

INSTITUTO LUTERANO DE ENSINO SUPERIOR DE ITUMBIARA-GO  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

JHENIFFER RODRIGUES SOUZA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO ESPECÍFICO EM PROCESSOS  
CLÍNICOS E PSICOTERAPÊUTICOS II**

Itumbiara  
2022/2



JHENIFFER RODRIGUES SOUZA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO ESPECÍFICO EM PROCESSOS  
CLÍNICOS E PSICOTERAPÊUTICOS II**

Relatório de atividades apresentado  
ao curso de Graduação em Psicologia  
como requisito parcial para aprovação  
na disciplina Estágio Básico II,  
ministrada pelo Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina  
Silva de Novais.

Itumbiara  
2022/2



## **1. INTRODUÇÃO**

O Estágio Específico em Processos Clínicos e Psicoterapêuticos I, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina Silva de Novais, está incluso na matriz curricular do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Luterana do Brasil/ Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara-GO, possui carga horária total de 114 horas, e propõe aos alunos atuação no Centro de Psicologia Aplicada (CPA), através da prática clínica supervisionada.

Possui como objetivo desenvolver no aluno uma postura crítica reflexiva e capacitar o mesmo a partir da abordagem escolhida e das atividades práticas realizadas no CPA e especificamente: Fundamentar a atuação clínica do aluno; proporcionar vivência nas diferentes áreas de atuação do psicólogo, assim como as implicações éticas que norteiam o seu trabalho; capacitar o aluno em intervenções em processos clínicos e capacitação dos alunos na técnica escolhida em suas intervenções.

A parte prática do Estágio Supervisionado ocorreu no Centro de Psicologia Aplicada do curso de graduação em Psicologia do Instituto Luterano de Ensino Superior (ILES/ULBRA) em Itumbiara-GO, criado em 2009, em conformidade com a lei 4119/62, que versa sobre a criação dos cursos de psicologia e dos serviços de Psicologia aplicada nas universidades brasileiras.

A Clínica escola em Psicologia é um dos núcleos do CPA que busca associar o ambiente clínico à uma instituição de ensino. Sua principal função é proporcionar ao aluno a complementação de sua formação ao realizar a prática clínica sob orientação de um professor/supervisor. Objetiva promover ações e procedimentos que possibilitem o ensino e a pesquisa, contribuindo para a formação do aluno ao mesmo tempo em que ele atende à comunidade que precisa desse apoio e não possuem condições para obter, assim a clínica atende a todos gratuitamente englobando núcleos das diferentes áreas da psicologia: Psicologia Educacional, Avaliação Psicológica, Psicologia e Processos Clínicos, Psicologia e Processos de Gestão.

Os atendimentos estão sendo realizados semanalmente, com um tempo de 50 minutos para cada paciente, onde a clínica-escola dispõe de salas de atendimento para que os estagiários as utilizem, além de ter uma sala de atendimento especificamente para o público infantil com um ambiente mais alegre, contendo brinquedos e figuras que remetem um sentimento de acolhimento e aprendizagem para



as crianças. E são de uso restritos aos alunos, vedado a retirada de qualquer material ou prontuário da clínica-escola.

Estes atendimentos semanais estão sendo organizados de acordo com a urgência do atendimento pelo secretário que é o responsável pela clínica-escola. Os estagiários estão sendo orientados pelo professor responsável e pela abordagem escolhida de cada um, desta maneira, o presente relatório terá como foco a abordagem em Teoria Cognitiva Comportamental.

Os clientes escolhidos para cada estagiário são de responsabilidade do secretário mediante a disponibilidade de cada estagiário. É válido ressaltar que os clientes assinam um termo de compromisso, para terem consciência de que serão atendidos por estagiários supervisionados. E que possuem um limite de apenas 2 faltas sem justificativa, ocorrendo isso será remanejado seus atendimentos, e anexados aos prontuários, perdendo assim sua vaga.

Os clientes que frequentam a clínica-escola podem ser de faixa etária divergente, em qualquer fase de desenvolvimento humano, desde a primeira infância até idosos. As pessoas que possuírem menos que 18 anos de idade devem ser acompanhadas pelos responsáveis e tem de estar cientes de que a cada 4 sessões realizadas com o paciente menor de idade, a próxima sessão deverá ser realizada com o responsável para a devolutiva.

Para manter o controle, cada cliente deverá ter um prontuário, para arquivo dos documentos mais importantes devidamente assinados, tanto pelos clientes quanto pelos alunos e seu orientador. Contendo também a evolução clínica dele, com as datas das entrevistas, exames, avaliações, relatórios e descrição de sessão. O aluno deverá se atentar em fazer anotações sempre que for preciso registrar algo específico, de acordo com as orientações de seus supervisores. Não sendo aceitos, prontuários incompletos, não assinados ou com folhas soltas.

Por fim, as supervisões serão feitas semanalmente também, para que sejam discutidos cada caso e suas respectivas intervenções. Estando de acordo com as orientações, os estudos realizados em casa, para uma maior eficácia do aluno em sua atuação. Criando assim autonomia de pesquisa e preparo ao finalizar essa etapa do Estágio.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

No início da década de 1960, por Aaron T. Beck, que desenvolveu uma abordagem psicoterapêutica, inicialmente dada o termo de “terapia cognitiva”, por meio de pesquisas com pacientes deprimidos. Após vários anos de sua formulação, atualmente, é chamada de “Teoria Cognitivo Comportamental”. A mesma consiste em conceitos ou compreensões dos tratamentos com enfoque nas disfuncionalidades cognitivas e comportamentais, sendo adaptada a necessidade de cada paciente. Com isso, os terapeutas visam mudanças cognitivas, modificação dos pensamentos e no sistema de crença do paciente, objetivando uma mudança duradoura nos comportamentos e nas emoções, em um tempo de curta duração com estudos empíricos. (BECK, 2013).

De acordo com, Wright, Basco e Thase (2008, p. 18), a Teoria Cognitivo Comportamental é entendida como:

O modelo básico de TCC é um construto usado para ajudar os terapeutas a conceitualizarem problemas clínicos e implementarem métodos da TCC específicos. Como um modelo de trabalho, ele é propositalmente simplificado para voltar a atenção do terapeuta para as relações entre pensamentos, emoções e comportamentos e para orientar as intervenções de tratamento. (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008, p. 18).

As Crenças Centrais ou Nucleares, são definidas por alguns autores como esquemas cognitivos, sendo, as ideias centrais que cada indivíduo tem em particular e individual da visão sobre si mesmo, desenvolvidas logo nas primeiras etapas de vida, ou seja, na infância. Beck, teoriza três esquemas em relação as crenças nucleares negativas, onde o indivíduo se enquadra em uma delas, ou até mesmo em duas ou três, associando-os como as de desamparo, a incapacidade de ser amado e por último desvalor. (BECK, 2013).

Segundo Beck (2013), Crenças Centrais ou Nucleares, com base na Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), começam a ser desenvolvidas logo na infância. A cerca disso, trabalham-se as ideias e experiências sobre outras pessoas e sua visão de mundo, tomando como verdade muitas vezes o senso de incompetência, sem questionar os seus pensamentos frente a determinadas situações automaticamente, mesmo sendo incorreta e disfuncional, de forma desproposital. Sendo essas crenças nucleares o nível mais fundamental das crenças, tornando-se globais, rígidas e supergeneralizadas, desencadeando os pensamentos automáticos



Cordioli (2008, p. 115) resalta:

Ao contrário dos pensamentos automáticos, que são geralmente passageiros, as crenças são convicções mais permanentes, muitas vezes arraigadas e inflexíveis, que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre o mundo à sua volta ou sobre seu futuro. Quando são mais estáveis e cristalizadas, são chamadas de crenças nucleares ou crenças centrais (CORDOLLI, 2008, p. 115).

Quando falamos sobre pensamentos automáticos, Beck, (2013) nos traz, que não são pensamentos exclusivos de pessoas com sofrimento psicológico, eles são pensamentos que se encaixam em todo e qualquer indivíduo, sendo mais comuns do que se imagina. Por mais que, não tenhamos consciência desses pensamentos na maior parte do tempo, existem meios e treinos para que possamos trazê-los com facilidade para a realidade, com finalidade de uma verificação se esse pensamento é real ou não.

Segundo Caballo (1996, p. 455):

Os pensamentos automáticos provêm de atitudes mais centrais e amplamente disfuncionais. Enquanto se pode ter acesso aos pensamentos automáticos conscientemente, as atitudes disfuncionais têm um caráter mais profundo e podem ser discernidas somente a partir de um padrão de pensamentos automáticos. Estes elementos da terapia cognitiva deveriam ser explicados ao paciente quando for instruído sobre a mesma. (CABALLO, 1996, p. 455).

Pode-se definir ansiedade como a antecipação do perigo, de algo que foge ao conhecimento, caracterizado como um sentimento desestruturado e desagradável de medos irracionais. Torna-se patológico quando são exagerados, interferindo no desempenho das atividades rotineiras e qualidade de vida, causando desconforto e desequilíbrio emocional através de vários estímulos (CASTILHO *et al.*, 2000) .

Seguindo ainda a linha de pensamento dada por Castilho *et al.* (2000), a diferença estabelecida entre a ansiedade normal e a patológica, está ligado em saber diferenciar as reações mediante aos estímulos, sendo de curta ou não duração, autolimitada. Portanto, são sintomas primários para o desenvolvimento de novas condições psiquiátricas como depressões, psicoses, entre outras. Assim sendo, existem casos que o paciente descreve vários sintomas, podendo ser primários da ansiedade ou decorrentes de algum transtorno específico.

Para que possamos entender esses aspectos da ansiedade, Clark e Beck (2014), a ansiedade, em contraste, é um estado emocional complexo, e possui um longa



duração onde que, em sua maioria surge através de algum medo inicial. Como exemplo, pense o seguinte: você poderia sentir-se ansioso ao pensar em visitar amigos porque eles moram em uma casa velha onde pode haver aranhas, ou em ir ao cinema porque o filme pode conter uma cena com aranhas. O medo básico é de encontrar uma aranha, mas você vive em um estado de permanente ansiedade sobre a futura possibilidade de ser exposto a uma aranha. Desse modo, a ansiedade é uma experiência mais duradoura do que o medo em si. Ela é um estado de apreensão e de excitação física em que você acredita que não pode controlar ou prever eventos futuros potencialmente aversivos.

### **1.1 Ferramentas e técnicas para avaliação em Teoria Cognitivo Comportamental.**

Existem meios para que se possa avaliar e corrigir os pensamentos automáticos. Alguns deles são os Registro Diário Dos Pensamentos Disfuncionais (RDPD), no qual, durante as sessões de terapia, usa-se essa técnica com a finalidade de observar e registrar os pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente. O desenvolvimento dos fluxos das ideias considerando acontecimentos recentes. Como, fazer perguntas do tipo, quando e como ocorreu a situação, quais foram os pensamentos automáticos e as distorções cognitivas no momento, quais foram os sentimentos e resultados que ali se manifestaram. Durante a sessões talvez não haja tempo para preencher o RDPD, então, os pacientes podem realizar os registros ao longo do dia, identificando cada etapa do acontecimento e posteriormente discutidos com o terapeuta (CABALLO, 1996).

Outra técnica muito colaborativa é o Método ou Questionamento Socrático (MS), Criado a partir do pensamento dado pelo filosofo grego Sócrates, essa técnica objetiva-se no questionamento na substituição da forma de pensar não-racional induzida pelo medo, até os pensamentos racionais e lógicos da situação. Buscando as evidências que comprovam se, as crenças e os pensamentos automáticos são verdadeiros ou não. Passíveis de identificação pelos objetos, pessoas e lugares, com a necessidade executar algum tipo de evitação ou ritual (CORDIOLI, 2014).

O Procedimento de Dessensibilização Sistemática, deu-se início com experimentos para tratar das respostas de ansiedade. Nas décadas de 70 e 80, houve uma evolução grande a partir da aceitação positiva desse procedimento. Ela consiste em, na extinção ou enfraquecimento da ansiedade através de estímulos de relaxamento,



inibindo os sentimentos que surgem na condição de ansiedade. O paciente é colocado em contato ao vivo ou por visualização induzidas pelo psicoterapeuta, conciliando os exercícios de relaxamento antes da apresentação dos mesmos se tornando constante durante o processo. São apresentados aos pacientes escalas de notas de 0 a 100 para identificar a graduação da ansiedade. (RANGÉ, 2011).

Rangé (2011) ainda diz que, no decorrer de toda a proposta dada pela terapeuta, observa-se como o paciente se comporta, a partir da respiração e respostas corporais, identificando se ainda o mesmo permanece em estado de relaxamento. Mediante a isso, no fim do processo deverá ocorrer o contracondicionamento, em outras palavras, o organismo estará desensibilizado a resposta do estímulo aversivo posto inicialmente. O terapeuta deve-se atentar aos fatos dos estímulos que eliciam as respostas desse paciente sabendo introduzi-las corretamente para que não haja perigo de não ocorrer a dessensibilização ao fim do processo.

Conforme Wright, Basco e Thase (2008), dentro da TCC, o modelo seguido para o interrogatório com o paciente tange à relação empírica colaborativa, com o intuito de auxiliar o indivíduo no reconhecimento e modificação dos pensamentos disfuncionais. Esse interrogatório recebe o nome de questionamento socrático, e consiste em questionar o paciente para elucidar curiosidade e desejo de participar do processo.

Um dos pilares da TCC é a psicoeducação do paciente. Essa técnica busca orientar e educar o paciente acerca de seu próprio papel naquilo que questiona, bem como das consequências dos comportamentos, na elaboração de crenças, valores, emoções e como afetam outras pessoas e a si próprio, agindo como um norteador de sua própria condição psíquica ou física (WRIGHT *et al.*, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Uma das muito utilizadas chama-se “A.C.A.L.M.E-S.E”, onde cada letra da palavra apresenta um significado/um passo a seguir para manejar adequadamente situações consideradas ameaçadoras, como o início de novas sensações físicas, onde: A: Aceite, C: Contemple, A: Aja, L: Liberte, M: Mantenha, E: Examine, S: Sorria, E: Espere. Essa técnica é a chave para lidar com a ansiedade. Ela envolve em um de seus itens o controle respiratório. (RANGÉ, 2008).

Algo que acrescenta muito no modelo de terapia cognitivo comportamental são as tarefas intersessões. Elas são utilizadas para estabelecer uma ponte entre as sessões, adquirir habilidades fora do setting terapêutico, levando o paciente a ter



autonomia sozinha, que afinal é o intuito da abordagem, onde o paciente se torna o seu próprio terapeuta. (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Por fim, como diz Wright, Basco e Thase (2008), a abordagem possui também conhecimentos da descatastrofização, pois é muito comum entre vítimas de ansiedade e depressão as previsões catastróficas sobre o futuro. O medo que envolve essas previsões as vezes tem suas razões, sendo assim pode-se trabalhar maneiras para enfrentar os possíveis acontecimentos temidos caso tornem-se reais. Utiliza-se também a chamada “Parada de pensamento” ou “STOP de pensamento”, que treina o cliente a interromper um pensamento negativo e substituí-lo por um positivo, adaptativo e mais funcional. Essa técnica é muito utilizada para o tratamento de ansiedade e fobias mas pouco funciona para o tratamento de TOC por exemplo.

### **3. O CASO CLÍNICO**

#### **3.1. Dados do paciente**

Nome: J. M.

Idade: 8 anos.

Escolaridade: Ensino Fundamental

Sexo: Masculino

Trago pelos pais do paciente J.M, que estava demonstrando tristeza, nunca conversou muito, perde a paciência muito fácil, em especial com seu irmão mais novo, ppor vezes chega a chorar de nervoso. Seus pais possuem grandes dificuldades para chamar sua atenção, pois não lida bem com o “não”, e gosta de brincar sozinho com um homenzinho pequeno de brinquedo, que fica na casa de sua avó materna, moradora de fundo da residência do paciente.

Socialmente, o paciente não interage com as pessoas que estão a sua volta, e não utiliza a função da fala verbal para se comunicar, já em casa com os pais a avó e os irmãos, ele possui mais facilidade de verbalização. Uma das dificuldades apresentadas é a de não querer ir para escola mais, está desanimado e receioso.



Alguns medos que deixam o paciente acuado também foram relatados, em geral estão ligados á barulhos muito altos, como: moto passando na rua, trovões e foguetes.

J.M, é o segundo filho de 3 irmãos, o primeiro com 4 anos de idade, J.M com 7 anos e o mais velho com 16 anos. Mora com seu pai, sua mãe, os irmãos e sua avó materna.

Sempre foi uma criança reservada, quieta, que não tem facilidade de interação social, nunca gostou de ir à escola e nem de fazer amizades, seus únicos amigos são seus irmãos, por isso os pais sempre tiveram dificuldades até mesmo em sair para passeios. Não gosta de ficar em aparelhos eletrônicos, no máximo jogar um video game individual. Sempre teve muito medo barulhos altos.

Foi relatado que J.M. gosta muito de movimentar e brincar com as mãos, e fazer sons verbalmente, e de brincar com um homenzinho de brinquedo que joga para cima e para baixo. O paciente teve também muita dificuldade em lidar com o controle dos esfíncteres, não fazia sem fralda em hipótese alguma até meados 5 para 6 anos de idade.

Começo a falar antes dos 12 meses de vida, mas com o tempo houve uma redução falando apenas poucas palavras. O paciente, possui grandes dificuldades na fala, troca as letras R pela letra L, porém sabe relatar fatos em sequência.

Suas atividades psicomotoras são relativamente boas, sabe dar laços, abotoar, pintar, pular corda, mas possui dificuldades em cortes e colagens. Não anda de bicicleta sem rodinhas porque tem medo, recentemente ganhou patins, mas tem medo também e não anda. Foi relatado que a criança possui um modo peculiar no jeito de correr, nas palavras da mãe “ele corre meio estranho”. Gosta muito de ir em fazendas, em lagos, e em um parquinho específico na fazenda que o avô paterno possui.

O paciente se mostra muito carinhoso com mãe e a avó, relata seus sentimentos mesmo sem que o perguntem. Já seu relacionamento com o pai é um pouco mais distante. Com seus irmãos, do mais novo sente ciúmes, e o mais velho ele possui um grande respeito. Com os demais parentes, não há interações significativas, menores ainda durante a pandemia, fazem visitas nos finais de semana na casa dos avós, e vão a missa aos domingos pela manhã.

Recentemente iniciou uma série de exames, para saber se o paciente, está com puberdade precoce ou alguma incoerência na glândula adrenal. Nunca teve reações a vacinas ou à algum fármaco.



Com as queixas apresentadas pelos seus tutores e através da observação feita nas sessões de psicoterapia e no ambiente escolar que paciente está inserido, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), foi levantada a hipótese que J.M no momento poderia se encaixar dentro dos Transtornos de Ansiedade, mais específico o Mutismo Seletivo associado ao Transtorno de Ansiedade Social, ou Transtorno do Espectro Autista. Para apoiar essa suposição, está sendo realizado o diagnóstico diferencial, do qual já foram descartados: Transtorno da comunicação, Transtornos do neurodesenvolvimento e esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas iniciais com os pais, a primeira apenas com a mãe do paciente iniciando a anamnese, e a segunda com o pai e a mãe finalizando a anamnese. Realizou-se 14 encontros com a criança, feitos semanalmente durante o semestre, que serão descritos a seguir.

Posteriormente, se ajustando à hipótese, cada sessão foi pensada de acordo com a demanda inicial, tentando trabalhar as questões que mais traziam sofrimento ao paciente, a fim de desenvolver as habilidades sociais, e suas próprias limitações. Contando não só com a ajuda familiar, mas também com a colaboração da escola no ambiente acadêmico para um melhor resultado.

Os resultados alcançados com o paciente até o momento são significativos, partindo das dificuldades observadas nas primeiras sessões e da sua evolução até a última. Conseguimos uma maior interação e interesse pelas atividades dentro e fora da sala de psicoterapia, sua comunicação verbal melhorou, visto que não tinha dificuldades notórias anteriormente. As habilidades em exercitar as tudo que era proposto, assim por consequência suas relações sociais ficaram melhores e mais funcionais.

### **3.2. Dados do paciente**

Nome: P.L.

Idade: 7 anos.

Escolaridade: Ensino Fundamental

Sexo: Masculino



Foi trago pela mãe que o paciente P.L., estava demonstrando dificuldades em ouvir as professoras, se mostra muito impaciente na escola e não consegue concluir suas atividades, quer fazer tudo ao mesmo tempo e sozinho. Muito agitado e disperso. Relatou também que estava fazendo muitas perguntas sobre o pai, e ela não sabia como responder, então mudava de assunto bruscamente. O paciente possui um video game e jogos no celular da mãe, e estava ficando muito em embos, único momento em que o paciente permanecia concentrado em algo.

Fora de casa e da sua sala de aula, o paciente se mostra muito tímido, sempre se mantém com a cabeça baixa, e fala sussurrando com as mãos juntas na frente do corpo. Há uma discrepância em seus comportamentos. P.L é uma criança muito vaidosa, sempre gosta de estar bem arrumado e cheiroso.

P.L, é o filho mais novo, tem apenas um irmão de 10 anos, mora com ele e sua mãe apenas. Com o tempo foi ficando cada vez mais agitada e muito curiosa, começou a se desenvolver bem cedo e andou muito rápido. Sua mãe é divorciada desde que ele tinha 2 anos de idade. E não possui contato com o pai.

Suas atividades psicomotoras são relativamente boas, sabe, pintar, e realizar cortes, mas possui dificuldades em se manter em equilíbrio, anda apenas correndo e pulando do chão, não fixa em um objeto, ao mesmo tempo que está pintando já está procurando um jogo ou fazendo perguntas totalmente contrárias umas das outras.

Gosta muito de video game e jogos, todo o tempo que está em casa está jogando, seja sozinho, com um amiguinho ou com o irmão mais velho. A mãe possui muita dificuldade em impor limites, o paciente é muito insistente. O paciente se mostra bem apegado com a mãe, recentemente com o irmão não muito. Fisiologicamente o paciente está tudo dentro da normalidade.

Com as queixas apresentadas pela sua tutora e através da observação feita nas sessões de psicoterapia e no ambiente escolar que paciente está inserido, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), foi levantada a hipótese que P.L. no momento poderia se encaixar dentro do Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Para apoiar essa suposição, está sendo realizado o diagnóstico diferencial.

Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas iniciais com a mãe, preenchendo a anamnese. Realizou-se 13 encontros com a criança, feitos semanalmente durante o semestre.



Posteriormente, se ajustando à hipótese, cada sessão foi pensada de acordo com a demanda inicial, tentando trabalhar as questões que mais traziam sofrimento ao paciente, a fim de desenvolver as habilidades sociais, e suas próprias limitações. Contando não só com a ajuda familiar, mas também com a colaboração da escola no ambiente acadêmico para um melhor resultado.

Os resultados alcançados com o paciente não está sendo rápido, porém muito efetivo. De acordo com o desenvolvimento das sessões e os feedbacks tragos pela mãe do paciente, seu comportamento no ambiente escolar está melhorando gradualmente, assim como nas sessões de psicoterapia, o paciente já inicia sozinho a técnica de relaxamento e se mantém mais firme.

Quando a sua timidez em público, ainda estamos analisando as hipóteses e estratégias para melhorar, contudo, houve uma evolução em sua comunicação direta com outras pessoas ao seu redor.

### **3.3. Dados do paciente**

Nome: K

Idade: 7 anos.

Escolaridade: Ensino Fundamental

Sexo: Feminino

Foi relatado pela avó da paciente que atualmente é a tutora oficial onde, a criança estava apresentando sintomas de tristeza profunda. Dificuldades para se alimentar e muito calada. Também a questão da família da mãe querer a guarda da paciente, por isso estão passando por um processo judicial. A paciente vai para a família materna de 15 em 15 dias e como foi relatado pela mesma, ela “odeia” ter que ir para lá.

K, não teve contato com sua mãe biológica pois a mesma estava detida em regime fechado. Já o pai, com os mesmos problemas foi solto e não tem contato com a filha, já está com outra família. Sua avó e seu avô que faleceu de COVID tem 1 ano, foi quem a criou.

A paciente gosta de ficar com a avó paterna da qual a chama de mãe, e está com medo que a obriguem a ficar com a família materna, do qual precisa ser analisado mais a fundo a questão de alienação parental pela avó materna, que atualmente ainda



não elaborou o luto pelo esposo, e a paciente também não possui suporte quanto a isso, por visivelmente tenta amparar a avó.

K, gosta de músicas e possui alguns amigos na escola, que vez ou outra deboçam dela e ela se sente mal sem conseguir revidar. Uma criança amorosa, cuidadosa e atenciosa. Possui dificuldades com leitura e escrita, porém extremamente funcional e acertiva.

Com as queixas apresentadas pela sua tutora e através da observação feita nas sessões de psicoterapia e no ambiente escolar e familiar que a paciente está inserida, foi levantada a hipótese que K, no momento está passando por uma tristeza mediana, e precisa de explicações concretas sobre tudo que está acontecendo em sua vida, pois nota-se que ela fica perdida, com os fatos da mãe biológica. Dando atenção ao luto que está passando pelo seu avô do qual era muito apegada e também não possui suporte para essa elaboração.

A paciente não possui nenhuma patologia, e se encontra em perfeito estado até momento. São sugestionados exames periódicos visto o vício que a mãe possuiu durante a gravidez.

Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas iniciais com a mãe, preenchendo a anamnese. Realizou-se 12 encontros com a criança, feitos semanalmente durante o semestre.

Posteriormente, se ajustando à hipótese, cada sessão foi pensada de acordo com a demanda inicial, tentando trabalhar as questões que mais traziam sofrimento ao paciente, a fim de desenvolver as habilidades sociais, a dificuldade em lidar com o luto do avô, e suas próprias limitações. Contando não só com a ajuda familiar, mas também com a colaboração da escola no ambiente acadêmico para um melhor resultado.

Contudo, a avó em seu excesso de cuidado e medo de perder a guarda da neta, está começando a trazer muitos prejuízos para o processo. Um ponto de alerta e cautela.

Até o momento com muito cuidado, foram trabalhadas as questões da paciente sobre a tristeza, em como ela entende esse sentimento, a forma como demonstra e sente. Para que ela possa ter um repertório satisfatório ao ponto de não evoluir para algo mais grave. Sendo de extrema importância ela entender ao certo tudo que acontece com ela, e todo o processo. Durante as sessões os objetivos foram bem trabalhados e conseguiu-se um resultado positivo até o momento, com mais abertura e vínculo do paciente em conseguir se expressar e falar sobre os conflitos e dúvidas internas.



### 3.4. Dados do paciente

Nome: M

Idade: 24 anos.

Escolaridade: Graduação Incompleta

Sexo: Feminino

Nas entrevistas iniciais foram relatados pela paciente que estava com dificuldades em lidar com as atividades mais simples da rotina. Sente medos intensos, tem medo de dormir porque pensa que pode não acordar, de viagens por medo de acidente, dificuldade em manter a cabeça organizada e focada no que precisa, como exemplo trabalho e em casa e problemas familiares, específico com o pai e a irmã.

Mora com seu pai, sua mãe e sua irmã mais nova de 19 anos. Atritos recorrentes com o pai, ambos perdem a paciência com frequência um com o outro e sempre geram grandes atritos. Com a irmã, se coloca muitas vezes no lugar de "mãe" e isso acaba gerando desconfortos e confrontos. Com a mãe sua relação é tranquila.

Teve uma infância tranquila e bem regrada, seu pai viajava muito então ficava mais com a mãe, e era sempre amparada pela mesma. Não possui muitos amigos e não gosta de sair de casa, apenas sai com seu namorado que mora em outra cidade, e possuem uma boa relação. Gosta de ficar em casa, e demonstrou muito interesse em retomar seus estudos acadêmicos, mas não possui rotina e nem consegue se organizar para tal.

A todo momento em sessão, a paciente sempre chegava do mesmo modo, cabelo preso um pouco bagunçado, camiseta larga branca, bermuda e chinelo, sem maquiagem alguma. Sempre muito desconfiada e apreensiva. Seus relatos eram cheios de dados e detalhes em cada situação que contava, não demonstrou nenhuma anormalidade temporal. Em algumas situações informadas, no momento do acontecimento ela pensava o que podia fazer ou dizer, mas passava mal e não agia, logo em seguida se sentia mal por não ter feito o que queria de fato.

Não é uma pessoa afetiva, possui características altas de introversão. Não possui nenhuma doença fisiológica. Passou por psiquiatras e faz uso de medicações antes da tarde para estabilizar o humor.

Através das discussões, nota-se um Transtorno Fóbico, e Transtorno de Ansiedade Generalizada. No qual a paciente possui extrema dificuldades em lidar.



Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas iniciais para entender o histórico da paciente. Em seguida, iniciamos algumas estratégias de enfrentamento e Regulação Emocional bem como, cartões de enfrentamento, registros de pensamentos, e exposição gradual aos estímulos aversivos que lhe causavam desconforto, técnicas de respiração para os momentos estressores. Posteriormente, se ajustando à hipótese, cada sessão foi pensada de acordo com a demanda inicial, tentando trabalhar as questões que mais traziam sofrimento ao paciente, a fim de desenvolver as habilidades sociais, e suas próprias limitações.

Durante todo o processo, a paciente não se mostrou tão empenhada em praticar as atividades propostas, contudo, houve avanços satisfatórios com relação aos seus comportamentos de enfrentamento das dificuldades, como por exemplo, em casa com o pai, e no trabalho.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Estágio pautado em processos Clínicos e Psicoterapêuticos trouxe muita aprendizagem. Vivenciar a clínica é uma experiência ímpar, onde se obtém muito conhecimento através da prática. Conhecer cada um dos clientes, suas queixas e demandas, agregou muito para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

No início, foi mais complicado, visto que era uma experiência nova, carregada de medo, angústia, porém esses sentimentos e emoções se dissolveram em meio aos resultados positivos e evoluções alcançados com o passar do tempo.

#### **5. IMPRESSÕES PESSOAIS**

Ao iniciar os atendimentos clínicos fizeram-se presentes sentimentos e emoções consideravelmente negativos como medo, ansiedade e nervosismo, que foram modificados a medida que vieram as orientações, os feedbacks positivos, os retornos dos clientes e até mesmo a autoconfiança nas atividades desenvolvidas. Alguns casos trouxeram mais realização pessoal, ao passo que outros fizeram surgir dúvidas sobre a vontade de seguir na área clínica da Psicologia.

Foi difícil, desafiador, trabalhoso mas cada feedback compensou os momentos de estudo, leitura, as emoções e toda a dedicação para que o resultado pudesse ser o melhor. Esses feedbacks vieram como resposta para todo o esforço. Os resultados e



mudanças obtidas com as sessões e técnicas utilizadas foram positivas, então alguns pacientes continuam em atendimentos e outros receberam alta.

## **6. AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES**

Foram desenvolvidas várias atividades ao longo do estágio, dentre elas estão a utilização de técnicas condizentes com a abordagem escolhida: TCC, orientações/supervisões, leitura de livros sobre estrutura de sessão na TCC e também de técnicas da abordagem, além de cartilhas e PDFs com outras técnicas orientadas pela professora.

Foi muito enriquecedor utilizar as técnicas que permitem a alteração de pensamentos automáticos e padrões de pensamentos, além da carta não enviada, onde o Cliente entra em contato com as próprias cognições de forma mais racional e também o controle respiratório juntamente com a técnica acalme-se para trabalhar a ansiedade que acabou sendo a queixa mais recorrente dos processos. A cada atividade em que os pacientes se empenhavam em fazer e que geravam resultados positivos, eram muito satisfatórios.

## **7. AVALIAÇÃO CRÍTICA DO DESEMPENHO PESSOAL**

Acredito que tive um bom desempenho, considerando e avaliando os resultados. Houve muita dedicação e entrega pessoal para conquistar autoconfiança, aliviar a ansiedade e seguir em frente. Os elogios, feedbacks, desfechos mostram com clareza que o trabalho foi desempenhado com excelência. Saio feliz e grata, pronta para enfrentar os próximos desafios que a Psicologia proporcionar.



## 8. REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CABALLO, Vicente E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 1996.

CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHRC, Fernando R; MANFROD, Gisele G. **Transtornos de ansiedade**. *Rev Bras Psiquiatria*, 2000; 22 (Supl II):20-3. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf>. Acessado dia 11 de outubro de 2022.

CLARK, David A.; BACK. Aaron T. **Vencendo A Ansiedade A Preocupação Com A Terapia Cognitivo Comportamental**. – Porto Alegre: Artmed Editora S.A 2014.

CORDOLI, Aristides V. **Vencendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo: para pacientes e terapeutas**. - Porto Alegre: Artmed Editora S.A 2014.

NOGUEIRA, C. A.; CRISOSTOMO, K. N.; SOUZA, R. S.; PRADO, J. M. A **importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática**. Disponível em: <<http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190/211>>. Acessado dia 11 de outubro de 2022.


RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2º Ed. Artmed Editora S.A., 2011.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental: Um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2008.




## 6. ANEXOS

### 6.1 Horas de Prática em Campo



**CENTRO DE  
PSICOLOGIA APLICADA**  
ILES/ULBRA Itumbiara-GO



---


CONTROLE DE HORAS DO ESTÁGIO				
Disciplina: <i>Psiquiatria Específica em Processos clínicos e Psicopatologia II</i>				
Professor: <i>Ana Cristina Silva de Moraes</i>				
Período: <i>9º</i>	Ano letivo: <i>2022/2</i>	Carga horária Prevista: <i>184h</i>	Número créditos: <i>6</i>	
Carga horária total realizada: <i>103h</i>	Aluno (a): <i>Theriffer Rodrigues Souza</i>			
HORAS DE ATENDIMENTO / PRÁTICA EM CAMPO				
Data	Carga horária	Atividades Realizadas	Ass. secretária / resp. campo	Assinatura do Supervisor
<i>24/08/2022</i>	<i>6h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>24/08/2022</i>	<i>1h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>31/08/2022</i>	<i>5h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>31/08/2022</i>	<i>2h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>09/09/2022</i>	<i>5h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>09/09/2022</i>	<i>2h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>14/09/2022</i>	<i>6h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>14/09/2022</i>	<i>1h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>21/09/2022</i>	<i>7h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>28/09/2022</i>	<i>7h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>05/10/2022</i>	<i>7h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>12/10/2022</i>	<i>7h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>26/10/2022</i>	<i>7h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>03/11/2022</i>	<i>5h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>03/11/2022</i>	<i>2h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>16/11/2022</i>	<i>6h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>16/11/2022</i>	<i>1h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>20/11/2022</i>	<i>6h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>23/11/2022</i>	<i>1h</i>	<i>Estudo de caso</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>04/12/2022</i>	<i>1h</i>	<i>Atendimento clínico</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
Total horas (por ficha) = <i>36</i>				
ASSINATURA DO ALUNO: <i>Theriffer Rodrigues Souza</i>				




[illegible]



## 6.2 Horas de Preparação e Organização de Prontuários.



**CENTRO DE  
PSICOLOGIA APLICADA**  
ILES/ULBRA Itumbiara-GO



CONTROLE DE HORAS DO ESTÁGIO			
Disciplina: <i>Exatidão diagnóstica em pacientes com transtornos de ansiedade II</i>			
Professor: <i>Ana Cristina Silva de Sousa</i>			
Período: <i>9º</i>	Ano letivo: <i>2022/2</i>	Carga horária Prevista:	Número créditos: <i>6</i>
Carga horária total realizada:	Aluno (a): <i>Jennifer Rodrigues Souza</i>		
HORAS DE PREPARAÇÃO/ ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS ( Adaptar a ênfase)			
Data	Carga horária	Atividades Realizadas	Assinatura do Supervisor
<i>18/08/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>26/08/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>02/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>06/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>11/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>19/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>24/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>29/09/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>02/10/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>08/10/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>15/10/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>21/10/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>27/10/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>03/11/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>12/11/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>22/11/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>28/11/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>01/12/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>05/12/2022</i>	<i>30 min</i>	<i>Preparação e leitura</i>	<i>[Assinatura]</i>
Total horas (por ficha) = <i>9,5</i>			
ASSINATURA DO ALUNO:		<i>Jennifer Rodrigues Souza</i>	



### 6.3 Horas de Supervisão

[illegible]