal, com o objetivo de potencializar a aliança terapêutica, o comprometimento e adesão consciente dos pacientes a um protocolo de atendimento com limitação de tempo, baseado nos princípios das psicoterapias breves. Partimos da abordagem teórica sobre contrato terapêutico, descrição do enquadre desenvolvido pelo AMBAD e suas implicações no tratamento oferecido aos pacientes diagnosticados com transtornos de ansiedade ou depressão. Realizou-se uma análise qualitativa dos registros dos grupos e observou-se que os pacientes que participaram do contrato grupal, obtendo esclarecimento sobre o enquadre do tratamento e consentindo conscientemente com o mesmo, tiveram uma boa adesão ao tratamento.

Palavras-chave: psicoterapia breve; contrato terapêutico; aliança terapêutica; ansiedade; depressão.

Abstract

This study describes the experience developed by Extension Program Ambulatório de Ansiedade e Depressão (AMBAD) structuring a model of the therapeutic contract group, with the aim of enhancing the therapeutic alliance, commitment and conscious adherence of patients to a treatment protocol with time limitation based on the principles of brief psychotherapies. We start from the theoretical approach to the therapeutic contract, description of the setting developed by AMBAD and its implications in the treatment offered to patients diagnosed with anxiety disorders or depression. We performed a qualitative analysis of the records of the groups and it was observed that patient who participated in the group contract, obtaining clarification on the fit of treatment and knowingly consenting to the same, had good adherence to treatment.

Keywords: brief psychotherapy; therapeutic contract, therapeutic alliance; anxiety; depression.

Resumen

Este estudio describe la experiencia desarrollada por la ansiedad Ambulatorio Programa de Extensión y Depresión (AMBAD) para estructurar un modelo del grupo contrato terapéutico, con el objetivo de potenciar la alianza terapéutica, el compromiso y la adhesión consciente de los pacientes del protocolo de atención aum con limitada tiempo, basado en los principios de psicoterapias breves. Partimos de la aproximación teórica al contrato terapéutico, descripción de la configuración desarrollada por Ambad y sus implicaciones en el tratamiento que se ofrece a los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión. Se realizó un análisis cualitativo de los registros de los grupos y se observó que los pacientes que participaron en el contrato de grupo, que se aclare en el marco del tratamiento y conocimiento de causa su consentimiento a la misma, tenían buena adherencia al tratamiento.

Palabras clave: psicoterapia breve; contrato terapéutico; alianza terapéutica; ansiedad; depresión.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores dificuldades em psicoterapia em geral é estabelecer o que se denomina contrato psicoterapêutico (Knobel, 1986). Esse conceito, que foi utilizado pela primeira vez por Menninger(1958) foi alvo de críticas por ser uma terminologia jurídica. Entretanto, trata-se de uma etapa imprescindível no processo terapêutico, um convênio onde terapeuta e paciente concordam (ou não) com o que vão fazer, momento em que ambos assumem compromissos que ficam explícitos e fundamentalmente não deve haver engano.

Diante de tais conceituações, refletimos sobre a realidade dos hospitais e demais instituições públicas de atendimento à saúde mental, com suas variadas modalidades de atendimentos, que muitas vezes são sugeridos aos

pacientes sem que este tome consciência do processo terapêutico pelo qual será tratado.

Neste contexto, relata-se neste trabalho um exemplo de contrato terapêutico grupal realizado por um ambulatório público de saúde mental, que trata de pessoas de baixa condição socioeconômica, diagnosticados com transtornos de ansiedade e/ou depressão. O objetivo deste grupo é formalizar o contrato terapêutico, orientar os pacientes quanto ao tipo de tratamento que será oferecido, estimular a aliança terapêutica, bem como uma postura ativa do paciente diante do tratamento.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTRATO TERAPÊUTICO

A palavra contrato pode ser decomposta em “con” + “trato”, isto é, ela significa que, além do indispensável acordo manifesto de algumas combinações básicas que

irão servir de referência à jornada do tratamento, há também um acordo latente que alude a como a equipe e o paciente tratar-se-ão reciprocamente (Zimmerman, 2004).

O contrato, portanto, exige uma definição dos papéis e funções, esclarecendo o propósito da terapia.

O conceito de contrato terapêutico foi formulado primeiramente por Menninger (1958), que antecipou o princípio do consumidor, em trabalho muito ulterior, ao falar de tratamento como um dos serviços que o paciente compra de um terapeuta. Esclarece ainda que parte do contrato deve ser uma concordância sobre objetivos e limites de tempo e as transações, que envolvem medidas acessórias, tais como medicamentos ou interação com outras pessoas (Menninger e Holzman, 1979). Na ocasião de realização do contrato, deve-se

considerar também acordo sobre tempo, pagamento e o que quer que possa pertencer à interação terapêutica (Bellak e Small, 1980).

O contrato terapêutico é do tipo bilateral, onde as partes estabelecem obrigações recíprocas, formando-se um pacto terapêutico entre o paciente que busca alívio para o sofrimento psíquico e o terapeuta que de forma sistemática se dispõe a utilizar todos seus recursos intelectuais e emocionais para mitigar esse sofrimento (Eirizik, Aguiar e Schestatsky, 1989).

Cabe ao avaliador resumir sucintamente a sua impressão do problema do paciente, com base na informação obtida a partir da coleta da história. Esta apresentação da parte do terapeuta deve ter a concordância (ou não) do paciente, de modo que o contrato estabeleça claramente os limites de seu futuro trabalho terapêutico. Além disso,

coloca os fundamentos para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica que se estabelece entre os dois participantes do relacionamento diádico e que, em tempos difíceis no curso da terapia/tratamento, atua como força motivadora para ajudar o paciente a superar seus problemas e chegar a uma solução significativa. Isso não implica, porém, que o avaliador sempre sabe melhor ou esteja sempre certo (Sifneos, 1989).

Este acordo encontra oposições inconscientes no próprio paciente, uma vez que o sofrimento psíquico deriva de conflitos que envolvem forças antagônicas que buscam e evitam, simultaneamente, soluções mais realistas (Eirizik, Aguiar e Schestatsky, 1989).

Nesse processo terapêutico inicial dois fatos se observam no paciente: as partes mais sadias e maduras da personalidade buscam

aliar-se ao terapeuta para se confrontarem com a doença. E, opostamente, as resistências solapam este pacto e aliam-se à doença (Sandler, Dare e Holder, 1986).

Em outro nível, o contrato serve como canal de expressão para a repetição de primitivas relações mãe/pai-filho, com um certo grau de ambivalência que persiste e influencia a estabilização da aliança terapêutica. Assim, deve ser considerado que o contrato representa o princípio de realidade e que a ele se opõe as forças das fantasias e do princípio do prazer, sempre prontas a rompê-lo (Eizirik e Cols., 1989).

Nesse sentido, Eizirik e cols. (1989) enfatizam a importância clínica da compreensão do contrato, pois por parte do paciente, as tentativas de ruptura do contrato expressam seus traços de

personalidade e de caráter, ou seja, o modo como é sentido e estabelecido ou como se apresentam suas rupturas são expressões reais que contribuem com a compreensão do paciente, além de favorecer a observação de traços de caráter em ação, resistências em plena atividade, enfim, a observação da patologia em plena efervescência. Conseqüentemente, além de ampliar a compreensão e postura ativa do paciente, o contrato fornece elementos para o estabelecimento de um plano terapêutico.

INFLUÊNCIA DO CONTRATO NA ALIANÇA TERAPÊUTICA

O mérito de determinar o termo “aliança terapêutica” é atribuído à psicanalista norte-americana Elisabeth Zetzel. A autora o concebe basicamente como uma relação de trabalho que se estabelece entre paciente e

psicoterapeuta em prol do processo psicoterapêutico. Tal relação se assenta nas funções autônomas do ego do primeiro, mas remete às suas relações objetais infantis. Desse modo, também depende da capacidade do segundo de demonstrar empatia e respeito, fornecendo, assim, parâmetros para a ocorrência de uma identificação consistente a ponto de neutralizar as forças instintivas que ressurgem com a transferência (Zetzel, 1956).

Observa-se que, a despeito de não ser freudiano, o termo “aliança terapêutica” tem suas raízes na teorização do pai da psicanálise, em seus escritos sobre a técnica psicanalítica. Afinal, Freud (1913/1996) afirmou que:

permanece sendo o primeiro objetivo do tratamento ligar o paciente a ele mesmo e à pessoa do médico. ... Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico a uma das imagos das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição. É certamente possível sermos privados deste primeiro sucesso se, desde

o início, assumirmos outro ponto de vista que não o da compreensão (p.157).

A proposição de um tratamento requer uma investigação sobre a capacidade do paciente em formar uma aliança terapêutica.

Esse potencial se relaciona com a identificação do paciente com os objetivos do tratamento, com a sua motivação para a mudança, nível de tolerância à frustração, disposição racional em colaborar com o terapeuta, disposição para aceitar as atitudes e métodos de trabalho, participação ativa e com a existência de uma relação de confiança básica (Bellak e Small, 1980; Greenson, 1981; Lemgruber, 1984).

Lemgruber (1997) ressalta que o estabelecimento do contrato é também um aspecto que reforça a aliança terapêutica, porque além de tornar a terapia menos ameaçadora, por diminuir o desconhecimento e

ambiguidade do processo, favorece uma posição mais participante e menos indefesa do paciente.

PROTOCOLO AMBAD

O Ambulatório de ansiedade e Depressão (AMBAD) é um programa da Faculdade de Psicologia, inserido no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, cujas atividades de ensino, pesquisa e extensão são desenvolvidas há 17 anos nas dependências do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.

O AMBAD possui equipe de trabalho multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais da área de Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria, os quais se baseiam num modelo biopsicossocial de intervenção para prestar assistência à comunidade de baixa condição socioeconômica de todo o Estado do Pará, a partir

de 18 anos de idade, com queixas indicativas de transtornos de ansiedade e/ou depressão (AMBAD, 2013; Moraes, Nascimento & Souza, 2004).

O foco de trabalho do AMBAD está pautado na valorização da cultura, na maneira de adoecer do amazônida, utilizando como ferramentas de intervenção a psicoeducação, psicofarmacoterapia, psicoterapia grupal e individual, na busca de personalizar as técnicas tradicionais à realidade regional, humanizando sobremaneira a oferta de atendimento público e estimulando a participação ativa do paciente como um dos principais responsáveis pela melhora de seu quadro clínico e qualidade de vida, favorecendo suas potencialidades para o trabalho e para o fortalecimento de vínculos familiares, os quais, via de regra,

encontram-se fragilizados ou comprometidos em decorrência do transtorno (AMBAD, 2013; Tavares, Souza, Nascimento, Mendes & Moraes, 2007).

Durante quase duas décadas de atendimento oferecido à comunidade, com base em observações clínicas e dados empíricos que possibilitaram uma visão personalizada do perfil do paciente que recorre ao atendimento do AMBAD, tratando-se em sua maioria de casos agudos, leves a moderados, com sintomas de Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (Nascimento & Moraes, 2005), estabeleceu-se um enquadre diferenciado, com múltiplas intervenções, que visam otimização do tratamento oferecido, bem como coerência com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao indicar tratamentos com

curto período de tempo, alta eficácia e baixo custo nos casos de transtornos ansiosos e/ou depressivos.

Assim, o processo de estruturação do protocolo de atendimento do AMBAD priorizou a delimitação prévia do tempo de tratamento, uma estratégia oriunda das teorias das psicoterapias breves.

Segundo Gilliéron (2004), a limitação de tempo na terapia breve provoca efeito estimulante sobre o processo terapêutico e sobre o comprometimento emocional. Por outro lado, a psicoterapia breve mobiliza rapidamente no paciente os problemas relacionados com o fim de uma psicoterapia: angústia de separação, luto e dor. O autor destaca ainda que existem fundamentalmente duas atitudes relativas ao fim de uma terapia breve: ou se estabelece desde o

princípio um número definido de sessões, por exemplo, vinte horas, ou se deixa em aberto desde o início a duração do tratamento sem determinar um final para o mesmo.

O modo concreto de organizar o fim varia sempre segundo a individualidade do paciente e suas possibilidades de evoluir. Depende também do fato de os objetivos combinados desde o início entre terapeuta e paciente, terem sido ou não alcançados. Os objetivos que o paciente deveria alcançar são os seguintes: diminuição da angústia e tensão ou melhora dos sintomas; possibilidade de perceber soluções mais adequadas; aumento da tolerância à frustração; adaptação crescente às dificuldades cotidianas; capacidade de introspecção e sentimento maior de segurança interior (Gilliéron, 2004).

Soma-se a isso os dados da Organização Mundial de Saúde relacionados aos transtornos de ansiedade e depressão que indicam que as metas das terapias são a redução dos sintomas, a prevenção de recidivase, em última análise, a remissão completa. Além disso, estudos verificaram que várias formas de psicoterapia de duração limitada são tão eficazes como os fármacos nas depressões ligeiras a moderadas, sendo que essas modalidades de terapias bem-sucedidas enfatizam, sobretudo, a colaboração ativa e a educação do paciente (WHO, 2001).

Assim, o AMBAD estabeleceu o período de um ano de tratamento, sendo que durante cinco meses o paciente estaria em contato direto com as atividades multidisciplinares do Programa, recebendo alta no final deste

período. A limitação de tempo tinha por objetivo potencializar a adesão ao tratamento, favorecer a postura ativa do paciente, minimizar as resistências e estar coerente com as recomendações da OMS.

Submetido a cinco meses iniciais de atendimentos intensivos, após a alta, o paciente era monitorado através de retornos esporádicos durante os sete meses restantes, totalizando um ano de tratamento, sendo que nesse segundo momento os retornos subsidiavam a avaliação e controle do paciente para saber dados sobre as estratégias individuais desenvolvidas para enfrentamento de sintomas residuais, reincidência do transtorno ou de situações estressantes em geral.

A alta sugerida pela equipe do AMBAD foi elaborada mediante a comparação e avaliação das queixas iniciais do paciente com a

situação atual, após cinco meses de tratamento intensificado.

A equipe do AMBAD dedicou-se a estudos e observações exaustivas para desenvolver o protocolo de atendimento, conforme visualizado na Imagem 1, que possuía um enquadre rigoroso e bem estruturado, preocupando-se desde a chegada do paciente ao ambulatório, até sua alta.

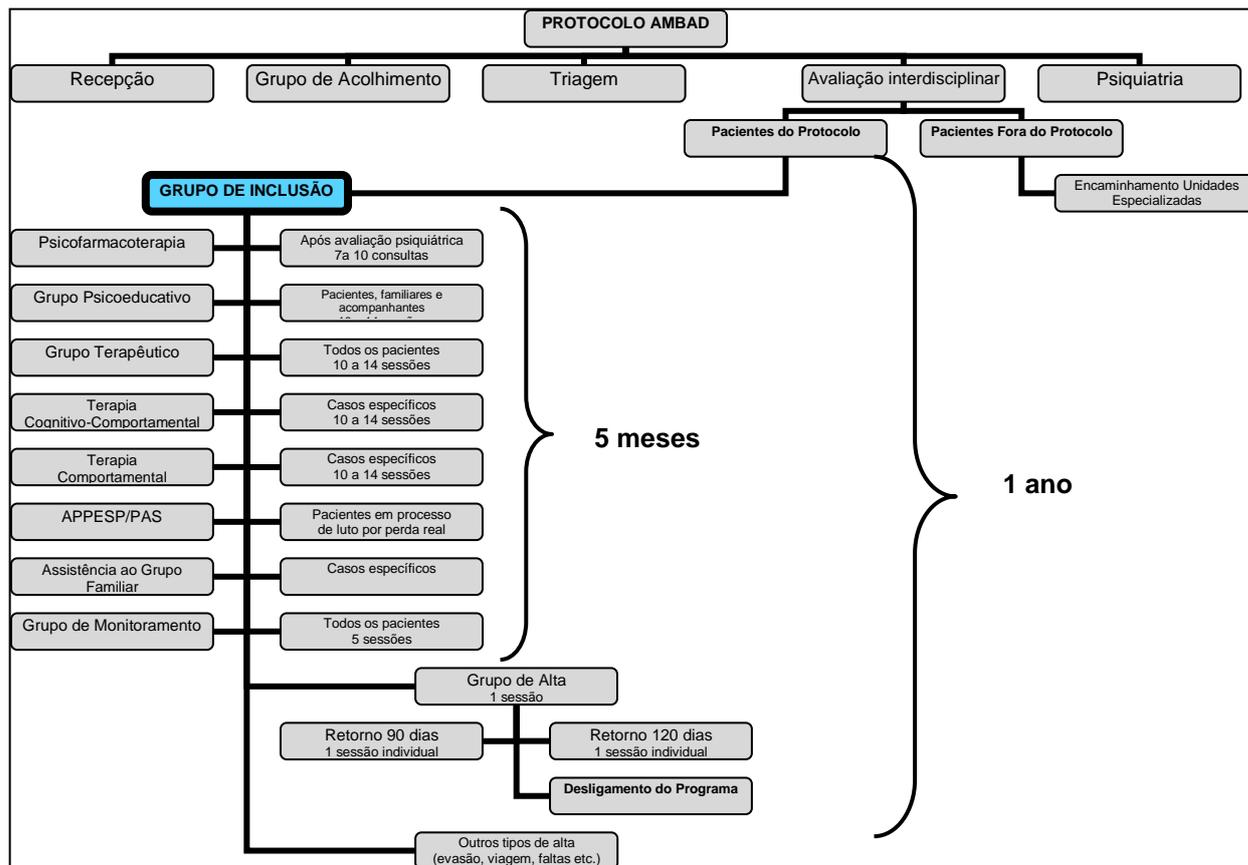
Mediante proposta de tratamento diferenciada, existiu a necessidade de desenvolver um grupo onde fosse possível esclarecer aos pacientes o protocolo de atendimento e formalizar o contrato terapêutico.

Assim surgiu o Grupo de Inclusão, cujo objetivo consistia em formalizar junto aos pacientes o contrato terapêutico, mediante

esclarecimento dos papéis do paciente e da equipe nesse processo, das etapas do protocolo de atendimento, discutindo o limite de tempo de tratamento e a alta do paciente.

Em sintonia com as demais atividades do AMBAD, esse grupo possuía um enquadramento estruturado previamente, com duração de uma hora, seguindo o roteiro dos temas abordados, utilizando dinâmicas que favoreciam o *Insight*, psicoeducação, reforçando a aliança terapêutica dos pacientes, que ao final do grupo, caso concordassem com o modelo de tratamento oferecido, assinavam um termo de consentimento.

Imagem 1 Etapas do Protocolo AMBAD



Para Salvendy (1996), esta

Nesses moldes, o Grupo de Inclusão, consistia em uma sessão de preparação para o tratamento. Tradicionalmente a sessão de preparação é descrita como uma maneira de promover a participação mais produtiva dos participantes, diminuindo expectativas irrealistas e, conseqüentemente, o nível de atrito e ansiedade grupal, e a taxa de abandono dos participantes.

preparação pode ser realizada de diferentes formas, desde a aplicação de questionários sobre o participante, a apresentação de vídeos ou a distribuição de folhetos sobre psicoterapia de grupo, bem como sessões nas quais o terapeuta esclarece questões sobre o contrato terapêutico.

Na experiência do Grupo de Inclusão, o esclarecimento incidia sobre a participação do paciente

como principal responsável pela sua melhora, neste processo, o papel da equipe consistia em acolhê-lo no momento de crise em que busca atendimento e, em seguida, oferecer-lhe o tratamento adequado ao seu quadro, sendo que as intervenções consistiam nas seguintes modalidades: psicoterapias individuais e grupais, psicofarmacoterapia, psicoeducação, orientação familiar, entre outras. Por sua vez, do paciente era cobrada frequência regular, pontualidade, bem como estímulo a desenvolver atitudes próprias de enfrentamento de situações estressantes.

A questão fundamental do grupo era educar o paciente a enfrentar suas crises de ansiedade e/ou depressão, oferecendo técnicas e informações necessárias a esse enfrentamento, dessa maneira esperava-se que o paciente

se tornasse menos dependente da equipe, desenvolvendo um repertório especializado que lhe trouxesse segurança para lidar com possíveis recorrências (bastante comum nos transtornos de ansiedade e/ou depressão), bem como poderiam se tornar multiplicadores capacitados a orientar pessoas com problemas semelhantes.

Apesar da proposta do Grupo de Inclusão estar centrada no contrato terapêutico, o grupo em sua dinâmica buscava não adotar uma postura “persecutória”, com cobranças rígidas, ao contrário, o paciente poderia discutir e estar consciente do seu tratamento como um todo, esclarecendo dúvidas e, principalmente, concordando ou discordando com o tratamento proposto.

Caso os pacientes concordassem com a proposta de

tratamento sugerida, seriam formalmente incluídos no Programa, daí o nome do grupo.

Os critérios para seleção dos participantes deste grupo estavam incluídos no protocolo geral do programa AMBAD, ou seja, pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com queixas indicativas de transtornos de ansiedade e/ou depressão, as quais haviam passado pelas seguintes etapas preliminares do protocolo: Grupo de Acolhimento, triagem, avaliação de caso e consulta ambulatorial.

Cada grupo era registrado e supervisionado pela equipe. Era necessária a participação de três profissionais da equipe do AMBAD, com papéis predefinidos como: coordenador, observador e registrador. Os registros escritos dos grupos e as observações da equipe constituíam material de

análise, supervisão e aperfeiçoamento.

O grupo se desenvolvia conforme as etapas descritas na tabela 1. Para a implantação dessa atividade, foram realizadas experiências no ano de 2010, no período de quatro meses, momento em que foram realizados cinco grupos, totalizando o atendimento de 28 pacientes, todas as quartas-feiras no horário de 11:00 às 12:00, nas dependências do Hospital Bettina Ferro de Souza.

Quadro 1: etapas da sessão do Grupo de Inclusão

Atividade	Descrição	Objetivo Terapêutico
Apresentação da equipe	Apresentação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o <i>rapport</i> com os pacientes
Significado do grupo	Coordenador aborda estrutura e objetivos do grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Educar e orientar os pacientes no contexto grupal em que estão inseridos • Estimular a aliança terapêutica • Estabelecer o contrato terapêutico
Protocolo de Tratamento do AMBAD	Esclarecer as etapas do tratamento do AMBAD	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o enquadre do tratamento, com ênfase na limitação de tempo, estimulando a adesão ativa do paciente
Parábola “Milho de Pipoca”	Utiliza-se uma parábola que permite <i>insight</i> sobre o papel do paciente durante o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a autorreflexão sobre o momento de crise e superação
Papel dos pacientes	Falar sobre o papel do paciente nesse modelo de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular postura ativa do paciente
Avaliação	Avaliar o consentimento ou recusa dos pacientes ao modelo de tratamento proposto	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar o poder de decisão do paciente sobre o tratamento oferecido, estimulando sua postura ativa e comprometimento com o tratamento oferecido

Fonte: equipe AMBAD

Na avaliação da equipe do AMBAD, a experiência com esse grupo foi bem-sucedida, alcançando seus objetivos, uma vez que se observou que os pacientes atendidos puderam esclarecer suas dúvidas e consentirem de maneira consciente com seu tratamento. No

histórico dessa experiência não se registrou recusa ao tratamento oferecido, porém muitas dúvidas surgiram, principalmente dúvidas relacionadas à patologia e estratégias para melhorar os sintomas. À medida que essas dúvidas se apresentavam, a postura

do terapeuta sempre se voltava a esclarecer o processo geral da doença e a relevância da participação ativa dos pacientes, como principais responsáveis pelo sucesso do tratamento, enfraquecendo fantasias relacionadas à dependência da equipe.

A utilização de uma parábola foi avaliada como crucial para a conscientização do papel ativo do paciente, esse momento permitiu o *insight* sobre o processo de crise como uma propulsão à mudança. Os pacientes ficavam bastante mobilizados e motivados a seguir o tratamento com responsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ambulatório de Ansiedade e Depressão, ao longo de quase vinte anos de atendimento a pessoas com transtornos de ansiedade e depressão, vem se constituindo como um centro de

referência no atendimento e pesquisa desses fenômenos. A maturidade teórica e prática do AMBAD permitiu a estruturação de um protocolo de atendimento que segue rigorosamente as recomendações da Organização Mundial de Saúde, inclusive no que tange à adaptação das intervenções à realidade local, ao perfil específico de adoecimento da clientela atendida.

O produto dessa experiência se personificou no enquadre sistemático acima descrito, no qual o Grupo de Inclusão teve um papel fundamental.

A experiência do Grupo de Inclusão desenvolvida pelo AMBAD reitera a importância do contrato terapêutico nos tratamentos em saúde mental, como uma ferramenta que estimula a participação ativa dos pacientes, valorizando seu direito de decidir,

opinar e esclarecer dúvidas sobre o processo terapêutico que lhe é oferecido. Os resultados são sempre positivos e contribuem para a adesão ao tratamento e humanização nas relações em saúde mental

REFERÊNCIAS

Ambulatório de Ansiedade e Depressão. (2013). *Relatório de Programa/Projeto 2013*. Belém: UFPA.

Bellak, L. Small, L. (1980). *Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Eizirik, C. Aguiar, R. Schestatsky, S. (1989). *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Freud, S. (1996c). Sobre o início do tratamento. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.12, pp.135-158). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913).

Gilliéron, E. (2004). *Introdução às psicoterapias breves*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes.

Greenson, R. (1981). *A técnica e a prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU.

Lemgruber, V. (1984). *Psicoterapia Breve: a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lemgruber, V. (1997). *Psicoterapia breve integrada*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Menninger, K. Holzman, P. (1979). *Teoria da técnica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

Moraes, M., Nascimento, R. Souza, E. (2004). Programa AMBAD - Ambulatório de Ansiedade e Depressão [Resumo]. Em: *Jornada de Extensão Universitária da UFPA, VII*. Belém, PA: UFPA. Recuperado em 02 de março, 2013, de http://proex.ufpa.br/arquivos/anais/jornadas/viii_jornada/resumos/comunicacao_oral/saude/5.

Nascimento, R.Moraes, M.(2005). Caracterizando a sintomatologia dos pacientes atendidos no Ambulatório de Ansiedade e Depressão [Resumo]. Em: *Jornada de Extensão Universitária, VIII*. Belém, PA: UFPA. Recuperado em 30 de outubro, 2013, de http://proex.ufpa.br/arquivos/anais/jornadas/viii_jornada/resumos/comunicacao_oral/saude/6.

Salvendy, J.T. (1996). Seleção e preparação dos pacientes e organização do grupo. In: Kaplan, H. &Sadock, B. (1996). *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artmed.

Sandler, J. Dare, C. Holder, A. (1986). *O paciente e o analista: fundamentos do processo psicanalítico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago.

Sifneos, P. (1989). *Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, G. Souza, E. Nascimento, R. Mendes, A. Moraes, M. (2007). Influência do contexto sócio-cultural nas atribuições de causalidade relatadas pelos pacientes AMBAD [Resumo]. Em: *Jornada de Extensão da UFPA, X*. Belém, PA: UFPA. Recuperado em 12 de agosto, 2012, de

http://proex.ufpa.br/arquivos/anais/jornadas/x_jornada/textos/programacao_10jornada.pdf

World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Lisboa: CLIMEPSI.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37 (4-5) 369-375.

Zimerman, D.(2004). *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

Notas sobre os autores

Rose Daise Melo do Nascimento

Psicóloga colaboradora do AMBAD, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Marco Aurélio Valle de Moraes

Psiquiatra, professor adjunto IV do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará, Coordenador do Programa Ambulatório de Ansiedade e Depressão (AMBAD) Brasil

Aprovado em março de 2014

Recebido em agosto de 2013