



JOCIELLI ESTEVÃO DA SILVA

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO ESPECÍFICO IV
ESTÁGIO CLÍNICO**

**Sinop/MT
2025**

JOCIELLI ESTEVÃO DA SILVA

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO ESPECÍFICO IV
ESTÁGIO CLÍNICO**

Trabalho referente ao estágio supervisionado, desenvolvido no CEAPP, no segundo semestre do ano letivo 2025. Sob supervisão da professora: Margelli Brand

**Sinop/MT
2025**

1. Introdução

A psicoterapia é caracterizada como uma prática científica voltada para a compreensão do inconsciente, dos conflitos internos e da subjetividade do indivíduo, segundo Freud grande parte do sofrimento humano está enraizado em conteúdos inconscientes, desejos reprimidos, traumas, fantasias e conflitos que não são acessíveis à consciência direta. Sendo assim, o processo de análise terapêutico psicanalítico visa trazer à luz a esses conteúdos por meio da fala, dos sonhos, dos lapsos e da transferência, reconhecendo que o sofrimento psíquico é multifacetado. Com base nos estudos clássicos de Freud, a psicanálise é fundamentada pela associação livre: onde o paciente é convidado a falar livremente e espontaneamente, sem censura, permitindo que o inconsciente se manifeste, sem ideias ou hipóteses sugeridas pelo analista. Atenção flutuante: onde a escuta permite captar sentidos latentes e os movimentos transferenciais. Transferência: neste caso o paciente faz projeções no analista de afetos, fantasias e padrões relacionados em experiências passadas. Contratransferência: são as reações emocionais do analista diante do paciente, quando bem elaboradas, tornam-se ferramentas significativas para compreensão de conteúdos inconscientes. Repetição e elaboração: onde o paciente tende a repetir padrões inconscientes no discurso e na relação com o analista.

O estágio específico clínico desempenha um papel fundamental na formação acadêmica do psicólogo, tendo como objetivo a integração da teoria e da prática, usando conceitos de abordagens da psicanálise, o desenvolvimento de habilidades clínicas através da escuta ativa, produção de documentos como relatórios e prontuários e estudos de caso. E principalmente o desenvolvimento de autonomia e empatia. Na Fasiclin (clínica escola) o acadêmico tem a liberdade de escolha, no qual a abordagem teórica se alinhe melhor ao seu perfil, podendo optar por abordagens com foco na Terapia Cognitivo Comportamental, Psicanálise ou Abordagem Humanista.

Segundo Ribeiro (2013) a evolução da psicoterapia etimologicamente, psicoterapia (do grego *therapeía*, *therapeuein*) significa “cura, iniciação, método, ato de curar, tomar conta”, assim, entre outros significados, psicoterapia seria “cura da alma”.

Sendo assim a psicoterapia, revelada por Freud revela uma busca constante por compreender o sofrimento humano, a sua subjetividade, integrando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, para Freud a psicoterapia é também a compreensão de como este indivíduo ocupa seu lugar no mundo e lida com suas relações. A psicoterapia

contemporânea combina técnicas e práticas integrativas com foco na diversidade e cultura, buscando ampliar seu acesso. (RIBEIRO, 2013)

De modo a ampliar a variedade de contextos de aprendizado no estágio e agregar no desenvolvimento profissional, o estágio no campo externo (caso aplicável) Ted Horse Centro Hipico de Sinop, tem como objetivo acompanhar as atividades terapêuticas mediadas por cavalos dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, contribuindo para o desenvolvimento de indivíduos com necessidades especiais biopsicossocial, emocionais e cognitivos e sua reintegração na sociedade. O local é de amplo espaço interno e externo com equipe multiprofissional, incluindo Fisioterapeutas, Psicólogos e assistentes que atuam no auxílio dos praticantes no momento das atividades.

Do ponto de vista emocional e psicológico a equoterapia contribui para o fortalecimento da afetividade, vínculo simbólico com o cavalo, além de motivar o praticante a superar seus próprios limites, promovendo autonomia e superação pessoal. Além disso essa percepção influência favorecendo para efeitos positivos que impactam a vida cotidiana do praticante. (INDALÉCIO; SILVA; GUSMÃO, 2018)

Este relatório tem como objetivo relatar as experiências do estagiário durante seu Estágio Clínico na Fasiclin (clinica escola) e campo externo (TedHorse Centro Hípico de Sinop).

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

Nome Completo: Jocielli Estevão da Silva

Número da Matrícula: 59401

Endereço: (Rua Málaga nº 175, Edifício villa Barcelona, Jardim Barcelona II. Sinop MT)

3. LOCAL E CONDIÇÕES NAS QUAIS O ESTÁGIO ACONTECEU:

Área de Estágio: Estágio Específico IV

Local do Estágio 1 (Nome da Organização, endereço, telefone, ramal): Centro de Atendimento e pesquisa em Psicologia (CEAPP, Av. Magda de C. Pissinatti, 69 - Residencial Florença, Sinop – MT- Cep: 78898-000, (66) 3517-1320, (66) 98430-0288)

Local do Estágio 2 (Nome da Organização, endereço, telefone, ramal): Ted Horse Centro Hípico de Sinop. (Condomínio de chácaras Nanci, chácara 68 Nilza – Núcleo Colonial Celeste, Sinop -MT, 78559-899)

Nome da supervisora do local de estágio: Margelli Brand - **Coordenadora:** Carla Suligo de Araújo

Período de Estágio: 160 horas

Data de Início e término do Estágio Supervisionado na teoria/prática: 20/08/2025 Término:
10/12/2025

Carga horaria semanal: 8 horas

Turno - Dias - Horário de Estágio: Vespertino, quarta feira 14:00 às 17:00hs/ Vespertino
quinta feira 14:00 às 18:00hs, matutino, sexta feira 08:00 às 11:00hs.

4. Revisão Teórica:

4.1 Psicanálise

Sigmund Freud, fundador da Psicanálise (1856-1939) nasceu em Freiberg República Tcheca, ingressou na faculdade de Viena em 1873 para estudar medicina se formando como médico em 1881. Freud sempre mostrou sempre um profundo interesse pela neurologia, que foi uma das iniciativas para sua carreira posterior, no início da carreira trabalhou no hospital geral de Viena e aperfeiçoou seus estudos em Paris, na abordagem de histerias e hipnose juntamente com Jean Martin Charcot que utilizava hipnose para tratamento de pacientes histéricos. Ao retornar para Viena Freud atuou juntamente com Josef Breuer onde atuavam com tratamentos de pacientes histéricas utilizando a famosa cura pela fala um método de hipnose onde o paciente acessava suas experiências traumáticas. Um dos casos mais famosos de Freud que foi uma das inspirações para a psicanálise foi o de Anna O onde sua melhora no tratamento inspirou Freud na elaboração do livro “Estudos sobre Histeria”. Desde então Freud passou abandonar a hipnose e a estruturar a teoria psicanalítica desenvolvendo a técnica da associação livre, onde o paciente pudesse se expressar livremente. (RIBEIRO, 2013)

Dentro deste contexto Freud passou a compreender que o afeto e trauma psíquico eram fatores constitutivos da neurose, para Freud as neuroses traumáticas a causa em si da doença não era especificamente o dano físico em si e sim o impacto emocional do acontecimento que ocorria com o sujeito, o afeto do susto. Ou seja, o sintoma neurótico era uma expressão simbólica de um conflito interno mal elaborado. (SILVA, 2019)

Freud introduziu a associação livre como técnica fundamental da psicanálise, onde o paciente deveria dizer tudo o que lhe viesse à mente, sem censura. “agora, o paciente escolhia, a cada sessão, o tema a ser tratado dentre o que mais lhe preocupava, tomando o que lhe aparecia como mais sensível na superfície do seu inconsciente e realizando então as associações livres” dentro desta percepção o paciente traz à sessão o que lhe causa maior impacto emocional, ou seja o que está mais próximo da consciência, mas ainda carregado de sentido inconsciente. (SILVA, 2019)

Com relação ao o inconsciente, este para Jung é constituído por tudo aquilo que ignoramos, formados por conteúdos reprimidos ou esquecidos da experiência individual, ou seja, tudo aquilo que não está de certa forma presente no campo consciente de um sujeito. Sendo assim para Jung o inconsciente traz conceitos amplos e bem complexos, onde o inconsciente não é apenas visto como um depósito de conteúdos recalçados e reprimidos e sim um sistema

vivo e orientador. O inconsciente é ao mesmo tempo inexaurível, onde possui funções compensatórias capaz de influenciar pensamentos, sentimentos, e emoções, assim como influenciar de maneira significativa comportamentos. Nesse caminho ocorre a integração e desenvolvimento da personalidade de um indivíduo. Onde o inconsciente é compreendido como um espaço capaz de promover equilíbrio, autorrealização e promover crescimento emocional e psicológico. De certo modo a abordagem Junguiana busca estabelecer um vínculo e diálogo entre consciente e inconsciente. (SÓCRATES, Brasília DF)

Ao percorrer o conceito Freudiano, Jung descrevia que o inconsciente coletivo estava predominantemente ligado a fonte de imagens e arquétipos que orientavam o crescimento de uma sociedade, sendo o inconsciente é comparável a própria natureza, presente em todos os seres e não apenas em humanos. Esta concepção leva a compreender que o inconsciente é um patrimônio psíquico universal que nos liga a todas as gerações passadas, no qual todo sujeito compartilha padrões psíquicos específicos e fundamentais, os arquétipos. Para Jung o inconsciente é capaz de organizar e dar forma aos acontecimentos exteriores, que orienta o desenvolvimento do ser, influenciando religiões, cultura e crenças. (GORRESIO, 2017)

Segundo Julien (2008) antes da revolução e surgimento da modernidade, o indivíduo achava respostas fáceis com base na cultura ou comunidade religiosa no qual pertencia, dessa forma Freud abordou a religião de forma mais crítica e complexa como sendo um fator psicológico e cultural que revela muito sobre a psique humana. Freud descrevia a religião como uma ferramenta de consolo onde o indivíduo buscava de certa forma a lidar com suas angustias existenciais, ou seja, uma forma de satisfazer o desejo inconsciente, Freud interpretava a religião como uma ilusão coletiva, muitas vezes comparada a repressão. Para Freud o excesso de religião poderia manter o indivíduo em estado de dependência emocional. Já para Jung a visão de religiosidade se baseava na integração contribuindo para o processo de individuação do indivíduo. Atualmente psicanalistas reconhecem que ambas com suas diferenças e divergências, religião e psicanálise podem atuar de forma simbólica buscando dar sentido ao sofrimento do indivíduo, compreendendo a experiência espiritual como função integradora deste indivíduo.

4.2 A psicoterapia e a relação paciente /psicoterapeuta

A psicoterapia e a relação psicoterapêutica são essenciais para manter um processo bem estruturado e estratégico de modo a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de um paciente oferecendo o auxílio necessário à sua saúde mental, compreendendo seus sentimentos, emoções e comportamentos, e contribuindo para uma melhor reflexão de seus conflitos internos e externos. Sendo assim a psicoterapia promove equilíbrio emocional, autoconhecimento e auto

aceitação. Contribuindo satisfatoriamente para a resolução de conflitos e de uma certa forma capacitando o indivíduo para lidar de forma mais equilibrada com os desafios do dia a dia. Na psicanálise a relação paciente e psicoterapeuta, é baseada através da transferência e contratransferência, onde contribui para os processos de liberação de conteúdo inconscientes. Essa relação favorece um setting terapêutico empático, onde o terapeuta busca compreender e validar a experiência interna do paciente, e desenvolve um ambiente seguro, com espaço aberto para escuta ativa, onde o paciente possa se expressar de forma livre sem julgamento. Esse vínculo é um fator prescindível de sucesso terapêutico. (RIBEIRO, 2013)

Segundo Ribeiro (2013) a relação terapêutica se baseia no contato interpessoal, intrapessoal e transpessoal. Intrapessoal: porque promove um encontro entre terapeuta e paciente em um processo de diálogos e trocas simbólicas através de escuta ativa.

Intrapessoal: porque o processo de escuta, transferência e contratransferência mobiliza conteúdos internos e inconscientes do paciente e terapeuta, trazendo os conflitos a um processo de autorreflexão.

Transpessoal: Onde transcende o eu individual. Onde existe uma conexão e compreensão de algo maior em um sentido mais amplo.

Na relação terapêutica, é importante frisar que o terapeuta tem um papel mais determinante e significativo do que a teoria em si. A teoria é apenas uma base que atua como guia para conduzir intervenções e atividades que facilitem a mudança e os objetivos do paciente. Sendo o terapeuta responsável por se capacitar pessoal e profissionalmente respondendo de forma adequada e ética as experiências e reações do paciente de modo a garantir mudanças mais consistentes. É um processo que envolve mudanças contínuas para se atingir o pretendido. (WITTER, 2014)

4.3 Transferência e Contratransferência

Freud observou em seus pacientes durante os atendimentos que grande parte dos eventos reprimidos estavam relacionados a experiências sexuais traumáticas. Onde a energia recalçada se transforma em sintomas que funciona como mecanismos de defesa ou defesa psíquica, manifestando de forma simbólica ou inconsciente. Neste contexto a transferência entra como um impulso para tais fantasias e desejos que são despertadas, ou seja, revividas e tornadas conscientes durante o progresso na análise, funciona como repetição simbólica de experiências e sentimentos do passado. A transferência ela permite que estes aspectos inconscientes se tornem acessíveis durante o processo de análise, para que de fato o terapeuta possa interpretar de forma cuidadosa e facilitar para o paciente o processo de mudança. O paciente ao expressar em palavras o que vivenciou, ele se livra dos sentimentos e bloqueios que

estão ligados. Exemplo: “um paciente que expressa sentimentos de raiva ou magoa a sua mãe pode inconscientemente projetar essa raiva e magoa ao terapeuta, contribuindo para a interpretação clínica. (PALHARES, 2008)

Na contratransferência o psicanalista como ser em sua subjetividade também tem sentimentos, pensamentos e comportamentos que são baseados em suas experiências passadas. De certo modo a contratransferência quando ela é compreendida pelo terapeuta pode servir como uma ferramenta significativa para entender o que de fato se passa no mundo interior e inconsciente do paciente. Ela é uma resposta emocional do terapeuta as projeções do paciente. Essa relação entre transferência e contratransferência pode gerar sentimentos de simpatia como também de frustração ou irritação, sendo primordial o terapeuta reconhecer e manter a objetividade do tratamento evitando prejudicar a relação terapêutica. (PALHARES, 2008)

Segundo Ribeiro (2013) dentro deste contexto, Freud atribui também os movimentos inconscientes de transferência e contratransferência como uma manifestação possível de resistências ao tratamento, onde o desejo do paciente sobretudo em razão de seu medo, ou trauma é desviar a atenção do terapeuta de seu sintoma. Esse movimento de conteúdo recalçado e resistência pode se atenuar como um enfrentamento no setting terapêutico.

4.4 Mecanismos de defesa do “eu”

Os mecanismos de defesa são recursos muitas vezes utilizados de forma inconsciente pela mente, para se proteger de tensões, conflitos e angustias. Parte dos comportamentos da vida cotidiana de um indivíduo se apoia nesses mecanismos de defesa. Embora alivie a dor por um instante os mecanismos de defesa quando não refletidos e trabalhados de forma equilibrada, na aceitação e psicoterapia podem reforçar os sentimentos de inadequação, contribuindo para o retraimento limitando a possibilidade de se encarregar da própria realidade. (RIBEIRO, 2013)

Segundo Baptista (2007) os mecanismos primitivos de defesa representam uma etapa importante para as diferentes estruturações psíquicas que inconscientemente são usadas pelo ego para proteger a mente contra ansiedades e emoções dolorosas. Neste contexto entende-se que são esses mecanismos defensivos mobilizados pelo indivíduo, que vão determinar se a estruturação psíquica do indivíduo pode ser considerada normal ou patológica. Deste modo serão apresentados os principais mecanismos de defesa e seu funcionamento.

Dentre os mecanismos de defesa estão os que são adaptativos que são mais compreensíveis em lidar com os conflitos. Os intermediários que distorcem a realidade de forma mais moderada e os imaturos menos adaptativos. Os adaptativos encontram-se:

- Supressão, sublimação, altruísmo, antecipação e humor.

Os intermediários encontram-se:

- Deslocamento, racionalização, intelectualização, repressão, formação reativa, e desfazimento (Undoing).

Os menos adaptativos mecanismos de defesa imaturos.

- Projeção, fantasia, negação, somatização, agressão passiva, acting out, regressão e clivagem. (BAPTISTA, 2007)

4.5 O luto na psicanálise

Em se tratando de luto e melancolia na psicanálise, Freud define o luto como uma reação psíquica ou inconsciente diante de uma perda, para Freud o sofrimento é uma resposta natural a perda tanto relacionada a morte ou subjetivas. O luto ocorre quando a um rompimento dessa vivência, deixando o indivíduo em um estado de sentimento vazio e melancólico. Nesse processo é natural que surjam sentimentos de amor e ódio pela perda do objeto ou ausência, onde o indivíduo se culpa ou se responsabiliza por algum comportamento errôneo ou prejudicial a pessoa ou ao objeto faltante. Na maioria das vezes o indivíduo que passa pelo processo de luto sente-se desamparado ocorrendo de a pessoa passar por isso sozinha sem nenhum apoio, seja em aspectos familiares, ou em um determinado grupo social e profissional. Gerando no indivíduo, medos constantes, insegurança, angústia, e a incerteza do amanhã. É um processo que leva tempo para o indivíduo superar, até porque ocorre com este indivíduo uma readaptação a uma nova realidade. (LIMA, 2018)

Segundo Lima (2018) a melancolia ocorre um processo diferente do luto, a melancolia é vista como um processo mais complexo e patológico. Onde a perda não é necessariamente consciente ou simbólica, para Freud a melancolia é um estado psíquico que se assemelha ao luto ou até mesmo a depressão. Na melancolia a perda do objeto é sentida de forma profunda por vezes o indivíduo não sabe o que realmente foi perdido. As manifestações de um estado melancólico variam entre autocriticas e autoacusações com ideias muitas vezes suicidas, perda do interesse pelas atividades sociais e pelo mundo externo, oscilações de humor com sentimentos e comportamentos depressivos.

4.6 Narcisismo e parentalidade na visão psicanalítica

Para Freud o narcisismo é uma etapa normal do desenvolvimento psicosssexual de um indivíduo no qual a libido é investida no próprio “eu”. Seguindo o contexto de Freud é necessário analisar as transformações histórico-sociais, o ambiente e o meio em que o sujeito convive, de modo que são fatores que influenciam a constituição da subjetividade dos indivíduos. Para Freud, as relações sociais são uma das grandes fontes de sofrimento para o indivíduo. O narcisismo não é apenas um estado patológico, ele é necessário para a formação

da personalidade do indivíduo para sua autoestima, e a constituição do ‘eu’. (MAIA; OKAMOTO 2023)

O narcisismo ele é caracterizado por quatro tipos:

O narcisismo primário, onde ocorre a fase inicial do bebê, onde toda libido é voltada para si mesmo, como se fosse uma forma de autoerotismo unificado.

Narcisismo secundário, nesta fase ocorre quando a libido, ou seja, a retirada de objetos externo retorna ao “eu”, geralmente ocorre em situações de doenças ou outros problemas como frustrações.

Narcisismo patológico ou normal, onde Freud afirma que todo narcisismo existe um grau onde é considerado normal, e se torna problema quando existe um excesso de fixação do eu. Contribuindo para algumas psicoses ou neuroses.

Ideal do “Eu “, o narcisismo representa um modelo de perfeição que o indivíduo busca atingir. (MAIA; OKAMOTO 2023)

Segundo Maia, Okamoto (2023) Freud cita a parentalidade como um investimento dos pais no próprio filho, onde os pais depositam na criança suas expectativas, anseios e ideais. Sendo assim a criança se torna um objeto de amor narcísico, como se a criança fosse uma continuação de si mesmos, em busca da realização de sonhos que os próprios pais não puderam atingir. Para Freud os pais projetam em seus filhos aquilo que gostariam de ser, influenciando na formação do próprio narcisismo da criança, em todo seu desenvolvimento psíquico, cognitivo e comportamental.

5. Descrição do Trabalho

Foram realizadas ao total 05 sessões de Psicoterapia psicanalítica individual com a paciente. As sessões ocorreram regularmente no horário previamente estabelecido, com registro de duas (2) faltas. Durante os atendimentos, a paciente demonstrou comprometimento com o processo terapêutico. E observou se bom vínculo e participação ativa da paciente, mesmo diante de dificuldades emocionais, e algumas resistências no início, a paciente manteve abertura para o diálogo e envolvimento com o processo.

5.1 Dados do Paciente:

Sexo: Feminino

5.1.2 Idade: 34 anos

5.1.3 Estado Civil: Casada

5.1.4 Início do Atendimento: 03/09/2025

5.1.5 Término do Atendimento: 10/12/2025

5.2 Queixa

A paciente foi encaminhada ao atendimento psicológico, através da psiquiatra D. D. B. C para trabalhar questões emocionais e quadros apresentados em hipóteses diagnósticas no DSM 05, com rede familiar sugerindo possivelmente casos de TEA, observa-se também, oscilações de humor, como raiva, culpa, revolta, frustração e sentimentos de abandono, apresenta dificuldades relacionais com conflitos familiares, referentes a magoas do pai e especificamente com a família de seu conjugue. E dificuldades de socialização com pouco interesse em manter contato social.

5.3 Hipótese Diagnóstica

A paciente apresenta indicadores de sofrimento psíquico manifestos por dificuldades de simbolização, e introjeção da figura paterna sobre possível presença de histórico de abandono afetivo na infância, ou seja, luto não elaborado. Observou -se também a necessidade de reconhecimento e perfeccionismo, com auto cobrança de perfeição de si e de outros, que potencialmente contribui para alteração de humor, ansiedade, cansaço e exaustão mental. Segundo hipóteses mediante os quadros comportamentais e expressivos apresentados e elaborados durante a análise psicoterápica. Sugerir: segundo DSM-5: F32.9 (Transtorno Depressivo Não Especificado), e DSM-5: F40.10 (Transtorno de Ansiedade Social). Conforme relatado pela paciente e encaminhamento psiquiátrico, sugerir: CID -10 F84.0/CID 11: 6 A02.2. (Transtorno do Espectro Autista-TEA).

5.4 Dinâmica da Paciente

A paciente apresentou no início uma leve introversão social, com um pouco de resistência durante o processo analítico, apresentou também agitação, e choro ao se expressar, demonstrando dificuldades em lidar com suas emoções e situações de exposição afetiva, manteve uma boa comunicação verbal e não verbal, porém com oscilações de humor significativas. Durante o processo de escuta, observou-se na transferência, afetos intensos de raiva, revolta e culpa, no qual evidencia-se experiências reprimidas de rejeição e desvalorização em um contexto familiar. A paciente demonstra uma necessidade de reconhecimento e valorização de seu “Eu” e um senso de justiça exacerbado, quando não validada essas necessidades, se coloca em posição de sofrimento, angústia, negação e sentimento de abandono. Retornando aos comportamentos expressivos verbais de autocrítica, críticas e exaustão mental. Utiliza em muitos momentos o recurso de encenação com as mãos, e impulsão como forma de projetar suas vivências emocionais e relações conflituosas familiares. Sendo assim em termos psíquicos observou-se uma ambivalência afetiva, onde evidencia um desejo de ser aceita e ao mesmo tempo a necessidade de se proteger

emocionalmente. Mediante a análise psicoterápica, sugere-se que a vulnerabilidade emocional e a dificuldade em associar e elaborar sentimentos pode estar associada ao TEA.

5.5 Técnica Empregada / Procedimentos

Durante as sessões, o atendimento foi conduzido por técnicas adaptadas ao setting clínico psicanalítico, considerando as particularidades e subjetividade da paciente. Durante o processo foi empregada a escuta flutuante e acolhimento da singularidade das falas da paciente respeitando o ritmo e o livre associar, a analista manteve uma postura de neutralidade, evitando julgamentos, ideias sugestivas e impondo direcionamentos, permitindo que a elaboração dos conteúdos, emergisse a partir das associações da própria paciente. A postura terapêutica baseou-se em acolhimento empático, mediante as manifestações de choro, angústia e agitação, sendo elaborado o manejo emocional acolhendo a intensidade das emoções da paciente sem interromper o processo de associação. Sendo o objetivo da terapia oferecer um espaço de escuta onde as emoções pudessem ser reconhecidas e renomeadas. Buscou-se auxiliar a paciente a reconhecer a sua sobrecarga emocional, sem culpa e a deslocar o foco da autocrítica a si para o autocuidado. Durante os manejos de transferência observou-se repetições de sentimentos de abandono, sendo permitido a paciente vivenciar o vínculo de forma confiável e acolhedora. Dentro deste contexto analítico os procedimentos foram: Acolhimento empático dos conteúdos inconscientes e subjetividade da paciente, escuta flutuante, neutralidade técnica, associação livre e manejo de transferência e contratransferência.

5.6 Resultados

A paciente demonstrou evolução significativa na capacidade de expressão emocional e sentimental, observou-se que os choros, agitação e impulsão manifestados de forma intensa no início, ao longo das sessões tiveram uma redução gradativa, evidenciando mais tolerância afetiva e reflexão de seus conteúdos reprimidos. Durante o processo terapêutico, a paciente passou a reconhecer com mais paciência e clareza a origem dos sentimentos expressados durante a sessão, raiva, revolta, culpa e sentimento de humilhação. O que representa para a análise um avanço importante de reconhecimento de repetições inconscientes, essa percepção favorece a ampliação da consciência emocional e regulação emocional possibilitando a paciente a reconstrução de um modo de vida com mais consciência e qualidade de vida, em um dos relatos no qual representa resultados significativos foi a tomada de iniciativa da paciente em realizar atividade físicas, a prática do esporte muay thay.

Sendo assim durante o manejo transferencial, observou-se menor resistência, maior confiança entre analista e paciente, contribuindo para a abertura do diálogo, criando um



espaço onde a paciente se sentiu reconhecida em sua subjetividade. Em alguns momentos a paciente apresentou oscilação emocional, e mais silêncio, o que sugere uma característica de sua estrutura psíquica e neurológica associada ao TEA, porém o espaço terapêutico manteve a neutralidade, e reconhecimento do tempo da paciente, respeitando o silêncio, possibilitando a paciente a se manter mais calma e reestruturando sua autoestima.



6. Relatos das Sessões do Paciente do Estudo de Caso

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 03/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 01 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente K. T. A. S foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da entrevista de triagem pela estagiária J. Paciente apresentou boa comunicação verbal, aparentando um pouco de recolhimento, porem apresentou segurança em seu primeiro atendimento.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Deixa-me me apresentar a você, me chamo Jocielli, sou acadêmica de psicologia e estou atuando hoje na área clínica como estagiária, espero poder contribuir para seu processo terapêutico, o espaço é destinado a escuta empática e espero que você fique à vontade para se expressar. Tudo bem? Coletei umas informações pessoais necessárias e agora para darmos sequência no processo, gostaria de conhecer um pouco sobre a K. T. A. S, seu histórico de vida.

Paciente: Tudo bem (comportamentos um pouco agitados, sugerindo comportamentos meio ansiosos) Eu estou bem cansada, esgotada mentalmente tem dias que eu não consigo sair de casa, devido à exaustão sensorial, ando com bastante irritações as vezes, eu tenho autismo, desde que nasci tive crises de epilepsia e enxaqueca crônica, e preciso tomar os medicamentos pra não agravar a crise. (Expressão visual baixa e choro)

Terapeuta: Tudo bem, estou aqui para lhe ouvir ta bom, faz parte do processo essas emoções, fique à vontade quando quiser falar.

Paciente: Nasci em Dourados MS, meu pai abandonou os 3 filhos quando tínhamos por volta de 05 anos mais ou menos, minha mãe que sempre trabalhou cuidou da casa, aí decidimos vir para Mato Grosso, moramos na cidade de Itaubas MT, só que sempre mudávamos de cidade na procura de empregos. Eu odiava mudança, me sentia frustrada, cansada e culpada ao ver minha mãe naquela situação. Eu com 18 anos comprei minha própria casa, eu mesma paguei tudo. Sempre corri atrás das coisas. Meu pai está vindo atrás agora, e eu não quero contato, não quero ver ele.

Terapeuta: Você relatou que é casada e tem 01 filha, certo, quanto tempo de casados vocês tem?

Paciente: Minha filha tem 15 anos, eu e meu marido temos 18 anos de casados, meu marido tem 38 anos, casei na época, pra sair de perto um pouco de familiares também.

Terapeuta: Como está o relacionamento familiar de vocês hoje?

Paciente: Bem, nós mantemos um relacionamento bom, convívio saudável até eu meu esposo e minha filha.

Terapeuta: As suas irmãs elas são casadas? Tem filhos?

Paciente: A minha irmã mais nova repetiu o ciclo da minha mãe, tem 03 filhos, não gosta de trabalhar e o marido é um pouco folgado. A filha da minha irmã Micheli é autista também, e a mais nova também é autista severo e não verbal. Ambas têm acompanhamento com psiquiatra que eu vou, a D. nós temos um convívio bom eu falo com elas direto, minha família é bem unida e diferente. Diferente da família do meu esposo. (comportamentos meio agitados e inquietos)

Terapeuta: Entendo, você trouxe um pouco da sua família, das suas irmãs, e a família do seu esposo?

Paciente: (Paciente mexe no calçado e expressão de sentimentos de raiva) não tenho bom convívio com a minha sogra, ela reclama e fala muito mal de mim, tudo parece que faz para me pirraçar, quer saber das minhas coisas, o que eu compro e deixo de comprar, cara eu não suporto as mentiras que ela conta, esse narcisismo da minha sogra, ela é narcisista eu tenho certeza, já falei para o meu esposo. É muita briga, minha filha também ela já teve conflitos, falou coisas pra menina. Minha filha não gosta de ir lá, a gente fica na nossa, não suporto mais esse tipo de gente que mente o tempo todo. Não sei pra que isso. Eu fiz tudo pra minha sogra, tudo, ajudei, e ela fala mal de mim, tem inveja isso é inveja eu acho. (Expressão intensa de frustração, raiva e humilhação)

Terapeuta: Você relata essa questão de mentira, inveja, fofocas, esse convívio sempre foi turbulento?

Paciente: Sim, você não faz ideia o tanto que minha sogra mente (Comportamento inquieto, impulsivo e com bastante encenação através das mãos) eu fico assim indignada, é um querendo puxar o tapete do outro ali, e ela fala de todo mundo, vai na igreja, mas depois fala mal dos outros

Terapeuta: Como é o convívio de seu esposo com a mãe?

Paciente: Eu tenho horas que fico até meio assim com ele, não sei se é por conta dessa raiva, tem horas que eu acho que deveria ter tomada atitude lá atrás, colocando cada um seu devido lugar. Eu até peço desculpas pelo modo de falar, mas tem horas que me dá ódio sabe, de tanta humilhação, e críticas.

Com meu sogro eu tinha um bom convívio, ele já faleceu a uns 04 anos. Desenvolveu câncer, e eu cuidava dele, levava ele pra todo lugar. Só que meu esposo é bem diferente dela, ele me ajuda, ele não apoia a mãe, não concorda com o que ela faz, só que eu fico com raiva porque ele deveria tomar mais atitude.

Terapeuta: Você mante contato com sua mãe?

Paciente: Sim, minha mãe sempre foi muito prestativa, eu falo com elas as vezes, o convívio é bom.

Terapeuta: Como você está se sentindo?

Paciente: Agora estou um pouco melhor, acho que chorei tudo que tinha pra chorar, estava entalado aqui na garganta. Estou melhor. Eu sou assim as vezes choro do nada, qualquer coisinha, acho que é exaustão mental mesmo, tem dias que eu não quero sair, não quero ver ninguém.

Terapeuta: Tudo bem, vamos encerrar por hoje, se puder, observe no decorrer da semana, como vem estes sentimentos que você relatou, se vem pensamentos repetitivos em seguida. E qualquer dúvida estou à disposição. Ok.

Paciente: Tudo bem então, vou observar.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou muito sentimento de culpa, choro e frustração. Com comportamentos bastante expressivos de raiva e magoa, devido a conflitos familiares, e abandono afetivo em sua infância, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos ainda recalcados, podendo representar experiências mal elaboradas e resolvidas, expressou bastante conteúdo inconsciente ligados a

fatores de preocupação relacionados as suas experiências. Mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta clínica e acolhimento dos processos de vivência da paciente K. T. A. S, a situação apresentada, retrata de um processo de abandono afetivo de um pai, onde sugere marcas e sentimentos profundos de rejeição, culpa, e magoa na paciente. Onde possivelmente vem ocasionando consequências psíquicas devido à ausência desta função paterna na infância, onde existe uma tentativa de aproximação pelo pai, mas que vem marcada por muitas magoas, conflitos e rejeição. Durante a sessão foi possível acolher o discurso da paciente, com perguntas abertas e a validação de seus processos emocionais, observando a expressão de seu sentimento de não ser valorizada ou não ter valor para o outro. Foi aberto espaço a paciente de modo a refletir sobre dar lugar a essa dor como processo crescimento e não de obstáculo. Em uma outra hipótese observa-se no relato da paciente um processo de luto não elaborado, onde expressa um vazio afetivo e simbólico de insegurança e desamparo, onde no momento atual, há uma recusa, que pode ser compreendida como mecanismo de defesa contra a atualização dessa dor.

Segundo cita Lima (2012) Embora ainda haja carência de estudos no contexto brasileiro sobre a influência paterna no desenvolvimento infantil (Cia, Williams & Aiello, 2005), é possível encontrar trabalhos que identificam os impactos negativos advindos de más experiências com a figura paterna, como discutem alguns trabalhos. Figuras paternas que praticam atos de negligência, omissão, ausência, autoritarismo, abuso e outras formas de violência tendem a incutir em suas filhas mulheres sentimentos de menos-valia, insegurança, baixa autoestima e dificuldade de estabelecer relacionamentos amorosos satisfatórios.

A compulsão à repetição é o mecanismo por meio do qual o inconsciente tende a buscar situações que possibilitem ao indivíduo reviver situações que foram geradoras de conflito e sofrimento psíquico (Freud, 1914/1979d, 1914/1979e, 1920/1979a, 1926/1979b). É como se o inconsciente estivesse à procura de situações análogas às que formaram o núcleo patogênico, numa tentativa de curar a ferida psíquica. É uma reedição de dinâmicas relacionais nocivas e/ou insatisfatórias, com o intuito de pavimentar os buracos deixados por vivências de traumas afetivos: "... o que permaneceu incompreendido retorna; como uma alma penada, não tem repouso até que seja encontrados solução e alívio". (LIMA, 2012)

BIBLIOGRAFIA

LIMA, Antônio Paulo Pinheiro. **Mulheres e o abandono da figura paterna: considerações teórico-clínicas a partir da psicologia analítica.** Artigos • Estud. psicol. (Campinas) 29 (suppl 1) • dez 2012. Acesso em: 07 de setembro. Disponível em:

[SciELO Brasil - Mulheres e o abandono da figura paterna: considerações teórico-clínicas a partir da psicologia analítica](#)
[Mulheres e o abandono da figura paterna: considerações teórico-clínicas a partir da psicologia analítica](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 10/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 02 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente K. T. A. S foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da segunda (2) sessão de Psicoterapia, observou-se durante o processo de escuta ativa, comportamentos mais tranquilos, boa comunicação verbal, boa aparência e postura física. O objetivo foi retomar o vínculo terapêutico e avaliar a continuidade das demandas trabalhadas anteriormente.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está, como foi a semana?

Paciente: Boa tarde. Estou bem, a semana foi boa em companhia do meu esposo e filha, me senti mais leve, senti que fluiu bem até nas atividades diárias, no trabalho.

Terapeuta: Ótimo, fale me um pouco mais sobre essa leveza que você sentiu e relatou ter um bom desempenho nas atividades de rotina?

Paciente: Foi até tranquilo. Notei que aquela irritação e os pensamentos se tornaram mais leves e menos repetitivos, me senti menos estressada. (Silêncio)

a rotina no lar foi tranquila, porém ontem dia 09 de setembro, houve um pequeno conflito com meu esposo, por conta de um esquecimento da parte dele, onde eu tive que desembolsar um valor alto em dinheiro. (Leve comportamento de agitação) Tive alguns momentos de irritação.

Terapeuta: O que você sentiu com relação a esse comportamento dele, como lidou com essa situação no momento de esquecimento?

Paciente: Senti muito desconforto, fiquei muito irritada porque eu tive que gastar um valor alto, mas essas coisas me deixam agitada. Meu esposo é bem pacífico, e contribui para as rotinas de casa, mais teve esse probleminha mais estamos bem. (Paciente apresentou expressão visual baixa, com expressão de choro. Observou-se a presença de frustração, e magoa no momento) eu acho que tudo que tinha para falar daquele pessoal dele eu já falei, eu coloquei tudo pra fora aquela raiva que eu estava, deixa eles pra lá, vou cuidar da minha vida. (silêncio)

Terapeuta: Compreendo a sua forma de se expressar, demonstra que você vem se esforçando, desempenhando mais aceitação, é um avanço importante e significativo. Com relação a última sessão, como você olhou para estes sentimentos, qual o sentido e o lugar que você dá hoje a estes sentimentos de raiva, culpa e ressentimento?

Paciente: Sim, eu estava muito impulsiva, com raiva, minha sogra é narcisista, isso eu não tenho dúvidas, tudo que ela fala e faz que eu observo não condiz com o que ela é lá fora, meu ex sogro que faleceu eu cuidei tive um bom convívio, já minha sogra só por deus, eu antes dessa convivência eu era bem emocionalmente, depois de todo esses conflitos eu tive períodos de crises e apresentei alguns sintomas somáticos, que contribuiu para uma doença de pele. Hoje graças a Deus estou bem melhor. Eu acho que eles ficando no lugar deles, não se intrometendo na minha vida e eu no meu canto com minha família, eu vou continuar a vida melhor, estou aprendendo que o que eles fazem é deles, eu fiz minha parte, dei o meu melhor. E isso eu sei, eu gosto das coisas certas do que é justo. É isso.

Terapeuta: Quais os medicamentos que você está tomando hoje, teve algum que foi alterado, ou algum específico para doença de pele?

Paciente: Faço uso de medicações desde quando nasci, é o Tupiramato que substituiu o Gardenal, o Carmazepina, Quetiapina e Trazodona, quando tenho as convulsões só desmaio e não recorde de mais nada.

Terapeuta: Durante suas atividades profissionais no trânsito, você já se deparou com algum sentimento de medo, ansiedade ou pensamentos intrusivos?

Paciente: Sim, as vezes me isolo devido a um acidente ocorrido a 5 meses atrás, onde me traumatizou e depois do acontecido sinto medo de tudo, medo das pessoas bater em meu carro, ou de mim mesma ocasionar um acidente. Por vezes me isolo 2 a 3 dias e durante as atividades não gosto muito de comunicação ou socialização. Só que depois que iniciei a terapia aqui fiz a primeira sessão eu consegui trabalhar mais tranquila durante toda a semana, situação que não acontecia a anos.

Terapeuta: Isso é ótimo, um avanço positivo, no qual você está contribuindo, se observando, dando lugar a estes sentimentos que são importantes em sua experiência de vida, o importante é o olhar que você dá estes pensamentos e sentimentos e não elimina-los mas sim compreendendo como um processo interno, e cada etapa é valiosa neste processo.

Paciente: Sim, está me ajudando muito. Acho que era isso eu estava no limite, o choro foi alívio.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, a paciente manteve o comportamento se sentindo mais à vontade, menos reprimida, manteve o contato visual estável e não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências. Porém demonstrou expressões de choro em alguns momentos, com sentimentos ainda reprimidos de desvalorização e ressentimento. Mostrou-se colaborativa e motivada a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

A sessão teve como objetivo a retomada dos conteúdos de suas experiências trabalhadas anteriormente. A sessão teve como objetivo também, oferecer um espaço onde a paciente pudesse expressar mesmo que de forma comunicativa não verbal seus sentimentos e emoções. A paciente apresentou avanços em sua capacidade de autorregulação emocional e reconhecimento de padrões comportamentais, abordados em sessões passadas. Elaborou-se durante a sessão a reflexão quanto a importância da subjetividade de cada um que faz parte de seu convívio familiar e a compreensão de entender o lugar que cada um ocupa na dinâmica familiar de seu conjugue, de modo a entender esse simbolismo de rejeição ou desamparo, e minimizar o sentimento de culpa e raiva. A paciente conseguiu aplicar, de forma prática, estratégias discutidas anteriormente, como a observação dos próprios pensamentos e sentimentos. A retomada foi positiva e indicou manutenção do vínculo e adesão ao processo.

As vivências de perda apresentam-se por vezes como experiências de difícil elaboração. O luto, como um processo relacionado à perda, pode manifestar-se de diferentes formas na vida do sujeito. De modo geral, refere-se a um modo de elaboração dessas perdas, ao longo de um determinado período, impondo ao sujeito um doloroso trabalho, tal como Freud em *Luto e Melancolia* (1917) o denomina: *Trauerarbeit*, o trabalho do luto. (SOUZA; PONTES 2016)

Segundo Dunker (2014) O deslocamento da definição de neurose para o quadro de uma incorporação do funcionamento normal, para um sistema de controle e para a analogia com os impulsos reflexos do cérebro, prepara o solo no qual a psiquiatria dos anos 1960 aprofundará a definição de neurose como manifestação de comportamentos. Lembremos que a ideia de *manifestação* é uma apropriação teológica, de desenvolvimento notadamente medieval, da noção essencialista de estrutura em Aristóteles. E é por meio dela que Henry Ey definirá os sintomas neuróticos como:

Perturbações dos comportamentos, dos sentimentos ou das ideias que manifestam uma defesa contra a angustia e constituem reativamente a este conflito interno um compromisso do qual o indivíduo, na sua posição neurótica tira certo proveito (benefício secundário da neurose) (DUNKER 2014)

BIBLIOGRAFIA

- DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. Artigos Originais** • Psicol. USP 25 (1) • Abr 2014. Acesso em: 13 de setembro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento](#) [Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento](#)
- SOUZA, Andressa Mayara Silva; PONTES, Suely Aires. **As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise**. Analytica, São João del Rei, v. 5, n. 9, p. 69-85, dez. 2016. Acesso em: 13 de setembro de 2025. Disponível em: [As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 17/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 03 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente K. T. A. S foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da segunda (3) sessão de Psicoterapia, observou-se durante o processo de escuta ativa, boa comunicação verbal, com comportamentos mais calmos, expressando-se mais pausadamente, boa postura física e vestimenta. O objetivo foi retomar o vínculo terapêutico, despertar confiança na paciente, afim de estabelecer um contato, avaliando a continuidade das demandas trabalhadas anteriormente. A função do terapeuta nestes casos é fazer com que a transferência se desenvolva espontaneamente sem julgamento dos atos e pensamentos da paciente.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. E aí conte-me como você está?

Paciente: Boa tarde. Estou bem, me sentindo mais calma. (Risos) não estou mais deixando aquela agitação e ansiedade tomar conta de mim.

Terapeuta: K. T. A. S me fale um pouco sobre suas rotinas de lazer, você pratica alguma atividade física, o que te motiva, que você gosta de fazer?

Paciente: Ah então, iniciei o muay thay, estou gostando. Vem me dando mais ânimo e motivação.

Terapeuta: Olha que legal, que boa iniciativa, e você já havia praticado algum esporte assim? o muay thay ele é uma atividade bem rica que oferece bem-estar né.

Paciente: Sim, eu antes não tinha muito tempo, devido as correrias do dia, não estava bem comigo mesma, mas eu nunca desisti sabe, eu sempre batalhei pelo que eu quero, pela minha família, filha, sempre corri atrás do que eu gosto de fazer. Eu sou mais caseira mesmo.

Terapeuta: Como tem sido esses dias, depois do início da atividade física, você observou alguma diferença com relação a pensamentos, sentimentos que antes deixava você mais incomodada?

Paciente: Sim. Aquilo que falei né, eu estou aprendendo a olhar mais pra minha pessoa, parece que eu soltei tudo que tinha para soltar, que estava me incomodando e as vezes eu achava que não, mas estava ali. Eu relatei coisas aqui que eu acho que nem para o psiquiatra eu falei. (Silêncio), o choro pra mim é alívio. Eu as vezes do nada choro.

Terapeuta: Compreendo. O choro é uma comunicação importante, chorar é expressar também. Aqui o espaço é para isso, estou aqui para lhe escutar, tudo bem?

Paciente: Sim. (silêncio) eu estou me sentindo mais leve depois da terapia, não carrego mais aquele fardo, de tudo que fizeram pra mim. (expressão visual baixa) meu esposo ele vai e visita a mãe dele, eu fico na minha, só que não quero eles na minha casa sogra e cunhado, porque tudo que eles querem e só saber o que a gente ganha, adquiri, é muita inveja. Parece que dá tudo errado quando eles ficam sabendo. Você precisa ver, carro, casa tudo eu tenho que evitar falar, parece uma coisa sabe. (estado de empolgação e impulsão) minha sogra ela se faz, não sei porque ela é assim. Já falei para meu esposo levar ela no neuro, fazer um exame sei lá.

Terapeuta: Entendi. Você vem notando algo de diferente com relação a esta situação de conflito desde a primeira sessão? Como tem sido sua reação ao saber e ter que lidar com certas situações?

Paciente: (Silêncio e expressão visual baixa) eu evito o máximo contato com eles. Minha filha também ela não se sente bem perto da vó. Eu sei que as vezes eu não vou conseguir evitar contato, mas o que eu tiver que falar pra ela eu falo, não minto e não escondo nada, sou verdadeira e não gosto de mentiras. E ela sabe disso. Meu esposo também sabe e ele me defende porque sabe como a mãe é. Só que as vezes eu me irrita com ele, não sei se é porque ele deveria ter tido alguma atitude lá atrás. Se posicionado.

Terapeuta: Tudo é um processo, e compreender tanto o seu lado como o lado dele nesse momento é importante, você relatou que ele te apoia nas decisões, te defende. Qual sentimento traz você, como você vê esse apoio.?

Paciente: Eu sei que o que precisar eu posso contar com ele, em tudo. Desde os afazeres de casa como em qualquer lugar que eu estiver sabe ele vai e me ajuda. Ele é bem diferente da

mãe. Talvez eu precise olhar mais pra isso, não descontar nele talvez algumas coisas, projeta nele.

Terapeuta: É bom ver você com esse olhar de autoconhecimento, de busca por se permitir, não se culpar tanto e compreender seus processos internos, tenho certeza que isso vai contribuir muito para nosso processo de terapia. Podemos encerrar? Tenha algo mais que queira trazer hoje para a sessão?

Paciente: Sim, acho que falei tudo, estou até mais firme, no começo eu só chorei (Risos).

Terapeuta: Ótimo, vamos encerrar, que bom ver você mais segura, mais otimista, aproveite a semana, e uma boa semana para você. E até a próxima.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou -se que a paciente apresentou mais autonomia emocional, menos comportamentos impulsivos, manteve a expressão visual centrada na terapeuta, porem em alguns momentos com olhar baixo e meio dispersivo (pensativa) não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos ainda recalcados, podendo representar conflitos ou experiências mal resolvidas. Mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Diante da análise terapêutica, observa -se que o recalçamento pode ser interpretado como um mecanismo de defesa, no qual o ego exclui da consciência impulsos e desejos considerados inaceitáveis, sendo assim a função do analista consiste em facilitar o processo de identificação na transferência mantendo a tolerância não reagindo a impulsos agressivos ou compulsivos do paciente. Observa-se neste contexto que a paciente frente a uma idealização ou expectativa de harmonia em seu ambiente familiar conjugal, se deparou com sentimentos de frustração ao observar que sua relação familiar não estava de acordo com sua realidade, o que a fez acessar conteúdos recalcados de suas experiências traumáticas ou afetos negativos. Libertar pacientes de impulsos recalcados não é tarefa fácil para um terapeuta, como também não é tarefa do terapeuta moldar o paciente conforme seus ideais, sendo assim é necessário analisar e avaliar todos os dinamismos e ideais reprimidos deste paciente, e fazer com que de forma responsável este paciente experimente afetivamente sua angústia, desejos e medos, para que assuma sem medo uma nova postura a cerca de suas experiências. Dentro desta percepção

o analista deve manter sempre a neutralidade contribuindo para que o paciente possa recuperar sua autoconfiança e coragem para ser realmente aquilo que pode ser.

Segundo Miranda (2023) [...] o recalque não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início; que ele só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente; e que a essência do recalque consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância.

Ao executarmos a técnica da psicanálise, continuamos exigindo que o paciente produza, de tal forma, derivados do recalco, que, em consequência de sua distância no tempo, ou de sua distorção, eles possam passar pela censura do consciente. [...]. No correr desse processo, observamos que o paciente pode continuar a desfiar sua meada de associações, até ser levado de encontro a um pensamento, cuja relação com o recalco fique tão óbvia, que o force a repetir sua tentativa de recalco. (MIRANDA, 2023)

BIBLIOGRAFIA

MIRANDA, Cassio Eduardo Soares. **Breves considerações acerca do “Recalcamento” em Freud**. Estud. psicanal. no.59 Belo Horizonte jan./jul. 2023 Epub 14-Fev-2025. Acesso em: 18 de setembro de 2025. Disponível em : [Breves considerações acerca do “Recalcamento” em Freud](#)



- 1. Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
- 2. Número de matrícula:** 59401
- 3. Local do estágio:** Fasiclin
- 4. Horário da sessão:** 14:00h Término: 17:00h
- 5. Data da sessão:** 24/09/2025
- 6. Nome completo da supervisora:** Margelli

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 04

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico devido a ausência de pacientes previamente agendados. Diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia a leitura das análises de atendimentos psicoterapicos, para a elaboração e produção dos relatórios parciais, clínico e de campo externo. Elaborou-se também a busca por artigos da scielo relacionados a Psicanálise, a associação livre na psicanálise e o silêncio dentro da escuta psicanalítica, para o complemento da produção de relatórios. Realizou-se também a observação, leitura e organização completa dos prontuários das pacientes, logo em seguida sendo organizados em seu devido lugar nos armários. Após foi realizado a leitura do livro em PDF.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do livro intitulado:

A primeira entrevista em psicanálise um clássico na psicanálise.

O estudo abordou sobre a especificidade do psicanalista clínico, sobre seu verdadeiro papel dentro de uma análise e escuta clínica, o texto em um certo trecho destaca alguns equívocos que são comuns na prática psicanalítica mediante a outros profissionais da área psicológica ou médica. Onde muitas vezes o público/paciente tente a distorcer ou a confundir a psicanálise como práticas interventivas, médicas ou até pedagógicas. Não sendo o papel do psicanalista corrigir comportamentos, aconselhar ou orientar o paciente como educador, atuando sobre paciente de forma a moldar sua conduta. Mas sim propiciar um espaço aberto de escuta e fala de forma empática. Como diz Mannomi (2004)



Segundo Mannomi (2004) ora o psicanalista não acrescenta um novo dizer. Ele permite as forças emocionais encobertas, em jogo conflitivo, encontrar uma saída, ficando a cargo do consultor dirigi-las por si mesmo.

Ou seja, conforme cita o autor, esse espaço de escuta e associação livre permite que o paciente confronte com seu próprio inconsciente. A psicanálise neste caso atua pela interpretação e pela transferência, e não pelo senso comum ou sugestão. O livro descrito pelo autor Maud Mannomi, destaca que a psicanálise busca compreender a escuta do indivíduo seu inconsciente e a elaboração de seus próprios desejos e recalques. Mannomi ressalta que a psicanálise é uma abordagem que pode ser interpretada em várias facetas teórica, clínica e existencial, ou seja, ela não se reduz a uma técnica de cura e a retirada de sintomas e sim como um método de pesquisa da verdade singular de cada indivíduo, de suas experiências psíquicas e simbólicas. Para Freud a regra fundamental da psicanálise é “O paciente deve dizer tudo o que lhe vier à mente, sem censura, sendo o analista responsável por abrir espaço para escuta sem julgamento” esse dizer tudo representa a manifestação do inconsciente, através de comunicação não verbal, silêncio, e repetições. Onde o sujeito se depara com seus pilares psíquicos desde a infância. Neste contexto o que tudo escuta coloca o analista em posição de escuta flutuante, onde está intimamente ligada à associação livre segundo Sigmund Freud. Onde o analista deve evitar quaisquer expectativas de cura e de controle racional. O texto ressalta também a profilaxia mental de relações familiares e patogênicas, que é baseada na prevenção de sofrimentos psíquicos, com o objetivo de evitar que os conflitos sejam eles emocionais e inconscientes se agravem e possam se desenvolver em sintomas psicossomáticos, neurotícos ou psicóticos.

Sendo assim o objetivo é dar continuidade na leitura do livro para um enriquecimento teórico e prático.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre um tema presente e importante durante o período de estágio acadêmico na clínica psicológica. A leitura proporcionou um aprendizado rico, sobre a perspectiva psicanalítica, a conduta do profissional na psicanálise dentro da escuta, fala e associações, e as funções preventivas na psicanálise, como escuta precoce, o reconhecimento da subjetividade do indivíduo, o favorecimento do lugar de sujeito do desejo, e acompanhamento das dinâmicas parentais onde há uma escuta sem julgamentos e sem a intenção de moldar certas condutas. Em síntese o texto trás a importância de uma boa condução analítica e os elementos que formam



esse núcleo ético e técnico da psicanálise onde o paciente pode reconhecer seus desejos e reconfigurar. Observou-se que é através da associação livre que o sujeito se expressa de forma espontânea sem ser questionado. E pela escuta flutuante o terapeuta acolhe os conteúdos inconscientes, através da neutralidade sustentando esse espaço analítico, a transferência é essencial nesse espaço permitindo que o inconsciente se manifeste para que de certa forma possa ser interpretado e trabalhado.

A psicanálise terapêutica é um método de pesquisa da verdade individual para além dos acontecimentos cuja realidade não tem outro sentido para um sujeito salvo a maneira pela qual ele lhe foi associado e por ela se sentiu modificado. Pelo método de dizer tudo a quem tudo escuta, o analisando remonta aos fundamentos organizadores de sua efetividade de menino ou menina de tenra idade. (MANNOMI, 2004)

A vulgarização das noções psicanalíticas corre o risco de dar uma imagem falsa da entrevista como psicanalista, se acreditarmos que essa entrevista possa se reduzir a um relacionamento dual em que o paciente se limita a projetar sobre o analista tudo que ele carrega consigo sem saber: o seu inconsciente. Nessa concepção, o papel do analista iria reduzir-se a constatar o caráter imaginário, quase irreal, dessas projeções, e a informar isso ao paciente. Em suma, a análise iria limitar-se a uma redução do imaginário em nome da realidade. (MANNOMI, 2004)

BIBLIOGRAFIA

MANNOMI, MAUD. **A primeira entrevista em psicanálise, um clássico da psicanálise.** Prefácio de Françoise Dolto. Tradução de Roberto Cortes de Lacerda. Nova ed. Rio De Janeiro:Elsevier, 2004. Acesso em: 27 de setembro de 2025.



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 01/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 05 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia. Observou-se durante a sessão paciente mais calma, apresentando pouca comunicação.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. E aí conte-me como você está?

Paciente: Estou indo. Quarta-feira passada não sai da minha casa nem no sábado, domingo e nem na segunda, fiquei em casa só. Sem vontade de sair.

Terapeuta: E como que foi para você ficar em casa?

Paciente: Não sei eu gosto de me isolar, não gosto de ficar vendo gente, não gosto de conversar, gosto de ficar no meu canto.

Terapeuta: E como foi seu dia, você quer falar sobre, está se sentindo à vontade?

Paciente: Estou bem, estou cansada só. (Silencio, olhar expressivo e face para baixo e com gestos comportamentais, arrumando o calçado)

Terapeuta: Como está o trabalho?

Paciente: Por enquanto está normal (paciente coça a cabeça e olha para o lado esquerdo com expressão de irritação) eu estava em um determinado lugar esses dias a mulher sentada atrás de mim e o barulho do celular dela me assustou. Eu fico agitada com barulhos as vezes. (Olhar com expressão de choro e comportamento inquieto)

Terapeuta: Quando você se isola, que pensamentos ou sentimentos vem?



Paciente: De boa, não sei eu gosto de ficar quieta, eu e a Tv, sei lá eu canso fácil, barulho me assusta muito fácil.

Terapeuta: Você sente que tem algo com relação ao teu trabalho que te incomoda?

Paciente: Eu gosto do meu trabalho, só que tem vezes que eu não quero sair de casa é cansativo. E eu preciso de dias para recuperar aí eu consigo trabalhar.

Terapeuta: Como andam as atividades físicas o Muay Thay?

Paciente: Faço quando eu estou bem, quando da eu vou. Estou gostando.

Terapeuta: Você percebeu alguma diferença nos pensamentos ou sentimentos depois que iniciou suas atividades?

Paciente: Sim, eu sempre gostei de fazer, mas quando eu estou muito ruim ninguém me tira da minha casa. Eu sempre fui assim desde criança, sempre, quando eu chego na exaustão eu preciso me isolar. Parece que me espancaram. Meu afilhado tem 06 anos, ele e assim também, um dia ele está aqui ta bem outro dia ele não quer falar com ninguém, ele tem autismo grau 1, com síndrome de Tourette só que ele trata desde bebe e eu não.

Terapeuta: Como anda seu sono, tem dormido bem?

Paciente: Sim, bem eu durmo bem, tomo os remédios.

Terapeuta: Tem alguma outra atividade que você gosta de fazer que atrai sua atenção?

Paciente: Então a Dra falou pra eu fazer algo de habilidades, eu gosto muito de negócios (paciente demonstrou comportamento de alegria e exaltação) já meu marido não gosta de negócios ele é muito medroso, ele não me acompanha eu já sou muito disso.

Terapeuta: Você falou de negócios que gosta, te faz bem, você já tentou fazer algo nessa área?

Paciente: Não, meu marido coloca tanto medo que eu parei de ficar pensando nisso, igual uber hoje em dia não é uma coisa tão boa, na questão de lucro mesmo. Aí parei desisti de pensar nisso. Eu gosto muito de moda também. Meu primo faleceu a 3 meses, acidente. Faleceu milionário. A família da minha mãe é muito boa de negócio.

Terapeuta: Você gosta de conversar com seu esposo sobre essa questão de negócios?

Paciente: Sim eu já falei pra ele que eu quero mexer com transporte, nós conversamos sobre isso, só que ele fala para esperar. Ele é muito medroso. Mas muito seguro ao mesmo tempo, pra ele fazer algo ele tem que analisar muito. Ele não age na emoção. (silêncio)

Terapeuta: Compreendo, gostaria de falar mais sobre algo? como que você está se sentindo depois de trazer essas experiencia para a sessão de hoje?



Paciente: Estou bem, estou tranquila. Eu acredito que tudo que é teu Deus traz no tempo certo. Antigamente eu tinha tanto isso de abrir um negócio hoje eu já entrego nas mãos de deus. É isso.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou -se que a paciente apresentou pouca comunicação verbal, com expressões emocionais de cansaço e exaustão mental. Alguns momentos apresentaram comportamentos impulsivos, caracterizando irritabilidade. Observou alguns momentos que manteve a expressão visual centrada na terapeuta, porém em alguns momentos com olhar baixo e dispersivo, pensativa e com expressão de choro. Demonstrou uma leve resistência no início em compartilhar seus relatos de vivências, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos ainda reprimidos, mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Observou-se dentro da análise, que a paciente apresenta dificuldades significativas de socialização e adaptação a lugares ou ambientes que apresentem barulhos altos, estimulando reações de irritabilidade e cansaço emocional, observou-se neste contexto que a sensibilidade auditiva e dificuldades de socialização pode ser compreendidas não somente como manifestações neuropsicológicas e sim como mecanismos de defesa do eu dentro da análise terapêutica, onde o paciente não consegue simbolizar sua dor pode ser vista como uma proteção psíquica frente à invasividade do outro. Observa-se que existe um esforço para se adaptar a ambientes sociais e dificuldades em lidar com estímulos intensos, acarretando em um estado de exaustão psíquica. Sendo assim, essa dificuldade de interação e socialização, ou seja, mecanismo de defesa do eu pode ser compreendido também como uma forma de se evitar reviver conteúdos inconscientes de conflitos ou experiências não elaboradas. Dentro deste contexto elaborou-se no campo terapêutico um espaço onde a paciente pudesse elaborar e reconhecer suas angustias, onde a terapeuta pode acolher sem invasão seus conteúdos inconscientes sustentando o silêncio e o tempo da paciente.

Na origem da Psicanálise, a regra técnica fundamental consistia em o paciente falar tudo que lhe vinha à mente, independentemente de serem aspectos agradáveis ou desagradáveis, ou mesmo o que desejava não falar (Silva, 2014). Na chamada *talking cure*, a cura pela palavra,

era proposto um compromisso de honestidade no qual o paciente não deixaria nada de fora da sessão. Então, o terapeuta, ao convidar o paciente à prática da associação livre de ideias, deu origem ao silêncio na Psicanálise. A partir do chamado 'silêncio do terapeuta' surgiu o silêncio na clínica psicanalítica (SANDER; KEGLER 2018)

Quando se fala em técnica psicanalítica, logo se pensa em associação livre, a tarefa que o paciente precisa cumprir, em situação de análise, de comunicar ao psicanalista tudo o que lhe vier à mente sem qualquer restrição. Esta técnica é definida como a regra fundamental da psicanálise e, justamente por seu estatuto de fundamental, não se poderia falar de psicanálise, ou do método terapêutico da psicanálise, sem considerar a associação livre. (MONÇÃO; HONDA 2019)

BIBLIOGRAFIA

MONCAOI, Maria Rosa Ferrucci; HONDAI, Helio. **O estatuto de regra fundamental da associação livre: sobre as bases teóricas da técnica da psicanálise**. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 10, n. 2, p. 41-58, ago. 2019. Acesso em: 05 de outubro de 2025. Disponível em: [O estatuto de regra fundamental da associação livre: sobre as bases teóricas da técnica da psicanálise](#)

SANDER, Gabrielle Krupp; KEGLER, Paula. **O silêncio em palavras mudas e ausentes: uma escuta psicanalítica**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 122-135, jun. 2018. Acesso em: 05 de outubro de 2025. Disponível em : [O silêncio em palavras mudas e ausentes: uma escuta psicanalítica](#)

vezes as pessoas acham que é reclamação é não e porque eu levanto cedo pra ganhar meu dinheiro eu acho que eu só não surtei mesmo porque eu sou muito temente a Deus. Eu rezo o terço todo dia. Só eu sei o que eu e meu esposo passa pra cuidar da nossa filha.

Terapeuta: Como estão as atividades físicas?

Paciente: Eu vou ter que parar, até nos se reorganizarmos, esse mês está muito parado.

Terapeuta: A Questão daquela ansiedade no qual você estava sentindo lá no início da sessão o que você tem observado, melhorou?

Paciente: Tem dias que está melhor, dias que eu estou mais calma mais ansiosa.

Terapeuta: Com relação aqueles sentimentos de raiva e magoa, o que você vem observando e como está adaptando esses sentimentos?

Paciente: Está tranquilo, eles estão lá deixa eles lá, entrega pra Deus. Tem gente que não muda. Paciente começou a mostrar postagem no instagram onde familiares de seu esposo acessou. Eu excluí tudo do meu whats app. Aí eles olham tudo no instagram. Paciente mostra a foto do perfil de whats app da filha (gatinho)15 anos. (Expressão de exaltação) Paciente relatou que a filha é muito reservada, gosta de leituras, e que pretende cursar medicina. Eu não gosto de ler, mas meu esposo é muito inteligente. (paciente exaltou a filha)

Terapeuta: Me conte um pouco sobre sua família por parte de mãe?

Paciente: Minha família desde que eu me criei com eles sempre foram muito bons, meus tios foram os tios, meu avô foi muito avô, tia se eu pedir algo eles fazem de tudo. A minha mãe está vindo amanhã e aí vem toda família pra cá pra uma festa. Minha tia de Santa Catarina está vindo. Minha família é muito unida. A criação, é estranha, diferente. Paciente começou a falar da sogra que mandou msg às 11h da manhã para almoçar, neste momento ela questiona a terapeuta “se caso a terapeuta, teria coragem de ir em um almoço recebendo convite esse horário.” E o que eu sonhei está acontecendo Josi.

Terapeuta: Que tipo de sonho fale pra mim um pouco desse sonho?

Paciente: Eu não sabia eu não tenho contato com eles, uma vez sonhei que meu cunhado abria um mercado, nós estávamos em festa, falei nega o meu cunhado vai abrir um mercado, tempos depois ele abriu o mercado, agora tempo depois sonhei que o irmão do meu esposo iria abrir um comercio, e que a esposa dele iria ficar muito doente, e agora minha sublinha diz que ela esta indo para o endocrinologista, está com nódulos. Só que eu não convivo com eles. Eu já sonhei com meu esposo que nós vamos ter 3 carretas. Deus me mostra tudo mostrou minha casa, piscina.

Terapeuta: E você comentou com ele sobre isso o seu sonho?



Paciente: Já, eu falei para ele que tinha vontade, mas eu nem fico falando muito prefiro deixar as coisas acontecer e ele também fala isso. (Paciente manifestou mais comunicação não verbal)

Terapeuta: Tem mais alguma coisa que queira trazer hoje para a sessão?

Paciente: Não, está tudo bem, tranquilo, eu estou bem melhor eu acho, só cansada mesmo, exausta.

Terapeuta: Podemos encerrar por hoje?

Paciente: Sim.

Observações comportamentais:

Observou-se que a paciente apresentou menos comportamentos impulsivos, manteve a expressão visual centrada na terapeuta, porém em alguns momentos com expressão visual baixo, acompanhada de choro impotência ou raiva. Não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, durante a transferência observou-se expressão facial e comportamentos com sentimentos de raiva, com relação as condições financeiras, podendo representar conflitos ou experiências mal elaboradas.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Mediante a observação durante a sessão, a análise apresentou um quadro de exaustão mental e emocional, relacionadas a sobrecarga laboral, e dificuldades financeiras e familiares, assim como vivências de frustrações e sobrecarga emocional. A paciente apresenta labilidade afetiva com oscilações entre choros e momentos de fé (as vezes as expressões emocionais não condizem com o que a pessoa está sentindo internamente). Observou-se que a expressão demonstra um funcionamento psíquico caracterizado muitas vezes pela necessidade de controle e perfeição. Recorre a espiritualidade como forma de sustentação emocional. A repetição nos conteúdos relatados como “trabalhar muito “”muita correria” faz tudo certo, mas nada da certo parece “ caracteriza-se por um padrão de frustração narcísica, onde o ideal do seu eu, ou o que deseja manter o controle e reconhecimento entra em conflito, onde a paciente vivencia frustrações de seu passado alimentando sentimentos de angústia e esgotamento. Dentro deste contexto observou-se que a mecanismos de defesas como repressão, projeção onde menciona por várias vezes familiares de seu esposo, e idealização, onde a um investimento narcísico na família materna, filha o que pode caracterizar como um estado de compensação de suas próprias

frustrações. O que caracteriza também um funcionamento neurótico marcado por conflito entre o desejo e exigências do superego moral.

A influência da religiosidade sobre a saúde mental é um fenômeno resultante de vários fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006). Stroppa e Moreira-Almeida (2008) demonstram que muitos estudos apontam, em seus resultados, que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado, felicidade, melhor saúde física e mental. (OLIVEIRA, JUNGUES, 2012)

Dalgalarrondo (2007) afirma que a presença do elemento religioso no modo de construir, enfrentar e vivenciar o sofrimento mental foi observado por muitos pesquisadores. Esse é o caso tanto de estudos com contornos mais qualitativos e etnográficos, como com os mais bem quantitativos e epidemiológicos. Isso também é constatável tanto para os transtornos mentais mais leves, como ansiedade e depressão, como para os quadros graves, como nas psicoses. (OLIVEIRA, JUNGUES, 2012)

O que aqui se chama de *desespero* parece encontrar correspondência no que Birman (2014) chama de *desalento* e Campos (2014) entende por *dor psíquica*, vivenciada sempre que a experiência traumática de desamparo se efetiva. O interessante a ser observado nas considerações desses autores é a afirmação de que, no desenvolvimento do psiquismo, a dor tanto pode ser reação à perda de um objeto de amor como também registro de uma vivência inominável, que deixa uma marca indelével no funcionamento psíquico. Circunscreve então um espaço que resguarda a marca da possibilidade de aniquilação e de mergulho no abismo da radical indeterminação e, portanto, está além daquilo que pode ser representado pela angústia-sinal defensiva. Nesse sentido, por mais que se procure a todo custo se proteger dessa dor e da marca deixada por ela, a defesa nunca será absoluta. (BARBOSA; CAMPOS; NEME, 2021)

BIBLIOGRAFIA

BARBOSA, Caroline Garpelli; CAMPOS, Erico Bruno Viana; NEME, Carmen Maria Bueno. **Narcisismo e desamparo: algumas considerações sobre as relações interpessoais na atualidade.** Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil. Psicologia USP, 2021, volume 32, e190014. Acesso em: 11 de outubro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Narcisismo e desamparo: algumas considerações sobre as relações interpessoais na atualidade](#) [Narcisismo e desamparo: algumas considerações sobre as relações interpessoais na atualidade](#)



CURSO DE PSICOLOGIA

OLIVEIRA, Marcia Regina, JUNGUES, José Roque. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos.** Estudos de Psicologia, 17(3), setembro-dezembro/2012, 469-476. Acesso em: 11 de outubro de 2025. Disponível em: SciELO Brasil - Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h – Término: 17:00h
5. **Data da sessão:** 15/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 07

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente K. T. A. Onde a paciente justificou sua ausência, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Realizou-se a elaboração e organização completa dos prontuários das pacientes. Elaborou-se também neste dia, a leitura do artigo Interpretação de sonhos e contemporaneidade: uma regra ainda fundamental, na intenção de contribuir para o processo de aperfeiçoamento pessoal e profissional e processos de análise na psicanálise, contribuindo para uma melhor escuta ativa, elaboração de conteúdo inconscientes e acolhimento.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Interpretação de sonhos e contemporaneidade: uma regra ainda fundamental.

Dentro do estudo observou-se que o processo de investigação da mente humana segundo a psicanálise exige abordagens que ultrapassem simples observações racionais e adentrem em processos inconscientes que influenciam fortemente o comportamento e sintomas humanos. Dentro dessa escuta sensível, capaz de acolher o que ainda não foi dito, mas que se faz presente durante a análise, observa-se que a comunicação analítica ocorre de várias formas. Não verbal: onde a uma comunicação por expressões corporais, posturas, respiração e olhares. Pré-verbal: onde a uma expressão de afetos que ainda não foram simbolizados, e que se manifestam como



sensações ou impulsos. Verbal: que é caracterizado por discursos articulados, podendo ser mediado pelas defesas do ego.

Segundo Foster (2017) ao interpretar os sonhos, o analista não deve impor significados, mas sim acolher as associações do paciente, pois é por meio delas que o inconsciente se revela, ou seja o analista não pode sugerir ideias ou hipóteses, mesmo que o tenha, ele não deve substituir o pensamento do paciente, sendo assim a escuta analítica deve respeitar o tempo e o percurso do paciente, permitindo que ele mesmo descubra os conteúdos que fazem parte de sua história psíquica.

Se o paciente nada associa e não conseguimos o estímulo necessário para que suas defesas baixem e ele possa colaborar nesse processo, não temos senão a percepção de que estamos diante de resistências, e nosso legado é continuar investigando. Algumas poucas vezes, em minha experiência, o paciente comunica aquele sonho ou outro sonho de outrora, também de forma associativa com algo que estamos vivenciando, e nessas situações observo que se autoriza a associar. (FOSTER, 2017)

De certo modo observa-se que quando o analista busca substituir o pensamento do paciente por suas próprias hipóteses ou ideias, corre-se o risco de prejudicar o processo analítico, impedindo que o inconsciente do paciente se manifeste de forma livre e espontânea, o analista dessa forma oferece a escuta, mas quem autoriza o acesso ao inconsciente é o paciente. Somente com esse olhar analítico e que se é preservado a autonomia subjetiva do paciente e a garantia de que o processo analítico seja verdadeiramente transformador.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, e mediante o estudo observou-se que a escuta psicanalítica, especialmente no que se refere a interpretação dos sonhos, exige total respeito pela singularidade do paciente, o que se baseia em um olhar onde a escuta psicanalítica é mais do que uma técnica, ela é uma postura ética diante do sofrimento humano, os sonhos, os lapsos, os sintomas e os afetos só podem ser compreendidos a partir das associações do paciente, dentro deste espaço o analista não é um “revelador de verdades”, mas sim um facilitador, onde o próprio sujeito pode se apropriar, transformar-se e reescrever sua própria história.

O paciente sente que lhe fazem sentido essas interpretações, as quais associa com várias situações em sua vida, e isso possibilita que ele se dê conta dos sérios problemas de



relacionamento em sua vida pessoal e profissional que isso tudo tem lhe causado. Problemas que ele acreditava virem sempre de fora, o que o fazia estar permanentemente "com ódio à realidade". (FOSTER, 2017)

Nada é mais contemporâneo do que as descobertas sobre o inconsciente. Em março de 2013, o tema, tal qual proposto por Freud, foi capa da revista brasileira Superinteressante. Entrar nesse universo, no qual temos que escutar, escutar, sem saber se ao final teremos condições de interpretar algo, é mesmo angustiante, em muitos momentos sentimos medo. Tenho medo de interpretar um sonho se aquele for o último dia de trabalho antes de um feriado prolongado ou antes das férias, pois tenho a sensação de que o sonho nos põe diante de áreas tão primitivas e por vezes indigestas, que necessita ser "mastigado". Acontecem com frequência associações com experiências doloridas e traumáticas vividas pelo paciente, o que chamo de expansões psíquicas, e aí acredito que nossa presença se torna muito importante para dar continência e representação ao que poderá surgir. (FOSTER, 2017)

BIBLIOGRAFIA

FOSTER, Marta. **Interpretação de sonhos e contemporaneidade: uma regra ainda fundamental.** J. psicanal., São Paulo, v. 50, n. 93, p. 97-109, dez. 2017. Acesso em: 18 de outubro de 2025. Disponível em : [Interpretação de sonhos e contemporaneidade: uma regra ainda fundamental](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 22/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K. T. A. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 08 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, tranquila. Mexendo na minha habilitação. Meu Deus, isso dá muita dor de cabeça, teste em cima de teste. É pouco tempo pra muito teste. Aí fiz o psicotécnico, esperar agora né pra ver se eu passei, eu estou tirando a habilitação D. São 20 aulas.

Terapeuta: Corrido né, e como tem sido essa movimentação toda pra você, barulho?

Paciente: Está tranquilo, por enquanto ainda está de boa, hoje não fui trabalhar não, não dei conta, sai de lá com minha cabeça explodindo, atacou minha enxaqueca. É porque lá e muita luz, branco, aí me atrapalha, ficar em um lugar preso mais de 2h não dá, sai de lá só queria minha casa.

Terapeuta: E como que estão as coisas em casa?

Paciente: Está tranquilo, meu esposo está viajando, vai e volta, depois que ele saiu do uber deu uma melhorada, tira o peso das costas, agora ele está na carreta bem melhor, minha filha K, fez a prova da IF, domingo de 50 ela acertou 30, agora está na agonia lá esperando o resultado, eu acho que ela foi bem. Teve gente que ela conversou que acertou 05, outros acertaram 15. Mas a prova não é fácil não.

Terapeuta: E como que é para você, qual sentimento como você se sente da sua filha se sair bem na prova?

Paciente: Pra mim, ela se cobra muito, que ela errou muito, falei pra ela dá onde você é burra? Da mesma forma que estava difícil pra você estava difícil pra alguém também, eu perguntei pra ela, quando você ficou em 1 lugar no colégio militar você gabaritou? e ela não. Então você de 20 acertou 16. Porque a prova ali é muito pesada, exigem muito, ela estudou meses pra essa prova, ela estudou sozinha, ela não teve um grupo, ou alguém pra estudar. Nessa parte eu passo tranquilidade pra ela. A k, tudo que acontece na vida dela ela me conta, se ela for namorar com alguém, ela me conta (expressão emotiva, ao relatar orgulho da filha) eu até me emociono falar da K, seu eu chorar eu choro longe dela, ela me escuta muito. Eu e a K, somos muito parceiras, as pessoas de fora falam também, que percebem. As vezes minha irmã briga com meus sublinhos, e eles vem conversar comigo, eles não falam com ela. A K desde pequena, eu comecei alfabetizar ela com 3 anos. Quando ela foi pra escola ela já estava alfabetizada. Uma vez o professor me chamou na escola que tinha duas meninas mexendo com ela, debochando, aí falei para o professor avisar elas que eu sou muito louca, aí cheguei na menina e falei “ O L, você te dar só um recado, você não mexe com minha filha, e eu sei onde você mora, e do nada você está na rua você pode ser atropelada.” Aí o professor falou que nunca mais mexeram com minha filha. Não é porque é minha filha mais minha filha é bonita, mas eu não falo para ela por causa do ego dela.

Terapeuta: compreendi, e esse cuidado é essencial né, mas com equilíbrio, porque ela precisa aprender a se defender também, e como tem sido o processo de adaptação pra você com relação ao trabalho do seu esposo?

Paciente: Sim, ele sempre trabalhou assim, quando ele trabalhava na telecomunicação era assim, ia e voltava, eu prefiro assim, porque quando era de uber, era todo dia. Todo dia em casa, eu assustei, sabia, quando ele ficou esses dois anos, quase três de uber, aí chocou, falei pra ele, arruma um serviço pra você sair, que assim não da. Eu fico querendo ter saudade, mas fico olhando pra sua cara todo dia aí não dá. (Risos), que quando ele estava na telecomunicação no começo era todo dia junto, aí ele começou a viajar, isso a K tinha 03 anos, aí todo dia dentro de casa, começou a ter atrito. Até a K, fala reclama do pai dela, que ele as vezes é chato. (Risos) meu marido ele é muito desorganizado, desastrado, eu falo que ele tem TDAH, se começar apressar muito ele fica parado, pensativo. Mas como profissional ele desenvolve, ele é bom. Eu sou acelerada e ele e muito calmo. A K não é nem acelerada e nem calma. Mas sele pegar algo

CURSO DE PSICOLOGIA

pra fazê-lo faz bem feito. E minha sogra é igual, faz quase tudo parando, é igualzinho, a minha sogra pra fazer um almoço é uma hora e meia, e tipo minha sogra faz uma zona na cozinha.

Terapeuta: E que tipo de sentimento remete esse “ele ser igual” pra você?

Paciente: Toda vida foi assim, eles são iguais, não traz nada, eu só dou risada (risos) meu cunhado também é igual ela. Só que meu marido quando estoura ele fala. Uma vez tiraram sarro de mim quando estava grávida, o meu cunhado, e sua esposa, aí meu esposo falou um monte, até xingar xingou. (Referiu sentimento de humilhação) aí ele e a mulher dele começou a brigar la.na época eu tive duas depressões. Eu baixei para 40kg.

Terapeuta: Entendi, e a relação com sua sogra esta tudo bem pra você, os sentimentos mais tranquilos?

Paciente: Não convivo com eles, eles vivem a vidinha deles e eu na minha. Só esses dias meu cunhado ficou mandando no Instagram convite, e excluía. Aí eu o peguei e bloqueei. Eu tenho um casamento pra ir em novembro e eu vou ver a cara deles, e talvez meu esposo não vai, vai só eu e a K. pra mim são pessoas que tem um ciclo vicioso. Eu falo pra esse meu cunhado, só que nós não falamos nas costas um do outro a gente fala na frente. Eu falo que eles são tudo doentes, viciosos. Os meus cunhados gostavam demais de mim, só que eu me afastei deles por causa da minha sogra, eles não são reunidos, eles se distanciaram, e agora depois de anos em um casamento eles vão se unir.

Terapeuta: K. T. A. S, é muito bom ver esse esforço seu em buscar se evoluir, se autoconhecer, esse processo de autoconhecimento traz mais segurança a você mediante as decisões, é um processo individual onde você mesmo se permite enxergar de um outro ângulo e analisar o que precisa melhorar, dar sentido a esses sentimentos, e reconhecer que as dores e emoções fazem parte do processo. Se acolher neste momento é essencial. E você está se saindo bem. Mais alguma questão gostaria de relatar.?

Paciente: Sim, eu estou mais segura, quero cuidar de mim agora, cuidar da minha filha, e cada um segue sua vida. Eu aprendi a me valorizar depois que fui mãe, se a gente aceitar tudo nossos filhos vão agir da mesma forma. Então eu aprendi que não sou obrigada a aceitar as coisas se eu não gostar.

Observações comportamentais:

Paciente apresentou durante a sessão, boa comunicação verbal, segurança em se expressar, mais autonomia emocional, cooperativa e confiante em seu processo de terapia. Observou-se repetição de determinados gestos e falas, em assuntos relacionados a família de

seu relacionamento conjugal, no campo afetivo apresentou ambivalência, entre o desejo de controle e a necessidade de aprovação.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta e análise observou-se que a relação da paciente com a filha é marcada por uma identificação projetiva, onde a filha ocupa um lugar de extensão do eu. A paciente se emociona ao falar da filha, destacando a parceria, a confiança e o orgulho. Essa relação simbiótica pode indicar uma tentativa de reparação narcísica, onde a paciente encontra na filha a possibilidade de ressignificar experiências passadas de desamparo ou desvalorização. Ou seja, a filha é um objeto valioso que sustenta a imagem de si. Observou-se também uma hiperproteção quando a paciente se refere a colega da filha. De fato, o relato com relação ao esposo no qual expressa “arruma um serviço pra você sair, que assim não dá. Eu fico querendo ter saudade, mas fico olhando pra sua cara todo dia aí não dá.” Traz um desejo de proximidade vs, necessidade de distância. Sugerindo conflito entre vínculos que de certa forma sufocam a necessidade de autonomia. Sendo assim foi possível intervir de certa forma através de uma interpretação focal, de modo a não invadir a privacidade da paciente, ao observar muita reclamação do esposo, elaborou-se interpretações curtas sobre reação defensiva e ambivalência, exemplo “E que tipo de sentimento remete esse “ele ser igual” pra você?” de modo a compreender se a ausência do esposo a permite respirar.

Segundo Quissini, Coelho (2014) É importante salientar que no que tange os relacionamentos amorosos, as pessoas possuem no psiquismo particularidades inconscientes já preestabelecidas (Freud, 1913, 1914). Essas particularidades poderão influenciar na escolha do parceiro e no contexto conjugal. Esse lugar topológico reúne uma história anterior dos sujeitos com a história atual dos parceiros, em que cada um terá construído seus ideais, suas imagens e fantasias sobre a conjugalidade, estando referenciadas com o relacionamento que se estabelecia dos próprios pais e nas gerações familiares antepassadas. Todos esses fatores podem contribuir ou prejudicar o relacionamento futuro de uma relação conjugal.

Diante dessas explicações, ressalta-se que as relações conjugais evoluem quando as transmissões disfuncionais da família de origem se afastam. Portanto, perceber e entender que os sujeitos precisam discernir e optar às quebras nas transmissões familiares, interrompendo as

repetições, possibilita-os ao crescimento de casal/família, usufruindo das transformações dessa nova fase. (QUISSINI; COELHO 2014)

BIBLIOGRAFIA

QUISSINI, Cintia; COELHO, Leda Rúbia Maurina. **A influência das famílias de origem nas relações conjugais**. Pensando fam., Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 34-47, dez. 2014. Acesso em: 23 de outubro de 2025. Disponível em : [A influência das famílias de origem nas relações conjugais](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 29/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 09 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Correria grande (movimentos com as mãos batendo palma gesticulando força, manifestou risos) fala Josi. (Risos)

Terapeuta: Que bom, eu que estou aqui para te escutar, como está?

Paciente: Está de boa, está ficando mais eu e a K. em casa, trabalhando, movimento está muito parado, não sei se é só pra mim, ou para os outros do nosso ramo também, sábado eu não fui, segunda eu não fui trabalhar, precisa chover pra melhorar pra nós, e não chove.

Terapeuta: O carro que vocês trabalham é próprio? Vocês que se responsabilizam por tudo?

Paciente: Sim, o carro é meu, é nós quem paga e arca com tudo, por isso que estou fazendo habilitação pra mim sair fora (Risos) não quero ser uber mais não. É muita responsabilidade. Muito arriscado também. Eu no uber não falo nada, meu facebook é desativado, no uber eu converso do tempo essas coisas, tem 05 anos que eu sou uber, sou macaca veia já. Quando o cliente é petista eu sou petista, quando é Bolsonaro eu sou Bolsonaro. Quando eles são burros eu sou burra.

Terapeuta: Você mantém a neutralidade durante o trabalho?

Paciente: Sim, porque eu pego muito traficante, eles são inteligentes, e pra eles eu sou burra, eu ando Iphone eles não mexe comigo, tem que ser esperto, eu nem vejo o que eles estão fazendo atrás do meu carro, mas na verdade eu estou vendo tudo, ah você viu o que passou, eu respondo “Mano não vi nada, não sei nem o que vocês estão falando.” Tem que ser esperto, e na verdade eu vejo tudo o que está acontecendo. Eu falo pra minha filha que com certas pessoas a gente tem que ser burra. A única coisa que eu faço que eu sei quando eles entram no meu carro é mandar a localização pra minha família, eu mando na hora, mas eles nunca mexeram comigo. Ou é porque eles têm medo também da minha cara. (risos) já peguei cada coisa, até bandido correndo da polícia. Uma vez eu falei pra um, se você não me pagar irmão eu chamo a polícia, e ele “não, não chama não eu vou pagar”. (Risos) na verdade não foi nem ele que chamou a corrida, acho que foi um amigo dele. E nisso meu marido só me rastreando, meu marido estava mais com medo do que eu. (Risos) mas depois que você sai de uma corrida dessa pra baixar a adrenalina, porque eles são muito loucos, não tem nada a perder. Ali você tem que se fingir de sonsa. Eu nunca paro no ponto deles, geralmente paro o carro mais pra frente. Eu só sei que eu estou fora, é muito arriscado. As vezes quando eu já sei que é alguém estranho eu já cancelo a corrida, passo reto no local, é loucura, tem gente que acha que ser Uber é fácil,

Terapeuta: Então deixa eu entender, Uber você não quer mais, de certa forma você sente algum cansaço mental? e você pensa em atuar em que área ou condução?

Paciente: Eu vou ver se eu entro na prefeitura, fazer frota escolar, ônibus, por isso que estou fazendo a habilitação D. E aí é mais tranquilo, é de segunda a sexta, feriados você não trabalha. Horário escolar, 6 h por dia, é melhor, ai não é o meu carro, não é minhas coisas, só estou esperando eles mandar minha agenda de horas, faz uma semana já, eu to sem paciência já, meu marido fala que eu demonstro muito o ódio na minha cara, mas é que eu fico sem paciência ai seu eu for lá eu não sou legalzinha assim, ele fala que eu sou ignorante, as vezes da vontade de chegar e falar, “qual é a dificuldade de vocês mandar uma lista com 20 alunos, vocês são tão incompetentes assim, eu já estou me estressando já.” Eu sou assim na pressão, só que eu resolvo, qualquer coisa.

Terapeuta: E a sua filha, seu esposo aceitam bem a sua atividade profissional?

Paciente: K, e como, é tranquilo, o meu esposo é tranquilo também, comigo nunca aconteceu nada, eu falo você tem que saber escolher as corridas, eu priorizo mais corrida de mulher, Boa Esperança eu não vou muito, muito difícil, e trabalhar em horário comercial, horário comercial provavelmente e trabalhador, criança, gestante, a noite o que que tem a noite, é mais gente, não

é gente que ta trabalhando, então , sábado a tarde, 4h, 5h, acabou, thau. Então eu priorizo muita corrida mulher. Você tem que analisar a pessoa. Eu cancelo, não to nem ai não.

Terapeuta: E como está a questão do sono? com tem sido os pensamentos?

Paciente: Durmo bem, ;tomo remédio, pensamentos ruins eu tenho sempre, no entanto que eu sempre tenho que ficar brigando com eles né (Risos) tipo ai vou bater meu carro, ai eu já penso, ta repreendido em nome de Jesus, isso tenho todos os dias, só que antes era tipo aquela coisa ruim, aquela angustia, agora não, agora é mais sei la, vem um pensamento ruim eu já repreendo, isso tenho todos os daís em tudo, sempre tive.

Terapeuta: Desde quando você tem estes pensamentos?

Paciente: Desde quando eu entendo por gente. É pensamento negativo né, acho que é por conta da ansiedade, não sei, tipo o Uber quando eu comecei a trabalhar no Uber se não tocava a corrida eu ficava desesperada, começava a chorar, me dava ansiedade, ficava desesperada, hoje não. Igual hoje foi um dia parado, se fosse antigamente, eu já estava desesperada (Repetição de palavras)

Terapeuta: E que tipo de pensamentos vem K.T.A? gostaria de relatar?

Paciente: Ah vem pensamentos muito ruins, meu pensamento é muito negativo, não porque, e do meu afilhado é igual. Do meu sublinho é igual. São pensamentos tipo, “eu vou morrer”, “alguém vai morrer”, “vão bater em mim” são pensamentos ruins, e é diário, então eu tenho que ficar sempre brigando com eles, meus pensamentos as vezes eu acho que não saio da minha casa por isso. Dai eu não vou trabalhar a noite porque eu me bloqueio, eu acho que alguém vai bater em mim, ai eu me bloqueio.

Terapeuta: Compreendi, estes pensamentos nós chamamos de pensamentos obsessivos, que são pensamentos que vem involuntariamente, de forma automática, e geralmente estão relacionados a algum medo, ou trauma, ou pensamentos recorrentes de insegurança. Cabe uma analise mais aprofundada para investigarmos sua origem ta, por isso que é importante esse processo de escuta, pra identificarmos estes pensamentos que podem causar sintomas ou somatizações também. Porem são pensamentos, e isso não quer dizer que isso vá acontecer. Mas precisamos olhar para isso com calma, acolhimento tudo bem?

Paciente: Eu acho que eu tenho muito medo porque eu bati o carro já 03 vezes, bateram em mim né, (Expressão de choro) se eu falar eu choro, é meu marido ele fala isso, que não vai acontecer ele fala “para com isso, já foi”, ele fala direto esses dias mesmo fui levar minha filha na exponorte, não sei se esse é o nome, ai teve uma batida na Br um atrás do outro, bem na hora a gente estava do lado, aquilo com o barulho eu comecei a me tremer toda, ai peguei na mão

dele, ele falou K, do céu você tem um trauma de carro. Ele fala que eu tenho que tirar isso de mim. Eu fico com medo, eu falo pra minha filha ir pra frente, ir pra trás.

Terapeuta: Por isso que é importante olharmos pra estes pensamentos ta. O medo as vezes faz anteciparmos acontecimentos que não passam apenas de pensamentos, mas vamos dar um lugar pra eles sem culpa. Ok?

Paciente: É aí é isso também que passamos dificuldades financeiras, e agora que a gente está saindo, porque o nosso seguro foi pilantra, e aí eu acho que eu fiquei com mais trauma ainda. Entende. Minha mãe diz que eu sempre fui muito medrosa, quando ela ia me deixar na escola, eu era pequenininha eu ficava chorando, aí na hora de me buscar meu pai não ia, ele me esquecia eu ficava chorando. E aí eu ia sozinha a pé, quando eu tinha 06 ou 07 anos eu passava perto de uma mata, eu passava orando e chorando.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente expressou durante a sessão gestos amplos e risos, demonstrando espontaneidade e abertura ao vínculo terapêutico. Observou-se através de linguagens informais expressivas, que utiliza repetições, porem usa do humor e expressões populares, o que pode funcionar como mecanismo de defesa frente a situações de risco ou desconforto. Paciente relatou cansaço mental e desejo de mudança profissional, buscando uma atividade mais estável, onde não exista muitos riscos, incluindo contato com indivíduos envolvidos em atividades ilícitas. Apresentou durante a análise traços de irritabilidade e impaciência e verbalização agressiva em contextos que expoe situações de pressão.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que a paciente apresenta uma fala marcada por repetições, digressões e associações livres, o que pode indicar um funcionamento psíquico permeado por ansiedade e pensamento obsessivo. Durante a análise utilizou-se do humor como forma de lidar com situações traumáticas e perigosas (risos ao relatar episódios com traficantes e acidentes).

Dentro deste contexto a paciente relatou acidentes de carro e situações de risco no trabalho como motorista de aplicativo. Sugere-se que esses eventos possam ter deixado marcas profundas, gerando sintomas de ansiedade, hipervigilância e evitação. O relato de tremores, choro e bloqueios diante destas situações que remetem ao trauma sugere uma vivência traumática não elaborada, que retorna como sintoma. Em suas Vivências passadas, a um indicio de abandono afetivo e medo onde a paciente relata episódios de sua infância em que se sentia

esquecida, chorava ao ser deixada na escola e caminhava sozinha com medo, sugerindo experiências de insegurança afetiva e abandono, que podem ter contribuído para a formação de um “Eu” fragilizado.

Para Freud, a recordação do que foi reprimido é a atuação da lembrança esquecida, proponho, então, pensarmos no ser humano destinado a repetir as identificações e traumas marcados em nossos psiquismos, traumas de um passado que atuamos, e atuações que podem nos encarcerar à repetição, sem opção, sem consciência, impossibilitando-nos do contato com o mundo interno. (BANZATO, 2019)

A psicanálise transforma destinos? Ela cria um novo espaço, que pode ser imprevisto, surpreendente, desconhecido, e a experiência viva de uma análise bem-sucedida pode tornar consciente um passado que marcou tragicamente o psiquismo, criando, assim, a possibilidade de construir e reconstruir identidades e destinos, trazendo aberturas, criando caminhos e fazendo nascer... (BANZATO, 2019)

A psicanálise transita na via dos impulsos de vida e através do recordar e elaborar (Freud, 1914/1969a); pode tornar possível o reconhecimento das marcas traumáticas, criando uma nova disposição para o presente futuro, uma vivência fundante de novas oportunidades (BANZATO, 2019)

BIBLIOGRAFIA

BANZATO, Ana Cristina M. E.. **Marcas traumáticas constroem destinos?** Ide (São Paulo), São Paulo, v. 41, n. 67-68, p. 77-83, dez. 2019. Acesso em : 30 de outubro de 2025. Disponível em : [Marcas traumáticas constroem destinos?](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 05/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 10 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, descobri o início de um câncer de pele, aí vou ter que queimar, aí por isso que eu uso essas blusas velhas e feia de manga comprida, eu passei pela dermatologista, não sei o que é ainda, fazer biopsia. Eu falo J. os outro acha que é fácil ser eu, mas não é não. (risos)

Terapeuta: E como está sendo para você descobrir essa questão de saúde?

Paciente: Tranquilo. Ela falou que é somente queimar, aí se não voltar está de boa. Eu falo pra minha filha que se quiser virar médico que vire por amor e não por dinheiro, igual o médico que eu passei lá na UPA ele me passou amoxicilina acredita, está lá em casa a medicação, eu vi que ele era de berço, era herpes zoster, e ele falando que era vírus. Já uma outra médica que eu fui ela olhou e já falou que era herpes. Aí eu falei pra ela que ele que tinha falado q ela vírus, ela ficou sem acreditar.

Terapeuta: E na família tem diagnósticos de herpes, ou algum outro tipo de doença de pele?

Paciente: Sim, Minha mãe sofreu muito com isso, ela teve que tomar muita medicação, só que da minha mãe saia tudo embaixo dos seios, o meu já saiu tudo em cima do seio, e da minha tia, por parte da mãe, saiu na lateral, saiu na cabeça também, ai a medica falou que não podia sair no olho. E o duro que arde isso, você não faz ideia, aí quando começou a sair eu já corri no



postinho. Na época eu paguei quase 900,00 de medicamentos corticoide, aciclovir. É baixar a imunidade volta.

Terapeuta: Sabemos né K. que o fator emocional influência, no surgimento as vezes de alergias, ou quando o corpo somatiza, como tem sido a questão emocional, como tem sido os pensamentos durante essa semana?

Paciente: Está tranquilo, não estou tendo tempo de ficar pensando. (risos)tem dias que é corrido né. Estou fazendo aquilo que você me falou, quando vir eu busco outro foco, fazer outra coisa, ou fico observando se realmente faz sentido aquele tipo de pensamento, e está resolvendo. Meu marido fala também, vive o hoje e esquece esses pensamentos.

Terapeuta: Esses pensamentos surgem quando você está mais parada, preocupada, me fale sobre eles?

Paciente: Sim, quando estou mais parada, as vezes vem na hora que estou no carro, Domingo veio pensamento bem ruim, tipo vou bater meu carro, vai acontecer algum imprevisto.

Terapeuta: Compreendi, e o que você faz pra sair destes pensamentos?

Paciente: Assisti serie o dia inteiro, assisti um brasileiro, um internacional, pra mim não tem essa se é romance ou comédia, tanto faz. Aí assisti mais minha filha e meu esposo.

Terapeuta: Quando você acorda pela manhã, como são esses pensamentos, eles vêm pela manhã também?

Paciente: Não, de manhã eu sou mais lenta, acho que é porque se eu não durmo bem a noite, pela manhã ai pega , se eu durmo bem de manhã eu fico bem, esses pensamentos vem mais de tardezinha ou durante o trabalho mesmo, eu acho que é porque fico dentro de carro também e outra coisa a gente está andando dentro da cidade e muita coisa que escuto de clientes. Igual uma mulher entrou no meu carro sábado, em desespero, chorando, que mataram o namorado dela. É muito pesado as vezes. As vezes tudo que eu quero e ir pra minha casa, ficar tranquila.

Terapeuta: Certo, você se sente mais segura em sua casa, faz sentido, sempre foi mais caseira?

Paciente: Quando eu era criança eu só queria ter minha casa, minha mãe nós minhas irmãs. Você acha que uma mãe solteira e pobre tem condições de compra uma casa? era vida de pobre mesmo. Então sempre pensei quando crescer eu vou ter minha casa, minha tia era solteira e ela ela humilhava a gente.

Terapeuta: Entendi, que tipo de humilhação, pode me contar um pouco sobre?

Paciente: Ela ficava falando que a gente não tinha pai, e eu não tinha forças pra reagir, e eu ficava pensando meu pai ele registrou a gente. E o dela, eu falo J. a gente tem que tomar muito cuidado com o que a gente faz com os outros porque a mão de Deus pesa sempre, ela falou



tanto do meu pai e hoje o filho dela está de cadeira de rodas, quando eu era criança eu era obrigada a engolir o que eles falavam, hoje eu não aceito.

Terapeuta: Que tipo de expressão era usado, que fazia você engolir calada?

Paciente: Essas coisas do meu pai criticando, ah tipo “você não tem pai” desacreditando a gente, minha tia quer se fazer de vítima, era morou com meu avô, minha mãe é muito conhecida do Itaúba, meu avô era um homem bom, meu tio hoje é muito rico só por conta do meu avô, e sempre tratou os filhos dele bem, minha avó não conheci. No final ela batia no meu avô, teve várias denúncias. E a minha tia ela fala baixo sabe, gente que fala manso, que quer ficar dando presente, desconfia, essas eu tenho ranço, essas que fala muito manso pode saber, minha cunhada, e minha sogra também é assim, minha sogra é sonsa.

Terapeuta: Compreendi, é isso observar estes sentimentos e pensamentos, cuidar com a auto sabotagem, porque nossos pensamentos por vezes tentam nos autos sabotar, ok, gostaria de falar algo mais hoje, estamos encerrando nossa sessão. Tudo bem?

Paciente: Sim, vou continuar me observando. está bom então J.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente expressou espontaneidade e abertura ao vínculo terapêutico, demonstrando tranquilidade ao falar sobre o procedimento indicado (cauterização) e a biópsia futura. Apresenta postura resiliente, com senso de humor, sem traços de irritabilidade no dia, embora revele traços de sobrecarga emocional e histórico de sofrimento. Refere pensamentos intrusivos e catastróficos, especialmente em momentos de ociosidade ou durante o trabalho, como medo de acidentes ou imprevistos. Durante a sessão Demonstrou desconfiança e aversão a pessoas com comportamento manipulador e de caráter duvidoso associando isso a experiências negativas com figuras femininas da família (tia, sogra, cunhada).

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que o relato da paciente mediante a doença de pele sugere que o corpo pode ser visto como palco de manifestações inconscientes, especialmente quando há repressão de afetos. A pele, como fronteira simbólica, torna-se o lugar onde o sofrimento psíquico se inscreve. Outro ponto importante é o momento em que a paciente traz a expressão “os outros acham que é fácil ser eu, mas não é não” pode revelar um possível sentimento de incompreensão e possível desejo de reconhecimento. Observa-se também, que a

paciente utiliza diversos mecanismos de defesa, como risos ao falar de situações difíceis, e negação, onde afirma estar tranquila diante de situações potencialmente traumáticas. Relatou humilhações na infância por não ter pai presente, sendo desacreditada por uma tia. Sendo assim a ausência paterna e a crítica constante podem sugerir sentimentos reprimidos mal elaborados. A transferência negativa aparece nas falas sobre a tia, sogra e cunhada, revelando ressentimentos e afetos não elaborados. Sendo assim sugere-se que a paciente apresenta um funcionamento psíquico com Somatizações recorrentes como expressão de conflitos internos não verbalizados.

Em *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, Freud afirma que seu trabalho marca uma inovação nosográfica e dispõe a neurose obsessiva "como distúrbio autossuficiente e independente", ainda que compondo a mesma classe da histeria, isto é, aquela das então chamadas neuroses de defesa (FREUD, 1896/1996, p. 146). Em 1907, ele dirá que "as pessoas que praticam atos obsessivos ou cerimoniais pertencem à mesma classe das que sofrem de pensamento obsessivo, ideias e impulsos obsessivos" e que isso, conjuntamente, "constitui uma entidade clínica especial, que comumente se denomina de neurose obsessiva" (MARTINS; MARTINS; CAPOTE 2018)

Desse modo, o indivíduo é convocado a produzir e consumir cada vez mais rapidamente e em maior quantidade para manter em funcionamento um sistema de troca e de fluxo de valores que não admite pausas ou suspensões. Paga-se com o corpo e com o tempo pelo saldo negativo entre crescimento e aceleração, qual o equilibrista que, no circo, tem que correr cada vez mais rápido à medida que aumenta o número de pratos a manter em movimento. (MARTINS; MARTINS; CAPOTE 2018)

BIBLIOGRAFIA

MARTINS, Karla Patrícia Holanda; MARTINS, Osvaldo Costa; CAPOTE, Natércio Antonio Ferreira. **Neurose obsessiva e tempo: incidências da aceleração social?** Cad. psicanal., Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 51-66, dez. 2018. Acesso em: 07 de novembro de 2025. Disponível em : [Neurose obsessiva e tempo: incidências da aceleração social?](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 12/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 11 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Correria trabalhando, trabalhando bastante. Já queimei o negócio, foi tudo bem. Ele falou que vai de 10 a 11 dias pra cicatrizar.

Terapeuta: E como você está com relação a saúde foi tudo bem?

Paciente: Sim, tranquilo. Cuidar pra não voltar né.

Terapeuta: Como esta os pensamentos?

Paciente: Todo dia eu tenho esses pensamentos, todo dia eu brigo com eles. Igual eu estava te falando semana passada, minha cunhada me mandou msg porque meu cunhado foi para os legendários, e ela queria que eu fizesse a cartinha. Eu nem tenho contato com esse povo, eu acho que é pra me provocar mesmo, a família do meu marido é um ciclo vicioso, e eu já entendi tudo ali, eu quero mais é que fiquem pra lá.

Terapeuta: E essa mensagem incomodou você, o que você sentiu na hora?

Paciente: Eu comecei a dar risada, que povo que não esquece, eu fico pensando que eu vou escrever para meu cunhado, como se tudo fosse lindo, perfeito, e eu não curto gente hipócrita. Quero ver sexta feira que eu vou ver a cara desse povo todo. Mas é igual da minha irmã mais

velha estava reclamando que a minha irmã mais nova estava falando com meu pai, aí eu falei pra ela qual é o problema, ela implicar com ela por causa disso. Talvez seja porque a minha irmã mais velha, ela deu muita dor de cabeça pra minha mãe, e quando ela era mais nova, ela se envolveu com gente errada em Marcelândia. E essas pessoas elas apavoravam muito a gente, já teve vez de nós estarmos dormindo e a porta abrir, eu acho que essas pessoas não mataram eu e minha irmã por conta da minha mãe. Ela não abandonou a minha irmã e hoje minha irmã trata mal minha mãe e sufoca meu sobrinho com os problemas dela, ela projeta os medos dela no meu sobrinho, por vezes estávamos dormindo entrava gente, me desculpa, mas eu falo eu começo a chorar. (paciente expressou muito choro) eu sei que naquela época minha irmã reprovou na escola, minha mãe deveria fazer terapia. Ela não dorme a noite.

Terapeuta: E como foi tudo isso, essa recordação veio em seus pensamentos quando, veio essa recordação?

Paciente: Eu acho que tentei abafar, eu tentei esquecer aí esses dias que me veio, eu perdi o sono, porque eu comecei a lembrar, eu lembro que meu pai batia muito na minha mãe, por isso que meu avô mandou ela vir embora, e minha mãe sempre trabalhando e ao invés da minha irmã mais velha ajudar minha mãe ela arrumou mais problema pra ela, e ela ainda é uma pessoa mal educada com minha mãe. Ai depois veio a mais nova com problemas com os esposos. Minha mãe sempre foi parceira. Minha mãe fala que eu sempre fui o braço direito dela. A mais nova só arruma vagabundo, eu acho que é preguiça mesmo. Os dois minha irmã e o esposo dela é muito acomodado, ele tem 40 anos, recebe bolsa família. Minha mãe fala que eu me cobro muito, que eu tenho que parar de cobrar dos outros, que se não meu esposo vai surtar.

Terapeuta: Quantos anos vocês tinham quando isso aconteceu?

Paciente: 13 anos, minhas irmãs M, 15 anos, N, 12 anos. A minha mãe chegou a fechar um boteco porque a mais velha bebia, aí minha mãe fechou a padaria aí eu acho que as pessoas iam se revoltando, nós morávamos numa casinha humilde de madeira, era dois quartos, minha mãe colocava eu no colchão no chão. Minha mãe passava a chave na porta, uma vez a chave caiu a gente achou que era a mais nova, e não era, o tapete foi sendo puxado, aí quando eu vi eu peguei a chave. Foram 03 anos bem conturbados.

Terapeuta: E você tem sonhos destes acontecimentos?

Paciente: Sim sonhei, aí comecei a se atordoar acordei de madrugada. Ai fiquei refletindo “olha aí da onde vem meus medos”, na verdade meus medos começou desde criança em Campo Grande quando meu pai batia na mãe.

Terapeuta: Teu pai Batia em tua mãe e vocês acompanhavam?

Paciente: Sim poucas vezes, mas em nós ele não batia, meu pai vivia na rua. A questão é J. você achar que uma pessoa fica 20 anos sem falar com você e agora vem querer dar lição de moral. Eu acho que um pouco do que nós passamos foi culpa dele. Eu lembro da minha mãe se humilhando no orelhão pra ele pedindo pensão. A minha mãe fuma muito, é hipertensa. A mais nova eu falei pra ela que nós vamos sair no murro qualquer hora, porque ela trata muito mal ela, ela pede pra minha mãe calar a boca, ela trata o filho dela muito mal.

Terapeuta: K, você se recorda de mais algum tipo de acontecimento, sentimento ou pensamento?

Paciente: Não lá de trás não, tranquilo.

Terapeuta: Tudo bem então gostaria de falar mais alguma coisa, como você está se sentindo depois dessas questões?

Paciente: Não, que eu me lembre não. Estou bem, tranquila.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou espontaneidade e abertura ao vínculo terapêutico. Observou-se através de linguagens informais expressivas, que utiliza repetições, porém usa do humor e expressões populares, o que pode funcionar como mecanismo de defesa frente a situações de risco ou desconforto. Paciente demonstrou irritação e crítica em relação à família do marido, percebendo-os como provocadores, reagindo a mensagens da família como incomodo. Expressou choro intenso ao recordar situações traumáticas da adolescência, onde reviveu episódios de violência doméstica (pai batendo na mãe) demonstrando expressões de insegurança e preocupação atualmente referente a saúde da mãe.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise observou-se que a paciente usa de certa forma o humor e a ironia onde ri diante de situações que a incomodam (mensagem da cunhada), o que pode ser entendido como um mecanismo de defesa contra a angústia sendo assim no relato apresenta ter tentado “abafar” e “esquecer” as lembranças traumáticas, mas elas retornam em sonhos e insônia, evidenciando o retorno do recalado, com relação ao genitor e agressões referentes a mãe, observa -se que a recordação do pai batendo na mãe aparece como núcleo traumático. Esse trauma retorna em sonhos e pensamentos intrusivos, reaparecendo atualmente também em forma de medos e insônia. No caso da genitora observou -se que a mãe aparece como figura

central, trabalhadora, parceira, sustentadora, mas também marcada por sofrimento (violência, hipertensão, insônia). Entre as irmãs mediante o relato observou-se que existe sentimentos de magoa, ressentimento e rivalidade fraterna.

Do ponto de vista psicodinâmico, o trauma envolve acontecimentos na vida do indivíduo que implicam em quantidade de excitações que superam a sua habilidade de tolerar e elaborar psiquicamente ([Laplanche & Pontalis, 1996](#)). Como seres em desenvolvimento, as crianças são mais suscetíveis a este tipo de evento ([Garland, 2015](#)). Os cuidados primários são essenciais para a estruturação psíquica e aquisição de habilidades de regulação afetiva, capacidade reflexiva e autonomia. Em contrapartida, vivências traumáticas e falhas graves nas relações precoces podem interromper ou alterar o curso desenvolvimento saudável, levando à falta de confiança nos objetos e à diminuição de recursos psicológicos. Com capacidade diminuída para representar simbolicamente as suas experiências, o indivíduo se torna mais vulnerável ao sofrimento psicológico (WAIKAMP; SERRALTA 2018)

As consequências psicológicas adversas do trauma perpassam o ciclo vital. Há evidências de que crianças expostas a traumas, na vida adulta terão mais risco para o desenvolvimento de condições clínicas diversas, tais como transtornos do humor ([Zavaschi et al., 2006](#), [Figueiredo, Dell'aglio, Silva, Souza e Argimon, 2013](#), [Li, D'arcy, Meng, 2016](#)), transtornos psicóticos ([Read, Van Morrison & Ross, 2005](#), [Catalan et al., 2017](#), [Isvoranu et al., 2017](#)), transtorno de estresse pós traumático ([Breslau et al., 2014](#)), comportamentos suicidas e de alto-risco ([Lu et al., 2008](#)), violência conjugal e maus tratos à crianças ([Roustit et al., 2009](#)), e transtornos de personalidade (WAIKAMP; SERRALTA 2018)

BIBLIOGRAFIA

WAIKAMP, Vitória; BARCELLOS SERRALTA, Fernanda. **Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta**. Cienc. Psicol., Montevideo, v. 12, n. 1, p. 137-144, mayo 2018. Acesso em: 13 de novembro de 2025. Disponível em : [Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta](#)

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h Término: 17:00h
5. **Data da sessão:** 19/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 12

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico devido à ausência da paciente. Diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia a leitura dos atendimentos nos prontuários e sua organização para a entrega final dos prontuários, realizou-se a elaboração dos relatórios parciais, e elaborou-se também a busca por artigos da scielo relacionados a Psicanálise, neurose obsessiva e a sublimação na psicanálise para o complemento da produção de relatórios.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

O neurótico obsessivo e sua dificuldade subjetiva em ocupar o lugar de pai: um estudo de caso.

Mediante o estudo observou-se que o obsessivo paralisa a ação e a substitui por uma cadeia interminável de reflexões e dúvidas. Isso gera uma espécie de aprisionamento no pensamento, em que o sujeito busca compreender em excesso, mas não consegue decidir ou agir. A neurose obsessiva é uma forma de neurose caracterizada por pensamentos repetitivos, dúvidas constantes e rituais mentais ou comportamentais que aprisionam o sujeito em uma lógica de culpa e indecisão. Dentro deste contexto, Freud descreveu a neurose obsessiva como marcada pela substituição do agir pelo pensar. O sujeito fica preso em reflexões intermináveis,



dúvidas e proibições internas. O próprio pensamento é vivido como perigoso ou culpado, sendo constantemente julgado e avaliado como se fosse um desejo. Em se tratando do pai na leitura observou-se que o pai exerce uma influência persistente sobre os desejos do filho, tornando-se objeto de ambivalência, amado e hostilizado ao mesmo tempo. Freud observa que o paciente se coloca em situações semelhantes às vividas pelo pai, revelando uma identificação que não é apenas imitativa, mas também conflitiva.

A neurose obsessiva é uma estrutura clínica da psicanálise marcada pela dúvida, pela compulsão ao pensamento e pela relação ambivalente com a Lei e o Outro. Ela se diferencia do TOC por não ser apenas um conjunto de sintomas, mas uma forma de organização subjetiva que revela o conflito entre desejo e proibição. Após foi realizado a leitura do artigo.

Testemunhos do vazio: o valor da sublimação na psicanálise

Freud descreve a sublimação como um processo de embelezamento e aprimoramento das lembranças. A fantasia, entendida como estrutura protetora, atua como um filtro que suaviza o impacto traumático dos acontecimentos. Assim, a sublimação aparece como uma função de amortecimento, que transforma conteúdos dolorosos em representações mais suportáveis. Na psicanálise, o valor da sublimação está em transformar pulsões potencialmente destrutivas ou socialmente inaceitáveis em produções criativas, culturais e vínculos sociais construtivos. (Exemplo: a energia libidinal pode ser canalizada para a arte, ciência, trabalho ou engajamento social.)

Sendo assim observou-se que a sublimação é um recurso que permite ao sujeito lidar com seus impulsos sem precisar recalá-los. Isso diminui a formação de sintomas e favorece o equilíbrio psíquico, diferenciando do Recalque, que reprime o desejo, mas o mantém ativo no inconsciente, podendo gerar sintomas.

Desse modo para a clínica psicanalítica possibilita que o sujeito encontre saídas criativas para seus conflitos, em vez de ficar aprisionado em sintomas neuróticos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre um tema presente e importante durante o período de estágio acadêmico na clínica psicológica. A leitura proporcionou um aprendizado rico, sobre a neurose obsessiva e o valor da sublimação na psicanálise onde Freud afirma que o inconsciente é fonte de criação, não só

de sofrimento; em vez de negar o impulso, organiza-o em formas que ampliam o mundo compartilhado. Contudo a psicanálise prefere o termo pulsão que representa uma força mais complexa e especificamente humana.

Uma das principais formulações sustentadas por Lacan nesse momento, a propósito da sublimação, é “elevar o objeto à dignidade da Coisa”. A sublimação não se prestaria a representar a Coisa, o objeto perdido, mas a recriar o vazio deixado trazendo à cena a dimensão do que é fundamentalmente irrepresentável (LIGEIRO, 2021)

Freud (1894/1996, 1895[1894]/1996), ao discorrer sobre as formas de defesa nas neuroses e psicoses, apontou para a presença das representações obsessivas em indivíduos predispostos à neurose que carecem da aptidão para a conversão. Essas representações podem estar presentes nas fobias e nas obsessões verdadeiras, com a diferença de que nas primeiras o estado emocional que acompanha a representação é sempre o de angústia, enquanto nas obsessões verdadeiras há também a dúvida, o remorso ou a raiva (FERREIRA; SOUZA 2019)

BIBLIOGRAFIA

FERREIRA, Vanessa Sajnaj; SOUZA, Nei Ricardo de. **O neurótico obsessivo e sua dificuldade subjetiva em ocupar o lugar de pai: um estudo de caso**. Analytica, São João del Rei, v. 8, n. 15, p. 1-15, dez. 2019. Acesso em: 25 de novembro de 2025. Disponível em : [O neurótico obsessivo e sua dificuldade subjetiva em ocupar o lugar de pai: um estudo de caso](#)

LIGEIRO, Vivian Martins. **Testemunhos do vazio: o valor da sublimação na psicanálise**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 24(3), 721-745, set. 2021. Acesso em: 25 de novembro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Testemunhos do vazio: o valor da sublimação na psicanálise](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 26/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 13 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. E aí me conte como você está?

Paciente: Semana bem corrida, cansativa não estou tempo pra nada, eu sai do aplicativo, d Uber, sai dia 18.

Terapeuta: E como você está se sentindo?

Paciente: Pra mim está maravilhoso(risos) foi tudo tranquilo eu que pedi pra sair. Eu comecei a montar uma sorveteria, com uma amiga e lá a avenida e muito movimentada, perto de nossa casa, e eu não estou sentindo medo, Josi, parece que aqueles medos sumirão. Não tenho mais tempo pra pensar acho que era trauma.

Terapeuta: Olha que notícia boa, que maravilha K. Quem tomou a iniciativa da abertura da empresa a sorveteria?

Paciente: Eu e ela na verdade, nós nos deslocamos até lá, olhamos o ponto e ai é onde tem muito supermercado, mercado panda, igreja, é uma avenida.

Terapeuta: E como está sendo essa mudança pra você porque é uma transição para um ramo totalmente diferente né?

Paciente: Ainda não abriu estamos correndo atrás de muita coisa, ainda não abrimos então não sei como vai ser, se vai dar certo. O que manda é o atendimento.

Terapeuta: E como é para você sair de uma atividade individual para uma sociedade?

Paciente: Eu conheço ela a mais de 15 anos, ela é minha vizinha, viramos muito amiga faz anos. E essa é minha única vizinha desde anos, desde pintar, brincar Eu acho que Deus ele sabe de todas as coisas. Nós vamos colocar como buffet a sorveteria. Ficou bem legal. Vai lá conhecer. E eu pensei também quando precisar de diarista dá pra pegar nossas filhas que daí já vai estar numa idade boa. E a A. ela é bem acelerada igual eu ela não fica esperando pelos outros. Compramos tudo pela Shope. Quando Deus quer te abençoar ele abençoa.

Terapeuta: E o esposo como está nesse processo, a filha?

Paciente: O E. está tranquilo ele é formado em eletrotécnica ela foi lá e montou tudo pra nós. Ele sabe mexer com tudo nessas redes de afiação.

Terapeuta: E K. Como é para você qual a sensação dessa nova jornada, até porque você havia comentado em uma outra sessão que gosta de gestão, faz sentido pra você?

Paciente: Eu gosto, eu tenho tudo anotado, eu que faço pra A. Quando o capital começa a girar você não tem que se matar de trabalhar você tem que colocar alguém pra trabalhar pra você, e é isso que eu e meu marido se pegava, o E. em seu primeiro emprego era ficar atrás de uma tela, e eu falava pra ele E. sai disso você é inteligente. Ele já recebeu proposta pra ser gestor, da energiza, eu já ajudei tanto ele se ele me escutasse ele estava rico.

Terapeuta: Você manteve o foco em seu objetivo, é isso? como é este sentimento que tipos de pensamentos vem quando você pensa no futuro como empresária?

Paciente: Eu falei p E. que eu acho que era do do carro mesmo, porque acabou aqueles pensamentos, estou bem mais calma, mais em paz, cuidando de mim mesma (paciente demonstrou extroversão) eu penso assim que tudo é um processo, se você está passando por algo é porque Deus quer dar algo melhor.

Terapeuta: Isso aí, e olha que evolução em seu processo né K. Você buscou por algo, decidiu se priorizar como mulher, e isso é muito valioso, você poder compreender os seus processos, suas dores, sentimentos e olhar pra eles sem culpa, dando espaço para cada sentimento.

Paciente: E eu fui n casamento né te falei que eu ia, fiquei na minha, não tive mais raiva, meu ódio sumiu parece, só que eu não quero contato. É cada um no seu espaço. Meu cunhado me viu ele quis chorar porque ele gosta de mim. Ele veio queria me abraçar me agradeceu por eu ter ido. Se eu te mostrar minha foto e da K. Ninguém acreditou quando viu a K. ela estava linda.

(paciente pegou o celular entusiasmada e mostrou para a terapeuta a foto de sua família. Esposo, paciente e filha)

Terapeuta: Olha só, que legal K. parabéns por esse processo, por essa etapa, isso é importante pra nós como terapeuta ver cada etapa sendo reconhecida e ressignificada, nós estamos encerrando um ciclo na clínica, nos atendimentos, e pra minha pessoa é um privilégio saber que você está se recuperando, se olhando com mais amor, e cuidado. Estou feliz em saber de cada etapa de autoanálise e autoconhecimento, esse esforço vale a pena quando se trata de saúde em todos os âmbitos. Sobre a continuidade no seu processo terapêutico você gostaria de continuar? Os atendimentos ocorrerão no próximo semestre fevereiro eu acredito. Seria importante dar continuidade, mas fica a seu critério o do paciente. Tudo bem?

Paciente: Sim, eu estou bem, graças a Deus (paciente mostra o terço que carrega em suas mãos) vai dar tudo certo.

Terapeuta: Sim, já deu tudo certo, confiar no processo. K, temos a próxima semana de atendimento que vai até dia 05 tá somente para comunicar mesmo. E é isso vamos continuando nesse processo, e tenha uma ótima semana.

Paciente: Obrigada J. Eu que agradeço toda oportunidade, auxílio, e vai lá conhecer a sorveteria.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente expressou espontaneidade e abertura ao vínculo terapêutico, demonstrando tranquilidade. A partir do diálogo entre terapeuta e paciente, é possível destacar Redução da ansiedade e medos, onde a paciente relata que os medos “sumiram” após a mudança de atividade profissional, indicando diminuição de sintomas ansiosos. Sendo assim sugere-se que a paciente teve uma Capacidade de decisão significativa onde tomou iniciativa junto com a amiga para abrir o negócio, escolhendo o ponto e já investindo em estrutura. Dentro da Postura familiar, mostra orgulho da filha e do esposo, reforçando vínculos afetivos e suporte familiar.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que o relato indica uma reorganização subjetiva: a paciente se autoriza, estabelece limites, e transforma excesso pulsional em projeto — movimento compatível com sublimação. O significante “carro” condensava angústia e

controle; ao sair do aplicativo, a paciente desloca o cenário do sintoma e relata “acabou aqueles pensamentos”. Efeito: diminuição de hiper-reflexão e vigilância interna, com maior disponibilidade afetiva. Sendo assim a participação em evento familiar sem ódio, com “cada um no seu espaço”, com características de afeto menos clivado a paciente sustenta presença sem fusão nem ruptura, sinal de separação simbólica mais estável. Dentro da análise, o caso mostra uma “virada” apoiada em sublimação: a paciente transforma medo e ódio em forma — projeto, gestão, limites. Ao deslocar o campo do sintoma e autorizar-se a agir, ela sai da dívida e entra na responsabilidade.

O que é a sublimação?

O termo *Sublimierung* foi introduzido por Freud no vocabulário psicanalítico para nomear um processo que explica as “*atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual*”. (MENDES 2011)

Uma pulsão, segundo Marco Antônio Coutinho Jorge, acha-se sublimada quando visa um novo alvo não sexual ou objetos socialmente valorizados. As atividades sublimatórias, segundo a ótica de Freud, são constituídas pela atividade artística, pela pesquisa intelectual e pela prática de esportes. No entanto, continua Marco Antônio Coutinho, a falta de uma teoria acabada sobre a sublimação permite que o termo seja, muitas vezes, distorcido e transformado em bandeira de uma teoria que se liga à normatização da sexualidade. A teoria freudiana, porém, não autoriza esse reducionismo psicologizante e o conceito de sublimação deve ser considerado em profundidade, respeitando-se suas nuances (MENDES 2011)

BIBLIOGRAFIA

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira. PS - **Pulsão e Sublimação: a trajetória do conceito, possibilidades e limites**. Reverso, Belo Horizonte, v. 33, n. 62, p. 55-67, set. 2011. Acesso em: 29 de novembro de 2025. Disponível em: [PS - Pulsão e Sublimação: a trajetória do conceito, possibilidades e limites](#)

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h Término: 17:00h
5. **Data da sessão:** 03/12/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** K.T.A.
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 14

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico devido à ausência da paciente, no qual a paciente relatou não poder ir na psicoterapia devido a questões profissionais já programadas anteriormente. Diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia a leitura dos atendimentos nos prontuários e sua organização para a entrega final dos prontuários, realizou-se a elaboração dos relatórios parciais, e elaborou-se também a busca por artigos da scielo relacionados a **Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?** para o complemento da produção de relatórios.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?

Freud foi pioneiro ao destacar a transferência como elemento essencial da psicoterapia. Ele observou que, mesmo diante da ativação de defesas e aumento da ansiedade, pacientes bem-sucedidos permaneciam engajados no tratamento graças a uma transferência positiva sentimentos afetuosos dirigidos ao analista que sustentavam a colaboração. A transferência, portanto, não era apenas um obstáculo, mas também um veículo de sucesso na análise, pois



permitia que o paciente se mantivesse vinculado ao processo. Sendo assim a relação terapêutica ocupa lugar central na psicoterapia e, na psicanálise, esse reconhecimento é antigo e estruturante. O texto destaca que cerca de 30% dos resultados terapêuticos derivam da qualidade da relação, e mostra como essa compreensão ultrapassa abordagens técnicas para alcançar um entendimento mais amplo do processo de cura. Para Greenson, o núcleo da aliança está na relação real. Quanto mais genuína e positiva, mais sólida a aliança terapêutica. Dentro deste contexto observou-se que a psicanálise mostra que a relação terapêutica não é apenas um meio para aplicar técnicas, mas parte ativa da intervenção. A transferência, quando bem manejada, transforma-se em recurso terapêutico. A aliança terapêutica, sustentada pela relação real, é preditora de resultados positivos e diminui o risco de abandono precoce.

No que se refere sobre neutralidade o texto salienta que a racionalidade e objetividade são importantes. Na psicanálise, isso remete ao conceito de neutralidade técnica, postura que evita julgamentos pessoais e permite que a transferência se manifeste. No entanto, a neutralidade não implica distanciamento afetivo. A psicanálise contemporânea reconhece a necessidade de autenticidade, presença emocional e responsividade. Na perspectiva psicanalítica, o sucesso da psicoterapia depende da capacidade do terapeuta de articular transferência, aliança e relação real. Para Freud existem 3 tipos de transferências:

Transferência positiva sustenta o engajamento.

Transferência negativa desafia, mas pode ser transformada.

Transferência erótica revela profundidade, mas exige rigor ético.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre um tema presente e importante durante o período de estágio acadêmico na clínica psicológica. A leitura proporcionou um aprendizado rico, sobre a relação terapêutica, mostrando que ela não é apenas um contexto para aplicação de técnicas, mas um instrumento ativo de intervenção e mesmo diante da ativação de defesas e do aumento da ansiedade, pacientes permaneciam engajados graças à transferência positiva, ou seja, sentimentos afetuosos dirigidos ao analista, onde a transferência, portanto, não é apenas um obstáculo, mas também um veículo de sucesso.

A relação real, por sua vez (Gelso e Carter, 1985), assemelhar-se-ia à relação estabelecida nas psicoterapias humanistas. As percepções e interpretações mútuas do paciente



e do terapeuta seriam apropriadas e realistas, e seus sentimentos e comportamentos genuínos. Nesta perspectiva, o desafio do psicoterapeuta era alcançar a genuinidade ou autenticidade, posta como base real de referência ao paciente (cliente para os humanistas) e recurso seguro para o mergulho na intimidade e afirmação da confiança no autocrescimento. (PIETA, GOMES 2017)

Parecem também ter impacto na relação entre aliança e resultados as variações nos estilos de apego (este último é um construto da psicologia do desenvolvimento). Diener *et al.* (2009) observaram convergências entre qualidade da aliança e estilos de apego. Esse achado foi corroborado por uma metanálise de 17 estudos (Diener e Monroe, 2011) que mostrou que o apego seguro está associado à aliança forte, ao passo que o apego inseguro, à aliança fraca. A relação entre aliança e apego mostrou-se mais robusta quando a aliança foi medida na perspectiva do paciente, em comparação com quando foi medida na perspectiva do terapeuta, sugerindo que o estilo de apego do paciente pode ter impacto na qualidade da relação que estabelece com o terapeuta. Esses achados podem ter relevantes implicações clínicas, possibilitando intervenções que levem em consideração os estilos de apego do paciente ((PIETA, GOMES 2017)

BIBLIOGRAFIA

PIETA, Maria Adélia Minghelli; GOMES, William Barbosa. **Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 10, n. 1, p. 130-143, jun. 2017. Acesso em: 03 de dezembro de 2025. Disponível em: : [Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?](#)

7. Apreciação sobre o desenrolar das atividades, dos desafios enfrentados e auto avaliação.

O estágio clínico proporcionou um momento de intensa aprendizagem e amadurecimento pessoal e profissional, onde a estagiária pode compreender que o estágio não se limita apenas à aplicação de técnicas, mas envolve também o contato direto com o sofrimento humano, a escuta qualificada e a construção de uma postura ética diante das demandas clínicas. Sendo assim o estágio possibilitou vivenciar atendimentos reais, exercitando a escuta ativa, a observação a análise dos conteúdos apresentados e o acolhimento. Nas supervisões a acadêmica foi orientada em todos os processos de análise e escuta sendo ressaltado sobre conceitos estudados em sala de aula, como transferência, repetições, resistência, culpa, vergonha entre outros conceitos, que foram mobilizados na clínica, permitindo compreender como se manifestam no discurso e na subjetividade dos pacientes. Sendo assim os encontros de supervisão foram fundamentais e significativos para refletir sobre os casos, reconhecer limites e elaborar estratégias de intervenção.

O contato direto com a paciente demonstrou o quanto que na prática é essencial a construção do vínculo terapêutico, de forma segura e acolhedora, enfatizando a escuta com atenção, ética, sensibilidade e adaptação respeitando a subjetividade das pacientes e o tempo. A paciente em questão demonstrou no início uma certa resistência ao expressar conteúdos de experiências traumáticas anteriores, no início a paciente expressou comportamentos impulsivos demonstrando muita raiva, magoas, sentimento de culpa e choro, sendo assim foi necessário desenvolver uma comunicação clara e empática acolhendo cada processo da paciente em seu tempo.

Os desafios enfrentados no primeiro momento foi se adaptar a abordagem clínica com pacientes, de modo que a estagiária vem de experiências anteriores na área da psicologia organizacional, sendo a área clínica sua primeira experiência, e que de certo modo, trouxe um pouco de insegurança, medo de não corresponder às expectativas e receio de falhar. Equilibrar teoria e prática, compreendendo que nem sempre a realidade clínica se encaixa nos modelos teóricos de forma linear. Gerenciar emoções, escutar histórias de sofrimento intenso exigiu de certa forma da estagiária, estratégias de modo a desenvolver recursos internos para não se deixar paralisar pela angústia, aprender a manejar o tempo, o silêncio e a transferência foi um desafio constante. Neste contexto elaborar conteúdos inconscientes de modo a não misturar conteúdos da analista com a do paciente foi um aprendizado que trouxe um olhar valioso e que contribuirá para o desenvolvimento profissional no mercado de trabalho.

No geral ao analisar sobre a auto avaliação na clínica durante estes períodos de estágio, observou-se que o estágio favoreceu maior autoconhecimento, especialmente no reconhecimento das próprias fragilidades e potencialidades. Contribuindo para o avanço na capacidade de respeitar o espaço do paciente, evitando julgamentos e mantendo sigilo. Em relação aos processos de interpretação, transferência e contratransferência ainda se encontram em processo de aprimoramento, aprofundando o estudo teórico para sustentar a prática no mercado de trabalho. Sendo assim o estágio clínico para a estagiaria foi uma experiência transformadora, cercada por desafios que impulsionaram o crescimento pessoal e profissional. A vivência prática permitiu consolidar maior aprendizagens, desenvolver uma postura mais ética, com mais respeito e fortalecendo a identidade como futura profissional da área clínica.

8. Considerações Finais

Com base nos estudos apresentados, é possível destacar que a psicoterapia se consolida como uma prática científica essencial para a compreensão do inconsciente, dos conflitos internos e da subjetividade do indivíduo. Dentro deste estudo observa-se que grande parte do sofrimento humano está enraizado em conteúdos inconscientes, e que o processo analítico busca trazer tais conteúdos à consciência por meio de técnicas como associação livre, atenção flutuante, transferência e contratransferência. A construção do vínculo afetivo estabelecido entre paciente e terapeuta contribui para o sucesso do processo psicoterapêutico, reforçando a importância da empatia, sendo assim conclui-se que o estágio clínico desempenha papel fundamental na formação do psicólogo, pois possibilita a integração entre teoria e prática. Mais do que aplicar técnicas, o estágio proporciona contato direto com o sofrimento humano, exigindo do acadêmico postura ética, escuta qualificada e sensibilidade diante das demandas clínicas. Ao lidar com as resistências apresentadas, emoções intensas e desafios clínicos, o acadêmico pôde reconhecer suas próprias fragilidades e potencialidades, fortalecendo sua identidade profissional.

Frente a estes contextos durante o período de estágio observou-se que o estágio clínico é mais do que um requisito acadêmico: é um processo de crescimento pessoal e profissional, que prepara o estudante para atuar de forma consciente, responsável e sensível diante das complexidades do sofrimento humano. A experiência vivenciada ao longo do Estágio Clínico na Fasiclin e no campo externo Ted Horse Centro Hípico de Sinop possibilitou uma integração profunda entre teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento de competências essenciais à formação. A atuação fundamentada majoritariamente na abordagem psicanalítica permitiu compreender com maior sensibilidade a subjetividade do indivíduo. Na prática clínica individual, observou-se o estabelecimento gradativo de vínculo

terapêutico, elemento indispensável ao avanço da análise. A paciente, inicialmente resistente e emocionalmente oscilante, demonstrou evolução significativa em sua capacidade de reconhecer, nomear e elaborar seus afetos, especialmente os conteúdos relacionados à raiva, culpa, rejeição e ambivalência afetiva, sendo assim tal processo evidencia a potência da escuta psicanalítica na revelação e ressignificação de conteúdos inconscientes, contribuindo para maior regulação emocional e ampliação da consciência, construindo recursos psíquicos mais adaptativos.

Com relação ao estágio no campo externo, por sua vez, proporcionou uma ampliação da compreensão sobre intervenções terapêuticas em diferentes contextos. A equoterapia mostrou-se um recurso valioso no apoio ao desenvolvimento biopsicossocial de indivíduos com necessidades específicas, fortalecendo vínculos afetivos, autoestima e autonomia. A vivência interdisciplinar reforçou a importância da atuação integrada entre psicologia, fisioterapia, equitação e outras áreas, ampliando o olhar clínico do estagiário.

Em suma o conjunto das experiências permitiu a estagiária desenvolver autonomia, sensibilidade clínica, responsabilidade ética e aprofundamento técnico, características indispensáveis ao exercício profissional. Conclui-se que o estágio proporcionou uma formação sólida e enriquecedora, reafirmando o compromisso da psicologia com a promoção da saúde mental.

9. Referências Bibliográficas

BAPTISTA, Ariadne Bertão. **Os mecanismos de defesa e a psicoterapia analítica de grupo.** UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO. Itatiba 2007. Acesso em: 21 de setembro. Disponível em: [Microsoft Word - Ariadne.doc](#)

GORRESIO, Zilda, **da natureza e do inconsciente coletivo.** *Junguiana* vol.35 no.2 São Paulo 2017. Acesso em: 20 de setembro de 2025. Disponível em: [Da natureza e do inconsciente coletivo.](#)

INDALÉCIO, Eneide de Brito; SILVA, Aneide Ribeiro de Souza; GUSMÃO, Lilian Nicácio. **equoterapia: a psicologia além da clínica.** Rev. Saberes UNIJIPA, Ji-Paraná, Vol 9 nº 2 Especial 2018 ISSN 2359-3938. Acesso em: 20 de setembro de 2025. Disponível em: [EQUOTERAPIA A PSICOLOGIA ALÉM DA CLÍNICA\[1\].pdf](#)

JULIEN, Philippe. **A psicanálise e o religioso. Freud, Jung, Lacan.** Título original: La psychanalyse et le religieux (Freud, Jung, Lacan) Tradução autorizada da primeira edição francesa, publicada em 2008 por Les Éditions du Cerf, de Paris, França. 2010: Jorge Zahar Editor Ltda.

LIMA, Juliana Lang. Do substantivo ao verbo: formulações sobre o luto na clínica contemporânea. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 129-140, dez. 2018. Acesso em: 21 de setembro de 2025. Disponível em : [Do substantivo ao verbo: formulações sobre o luto na clínica contemporânea](#)

MAIA, Bruna Bortolozzi; OKAMOTO, Mary Yoko. Considerações psicanalíticas sobre narcisismo e parentalidade no contemporâneo: uma revisão de literatura. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, e19759, 2023. Acesso em: 21 de setembro de 2025. Disponível em : [Considerações psicanalíticas sobre narcisismo e parentalidade no contemporâneo: uma revisão de literatura](#)

PALHARES, Maria do Carmo Andrade. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 100-111, mar. 2008. Acesso em: 20 de setembro de 2025. Disponível em : [Transferência e contratransferência: a clínica viva](#)

RIBEIRO, Jorge Ponciano Psicoterapia [recurso eletônico]: teorias e técnicas psicoterápicas / Jorge Ponciano Ribeiro. – 2. ed. rev. e ampliada. – São Paulo: Summus, 2013. recurso digital

SILVA, Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa, **Da Hipnose à Interpretação: Aspectos da Gênese e Evolução de uma Prática.** *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019, 39, e176272, 1-11. Brasília DF. Acesso em: 20 de setembro de 2025. Disponível em : [scielo.br/j/pcp/a/GkW4xBdmTkCnV7PFjL8HXDN/?format=pdf&lang=pt](#)

SÓCRATES, Adriana Barbosa. **Psicanálise para Carl Gustav Jung e Donald W. Winnicott.** Equipe Técnica de Avaliação, Revisão Linguística e Editoração. Brasília DF. Acesso em: 20

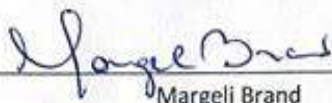
de setembro de 2025. Disponível em:
WINNICOTT, D. W. Psicanalise para Carl Gustav Jung e Donald W. Winnicott[1].pdf

WITTER, Geraldina Porto. **Psicoterapeuta: teoria e paciente.** Estud. psicol. (Campinas) 31 (1) • Mar 2014. Acesso em: 20 de setembro de 2025. Disponível em : SciELO Brasil - Psicoterapeuta: teoria e paciente



10. Assinatura do orientador/supervisor de estágio da Clínica do Estágio Específico IV

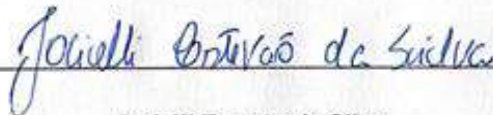
De acordo:



Margeli Brand

Orientador(a) / Supervisor(a) de Estágio Clínico

De acordo:



Jocielli Estevão da Silva
Acadêmica de Psicologia

11. ANEXOS



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 27/08/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** A. J. S.
8. **Idade da paciente:** 34 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 01

A paciente A. J. S, foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da entrevista de triagem pela estagiária J. Durante a escuta inicial, a paciente relatou estar vivenciando momentos de insegurança e instabilidade em seu relacionamento conjugal, onde mantém uma união estável. Apresentou expressões visuais de baixa autoestima, esgotamento emocional e dificuldades de comunicação com seu cônjuge, mantendo constantes discussões, foi possível observar discurso um pouco acelerado com leve expressão de medo, culpa e ressentimento. Relatou buscar atendimento devido a questões conflituosas conjugais e religiosas, ciúmes excessivos de seu cônjuge, com possíveis comportamentos de vitimização e coagimento. A paciente relata ter somente uma filha no atual relacionamento, onde na época que morou na cidade de Mutum por um curto período de tempo, onde descobriu a gravidez, a gravidez não estava planejada, porém relatou ter tido uma boa aceitação, nesse período de convívio conjugal, o cônjuge bebia muito, e apresentava comportamentos de ciúme e controle excessivo, sendo assim, retornaram para a cidade de diamantino com a filha de 02 anos, onde a paciente apresentou sintomas de início de uma pré depressão, relatou não ter procurado assistência psicológica e nem fazer uso de medicação até o momento presente, sempre foi muito dependente, e apresentava dificuldades para dormir, neste período não chegou a trabalhar, onde ficou por 02 anos parada nos cuidados maternos de sua filha. Relatou que o cônjuge tem uma boa presença paternal, porem com um pouco de exigências de cunho religioso, e que as constantes discussões vêm ocasionando preocupações na relação diária conjugal e na saúde mental da criança. O cônjuge mantém um filho de um



relacionamento anterior, onde apresenta traços e comportamentos de homossexualidade. Neste momento, a paciente relata não ter vontade de estar junto ao cônjuge, estar em convívio com sua família, onde houve um afastamento afetivo, e dificuldades de resoluções frente às divergências relacionadas e falta de reconhecimento por parte de seu cônjuge com críticas excessivas e palavras de desvalorização. Apresentou manter um bom convívio social com amigos(as) na faculdade, onde vem se mantendo buscando confiança e estímulos para dar seguimento em seus estudos acadêmicos. No final da sessão a paciente foi convidada a refletir nos cuidados consigo mesmo, tanto em aspectos emocionais, físicos e espirituais, e a importância do momento presente de uma boa socialização, no lazer e com aquilo que lhe remete a sentimentos bons e prazerosos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente A. J. S. A sessão teve como objetivo oferecer acolhimento e a construção do vínculo terapêutico. A coleta de instrumentos foram importantes para a compreensão da dinâmica inconsciente do sujeito a paciente e suas relações, no qual é referenciada. O comportamento controlador muitas vezes dentro da análise psicanalítica pode ser compreendido como uma busca de assegurar a própria insegurança do sujeito, ou uma defensiva de dominar suas próprias angústias ou frustrações perante a vida. Sendo assim os ciúmes é compreendido como uma forma de se manter o vínculo, mesmo dentro de uma posição mais negativista. De acordo com ONS (2018) Freud diferencia os amores narcisistas dos objetais, mas essa delimitação não é tão precisa, porque sempre há uma parte do narcisismo em jogo: o outro sempre importa para o eu. No entanto, há amores mais narcisistas que outros, nos quais se ama o outro só por ser parte de si mesmo ou ser o ideal que a pessoa gostaria de ter sido.”

Neste sentido com base na reflexão psicanalítica, o terapeuta não visa eliminar os ciúmes ou conflitos e sim compreender a dinâmica inconsciente do paciente, da fantasia, da dificuldade em lidar com a falta, do medo reprimido ou medo do abandono e desejos muitas vezes inconscientes onde um projeta no outro. Abrindo espaço para a possibilidade de um relacionamento conjugal mais saudável e com menos repetições sintomáticas que geram gatilhos emocionais negativos, angústias e rivalidades.



BIBLIOGRAFIA

ONS, Silvia. **Tudo que você precisa saber sobre psicanálise** / Silvia Ons; tradução de Sandra Martha Dolinsky. - São Paulo: Planeta do Brasil, 2018. Acesso em: 30 de agosto de 2025.

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h **Término:** 17:00h
5. **Data da sessão:** 03/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A.J.S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº02

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente A.J.S. Onde a paciente justificou sua ausência, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Realizou-se a elaboração e organização completa do prontuário da paciente. Elaborou-se também neste dia, a leitura do livro: Fundamentos da Psicanálise. De Freud a Lacan. Realizou-se também a pesquisa por artigos da Scielo, de modo que contribuíssem para o aperfeiçoamento técnico e prático da acadêmica.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do livro intitulado: **Fundamentos da Psicanálise. De Freud a Lacan. (a repetição, o simbólico e o real, inconsciente e linguagem: O simbólico)**

Segundo destacado por Freud, Lacan sugere que o sujeito do inconsciente não é causa, mas efeito do significante. Isso significa que o sujeito não é uma entidade autônoma que produz sentido, mas que é constituído pela linguagem, ou seja, pelo campo simbólico. “O sujeito do inconsciente é efeito do significante.” refuta a ideia de uma intersubjetividade espontânea, pois o sujeito não se forma na relação direta com o outro, mas sim no campo do simbólico, que o antecede e o determina. Ou seja, essa formulação de Lacan marca uma ruptura decisiva com concepções psicológicas mais tradicionais, que entendem o sujeito como produto de relações



interpessoais diretas intersubjetividade espontânea. O simbólico, para Lacan, pode -se compreender que é o registro da linguagem, da lei, da cultura, um campo estruturado que antecede o sujeito e o molda. Sendo assim é nesse campo que o sujeito é nomeado, inscrito, representado, a repetição, a pulsão de morte e o desejo inconsciente operam. Para Lacan a pulsão de morte não é destrutiva no sentido biológico, mas representa o movimento do simbólico que insiste, fragmenta e descompõe a vida. O sujeito, ao ser atravessado pelo simbólico, participa dessa pulsão, pois está sempre em falta, sempre em busca de um significante que o represente plenamente, o que é impossível. “Assim, a repetição, tematizada por Lacan em suas duas vertentes de autômaton e de tiquê, é a manifestação da articulação interna e indissociável, para o sujeito falante, entre o simbólico e o real, entre o inconsciente e a pulsão.”

Em se tratando do inconsciente, linguagem e o simbólico, Lacan afirma que o inconsciente não é um depósito de conteúdos reprimidos, mas sim uma estrutura de linguagem. Os sonhos, os atos falhos, os sintomas e os chistes revelam uma lógica significante, ou seja, operam como linguagem. Dentre deste contexto o recalçamento é o processo pelo qual um desejo inconsciente, considerado inaceitável pelo eu, é excluído da consciência. No entanto, esse desejo não desaparece, ele retorna de forma deformada, disfarçada, sob a ação da censura.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, e mediante o estudo, segundo Lacan, O campo simbólico formado pela linguagem, pela lei e pela cultura precede o sujeito e o molda. Essa concepção rompe com a ideia de intersubjetividade espontânea, típica de abordagens psicológicas que veem o sujeito como produto direto das relações interpessoais. Sendo assim, com base na leitura, o simbólico é o campo onde operam o desejo, a repetição e a pulsão de morte, e é nele que o sujeito é inscrito e atravessado. O objetivo não é adaptar o sujeito à realidade, mas permitir que ele se escute, que interprete os significantes que o constituem e que encontre um lugar para seu desejo.

Por fim, Freud (^{1920/2020}) descreve (iii) as compulsões à repetição na experiência analítica; repetições que resistem às intervenções clínicas, mesmo provocando desprazer ao Eu. São experiências que escancaram ao sujeito seus próprios limites e fracassos, capazes de provocar um sofrimento persistente e que, mais tarde, em análise, são suscitadas por meio da



associação e da transferência. Não raro essa persistência é assimilada à figura do destino. A dor das experiências passadas se torna um signo de uma profecia. (GODOI, 2024)

O mais curioso na associação livre é que ela revela a falta de liberdade que rege o sujeito. Quando sugerimos que o sujeito fale o que lhe ocorrer, o que ele mais faz? Apesar da abertura à contingência que fornecemos, a repetição se impõe de maneira aparentemente irremediável. Em outras palavras, o sujeito exhibe sua maneira de instituir regras, formar seus sintomas e transformar o fortuito em lei, em suma, transformar as contingências em necessidades. (GODOI, 2024)

BIBLIOGRAFIA

GODOI, Bernardo Sollar. **A pulsão de morte entre contingência e repetição. Reverso**, Belo Horizonte, v. 46, n. 88, p. 43-50, dez. 2024. Acesso em: 05 de setembro de 2025. Disponível em: [A pulsão de morte entre contingência e repetição](#)



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 10/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** A. J. S.
8. **Idade da paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 03

A paciente A. J. S, retornou para o 2 atendimento clínico após a triagem e acolhida na recepção da FASICLIN. A sessão iniciou -se com a paciente relatando se sentir mais leve e confiante depois do primeiro atendimento, relatou cansaço e exaustão mental, apresentando olhar meio disperso, a paciente iniciou a sessão mantendo algumas queixas de desvalorização, ciúmes excessivos do conjugue, dificuldade de comunicação e dialogo na relação. Relata que devido a mudanças de comportamentos do conjugue a intimidade entre o casal vem se distanciando, trazendo inseguranças e de alguma forma comprometendo o convívio com a filha. Durante a escuta analítica observou-se na paciente expressões de dúvidas quanto ao sentimento da relação, evidenciando durante o processo de transferência um sentimento de abandono, dentro da hipótese, o conflito conjugal parece operar como uma repetição inconsciente de experiências primárias, de uma simbolização da perda de um objeto de amor, sendo o pai. Relatou que tem um bom convívio com os pais do conjugue. Porém o conjugue não tem bom convívio com seus próprios pais, onde a uma cobrança excessiva aos pais, e os pais não as retribui. Relata que no trabalho o conjugue tem dificuldades em ser confrontado, revidando com julgamentos o comportamento alheio. Não tem amigos, não gosta de levar pessoas em sua casa, e reclama quando a paciente leva.

A paciente apresentou como queixa nesta sessão, desconforto devido a conflitos durante a semana com o conjugue, relatando comportamentos e comunicação contraditória, deixando a paciente em situação confusa. Paciente apresentou sinais de tristeza e baixo auto estima ao relatar a situação. Relata que algumas vezes o conjugue acorda de madrugada querendo criar



conflitos. Uma das queixas relatadas em que a paciente apresentou preocupação e exaustão mental refere-se a questão das mudanças de comportamentos da filha, onde vem respondendo a mão e como se estivesse agindo no comportamento do pai. A paciente relata que a filha é bem ríspida as com a mãe. Mas ajuda a mãe nos deveres de casa. Nos momentos de carinho e atenção com a filha o pai muitas vezes age de forma não compreensível ou contraditória.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente A. J. S. A paciente procurou atendimento terapêutico relatando sofrimento emocional e baixa autoestima, devido a questões conjugais, com ausência de indícios de traição, porem com dificuldades de aproximação ao parceiro, durante a transferência e observação, observa-se expressão de desvalorização acompanhado de olhar expressivo baixo, observou -se também no discurso um pouco de incerteza, onde em momentos expressa uma forte dependência emocional com sentimentos de desejo de separação. A transferência se manifestou de forma significativa, colocando a analista em determinados momentos em posição de “tomada de decisão”, ou seja, responsável por repassar uma resposta a paciente ou julgamento deste parceiro. Alegando também que talvez esteja agindo erroneamente com o parceiro, sendo algum comportamento errado de sua parte, se colocando em situação de culpa em um determinado momento. Em outros momentos a paciente reage com comportamentos mais silenciosos, onde apresenta sentimentos de medo de tomar decisões. Durante a sessão houve um processo de escuta ativa, onde a contratransferência foi baseada na elaboração de que a paciente possa acolher e lidar com esse vinculo conjugal de forma menos dependente e mais harmoniosa. A paciente relatou neste momento que está saindo mais para suas atividades físicas e sociais.

Conflitos são considerados inevitáveis nos relacionamentos e, portanto, mais do que a sua ocorrência, o que importa são as estratégias utilizadas para a sua resolução. Os conflitos conjugais influenciam todo o sistema familiar, especialmente as relações entre o subsistema conjugal (casal) e o parental (pais- criança). Do ponto de vista das repercussões que provocam aos membros da família, os conflitos conjugais podem ser classificados como construtivos ou destrutivos. (BOLZE et al., 2017)

Conflitos conjugais construtivos envolvem comportamentos que incluem a resolução com estratégias bem-sucedidas, progressos para solucionar a situação (por exemplo, mudar de



assunto ao invés de continuar a briga), respeito mútuo e percepções positivas de conflitos não resolvidos. Quando os conflitos ocorrem na presença da criança, explicações por parte dos pais de como os conflitos foram resolvidos e, até mesmo, elucidações deles de que os conflitos não são uma ameaça grave ou que podem ser manejados, são consideradas estratégias construtivas, pois ajudam a criança a desenvolver comportamentos positivos em situação de conflito nos seus relacionamentos. (BOLZE et al., 2017)

Em contrapartida, conflitos identificados como destrutivos incluem estratégias de agressão verbal ou violência física entre os membros do casal, hostilidade não verbal ou “tratamento silencioso”. Ademais, conflitos destrutivos envolvem a retirada abrupta durante a interação conflitiva, causando a obstrução desta, ameaças à estabilidade da família (por exemplo, dizer que vai se separar ou sair de casa) e brigas sobre temas relacionados à criança. (BOLZE et al., 2017)

BIBLIOGRAFIA

BOLZE, Simone Dill Azeredo; SCHMIDT, Beatriz; BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. **Conflitos Conjugais e Parentais em Famílias com Crianças: Características e Estratégias de Resolução**. Suplemento Especial: Pesquisa Qualitativa em Psicologia • Paidéia (Ribeirão Preto) 27 (Suppl 01) • Dez 2017. Acesso em : 12 de Setembro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Conflitos Conjugais e Parentais em Famílias com Crianças: Características e Estratégias de Resolução](#)1 [Conflitos Conjugais e Parentais em Famílias com Crianças: Características e Estratégias de Resolução](#)1



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 22/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A.J. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 04 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente A.J.S foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de Psicoterapia, observou-se durante o processo de escuta ativa, comportamentos expressivos mais reprimidos, expressão visual com auto estima baixa. Apresentou boa comunicação verbal, porém oscilando com momentos de silêncio e olhares meio dispersivos e baixo. O objetivo foi retomar o vínculo terapêutico e avaliar a continuidade das demandas trabalhadas anteriormente.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está, como passou?

Paciente: Boa tarde. Não foi muito bom eu tive uma discussão com meu esposo, e ele chegou a me pegar forte em um dos braços, ficando até meio roxo, eu não sei por onde começar, eu quero me separar, mas não sei como sair. (silencio)

Terapeuta: Conte-me o que foi que aconteceu, como você está se sentindo?

Paciente: Ele fala que eu bato de frente com ele que eu fico questionando, na verdade ele não quer ouvir a verdade.

Terapeuta: Quando ele fala que você bate de frente com ele, o que vem em sua mente, o que você sente?

Paciente: Eu falo a verdade, só que ele não aceita, talvez pelo ego dele. Tudo eu sou culpada pelas atitudes erradas dele. E eu já estou cansada. Estar com ele hoje e não ir embora não e nem

por ele e sim pelo que eu conquistei. Ele me ajuda de certa forma. Mas eu sei que isso não justifica as atitudes. Nem da parte dele e nem por eu aceitar.

Terapeuta: Você relatou que você tem toda essa consciência de todo esse trajeto de relacionamento de conflitos, e no qual se percebe em um ciclo onde não consegue sair, me fale sobre isso, sobre essa percepção?

Paciente: Eu acho que é porque eu não tive um exemplo paterno forte, não tive muitos conflitos familiares, mas eu acho que a figura paterna e materna influenciou ou influência em meu modo de pensar, aceitar, não sei.

Terapeuta: Você acredita que então essa falta de figura paterna influência em seu relacionamento atual?

Paciente: Eu acredito que sim, eu não tive nenhum espelho de como uma mulher deve ser tratada, e minha mãe não tinha tempo de ensinar de não aceitar esse tipo de relacionamento, eu cresci meio q mentindo pra mim mesmo. Sempre deixo passar os comportamentos dele. Ele não me faz se sentir uma mulher amada, quando eu comecei a fazer os meus gostos ele começou a se revoltar.

Terapeuta: A sua mãe já chegou a vivenciar algum conflito em relacionamentos conjugais ou familiares?

Paciente: Não, segundo minha mãe mesmo meu pai bebendo, nunca teve conflitos ou agressividade.

Terapeuta: Como está a sua rotina de atividades físicas?

Paciente: Eu ainda estou fazendo as vezes aos finais de semana. Mas as vezes eu chego cansada de viagem e dou foco na faculdade. Ele relata que ele e assim devido aos meus comportamentos que ele é assim.

Terapeuta: você relatou que ele relata que ele é assim devido aos seus comportamentos, você quer falar sobre algo sobre estes comportamentos?

Paciente: Eu sou as vezes respondona, não tenho paciência, as vezes sou irritada, mas eu acredito que uma mulher sobrecarregada, cheia de afazeres. As vezes não tem como, só que tudo que é pra mim meus cuidados pessoais ele implica. Então eu já não quero mais dialogo com ele. Ele começa a me dar as coisas ele me deu moto, ele fica me segurando com essas coisas materiais. No meu instagram mesmo ele não tem acesso.

Terapeuta: Essa questão de fuga de suprir com coisas materiais. Quais sentimentos isso acarreta em você?

Paciente: Piora. Ultimamente eu não tenho sensação nenhuma. Ele fala q eu não tenho gratidão, eu já falei pra ele que eu não quero que ele fique me dando as coisas, eu quero me sentir amada e querida. O mínimo que eu queria era q houvesse um reconhecimento e gratidão e eu só tenho cobrança e q estou fazendo tudo mal feito.

Terapeuta: O suprir com bens materiais sempre houve no relacionamento?

Paciente: Sim, isso me cria uma falsa sensação de que tenho uma vida boa, só que eu nunca fui de bens materiais. Ele fica transtornado quando a gente coloca a moral dele como duvidosa. Ai e onde ele fala que quem faz ele tomar essas atitudes sou eu.

Terapeuta: Quando você fala que ele está tranquilo, quais são os impulsos, o que vem em mente para você falar a ele?

Paciente: Eu não gosto de ver ele parado. Isso me irrita. Aí eu acabo que fazendo deboche. Essas indiretas provocativas. Até porque depois ele vai cobrar inverter falar que eu não dou atenção. Eu sinto muita raiva de mim e raiva dele também quando isso acontece. Um sentimento de desprazer. Indiferença. Se ele está tranquilo eu estou ali querendo briga, eu fico me questionando o porquê eu ainda continuo e não faço nada pra cortar esse ciclo. Essa noite passada a gente conversou porque ele queria que a gente se entendesse.

Terapeuta: A.J.S o que você sente com relação a essa questão conflituosa, quais os pensamentos vêm, e que sentimento desperta em você?

Paciente: Nada não consigo nem responde ele direito, o que vem dele não importa não faz mais muita diferença. Sentimentos de indiferença mesmo. Raiva as vezes.

Terapeuta: Como você está nesse momento após expressar esses sentimentos, podemos encerrar?

Paciente: Estou bem-estou mais tranquila, se eu chegar em ambientes bons com pessoas legais eu me sinto bem me sinto revigorada e me ajuda a esquecer os problemas.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, a paciente manteve o comportamento um pouco retraído, se soltando mais durante as sessões de associação livre. Observou durante o início da sessão leve expressões de choro, com sentimentos reprimidos de desvalorização, culpa, medo e indecisão. Mostrou-se colaborativa e motivada a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

A sessão teve como objetivo a retomada dos conteúdos de suas experiências trabalhadas anteriormente. Observa-se durante os processos de associação livre, que a paciente demonstrou em alguns momentos insegurança em relatar seus conflitos conjugais, apresentando sentimentos de medo, indecisão, espera por respostas da terapeuta com relação ao seu conflito. Observou-se durante a sessão na transferência sentimentos que provavelmente pertencem ao cônjuge, como raiva, e medo de abandono, e o desejo de que alguém a compreenda. Sendo assim foi possível em alguns momentos trazer à consciência os padrões inconscientes e recalcados da paciente que sustentam este sofrimento. Ao interpretar esse movimento de transferência foi aberto um espaço de escuta e silêncio, para que a paciente pudesse analisar os sentimentos ainda reprimidos e expressasse em seu tempo. Os sentimentos de abandono foram bem reforçados durante a sessão, levando a compreensão de aspectos emocionais e afetivos relacionados a raízes mais profundas em sua relação com os pais.

Espera-se que o paciente fale de modo livre para que ele consiga exprimir os seus conteúdos psíquicos nas palavras e manifestar ao analista a cadeia associativa em que elas se encontram, de modo que, se toda palavra encontra-se associada à outra, então se torna possível perseguir o curso de suas ligações - como se estivéssemos puxando uma linha à procura do carretel em que está amarrada. Por meio dessa concepção, Freud conseguiu inferir algo muito importante, *i.e.*, que os processos psíquicos respeitariam uma ordem determinada. Se haveria um curso no pensamento do paciente, haveria, conseqüentemente, uma finalidade, uma meta que as associações rumavam em direção. Baseando-se nisso, ele propôs o conceito de representação-meta (*Zielvorstellung*), que visaria dar significado para essas ideias, de que haveria leis no psiquismo determinando as relações entre as associações (CARVALHO; HONDA 2017)

Freud, então, passa a utilizar a cura pela fala, *talking cure*, adotando o método de associação livre, e a regra fundamental da psicanálise, “que estabelece que tudo que lhe venha à cabeça deve ser comunicado sem crítica” (Freud, 1912 /1996, p. 118). A partir daí, desenvolve sua teoria para explicar como a resistência, presente no laço transferencial, participa da dinâmica das neuropsicoses de defesa¹, entre as quais se incluíam a histeria, as obsessões, a psicose. Em *As neuropsicoses de defesa* (Freud, 1894 /1996) e *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (Freud, 1896 /1996), Freud admite que o mecanismo de recalque, comum à histeria e à obsessão, é a separação entre a representação incompatível e o afeto, diferenciando-se pelo destino deste último, que seria a inervação somática (conversão) e a

representação obsessiva (substituição), respectivamente. Já no caso da psicose, o mecanismo funciona com a rejeição tanto da representação incompatível quanto do afeto, a fuga para a psicose, desligando-se da realidade. Até esse momento, não havia contraindicação à aplicação da psicanálise às psicoses, cujo tratamento tinha por objetivo o restabelecimento das representações rejeitadas pelo paciente (SANTOS; ALBUQUERQUE; ANDRADE 2024)

BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, Vitor Orquiza; HONDA, Helio. **Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise**. *Analytica*, São João del Rei, v. 6, n. 10, p. 46-56, jun. 2017. Acesso em: 30 de setembro de 2025. Disponível em: [Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise](#)

SANTOS, Priscila Henrique de Amorim; ALBUQUERQUE, Max Cavalcanti de; ANDRADE, Cleyton. **Transferência e a clínica psicanalítica das psicoses**. *Psicologia USP*, 2024, volume 35, e190030. Universidade Federal de Alagoas, Instituto de Psicologia. Maceió, AL, Brasil. Acesso em: 30 de setembro de 2025. Disponível em: [SciELO Brasil - Transferência e a clínica psicanalítica das psicoses](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h **Término:** 17:00h
5. **Data da sessão:** 01/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A.J.S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº05

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente A.J.S. A paciente segue com os agendamentos de horários em dificuldades devido a suas atividades profissionais, no qual realiza viagens fora da cidade, e que coincide algumas vezes com os agendamentos das sessões, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Realizou-se a elaboração e organização completa do prontuário da paciente. Elaborou-se também neste dia, a leitura do artigo as repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan de modo que contribuíssem para o aperfeiçoamento técnico e prático da acadêmica.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan

Segundo destacado por Freud, Lacan sugere que o texto apresentado parte de uma reflexão filosófico-linguística sobre o morfema “repetição”, destacando sua não-redução a termos como “cópia” ou “reprodução”, e introduz uma lógica dialética que articula “velho” e “novo”. Essa perspectiva, quando aproximada da psicanálise, torna-se particularmente pertinente, pois toca diretamente no modo como Freud compreende o funcionamento psíquico:



a repetição não é simples duplicação de um acontecimento anterior, mas o retorno de algo que, ao reaparecer, nunca é idêntico ao original. Na teoria freudiana, repetição implica deslocamento, transformação e reinscrição, de modo muito semelhante à ideia de que o fenômeno repetido já ocorre em outro tempo, em outro contexto e sob outra economia psíquica.

Sendo assim no contexto apresentado a psicanálise freudiana introduz a noção de compulsão à repetição para descrever precisamente esse movimento: aquilo que retorna não é reprodução literal do passado, mas o retorno do recaiado em nova roupagem, seja nos sintomas, nos sonhos, nos atos falhos ou na transferência. Freud afirma que o sujeito tende a repetir não o que recorda, mas justamente aquilo que não pôde simbolizar. Por isso, a repetição ocorre como ato, não como cópia. Freud também sustenta que a repetição é sempre atualizada sob novas condições, revelando um traço estruturante que se conserva, ainda que sua manifestação se modifique. A queda de certos ideais simbólicos desencadeia efeitos no Imaginário. Quando o simbólico perde a sua consistência, o Imaginário também se desestabiliza, especialmente no que diz respeito às identificações narcísicas primárias. Lacan exemplifica esse efeito pelos sonhos de despedaçamento do corpo, um fenômeno que ele descreve como ligado ao corpo despedaçado do estágio do espelho (Lacan, 1949).

Isso ocorre porque, ao final da análise:

A imagem corporal deixa de ser tomada como unidade garantida, o nome próprio perde sua “evidência”, o sujeito se vê destituído dos suportes que lhe forneciam uma identidade consistente.

Desse modo a repetição aparece não como retorno de um conteúdo, mas como retorno de um modo de gozo, na forma de angústia. A angústia indica o ponto em que o sujeito encontra o Real do corpo, aquilo que não se organiza simbolicamente.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, e mediante o estudo, a discussão sobre a repetição na clínica psicanalítica exige, antes de tudo, reconhecer que este conceito nunca se limitou, nem em Freud nem em Lacan, a uma ideia de cópia ou retorno idêntico do passado. Como indicado, Lacan destaca que o morfema repetição não pode ser reduzido a termos como cópia, reprodução ou duplicação. Sua leitura filosófico-linguística já introduz uma operação dialética em que o



“velho” retorna como “novo”, não pela via da identidade, mas pela via da diferença. Esse ponto é essencial para compreender a repetição enquanto fenômeno psíquico. Freud já havia estabelecido, especialmente em *Além do princípio do prazer* (1920), que a repetição não é uma simples evocação de uma experiência passada. Ela representa, antes, o modo como o inconsciente insiste. O sujeito repete não o que lembra, mais precisamente aquilo que não pôde simbolizar. Por isso, o retorno do recalado ocorre: como ato, em novas circunstâncias, sob outra economia psíquica, e nunca como reprodução fiel do evento original.

Essa é a lógica da compulsão à repetição: o que retorna não é o fato histórico, mas o traço psíquico, a marca inconsciente que tenta se reinscrever ali onde antes não pôde ser integrada. Assim, Freud já antecipa a ideia de que há algo estrutural na repetição que se conserva, ainda que suas manifestações clínicas variem no tempo.

O principal apoio epistêmico pressuposto por Lacan para formular tal ineditismo do desejo no final de análise foi, certamente, a invenção freudiana de um discurso original: o discurso do psicanalista. Freud, ao inventar um modo inédito de tratamento das neuroses, mais especificamente da histeria, nos trouxe ainda um modo incomum de fazer laço social por meio da frustração da demanda, do sujeito-psicanalisante, e da regra de abstinência, feita para o psicanalista. (CASTRO, 2017)

Entendemos que tal desejo inédito envolve o relançamento de 'A Coisa' em outro tempo e em outro espaço/contexto na vida do sujeito-psicanalisante. Como disse, em linguagem literária, Ítalo Calvino (1991), no posfácio de *O castelo dos destinos cruzados* ((CASTRO, 2017)

BIBLIOGRAFIA

CASTRO, Júlio Eduardo de. **As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan** 1. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 811-821, dez. 2017.



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h **Término:** 17:00h
5. **Data da sessão:** 08/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A.J.S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº06

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente A.J.S. Onde a paciente entrou em contato que iria se ausentar na sessão por não chegar a tempo devido a sua atividade profissional. A paciente segue com os agendamentos de horários em dificuldades devido a suas atividades profissionais, no qual realiza viagens fora da cidade, e que coincide algumas vezes com os agendamentos das sessões, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Realizou-se a elaboração e organização completa do prontuário da paciente. Elaborou-se também neste dia, a continuidade da leitura do artigo: As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan de modo que contribuíssem para o aperfeiçoamento técnico e prático da acadêmica.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan

Segundo destacado por Freud, com a queda dos ideais simbólicos, as imagens que sustentavam o sujeito em sua relação narcisista com o corpo e com o Eu também estremecem. Lacan aponta que, próximos ao final da análise, é comum surgirem sonhos de despedaçamento corporal, evidenciando o abalo das identificações primárias.



Nesse momento, a repetição deixa de ser sustentada pela imagem ideal do Eu e passa a se revelar como insistência de algo que excede o imaginário. Os destinos da repetição se transformam ao desnudar o sujeito das garantias especulares que antes organizavam sua relação consigo e com o Outro. A repetição, no campo psicanalítico, ultrapassa qualquer noção de cópia ou reprodução. Em Freud, ela é o retorno insistente do recalçado; em Lacan, é estrutura e encontro com o Real. Os destinos da repetição na clínica são múltiplos: transformação do sintoma, queda das identificações imaginárias, reordenamento significante, reinscrição do desejo, deslocamento das posições subjetivas, e, sobretudo, o reconhecimento do impossível que estrutura o sujeito. Desse modo para Freud a repetição se manifesta em escolhas reiteradas de sofrimento, fracassos, laços amorosos e situações que reproduzem velhas posições subjetivas.

A compulsão à repetição revela que o psiquismo é regido não apenas pelo princípio do prazer, mas por uma força que insiste além, que busca reencontrar um ponto de fixação originária, força que Freud nomeia pulsão de morte. Assim, para Freud, a clínica é o lugar de transformar repetição cega em possibilidade de elaboração.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, e mediante o estudo, a discussão sobre a repetição na clínica psicanalítica exige, antes de tudo, reconhecer que este conceito nunca se limitou, nem em Freud nem em Lacan, a uma ideia de cópia ou retorno idêntico do passado. Freud observa que, quando os ideais simbólicos começam a perder sua força organizadora, ocorre um abalo nas imagens que sustentavam o sujeito em sua relação narcisista com o corpo e com o Eu. Esses ideais fornecidos pela cultura, pela família e pelos primeiros vínculos amorosos funcionam como alicerces imaginários que mantêm certa coesão do Eu. Quando entram em declínio, aquilo que era vivido como unidade e continuidade passa a ser atravessado por fissuras.

Lacan aprofunda essa leitura ao indicar que, nas etapas avançadas de uma análise, é frequente o surgimento de sonhos de fragmentação corporal ou de experiências que evocam o despedaçamento da imagem do corpo. Esses fenômenos marcam a instabilidade das identificações primárias e evidenciam que a imagem especular, que antes organizava o Eu, perde consistência diante da operação analítica. Esse processo não é um retrocesso, mas um



efeito estruturante da análise: ao desestabilizar o imaginário, abre-se espaço para que algo do sujeito além da imagem possa emergir.

Ter abordado a repetição a partir da pluralização desse conceito fundamental da psicanálise e da combinação de registros (R, S, I) nos permitiu aproximar do desejo do psicanalista bem como do saber aí pressuposto, não somente pelo que a castração lhe advertiu, como também por sua sustentação na chamada douta ignorância (Lacan, 1997). E isso uma vez mais nos confirmou a hipótese de que, sobretudo no campo psicanalítico, a abordagem da teoria e de seus conceitos pressupõe a dimensão ética que subjaz à doutrina. Daí o nosso cuidado ao ter examinado o conceito de repetição na doutrina e ainda em seu para além, ou seja, em seus princípios elementares/fundamentais, aqui manifestos nas considerações acerca da dimensão ética em jogo e, por isso mesmo, em algumas de suas consequências clínicas. (CASTRO, 2017)

BIBLIOGRAFIA

CASTRO, Júlio Eduardo de. **As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica: contribuições a partir do ensino de Lacan** 1. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 811-821, dez. 2017. Acesso em: 07 de outubro de 2025. Disponível em: [As repetições e seus destinos na clínica psicanalítica.: contribuições a partir do ensino de Lacan 1](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 17/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. J. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 07 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Como você está?

Paciente: Estou bem. Fiz uma coisa muito boa de sábado pra domingo, fui numa procissão, caminhei por 36km, foi sofrido mais, no final é muito bom, e a semana foi ótima, fiquei tranquila, consegui tudo que tinha pra fazer.

Terapeuta: Como estão as coisas, na família, no trabalho?

Paciente: Está bem (expressão com olhar pra cima, meio pensativa) um pouco preocupada com minha filha, ela está com uns comportamentos meio estranho, mais em casa estamos tentando se alinhar, mas agora minha preocupação está com ela. Eu fui pra Cuiabá e decidi deixar ela com minha sogra e ela andou falando coisa lá né, só que andou falando mal de mim, que não queria mais morar comigo porque, meio que da a entender que o que o pai dela faz ou fazia só é porque eu me comporto mal entende, então isso me deixou um pouco preocupada.

Terapeuta: E como está a relação você e seu esposo?

Paciente: Está tranquilo, deu uma acalmada, não chegamos a conversar ainda do jeito que eu gostaria, mas ele está tranquilo. Ou porque também não ficou muito em casa, que ele ficou viajando e quando ele chegou eu precisei viajar. Vamos ver agora no período que estiver em casa.



Terapeuta: Entendo, esse distanciamento as vezes contribui para que vocês possam olhar para algo, faz sentido? E quem sabe daí não surge um bom diálogo né.

Paciente: Sim ele não vai deixar de ser o pai das minhas filhas, então aí eu pedi pra que ele chamasse ela e conversasse né, aí ele disse assim, mas não aconteceu nada, o que você tinha de sair falando para sua avó, que no caso é a mãe dele né. Aí ela olhou pra ele e falou, “pra mim aconteceu sim, pra mim não é normal.” ela é novinha mas ela tem entendimento, e em um outro momento ela falou mal dele, e eu estou um pouco preocupada, dela não estar sabendo diferenciar o que é certo ou o que é errado.

Terapeuta: Ela relatou sobre o que, os conflitos?

Paciente: Sim, que ele briga comigo porque estou errada, eu tenho um aplicativo do trabalho e eu converso com muitas pessoas, e muitos homens também, e ela pega meu telefone e ela vê as mensagens, e ela pergunta porque a senhora está conversando com tanta homem mãe. Eu falo pra ela que é porque eu preciso, trabalhar com homem também, questão de roupa também as vezes eu coloco uma determinada roupa ela questiona. Tipo os mesmos comportamentos do pai dela. Da pra perceber que ela acha que o pai está certo e eu estou errada. Não foi a minha sogra que me disse né, foi a minha cunhada, diz que minha sogra ligou e relatou que minha filha tinha falado.

Terapeuta: Entendi. A. J. S só confirma pra mim por gentileza, você está cursando em qual faculdade, pergunto só pra confirmar aqui no prontuário.

Paciente: Eu estudo na Anhanguera.

Terapeuta: Ok, vamos observando essa questão de comportamentos da sua filha, o que ela quer expressar a você mãe ou o pai sobre esses conflitos, que sentimento isso tudo está refletindo nela, em você. Tudo bem?

Paciente: Sim, tudo bem. Vou conversar com ela, ver o que ela fala.

Terapeuta: Gostaria de falar algo mais?

Paciente: Não, acredito que não.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, a paciente apresentou mais segurança, e cooperação na continuidade da terapia psicoterápica. Apresentou em alguns momentos o olhar meio dispersivo (pensativa) e expressão visual um pouco baixa, porém não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, na transferência apresentou sentimentos de insegurança, e culpa, que pode estar inconscientemente relacionando ao sentimento de perda. O que faz a paciente reviver



experiências mal elaboradas relacionadas a perda, mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de análise, observou-se que a paciente apresentou expressões de maior tranquilidade, e mais segurança em se posicionar em suas questões pessoais, observou-se que ao relatar sobre a sua experiência na procissão, o relato pode ser compreendido como uma vivência de sublimação, onde o cansaço físico e mental e a experiência espiritual se transformam em uma expressão simbólica de descarga emocional, propiciando alívio mental, independência e realização. Com base na expressão afetiva, e conteúdos inconscientes, observou-se que a paciente demonstra preocupações relacionadas a filha, sugerindo estabilidade conjugal, evidenciando ansiedade e insegurança, diante da influência paterna sobre a filha, o que caracteriza uma ambivalência afetiva.

Sendo assim a paciente ao se sentir julgada ou mal interpretada, manifestou sentimentos de culpa, insegurança e dúvidas sobre seu papel materno, o que pode estar associado também a experiências mal resolvidas em seu passado. Observou-se que tais percepções negativas acionam mecanismos de defesa de resistência e recaída emocional, do ponto de vista transferencial a paciente observou-se conflito intergeracional e conjugal, no qual essa filha atua como mediadora simbólica das tensões dos pais. Sendo assim o relato do distanciamento físico no qual ‘ele está viajando, e ela logo em seguida tem que viajar’ surge como uma dinâmica de defesa frente a conflitos.

Além do subsistema parental, especificamente, das características do envolvimento entre pais e filhos, a dinâmica relacional no subsistema conjugal é considerada importante para a compreensão do que ocorre com a prole, já que a qualidade da relação conjugal provoca reflexos no exercício da parentalidade ([Costa et al., 2015](#), [Mosmann et al., 2018](#)). O conflito conjugal é um fenômeno que se expressa frequentemente nas relações amorosas diádicas e se relaciona com outros fatores, como satisfação, coesão, intimidade e estabilidade conjugal ([Costa et al., 2016](#)).

Diante de conflitos frequentes, intensos e manejados de forma destrutiva pelo casal, os filhos tendem a ser impactados negativamente ([Mosmann et al., 2017](#), [Mosmann et al., 2018](#)). Tal impacto pode ser direto, se os filhos se engajam no conflito e são levados a se posicionar em favor de um progenitor contra o outro, ou indireto, se os filhos presenciam e/ou observam os conflitos a



relativa distância (Margolin et al., 2001; Minuchin et al., 2009; Rosencrans & McIntyre, 2020; Thiengo et al., 2014). O processo pelo qual os conflitos existentes em um subsistema familiar reverberam em outros subsistemas é denominado *spillover* ou transbordamento. (MOSMANN, et al. 2023)

BIBLIOGRAFIA

PEREIRA MOSMANN, Clarisse et al. **Conflito familiar e envolvimento parental: percepções de filhos adolescentes.** Cienc. Psicol., Montevideo, v. 17, n. 2, e2844, dic. 2023. Acesso em: 23 de outubro de 2025. Disponível em : [Conflito familiar e envolvimento parental: percepções de filhos adolescentes](#)

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00h Término: 11:00h
5. **Data da sessão:** 24/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. J. S
8. **Idade do paciente:** 34 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 08

Ao iniciar as atividades clínicas na data de hoje, não houve atendimento clínico devido à ausência da paciente. A paciente A. J. S, entrou em contato com a terapeuta relatando que não poderia comparecer a sessão devido a correria de suas atividades profissionais no qual por vezes necessita viajar, sendo assim, a paciente solicitou o cancelamento dos atendimentos psicoterápicos, se dando alta. Diante disso, foi realizada a continuidade da atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia a leitura dos atendimentos nos prontuários e sua organização para a entrega final dos prontuários, realizou-se a elaboração dos relatórios parciais, e elaborou-se também a busca por artigos da scielo relacionados a “Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud, para o complemento da produção de relatórios.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud.

Mediante o estudo observou-se que o texto descreve um momento crucial da metapsicologia freudiana, onde Freud ressalta sobre as neuroses de transferência para as neuroses narcísicas. A introdução do conceito de narcisismo (Freud, 1914) representou uma



verdadeira reestruturação da psicopatologia psicanalítica. Até então, Freud havia concentrado sua clínica na histeria e na neurose obsessiva — quadros que hoje chamaríamos de neuroses de transferência. Com a ampliação do campo para as psicoses (paranoia, esquizofrenia e melancolia), Freud percebeu que nesses quadros há retirada da libido do mundo externo, que essa libido se recolhe ao eu, produzindo uma espécie de fechamento narcísico, e que, por isso, ocorre falha na transferência positiva, condição necessária para o trabalho analítico clássico. Observou -se que essa constatação não é apenas clínica, ela exige uma revisão teórica sobre o funcionamento da libido, do eu e da estrutura do aparelho psíquico. Por isso o narcisismo marca o início explícito das reflexões que levarão à segunda tópica. Sendo assim Freud passou a compreender que, nas neuroses narcísicas, o que predomina não é uma hostilidade manifesta ou um ódio direcionado ao analista (como na neurose obsessiva), mas sim: A indiferença (melancolia), perseguição (paranoia), fracasso na ligação associativa (esquizofrenia). Freud constatou que esses fenômenos não devem ser vistos como simples resistência, mas como expressão da impossibilidade estrutural de formar laços transferenciais estáveis.

Segundo Robert, Kupermann (2012) Assim, é possível notar que a concepção freudiana da transferência negativa vai adquirindo contornos específicos a partir das diferentes modalidades de sofrimento apresentadas pelos analisandos, que resultam em diferentes configurações do campo transferencial. As manifestações clínicas da transferência negativa e suas gradações demandam de Freud a reordenação da agressividade em sua metapsicologia, o que demonstra que clínica e metapsicologia permanecem, até seus últimos textos, intimamente relacionadas.

É justamente isso que Robert e Kupermann enfatizam que as diferentes formas de sofrimento histeria, neurose obsessiva, melancolia, paranoia, esquizofrenia, revelam modos singulares de constituição da transferência negativa.

Exemplos:

Histeria: ambivalência afetiva, oscilação entre amor e depreciação do analista.

Neurose obsessiva: ódio silencioso, hostilidade controlada e autorreferida.

Paranoia: leitura persecutória do analista; o ódio assume forma de certeza.

Melancolia: retração libidinal e indiferença que inviabiliza o laço.

Esquizofrenia: desinvestimento objetal e falha de ligação, onde a transferência se torna quase impossível.

Cada uma dessas configurações clínicas obriga Freud a repensar não apenas a técnica, mas a própria economia pulsional que sustenta essas manifestações.



ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre um tema presente e importante durante o período de estágio acadêmico na clínica psicológica. O texto expõe como a observação das distintas manifestações de sofrimento levou Freud a ampliar sua metapsicologia, sobretudo ao reposicionar a agressividade e ao formular novos conceitos para explicar a fragilidade das ligações transferenciais. A leitura de Robert e Kupermann reforça que a transferência negativa, em suas variações, foi motor para essa reformulação: clínica e metapsicologia permanecem indissociáveis no desenvolvimento da psicanálise. O movimento descrito mostra que, para Freud, a teoria é produto da clínica. As dificuldades encontradas no tratamento de pacientes cuja ligação libidinal é prejudicada não são fracassos teóricos, mas pontos de partida para a elaboração conceitual. A transferência negativa, assim, funciona tanto como desafio clínico quanto como operador teórico que revela estruturas profundas do funcionamento psíquico.

Em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926), Freud nomeia, ao lado das resistências do eu, (relativas ao recalque e ao ganho secundário do sintoma) e das resistências de transferência, as resistências do isso e do supereu. Assim, o campo do manejo transferencial passa a englobar os fenômenos de compulsão à repetição e as atuações que incidem no tratamento psicanalítico, e que conduzem à inércia e ao impasse na condução clínica. (ROBERT, KUPERMANN 2012)

BIBLIOGRAFIA

ROBERT, Priscila Pereira; KUPERMANN, Daniel. **Dore resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud.** Cad. psicanal., Rio de Janeiro, v. 34, n. 26, p. 37-49, jun. 2012. Acesso em 24 de outubro de 2025. Disponível em : [Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud](#)



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 27/08/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** M. A.
8. **Idade da paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 01

A paciente M.A, foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da entrevista de triagem pela estagiária J. Durante a escuta inicial, a paciente relatou estar desconfiada sobre um possível transtorno TDAH, onde vem apresentando incômodos ao se distrair muito rápido, perda de foco com sintomas de agitação, dificuldades de concentração, estados constantes de preocupação e sinais de hiperatividade. Apresentou durante o processo de escuta e acolhimento, boa comunicação, extroversão, se adaptando bem durante o processo de entrevista, apresentou uma leve ansiedade ao relatar sua história de vida. A paciente relatou que nasceu na cidade de Cáceres, os pais mudaram p Cuiabá, onde ajudou na criação dos 05 irmãos, sendo uma irmã gêmea, onde tem contato próximo e saudável, relata que durante a infância teve uma fase um pouco turbulenta, onde a paciente e sua irmã sofreram bullying, contribuindo para as dificuldades de se socializar. Em dos momentos de sua trajetória de infância, segundo a paciente a mãe relata que quando moravam na cidade de Tijucal MT, a mãe estava lavando roupa, e a paciente e a irmã sofreram um acidente com a panela de pressão, onde a mesma explodiu, onde houve queimaduras. Segundo a paciente, a irmã gêmea já apresentou dificuldades também como foco e distrações. Atualmente a paciente encontra-se em um relacionamento conjugal, e com boa socialização, porém, fica receiosa quando não consegue absorver as coisas como deveria e fluir na socialização com outras pessoas. Relatou se sentir frustrada por não conseguir ser rápida. Em um dos casos relatados, a paciente em uma de suas atividades profissionais na escola onde trabalhava, foi pedido um planejamento de aula e ela não conseguiu desenvolver como deveria.



Onde expressou emoções de culpa e tristeza. Ao finalizar a sessão de forma clara e calma, a paciente foi convidada a observar e a refletir que tipo de sentimento, incomodo, pensamento ou comportamento surge e leva a acionar os gatilhos das dificuldades de foco ou distração. A análise da sessão teve como objetivo dar espaço ao que a paciente sente de modo que sua agitação ou fuga possa ser simbolizada ao invés de ser corrigida, dando significado e reconhecimento ao sintoma verbalizado pela paciente, respeitando sua experiência de vida e seu tempo.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente M. A. A sessão teve como objetivo oferecer acolhimento e a construção do vínculo terapêutico. O processo de entrevista teve como foco incentivar a paciente a observar o ritmo de seu próprio funcionamento e condutas emocionais, e na observação se a sua mente está sempre se desviando para outros tipos de pensamentos, se surge alguma preocupação frente a algo importante.

Segundo Barkley (2008) aqueles que buscam avaliação pela primeira vez quando adultos talvez não tenham sentido um grau de perturbação que os fizesse procurar tratamento profissional durante suas vidas, o que pode sugerir um comprometimento de magnitude mais leve. Assim, qualquer diferença encontrada entre os estudos longitudinais e transversais pode ser explicada, pelo menos em parte, pelos tipos de sujeitos representados nos estudos (i.e., sujeitos adultos identificados com TDAH quando crianças vs. aqueles identificados quando adultos). São necessárias novas pesquisas para se esclarecer se pode haver diferenças em comorbidade, realizações educacionais e ocupacionais desempenho na direção, satisfação conjugal, resposta a tratamentos ou outras variáveis entre esses dois grupos.”

Dentro do contexto psicanalítico é necessário desconstruir essa ideia de que toda a dificuldade em se concentrar ou perda do foco, pode estar relacionada a um transtorno mental, com base na psicanálise pode ser compreendido como uma resposta subjetiva, onde o paciente desvia sua atenção, por não permanecer naquilo que é incomodo ou que deveria dar foco. Como também não se restringi a avaliações mais criteriosas que envolvem fatores biológicos, cognitivos ou emocionais. No campo emocional algumas situações como estresse, sentimentos



de culpas, medos e preocupações influenciam diretamente na concentração contribuindo para falhas na percepção visual e mental e dificuldades de foco. A mente se dispersa como um movimento de fuga frente a alguma situação inconsciente que ocasiona um desconforto. Foi repassado a paciente que é necessário uma compreensão mais ampla e um olhar mais cauteloso e multidimensional para a interpretação deste funcionamento, que abrange uma visão mais clínica ou até se possível neurológica. A paciente encerrou agradecendo pelo estado de consciência mais leve após a sessão, e com objetivo de dar continuidade nas próximas sessões.

BIBLIOGRAFIA

BARKLEY, Russell, A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [recurso eletrônico]: manual para diagnóstico e tratamento / Russell A. Barkley (org) ; Arthur D. Anastopoulos ... [et al.] ; tradução Ronaldo Cataldo Costa. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008. Acesso em: 30 de agosto de 2025.



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 03/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** M. A.
8. **Idade da paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 02

A paciente M.A, retornou para o 2 atendimento clínico após a triagem e acolhida na recepção da FASICLIN. A sessão foi iniciada com uma breve retomada da queixa principal e estabelecimento do vínculo terapêutico. Durante a escuta inicial, foi possível observar, expressões mais suaves, com comunicação mais tranquila. O processo de escuta foi realizado com acolhimento, ampliando a percepção da paciente sobre suas emoções e sentimentos, durante suas atividades diárias ou aquelas que mais lhe transmitem sentimento de insegurança e medo. A paciente relatou que em alguns momentos há uma dificuldade em se posicionar, e se expressar adequadamente no setting, por receio de julgamento ou por não querer retornar a assuntos dolorosos de seu passado. Sendo assim durante a sessão foi realizado uma abordagem mais de escuta ativa mesmo e empática, onde pudesse ser observado os processos de postura comportamental, onde há sinais algumas vezes de retraimento, resistências e olhares evitativos, respiração mais curta ao se aprofundar em assuntos relacionado a história de vida familiar. Observou -se também em alguns momentos medo ao relatar situações de exposição.

Diante o processo de escuta, a paciente relatou sobre suas rotinas diárias, onde acorda se arruma e vai para a creche das 07 da manhã até as 11h, onde cuida de uma criança de Transtorno de Espectro Autista (TEA) grau 03, observa-se que durante o relato, essa socialização remete a paciente um sentimento de realização mesmo diante da falta de foco, que neste momento ainda permanece, e com algumas distrações. Relatou que após o primeiro atendimento de sessão refletiu mais sobre trazer novos assuntos a 2 sessão. Durante o processo de escuta, foi dado a continuidade, adentrando nos assuntos referentes a história de vida da



paciente no intuito de compreender mais sobre seus vínculos familiares com a irmã e o pai, relatou que o pai na época sempre trabalhou como vidraceiro, onde trabalhava com outro colega, neste momento da sessão observou-se uma expressão da paciente de silêncio e olhar disperso com sinais de insegurança ao relatar. Sendo assim foi respeitado o momento de silêncio da paciente e continuidade no processo de escuta, respeitando o tempo, pausa e limite da paciente. Relatou que na época, ela é sua irmã gêmea, onde as duas tinham o hábito de andar de bicicleta, passaram na vidraçaria de seu pai, onde relata que se sentia assediada pelo colega de seu pai. Relatou que teve toque físico na paciente, onde sua irmã chegou a presenciar, relatou que o pai e a mãe nunca foram informados sobre essa situação. A paciente relatou o acontecido na época, aproximadamente por volta de uns 07 e 08 anos de idade. Relatou que sempre teve dificuldade de se relacionar, onde tinha dificuldades de se expressar e se soltar durante seus relacionamentos na adolescência tinha sentimentos de vergonha, do toque e carinho. Nunca manifestou vícios na adolescência referente a bebidas e outros tipos. Referente a mãe da paciente, relatou que sua mãe tem doença de pele Psoríase e foi fumante por muito tempo. Paciente relatou ter uma vida centrada na espiritualidade, em Deus. Referente ao seu processo de saúde mental e física relatou que no ano de 2018, teve uma complicação na saúde onde quase veio a óbito, devido a uma grave crise de asma devido a poeira, na época ficou na UTI, chegando a ser entubada. Optou por não ter filhos no relacionamento atual, devido a sua questão de saúde asma e receio de TDAH.

Ao finalizar a sessão, a paciente foi convidada a observar com calma e a refletir que tipo de sentimento é gerado ao acessar estas informações de sua vida, se traz algum sentimento de medo ou retraimento. Levando em consideração a transferência no momento da sessão, observou-se que a paciente demonstrou uma certa dependência simbólica com relação ao outro, uma das hipóteses sendo a irmã, onde essa dependência é alimentada por insegurança ou medo de abandono. Esse movimento de escuta e transferência é importante de modo a compreender como a paciente se posiciona mediante a situações de sua vida, e na sua relação com o outro frente a suas experiências primárias e para onde se desloca a sua atenção no setting terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente M. A. A sessão teve como objetivo dar continuidade de forma clara e empática nos processos de escuta da paciente, no acolhimento de suas vivências



como um ser subjetivo, esse olhar de escuta ativa é essencial para uma boa condução clínica e construção de vínculo terapêutico, de forma que ocorra um bom desenvolvimento e resultados terapêuticos.

Segundo Ungar (2008) Da perspectiva atual, podemos afirmar que tanto a resistência como a transferência, aqueles obstáculos iniciais, transformaram-se rapidamente em guias e ferramentas insubstituíveis e essenciais da clínica freudiana. Como dissera Freud, no epílogo de *Dora* (1905), e em *Recordar, repetir, elaborar* (1914), é através da repetição transferencial (que aparece no clímax da resistência) que emergem as lembranças mais reveladoras de uma análise.

Dentro do contexto da Psicanálise para Freud, a resistência e a transferência são indispensáveis a clínica, a resistência por um lado manifesta-se na dificuldade do paciente acessar conteúdos inconscientes que são dolorosos para ele, na transferência ocorre o inverso onde consiste na repetição de padrões ou vínculos afetivos passados que são direcionados ao analista, tanto a resistência como a transferência quando entrelaçadas podem ser fontes de elaboração tornando grandes aliadas a eficácia do tratamento terapêutico dando uma nova forma as lembranças recalçadas.

Quando o processo analítico começa a abrir caminhos no inconsciente, há um aumento da necessidade do paciente de transferir experiências, relações de objeto e emoções primitivas, que se concentram na pessoa do analista. Dessa forma, o paciente maneja seus conflitos e ansiedades utilizando os mesmos mecanismos de defesa que usou na etapa precoce de seu desenvolvimento. A *introjeção* estabelece as bases para a relação com os objetos externos, num constante interjogo entre estes “...verdadeiros arquitetos da vida mental”, como Paula Heimann denominou os dois mecanismos em seu célebre trabalho de 1943. (UNGAR 2008)

BIBLIOGRAFIA

UNGAR, Virginia. **A transferência em sua perspectiva clínica. J. psicanal. v.41 n.75** São Paulo dez. 2008. Acesso em 06 de setembro de 2025. Disponível em : [A transferência em sua perspectiva clínica](#)



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 10/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** M. A.
8. **Idade da paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 03

A paciente M.A, foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento. Durante a sessão, a paciente apresentou expressões de mais tranquilidade e menos resistência, mantendo a boa comunicação verbal e não verbal, com olhar meio disperso, mas com foco quanto a comunicação da analista durante a sessão. Paciente apresentou relato de um esquecimento durante a semana, onde colocou uma garrafa de água pra encher e foi fazer outra atividade, ocorrendo o extravasamento de água. Neste momento observa-se uma hipótese de um processo inconsciente, com repetições de esquecimentos e distrações. Podendo essa dispersão ser uma maneira de como a paciente lida com o mundo simbólico. Relata também que no momento do esquecimento estava pensando em uma disciplina da escola, onde a professora estava explicando aula para os alunos e quando a paciente percebeu ela não estava prestando atenção. Neste momento observa-se que a paciente expressou risos de seus esquecimentos e dispersões, de modo a não se frustrar com estes acontecimentos. Durante a sessão foi oferecido um ambiente de confiabilidade e segurança respeitando o espaço e ritmo da paciente, de modo que a paciente possa se expressar sem exigências.

Referente a sessão anterior, a paciente relatou que após a segunda sessão, onde foi abordado assuntos sobre abuso durante a infância, sentiu um leve peso devido ao assunto abordado, porém durante a semana em reflexão, se sentiu mais segura e aliviada por ter conseguido falar sobre o assunto, que de uma forma ou outra a incomodava mesmo que de forma inconsciente. Onde sentia algumas resistências, medos e bloqueios. Neste momento foi



ressaltado a fala da paciente a importância de encontrar acolhimento frente aos sentimentos de medo, e inquietações.

Paciente relatou estar se adaptando a sua nova rotina, onde suas responsabilidades aumentaram, devido seu conjugue trabalhar atualmente como motorista de uma empresa, por vezes se sente sozinha, mas busca fazer atividades de casa para distrair. Um de seus desafios no momento é andar de moto, onde necessita para realizar suas atividades pessoais.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente M. A. observou-se que a paciente relata um histórico de insegurança desde a infância, onde houve alguns conflitos inconscientes relacionados a sentimentos de medo, perda e culpa. Durante a transferência observou-se sentimento de insuficiência algumas vezes, e dispersão, onde inicia um assunto e já modifica para outro assunto, quando a uma questão a ser levantada sobre determinado assunto, observa-se que a paciente demora para responder muitas vezes desviando o olhar serenamente de modo a buscar respostas. Durante a observação, paciente apresentou alguns comportamentos meio rígidos e de vergonha. O impacto emocional que a paciente traz sugere estratégias que poderiam auxiliar na regulação dessa atenção, estratégias como mindfulness, caminhadas e leituras de livros que a fazem se sentir bem e minimizar as dispersões e preocupações.

Feitosa, Rivera , Camboim, Santos (2012) fundamenta a sua argumentação nos pressupostos da teoria psicanalítica, mais especificamente nos mecanismos de defesa do ego, narcisismo e Complexo de Édipo, e nas análises dos vínculos sociais. Dessa forma, trata-se de uma obra de cunho psicossociológico semelhante às proposições de Enriquez (2005), já que a vergonha representa um sofrimento social e psíquico.

Freud defendeu com avidez a primazia da sexualidade na etiologia das neuroses e no desenvolvimento psicológico das pessoas. A discussão da importância do papel do inconsciente e da sexualidade já havia sido discutido por Gaulejac (1987) na obra *La névrose de classe*, nela é importante a compreensão dos fatores psicossociais e dos psicossociais na gênese do sentimento de vergonha. Para tanto, é fundamental compreender o papel da vergonha na vida de Freud, os documentos existentes que contam sobre sua vida são numerosos e não se pode pensar numa teoria psicanalítica sem que essas experiências com a vergonha sejam



compreendidas. Para esse autor, a reticência de Freud em recordar esses momentos de sua vida pode ser interpretada como indicadora de um embaraço e de seu desejo de esquecer momentos especialmente difíceis. (FEITOSA et al., 2012)

De início, ele afirma que o trabalho psicanalítico revelou que as pessoas adoecem neuroticamente devido à frustração, à privação da satisfação dos desejos. Mas o surgimento da neurose só se dá pelo conflito entre os desejos libidinais e a parte do Eu que os condena, que os reprime. Embora essa tese não seja assim tão simples, pois inclui o conceito de formação de compromisso entre as partes em conflito, esta seria a primeira condição para o surgimento da neurose: a privação de uma real satisfação. Mas não é absolutamente a única condição, nos diz Freud. (LIMA, 2012)

BIBLIOGRAFIA

- FEITOSA, Izayana Pereira; RIVERA, Giovani Amado; CAMBOIM, Aurora Andrade; SANTOS, Miriane da Silva. **Repensando o sentimento da vergonha: contribuições psicossociológicas**. Resenha • Fractal, Rev. Psicol. 24 (1) • Abr 2012. Paraíba-João Pessoa. Acesso em 13 de setembro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Repensando o sentimento da vergonha: contribuições psicossociológicas](#) [Repensando o sentimento da vergonha: contribuições psicossociológicas](#)
- LIMA, Denise Maria de Oliveira. **Sobre o sentimento de culpa: Que culpa é essa**. Estud. psicanal., Belo Horizonte, n. 38, p. 53-58, dez. 2012. Acesso em: 13 de setembro de 2025. Disponível em : [Sobre o sentimento de culpa: Que culpa é essa?](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00h Término: 17:00h
5. **Data da sessão:** 17/09/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M. A
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – N° 04

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente M. A, onde a paciente justificou sua ausência devido a questões pessoais, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia, a leitura das análises de atendimentos psicoterápicos, para a elaboração e produção dos relatórios parciais clínicos. Realizou-se também a organização completa dos prontuários das pacientes. Elaborou -se também neste dia, a pesquisa de alguns artigos relacionados ao ato simbólico na psicanálise, transferência e contratransferência, na intenção de contribuir para o processo de aprendizagem, porém foi realizado a leitura do artigo Transferência e contratransferência: a clínica viva.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Transferência e contratransferência: a clínica viva

Dentro do estudo da pesquisa, observou-se em um sentido geral que a transferência e contratransferência, são expressões vivas de um encontro de um sujeito consigo mesmo, onde a análise psicanalítica busca de certa forma uma neutralidade e escuta técnica, é nessa irracionalidade dos afetos e presença afetiva que se fundamenta o processo analítico, onde ele ganha forças e vitalidade. De certo modo a clínica viva é aquela que se abre ao inesperado, ao



que escapa da cronologia racional. O presente morto, como se pode referenciar representa a estagnação psíquica, ou seja a repetição de padrões, ausência de sentido dos projetos de vida, a vivência analítica, ao estimular afetos e memórias, ela pode reanimar esse presente, onde o paciente revive essas experiências, que estavam dissociadas, lançando-o num outro tempo, um tempo subjetivo, pulsante, com real significado, criativo, possibilitando um avanço nos diagnósticos. Dentro deste contexto a transferência pode ser descrita como uma força que anima o inanimado, onde ela faz o passado retornar ao presente não como apenas uma lembrança e sim como uma real experiência viva. Sendo assim o papel da contratransferência está caracterizada pela resposta emocional do analista, a contratransferência seria o campo de ressonância afetiva que transforma o vivido em material de análise, onde o emocional do analista também é afetado pelo encontro.

Na Psicanálise o analista se coloca diante do sofrimento do outro antes mesmo de saber do que se trata, sendo caracterizado por um gesto de acolhimento, o analista torna-se suporte para transferências primitivas e demandas afetivas, o que exige uma escuta que não se apressa em traduzir, mas que sustenta o enigma, o silêncio. Dentro deste contexto, essa abertura pode gerar alguns impasses, o analista pode se deparar diante de afetos intensos e confusos, que desafiam sua própria estrutura psíquica. Mas é justamente nesse campo de afetos que se dá a transformação clínica.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, onde vem contribuindo para o aperfeiçoamento profissional e prático da acadêmica durante os atendimentos. Observou-se que a pesquisa amplia o alcance da psicanálise para além do consultório, apontando sua contribuição ontológica à sociedade contemporânea. Em um mundo marcado pela aceleração, fragmentação e ameaça ao humano, a psicanálise oferece um espaço de reintegração do ser, de escuta do corpo, do excesso pulsional, das representações inconscientes, ela não se restringe ao setting clínico tradicional e sim oferece ferramentas para compreender os movimentos subjetivos que atravessam a cultura, a política, os vínculos sociais e os modos de existir do ser humano. Sendo assim a psicanálise se estende à arte, saúde pública, educação, justiça, comunicação, entre outros campos, onde o sofrimento psíquico se manifesta de formas múltiplas. É isso que faz de sua abordagem um



diferencial, onde a uma sociedade contemporânea marcada por ritmos acelerados, hiperconectividade, e precarização dos vínculos.

Talvez isso imprima a marca de um devir para a dupla analista/analizando. Ou seja, ambos continuam a buscar a expansão de sua ontologia— seguir sendo para poder continuar vivo para si mesmo, para o outro e para o mundo. Eis aí o mover-se no encontro analítico: o passado, o acontecimento, a primeira vez, o devir, tudo se torna presente, conjugando todas as temporalidades. Nessa medida, falhar aponta o que pode advir para ser corrigido, significa que o analista experimentou contratransferencialmente o ponto de vista do paciente, validando-o. Isso não será esquecido: tornando-se passado, pode, agora, ser lembrado. (PALHARES, 2008)

BIBLIOGRAFIA

PALHARES, Maria do Carmo Andrade. **Transferência e contratransferência: a clínica viva**. Rev. bras. psicanál, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 100-111, mar. 2008. Acesso em: 19 de setembro de 2025. Disponível em: [Transferência e contratransferência: a clínica viva](#)



- 1. Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
- 2. Número de matrícula:** 59401
- 3. Local do estágio:** Fasiclin
- 4. Horário da sessão:** 14:00h – **Término:** 17:00h
- 5. Data da sessão:** 24/09/2025
- 6. Nome completo da supervisora:** Margelli

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 05

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico devido a ausência de pacientes previamente agendados. Diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia a leitura das análises de atendimentos psicoterapicos, para a elaboração e produção dos relatórios parciais, clínico e de campo externo. Elaborou-se também a busca por artigos da scielo relacionados a Psicanálise, a associação livre na psicanálise e o silêncio dentro da escuta psicanalítica, para o complemento da produção de relatórios. Realizou-se também a observação, leitura e organização completa dos prontuários das pacientes, logo em seguida sendo organizados em seu devido lugar nos armários. Após foi realizado a leitura do livro em PDF.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do livro intitulado:

A primeira entrevista em psicanálise um clássico na psicanálise.

O estudo abordou sobre a especificidade do psicanalista clínico, sobre seu verdadeiro papel dentro de uma análise e escuta clínica, o texto em um certo trecho destaca alguns equívocos que são comuns na prática psicanalítica mediante a outros profissionais da área psicológica ou médica. Onde muitas vezes o público/paciente tente a distorcer ou a confundir a psicanálise como práticas interventivas, médicas ou até pedagógicas. Não sendo o papel do psicanalista corrigir comportamentos, aconselhar ou orientar o paciente como educador, atuando sobre paciente de forma a moldar sua conduta. Mas sim propiciar um espaço aberto de escuta e fala de forma empática. Como diz Mannomi (2004)



Segundo Mannomi (2004) ora o psicanalista não acrescenta um novo dizer. Ele permite as forças emocionais encobertas, em jogo conflitivo, encontrar uma saída, ficando a cargo do consultor dirigi-las por si mesmo.

Ou seja, conforme cita o autor, esse espaço de escuta e associação livre permite que o paciente confronte com seu próprio inconsciente. A psicanálise neste caso atua pela interpretação e pela transferência, e não pelo senso comum ou sugestão. O livro descrito pelo autor Maud Mannomi, destaca que a psicanálise busca compreender a escuta do indivíduo seu inconsciente e a elaboração de seus próprios desejos e recalques. Mannomi ressalta que a psicanálise é uma abordagem que pode ser interpretada em várias facetas teórica, clínica e existencial, ou seja, ela não se reduz a uma técnica de cura e a retirada de sintomas e sim como um método de pesquisa da verdade singular de cada indivíduo, de suas experiências psíquicas e simbólicas. Para Freud a regra fundamental da psicanálise é “O paciente deve dizer tudo o que lhe vier a mente, sem censura, sendo o analista responsável por abrir espaço para escuta sem julgamento” esse dizer tudo representa a manifestação do inconsciente, através de comunicação não verbal, silêncio, e repetições. Onde o sujeito se depara com seus pilares psíquicos desde a infância. Neste contexto o que tudo escuta coloca o analista em posição de escuta flutuante, onde está intimamente ligada a associação livre segundo Sigmund Freud. Onde o analista deve evitar quaisquer expectativas de cura e de controle racional. O texto ressalta também a profilaxia mental de relações familiares e patogênicas, que é baseada na prevenção de sofrimentos psíquicos, com o objetivo de evitar que os conflitos sejam eles emocionais e inconscientes se agravem e possam se desenvolver em sintomas psicossomáticos, neurotícos ou psicóticos.

Sendo assim o objetivo é dar continuidade na leitura do livro para um enriquecimento teórico e prático.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre um tema presente e importante durante o período de estágio acadêmico na clínica psicológica. A leitura proporcionou um aprendizado rico, sobre a perspectiva psicanalítica, a conduta do profissional na psicanálise dentro da escuta, fala e associações, e as funções preventivas na psicanálise, como escuta precoce, o reconhecimento da subjetividade do



indivíduo, o favorecimento do lugar de sujeito do desejo, e acompanhamento das dinâmicas parentais onde á uma escuta sem julgamentos e sem a intenção de moldar certas condutas. Em síntese o texto trás a importância de uma boa condução analítica e os elementos que formam esse nucleo ético e técnico da psicanálise onde o paciente pode reconhecer seus desejos e reconfigurar. Observou -se que é através da associação livre que o sujeito se expressa de forma espontânea sem ser questionado. E pela escuta flutuante o terapeuta acolhe os conteúdos inconscientes, através da neutralidade sustentando esse espaço analítico, a transferência é essencial nesse espaço permitindo que o inconsciente se manifeste para que de certa forma possa ser interpretado e trabalhado.

A psicanálise terapêutica é um método de pesquisa da verdade individual para além dos acontecimentos cuja realidade não tem outro sentido para um sujeito salvo a maneira pela qual ele lhe foi associado e por ela se sentiu modificado. Pelo método de dizer tudo a quem tudo escuta, o analisando remonta aos fundamentos organizadores de sua efetividade de menino ou menina de tenra idade. (MANNOMI, 2004)

A vulgarização das noções psicanalíticas corre o risco de dar uma imagem falsa da entrevista como psicanalista, se acreditarmos que essa entrevista possa se reduzir a um relacionamento dual em que o paciente se limita a projetar sobre o analista tudo que ele carrega consigo sem saber: o seu inconsciente. Nessa concepção, o papel do analista iria reduzir-se a constatar o caráter imaginário, quase irreal, dessas projeções, e a informar isso ao paciente. Em suma, a análise iria limitar-se a uma redução do imaginário em nome da realidade. (MANNOMI, 2004)

BIBLIOGRAFIA

MANNOMI, MAUD. **A primeira entrevista em psicanálise, um clássico da psicanálise.** Prefácio de Françoise Dolto. Tradução de Roberto Cortes de Lacerda. Nova ed. Rio De Janeiro:Elsevier, 2004. Acesso em: 27 de setembro de 2025.



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 01/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M. A
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 06 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia. O objetivo foi manter uma escuta flutuante, acolhendo os conteúdos recalcados e conflitos internos. Durante a sessão a analista se colocou em uma postura de atenção sem um direcionamento rígido permitindo que o inconsciente se manifestasse livremente. Após algumas sessões paciente relatou-se se sentir menos resistente dando espaço para explorar livremente suas associações.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. E aí me conte como você está?

Paciente: Estou bem. Eu ando ultimamente meio estressada, devido ao trabalho (Silêncio) um pouco de cansaço, a criança que eu ajudo a cuidar tem Transtorno do Espectro Autista nível 3, ele é cheio de fazer as coisas que não pode, e ai preciso ficar de olho, ele é bem agitado e isso acaba me estressando as vezes. Eu fico pensando será que eu vou dar conta. (Risos). Então estou assim ultimamente um pouquinho de estresse.

Terapeuta: E sobre esse estresse, você observou que ele vem aumentando ou diminuindo depois das sessões ou você acha que esse estresse ele pode ter algum outro fator outra ligação com algum pensamento ou sentimento?



Paciente: Acho que pode ser sim um pouco, ausência de uma saudade, talvez uma saudade da minha irmã, ou meu marido que está muito ausente, ou eu quero comprar alguma coisa e não consigo, então pode ser isso, uma ausência, esses dias tive uma pequena exaltação com a criança e eu tive uma dor de cabeça doeu minha cabeça do lado esquerdo. (paciente relatou sobre o comportamento da criança com autismo, sobre as atividades que ele presta.)

Terapeuta: E o que os comportamentos dessa criança transmite a você, quais os sentimentos que ela traz a você?

Paciente: Sentimento de alegria, de convívio, eu gosto de estar lidando com crianças, sou carinhosa, atenciosa. Tem crianças que leva flores, mas tem horas que a gente fica assim da bronca, mas é bom estar feliz em um ambiente que você gosta de lidar.

Terapeuta: Com relação ao estresse, quando você retornou para seu lar como você lidou com isso?

Paciente: Eu cheguei exausta, muita dor de cabeça, porque foi um dia de estresse mais aí logo passou. (Silêncio) Eu já tive uma vez uma crise de estresse emocional onde eu chorei muito foi na escola também. Me senti frustrada, com sentimento de não ser capaz, fiquei me questionando será que sou capaz (Montessori entrei como bolsista para auxiliar. Trabalho mesmo como auxiliar na creche)

Terapeuta: Você já trabalhou em outras redes de educação, como foi para você?

Paciente: Sim, No Montessori entrei como bolsista para auxiliar. Trabalho, mas mesmo como auxiliar na creche.

Terapeuta: Fala pra mim um pouco sobre esse sentimento de não capacidade, de duvidar de suas capacidades quando algo não sai conforme você gostaria?

Paciente: Eu agora não tenho mais medo, eu me sinto segura com relação de executar uma determinada função. Não o pensamento ou o questionamento de não dar conta.

Terapeuta: Certo, você acha que se cobra demais? ou já chegou algum ponto onde exigiu muito de si mesmo?

Paciente: (Silêncio e olhar bem reflexivo) Já sim, mas estou bem menos agora.

Terapeuta: Você tem alguma dificuldade em se posicionar, de dizer “não” igual na questão do estresse qual foi seu posicionamento naquele momento?

Paciente: Sim, tenho dificuldade de ser firme, firmeza no tom.



Terapeuta: Em casos de estresse ou nervosismo você costuma reprimir se afastar, ou se expressa?

Paciente: Sim, minha expressão muda eu fico assim meia fechada. Fico muda. Eu me afasto.

Terapeuta: Podemos finalizar a sessão, como você está se sentindo?

Paciente: Sim (sorriso), podemos sim. Estou bem.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou -se que a paciente apresentou mais autonomia emocional, manteve a expressão visual centrada na terapeuta, porem em alguns momentos olhar meio dispersivo (pensativa), com sentimentos de não se sentir capaz. Não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos de ausência, podendo representar. Mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico, expressando seus relatos com tranquilidade, com comportamentos tranquilos e bastante gestos expressivos com as mãos. Bem comunicativa.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Considerando os elementos emocionais, e inconscientes da paciente, e as experiências vivenciadas, observou-se durante a transferência sentimentos de carência ou sobrecarga. Observa-se que o cuidado com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) autismo exige atenção constante, adaptação emocional e sensibilidade. Sendo assim dentro da observação de análise esse tipo de envolvimento pode ativar processos inconscientes de identificação com a criança, vivenciando sentimentos de dificuldades de comunicação, como também sentimentos recalcados de aspectos de sua própria experiência de vida, como experiências de silêncio ou ausência emocional na infância, assim como as dificuldades de comunicação pode reencenar esse cenário. Foi possível dentro da escuta ativa ajudar a paciente a compreender o que esse cansaço pode representar em sua vida psíquica trazendo a consciência se é apenas físico ou também emocional. Dentro deste contexto a saudade da irmã e a ausência do marido podem ser compreendidos como uma representação simbólica de vínculos muitas vezes não elaborados.



De acordo com Sander, Kegler (2018) o processo terapêutico em Psicanálise tem uma cena com duas pessoas, na qual, enquanto uma fala, a outra escuta, de modo que os autores reconhecem que o silêncio se faz presente no processo terapêutico, assumindo diferentes papéis e funções. Por isso, o terapeuta precisa ter a sensibilidade de entender o que o silêncio deseja comunicar. Nesta perspectiva, Peres (2009) e Ferreira (2009) propõem que é o silêncio que dita o ritmo em que a sessão vai transcorrer.

O silêncio do terapeuta, além de ter um papel de escuta, pode se manifestar como defesa ou refúgio, em uma tentativa de se guardar daquilo que está sendo dito, podendo, nesses momentos, ser muito difícil para o profissional manter-se em silêncio. Para o paciente, o silêncio do terapeuta pode ter inúmeros significados, sendo entendido como interesse, cumplicidade, consentimento, cuidado, atenção, respeito ao discurso ou até mesmo indiferença e rejeição. O sentido que o silêncio do terapeuta adquire para o paciente vai depender do momento da sessão e do modo de funcionamento psíquico do paciente (Green, 2004). (SANDER; KEGLER 2018)

O silêncio do paciente, por outro lado, pode ocorrer por várias razões. Zimmerman (1999, 2004) observa que os tipos de silêncio que o paciente pode apresentar, em resumo, são de resistência, indicando bloqueios psicopatológicos, ou de elaboração. Ou seja, o silêncio do calar-se para uma reflexão é completamente diferente do silêncio da palavra muda, como forma de resistência e da palavra que falta por vazio (Nasio, 2010). Logo, na interrupção da associação livre, o silêncio produz pausa e pode estar relacionado à elaboração, à resistência ou ao vazio. Conforme Padrão (2009), pensar no silêncio com significação positiva muda a visão negativa que assombra a prática. Por meio das manifestações mais positivas do silêncio do paciente, é possível diminuir a resistência dos próprios terapeutas frente aos momentos mais silenciosos na clínica. (SANDER; KEGLER 2018)

BIBLIOGRAFIA

SANDER, Gabrielle Krupp; KEGLER, Paula. **O silêncio em palavras mudas e ausentes: uma escuta psicanalítica**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 122-135, jun. 2018. Acesso em: 02 de outubro de 2025. Disponível em : [O silêncio em palavras mudas e ausentes: uma escuta psicanalítica](#)



1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Fasiclin
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data:** 08/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** M. A.
8. **Idade da paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 07

A paciente M.A, foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento. Durante a sessão, a paciente apresentou expressões de tranquilidade e boa comunicação. Relatou que no começo teve um pouco de dificuldades com relação a adaptação devido a ausência do esposo trabalhar fora, relata que tem dificuldades de processar informações rápidas, onde as vezes apresenta dificuldades de compreensão entre falas com o esposo, mas que o relacionamento conjugal vem se tornando fortalecido. Paciente apresentou expressões de mais autonomia, independência e segurança, onde atualmente está conseguindo andar de moto sozinha. Relatou que antes de iniciar a terapia as pessoas expressavam muitas falas, neste caso uma professora verbalizou causando insegurança e receio na paciente “Ainda bem que você não tem filhos”, de modo que ela teria mais paciência para lidar com as crianças na creche, “você não vai conseguir “ onde estava andando de moto e o esposo verbalizou, ativando gatilhos de insegurança. Sendo assim a paciente começou a refletir sobre certas falas, onde alegou que na primeira impressão achava que a professora estava sendo grossa, mas que depois analisou que talvez a professora estaria passando por algum processo pessoal de estresse, relatou de um outro caso de uma criança que tem TEA que começou a arrastar a cadeira, onde fazia muito barulho na sala, onde a professora verbalizou de forma ríspida a paciente “você não está vendo esse menino ai arrastando essa cadeira”. Onde a paciente se sentiu incomodada. Segundo relata a paciente a criança é muito agressiva, bate nos outros colegas, rasga folhas de atividades. A paciente no final da sessão apresentou uma melhora significativa, quebrando



padrões de medo e promovendo a sua autoimagem se sentindo mais capaz de enfrentar as demandas do cotidiano.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta da paciente, observou-se que a paciente apresenta expressões de mais segurança emocional, demonstrando um amadurecimento subjetivo e fortalecimento. Durante o processo de análise, observou-se que a paciente vem demonstrando uma melhora significativa em sua autonomia e independência, o que simbolicamente representa o movimento de conduzir a própria vida, sinalizando maior confiança em suas próprias capacidades e habilidades intelectuais, deslocando da dependência do outro. No início a paciente apresentou uma certa dificuldade com relação a adaptação em função da ausência de seu esposo, e dificuldades de processamento de informações rápidas, necessitando de mais tempo para elaboração e simbolização de experiências, o que pode acarretar em determinados contextos uma defasagem na compreensão das falas do outro, o que caracteriza muitas vezes por falhas de comunicação. Sendo assim a paciente traz conteúdos significativos como a fala de terceiros que atuam como gatilhos de insegurança e desvalorização, estimulando sentimentos de não competência, tais verbalizações representam para a paciente recapitulações simbólicas de experiências mal elaboradas, acarretando angústia e receio. Dentro deste contexto, observou-se um início de movimento positivo onde a paciente passou a refletir sobre o lugar e sentido destas falas dirigidas a ela. Reconhecendo que podem estar ligadas a aspectos do outro e não necessariamente a falhas pessoais dela. O indica um fortalecimento do Eu. O fortalecimento do vínculo conjugal e o aumento da autoconfiança de certo modo sugere que a paciente vem resignificando experiências de inferiorização. Deste modo o processo analítico segue continuando favorecendo a escuta ativa de seus conteúdos inconscientes.

Na leitura do texto de Zimerman (2007[1999]), vemos que a transferência foi circunscrita em um lugar de grande visibilidade e importância na psicanálise. A contratransferência, em contrapartida, foi relegada ao desprestígio, pois Freud se preocupava com o risco de distorção da prática psicanalítica que alguns profissionais poderiam fazer ao utilizar, de forma irresponsável, essa ferramenta clínica. Por esse motivo, o tema não teve um esquadramento por parte do autor e daqueles que seguiram seus postulados. Apesar de Freud



reconhecer que os afetos do paciente exerciam efeitos sobre o analista, não realizou uma teorização sobre tal questão. Ele acreditava que isso era um problema que dizia respeito aos complexos infantis mal analisados do terapeuta. Postulou, também, que essa concepção não servia como uma ferramenta analítica, pois apenas criava uma dinâmica resistencial entre a dupla e que, portanto, deveria ser controlada para atingir os resultados terapêuticos pretendidos. (BEZERRA, 2024)

A perspectiva da transferência, na vertente dos autores Freud, Klein e Lacan, endossa a neutralidade como um conceito criado sobre os preceitos de uma não-afetação no jogo da inter-relação analítica. Houve a interpretação de termos freudianos sobre recomendações técnicas, como a de que o lugar do analista deve assemelhar-se à postura de um cirurgião ou espelho opaco (Freud, 2006[1912]) para constituir-se a ideia imaginária de uma posição de reserva absoluta, puramente técnica e objetiva, desimplicada, isenta e sem a mediação de afetos. (BEZERRA, 2024)

BIBLIOGRAFIA

BEZERRA, Maysa Marianne Silva. **Transferência e contratransferência: os efeitos clínicos do observador no trabalho em grupos terapêuticos**. Psicologia USP, 2024, volume 35, e190081. Recife, PE, Brasil. Acesso em: 12 de outubro de 2025. Disponível em: [SciELO Brasil - Transferência e contratransferência: os efeitos clínicos do observador no trabalho em grupos terapêuticos](#) Transferência e contratransferência: os efeitos clínicos do observador no trabalho em grupos terapêuticos



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 15/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 08 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Tudo bem. Estou mais tranquila, com relação ao estresse na escola, estou me controlando, se eu ver que meu aluno não quer nada eu também não vou ficar insistindo.

Terapeuta: E como está a M.A. nas horas vagas, no lar?

Paciente: Está bem. Só na hora de dormir que estou bem assim com dificuldades, eu fico rolando pra lá e pra cá, e na madrugada eu acordo do nada, e demoro pra dormir. Teve um tempo que estava com um hábito de dormir muito tarde, só que agora eu estou me reabilitando, pra não passar do horário, mas mesmo assim eu ando demorando pra dormir, e ai começa a vir lembranças de pessoas, pessoas que já faleceram, e vem assim do nada. E as vezes eu não estou lembrando de nada, acontece quando eu demoro para dormir, vem as vezes da escola, uma mistura de lembranças.

Terapeuta: E com relação a esses pensamentos, sonhos durante a noite?

Paciente: Uma vez eu tive um sonho, onde teve um fato que aconteceu de um bolsista, ele não gostou de a professora fazer o vídeo e ele se exaltou, começou a bater boca com a professora, aí ele falou que não era o serviço dele. Ele tem acho que Síndrome de Bournout. A professora



falou que ele uma vez se entortou tudo, eu sonhei com a situação da escola. Nesse sonho também estava minha mãe, esse rapaz de 21 anos, tinha umas outras pessoas diferentes.

Terapeuta: Compreendi, você está tomando alguma medicação para insônia?

Paciente: Não tomo, a única que eu tomo é Alenia p bronquite asmática.

Terapeuta: Sobre essa questão da criança sobre a reflexão passada no qual conversamos, você tem observado algo a mais, identificou algum comportamento que tem lhe chamado atenção?

Paciente: O B. Ele é muito carinhoso, atencioso. As vezes as pessoas podem achar que ele vai bater, agredir e eu fiquei meditando sobre isso, por vezes é questão de compreensão mesmo, das pessoas não compreender. Ele me traz ternura, solidariedade e paciência. Eu tento lidar com meus estresses. As vezes quero ajudar ele nas atividades, só que eu penso não é no meu tempo. E sim no tempo dele.

Terapeuta: Antes de dormir você fica pensando muito nos afazeres do dia, com preocupações com relação a essas questões da escola, com relação as crianças?

Paciente: Sim eu fico, com preocupação.

Terapeuta: Você se acha muito preocupada com o futuro, ou tem alguma preocupação com a família, irmã, esposo? Que tipo de preocupação?

Paciente: Sim eu tenho, talvez eu queria ser alguma pessoa diferente talvez. Tipo quando vou fazer alguma coisa e demoro pra fazer, eu fico pensando quando eu me formar e tiver em sala de aula, como que vai ser. Eu fico pensando será que eu vou dar conta. Eu quero ler livros, começar a comprar, ler mais, acho que vai me ajudar muito na comunicação sabe a desenvolver a fala, porque eu me enrolo para falar as vezes. Estou começando a ler mais a pedagogia, pra ter mais conhecimento.

Terapeuta: Isso é muito bom para seu processo de autoconhecimento, livros ajudam muito na comunicação. A algo mais que você gostaria de relatar hoje na sessão?

Paciente: Sim, tem uns livros que eu esqueci o nome, mas que ensinam sobre como lidar com as preocupações, quero ver se acho pra ler. (expressou otimismo, expectativas para leituras)

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou mais autonomia emocional, menos comportamentos impulsivos, manteve a expressão visual centrada na terapeuta, alguns momentos apresentou olhar meio dispersivo (pensativa) não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, ao falar do aluno B., a paciente revelou um movimento transferencial, onde ela reconhece o tempo subjetivo da criança, o que indica uma capacidade



empática e uma abertura para o vínculo. Durante a análise mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que a paciente inicia relatando maior tranquilidade em relação ao estresse na escola, indicando um movimento de adaptação emocional. O relato e a frase “estou me controlando, se eu ver que meu aluno não quer nada eu também não vou ficar insistindo.” Pode evidenciar uma narrativa entre o desejo de controle e a necessidade de entrega como também uma defesa contra sentimento de impotência ou rejeição, em hipótese, observa-se que as lembranças de pessoas falecidas, da escola, podem caracterizar uma mistura de ansiedade e sobrecarga emocional, onde o sono e sonhos, nesse caso, torna-se um campo de expressão do que não foi simbolizado. Para Freud o sonho revela conteúdos inconscientes mais profundos, que são chamados de conteúdos latentes. Ou seja, não é um simples produto do acaso, e sim o resultado de uma elaboração psíquica complexa. Onde o conteúdo latente se transforma em conteúdo manifesto. Durante a escuta analítica, o sonho é material de associação livre, onde a paciente relata o sonho e a partir de suas próprias associações, o analista ajuda a decifrar os significados ocultos.

Um sonho, ao se compor de simples imagens ou de narrativas enigmáticas, pode remeter a situações triviais do cotidiano, assim como também à contextos totalmente confusos ou surreais (Krippner, 1990). O ato de sonhar, com suas características únicas, é um assunto que permeia uma série de reflexões e análises no decorrer da História, sempre acompanhado de uma série de questionamentos e poucas respostas indubitáveis. O que sempre se soube, na verdade, é que sonhar é uma experiência poderosa e generalizada, em todos os tempos (Junior-Adams, 1987), e talvez por isso o assunto seja sempre alvo de interesse tanto para o senso comum, como para os mais diversos estudos filosóficos e pesquisas científicas. (MILHORIM; CASARINI; COMIN 2013)

BIBLIOGRAFIA

MILHORIM, Thaís Kristine; CASARINI, Karin A.; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. **Os sonhos nas diferentes abordagens psicológicas: apontamentos para a prática psicoterápica.** Rev.



CURSO DE PSICOLOGIA

SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 79-95, 2013. Acesso em: 17 de outubro de 2025.

Disponível em : [Os sonhos nas diferentes abordagens psicológicas: apontamentos para a prática psicoterápica](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 22/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M. A
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 09 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Está indo. Diminuindo um pouco o estresse, tenho pedido a Deus pra me dar paciência ainda mais com o B, que o caso dele é delicado que ele quase não fala, aí tem que ter muita paciência. Estou um pouco preocupada porque quando eu estou fazendo uma coisa exemplo, se eu vou para o banheiro eu coloco na cabeça que eu tenho que fazer outra coisa, aí igual aconteceu com a bíblia, fui e peguei e deixo a bíblia em cima de alguma coisa, fico desfocando, tipo vou e faço uma coisa e esqueço.

Terapeuta: Você se recorda se sempre foi assim, preocupada com esses esquecimentos?

Paciente: Então eu não lembro, não sei se quando era criança, na escola, deixa eu lembrar, pelo que me recordo eu não era assim, igual na igreja parece que eu não consigo eu fico desviando o meu olhar olho para o teto, parece que eu não consigo, (déficit de atenção) eu vou perguntar para minha mãe, eu lembro que quando morava em Cuiabá MT, tinha um pé de goiaba ai minha irmã subiu porque eu tinha medo, e na escola tinha um menino também que sempre perseguia e a minha irmã sempre me protegia ela sempre segurava na minha mão pra ir para a escola. Aí esse menino vivia implicando com a gente, aí ela jogou a madeira pra cima dele, então ela



sempre teve o instinto protetor. Ela sempre pergunta como que eu estou. E tipo um instinto materno parece uma preocupação de mãe ela tem.

Terapeuta: Essa questão da sua irmã de sempre ter uma certa preocupação com você, o instinto materno no qual você se refere, porque será que essa irmã se preocupa tanto com você?

Paciente: Então não sei se é porque tem essa questão de ser gêmeas, é muito forte, eu acho que a saudade também porque tem a distância né, apego não sei.

Terapeuta: Atualmente a sua irmã está trabalhando, como está a situação?

Paciente: Agora ela está parada porque ela está grávida, ela trabalha com estética, ela tem dois filhos, uma menina de 10 anos e o sublinho que vai nascer agora em dezembro, e tem outros irmãos mais velhos também. Meus irmãos sempre ligam perguntando como eu estou, são bem apegados. Minha mãe também, meu pai já mora aqui né, temos contato as vezes.

Terapeuta: Vamos observar que tipo de sentimentos surgem, quando acontece essa questão de buscar atenção em outras coisas, desfocar, quando se está fazendo uma coisa.

Paciente: Sim, eu as vezes estou fazendo uma coisa e parece que meu cérebro ativa e eu tenho que ir e fazer se eu não fizer eu fico inquieta, já estou lendo o livro, durante a noite, estou tentando organizar meu sono, isso pra mim já é uma melhora.

Terapeuta: Ótimo, a leitura além de trazer mais segurança na comunicação ela favorece muito em todos os quesitos, interação né, vai ajudar nesse processo, quer relatar algo mais sobre esse processo que você está buscando?

Paciente: Acho que não, eu estou me sentindo bem fazendo a leitura, mesmo que seja lendo aos poucos, já está me ajudando. Eu tenho que entender né.

Terapeuta: Isso é importante, vamos encerrar por hoje então, tudo bem.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou mais autonomia emocional, cooperativa e confiante em seu processo de terapia. Manteve uma boa comunicação, e postura, porém com falas expressivas um pouco dispersas, sugerindo alguns lapsos de memória ou déficit de atenção, manifestou expressão visual centrada na terapeuta nos momentos de auxílio terapêutico, não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, ao contrário sempre manifesta espontaneidade e segurança, mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.



ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta e análise observou-se que frente aos episódios de desfocamento e inquietação, como esquecer objetos ou mudar de tarefa abruptamente. Esses movimentos podem ser compreendidos pela psicanálise como manifestações de um conflito entre o desejo e a censura interna, ou seja, o “desfocar” pode representar uma fuga inconsciente de conteúdos que provocam receio e ansiedade ou que de fato não podem ser simbolizados naquele momento. Observou-se no relato com relação às dificuldades da paciente com a criança com TEA, que essa dificuldade de comunicação do outro parece mobilizar na paciente uma angústia relacionada à sua própria capacidade de escuta, onde se coloca numa posição de auto cobrança e responsabilidade afetiva. Outra observação importante foi a do fato da paciente recordar a infância, onde traz uma cena marcante, o medo de subir no pé de goiaba e a proteção da irmã frente a um menino que a perseguiu, sugerindo dentro da análise que a irmã ocupa uma função materna simbólica, a repetição dessa imagem de cuidado sugere um processo de transferência, no qual a paciente projeta na irmã uma figura de segurança e contenção emocional, outra hipótese sugere ao mesmo tempo uma possível carência ou desejo de ser cuidada.

Desde os primórdios da psicanálise, questões referentes aos afetos e suas representações vêm sendo discutidas, fato que aponta para o papel central da afetividade, na obra freudiana. O afeto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e de suas variações. Proveniente da terminologia alemã, o termo exprime estados afetivos penosos ou desagradáveis, vagos ou qualificados que se apresentam sob forma de descarga maciça. (PENNA, 2017)

Embora, o sofrimento seja inerente às várias etapas da vida, existem formas e fontes de sofrimento, que seriam evitáveis e desnecessárias (AKHTAR, 2014). Contudo, estamos em contato, na clínica atual, com angústias difusas, complexidades afetivas e formas extremas de sofrimento, onde o medo, o de sampaio, o ressentimento, o ódio, a vergonha, o tédio, dentre outros afetos, expressa-se de forma contundente. Nesse sentido, tais sofrimentos, além de apontarem para o mal-estar da vida em cultura (FREUD, 1930/1976), aprenem tam-se como manifestações de agonia, dor e desesperança, diante da deterioração das formas atuais de inserção no mundo social. (PENNA, 2017)



BIBLIOGRAFIA

PENNA, Carla. **O campo dos afetos: fontes de sofrimento, fontes de reconhecimento. Dimensões pessoais e coletivas.** Cad. Psicanál. (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 39, n. 37, p. 11-27, jul./dez. 2017. Acesso em: 23 de outubro de 2025. Disponível em: [v39n37a01.pdf](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 29/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 10 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, essa semana eu estou corrida, a pé, estou sem moto, ai tenho que aguardar, pra pegar, eu estou me sentindo mais leve, na creche estou buscando não ficar preocupada, me acalmar mais.

Terapeuta: E como está sendo pra você esse processo de adaptação no lar nos afazeres diários?

Paciente: Ah está tranquilo, quando eu não estou em casa estou trabalhando, não vem aquelas preocupações, eu me sinto bem na creche, mesmo não sendo fácil, as vezes a gente tem que se acalmar pra não perder o réu primário. (Risos) porque lidar com criança não é fácil. Ainda mais autistas.

Terapeuta: E como que é para você M.A, ter que lidar com essas crianças, essas emoções, o que você sente ou o que vem em mente quando elas têm estes comportamentos com você?

Paciente: Eu me sinto bem, eu gosto de lidar com crianças, eu sinto carinho, elas me passam afeto sabe, não sei, não é fácil eu estresso as vezes, mas é um ambiente em que eu gosto muito, sempre gostei.

Terapeuta: Como é o ambiente, o convívio com as outras professoras, quantas crianças tem na creche?



Paciente: No total acho que são 17 crianças, o convívio é bom, elas me auxiliam muito, sempre que preciso elas me ajudam, a gente se da muito bem. Gosto do ambiente.

Terapeuta: Você acredita que esse é seu objetivo quando se formar, permanecer na creche como pedagoga? O que você sente quando vem em mente com relação a isso?

Paciente: Sim, eu pretendo continuar, aí eu fico meio assim, quando penso em estiver formada, hoje eu estou mais segura, depois de ler livros, melhorar minha comunicação, quero melhorar se aperfeiçoar.

Terapeuta: Você se sente insegura com relação a comunicação e isso te afetar? o que você sente?

Paciente: É um pouco de insegurança né de mudar alguma coisa com relação a profissão, ter mais exigências sabe, até lá.

Terapeuta: Compreendi, esse cuidado que você tem é muito importante não somente para essas crianças, mas para você também, porque é uma construção afetiva que tem um significado e que vem se fortalecendo no dia a dia, mesmo sabendo que o grau de transtorno de algumas crianças exige muita dedicação e paciência, mas você vem buscando se aperfeiçoar, para lidar com elas, e o importante nesse processo é não se culpar e nem exigir de você quando algo não sai do seu jeito, faz sentido?

Paciente: Sim. É isso, eu percebi que minha comunicação melhorou depois dos livros, eu preciso cuidar essa questão de me culpar, porque eu tenho muito isso. Quando alguém fala alguma coisa eu fico quieta, e me sobrecarrego depois porque eu fico remoendo aquilo.

Terapeuta: E como está a questão dos Sonhos, na sessão anterior você trouxe um pouco, tem observado algo com relação a estes sonhos?

Paciente: Melhorou, eu não sonhei mais igual aquele dia, as vezes quando sonho fico meio assim martelando aquilo na cabeça. Mas está tranquilo.

Terapeuta: Entendi, tem mais alguma questão que gostaria de trazer a sessão?

Paciente: Não, acho que não. Ah minha irmã diz que quer conversar comigo, pra ver esse negócio de terapia, acho que ela está se animando.

Terapeuta: Ótimo, vamos falar sobre isso na próxima sessão, ok. Por hoje encerramos por aqui. Vamos continuando com nosso processo, se permitindo, se autoconhecendo. Tudo bem? é um processo que compensa no final.



Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente manteve a expressão visual centrada na terapeuta, alguns momentos apresentou olhar meio dispersivo (pensativa) não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, A paciente relata também estar se sentindo mais leve e tentando não se preocupar excessivamente, em suas comunicações verbais Usou o humor ao falar sobre o desafio de lidar com crianças, observou-se que a paciente reconhece o tempo subjetivo da criança, o que indica uma capacidade empática, abertura e fortalecimento para o vínculo afetivo. Em alguns momentos demonstrou insegurança e receio com as mudanças que podem surgir após sua formação, especialmente em relação à comunicação. A paciente segue demonstrando iniciativa e investimento no próprio desenvolvimento. Durante a análise mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que a paciente vem buscando regular de forma consciente suas emoções, no ambiente de trabalho, demonstra sensibilidade ao tempo subjetivo e às necessidades emocionais dos pequenos, expressando afeto e carinho, o que indica uma postura empática e uma capacidade de estabelecer vínculos afetivos significativos. Observou -se que a paciente apresenta uma tendência à autocrítica e à ruminação emocional onde usou a expressão “fico quieta e me sobrecarrego depois”, o que pode indicar dificuldades em lidar com conflitos interpessoais ou em se posicionar assertivamente. Sendo assim com base na escuta ativa a paciente apresenta recursos internos importantes, como empatia, humor, iniciativa e vínculo afetivo, porem apresenta sinais de insegurança e autocrítica especialmente relacionado em seu contexto profissional.

Bution, Wechsler (2016) propõe que uma relação de dependência pode ser definida por quatro elementos: motivacional, afetivo, comportamental e cognitivo. O componente motivacional refere-se à necessidade de suporte, orientação e aprovação. O segundo componente, afetivo, está relacionado à ansiedade sentida pelo indivíduo diante de situações nas quais ele necessita agir independentemente. O componente comportamental alude à



tendência a buscar ajuda de outros e de submissão em interações interpessoais. E o último componente remete à percepção do sujeito como impotente e ineficaz.

As emoções ajudam-nos a sobreviver proporcionando-nos uma forma rápida e automática de responder a certas situações; ajudam-nos a relacionarmos-nos com os outros e com as exigências da vida; a perceber as nossas necessidades e o que precisamos fazer para as atingir; alertam-nos para o que está a ocorrer ou o que pode ocorrer conosco; preparam-nos para a ação; ajudam a integrar a experiência, a dar um sentido. São ao mesmo tempo uma forma de comunicar aos outros o que sentimos. (PIRES, 2016)

BIBLIOGRAFIA

BUTION, Denise Catricala; WECHSLER, Amanda Muglia. **Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura.** Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 7, n. 1, p. 77-101, jun. 2016. Acesso em: 30 de outubro de 2025. Disponível em : [Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura](#)

PIRES, António Pazo. Psicoterapia psicanalítica focada nas emoções. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 114-134, dez. 2016. Acesso em: 30 de outubro de 2025. Disponível em : [Psicoterapia psicanalítica focada nas emoções](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 05/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 11 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, não vejo a hora das férias chegar, eu estou cansada, porem eu estou mais tranquila, mais paciente, na sala de aula as crianças estão bem.

Terapeuta: E como tem sido pra você esses dias nas atividades profissionais? ?

Paciente: Há está bem mais tranquilo, não estou mais estressada como antes, até o LU. que entrou tem que saber lidar ele, ele é bem mais difícil.

Terapeuta: Você sentiu dificuldades em lidar com os comportamentos dele? o que ele tem?

Paciente: Não sei se é algum transtorno, ou o que , ele é bem agressivo., ele chega na creche ele quer bater nos rosto das crianças, esses dias ele bateu no meu rosto, ai falei pra ele que aqui é lugar de respeito, disciplina, que eu não era a mãe dele, ai a professora falou “deixa ele, no canto” ai deixei ele quieto no canto dele. Ele tem 05 anos. Não sei se ele tem algum transtorno se a família vai encaminhar. não sei.

Terapeuta: Que tipo de sentimentos esse comportamento dele traz a você, assim como o ambiente em si, esse posicionamento das professoras ao falar com você sobre tais comportamentos das crianças?



Paciente: Vem insegurança de não saber lidar com a agressividade da criança, (sentimento novamente de não ser capaz)

Terapeuta: O porque Você acha que não vai dar conta de lidar com esses comportamentos? Será que não é apenas uma insegurança e que hoje você está se superando?

Paciente: Então eu ainda não sei se vou atuar na educação infantil, ou médio. Se for na área infantil são muitos os desafio, não e fácil você lidar com o filho dos outros, e tudo é um conjunto mental, físico e espiritual. E eu preciso buscar o equilíbrio, porque se não a gente perde a paciência, o réu primário (Risos) e tem professor que perde as paciências, ficam agressivos. E eu até sonhei com as crianças, acredita, sonhei com um menino.

Terapeuta: E olha só o quanto é significativo, esses relatos, os sonhos, com relação a essas inseguranças, você observou se vem se intensificando ou amenizou?

Paciente: Eu acho que se intensificou mais agora, acho que o ambiente em outra escola, foi surgindo mais insegurança, os medos, porque você tem que estar atenta a tudo, ter foco e atenção, querendo ou não exige mais de mim.

Terapeuta: Você se sente muito pressionada M.?

Paciente: Um pouco, tem horas que eu não sei lidar, esqueci o que eu ia falar, me deu branco. (risos), (paciente expressou silêncio e olhar expressivo centrado sugerindo esforço para se lembrar da pergunta e resposta)

Terapeuta: Tudo bem, tranquilo, não tem problema esquecer ta. Tudo em seu tempo.

Paciente: Da um pouco de estresse, porque como eu quero falar acabo esquecendo. Na creche na escola, na igreja ou em casa mesmo, eu vou fazer algo e acabo esquecendo não termino de fazer uma coisa, a comida eu tenho que está ali porque se eu for fazer outra coisa pode queimar, as vezes não entendo a pergunta eu me perco. Acho que procuro meio pra não ficar pensando nos problemas, eu estou buscando meios não ficar antecipar, eu percebi melhora, me senti diferente estou buscando meios pra não ficar antecipando as coisas.

Terapeuta: Quando vem esses lapsos de memória, que tipo de sentimento vem?

Paciente: Culpa de não querer ser assim, eu queria ser um pouco mais evoluída, porque quando eu fico assim eu começo a gaguejar, ai fico com medo da pessoa não compreender meu jeito de ser, eu não queria ser assim, mas eu sou assim, (repetição), os olhares também me assustam. Porque o olhar da pessoa muda, olhar desconfiado, não sei tenho medo de não saber lidar,

Terapeuta: Compreendi, na próxima sessão vamos falar dar continuidade sobre estes incomodo, sentimentos ok, gostaria de relatar algo mais?



Paciente: Tudo bem. Eu estou me sentindo bem melhor com a terapia.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente manteve a expressão visual centrada na terapeuta, alguns momentos apresentaram olhar meio dispersivo (pensativa) e lapsos de memória, sugerindo breves esquecimentos de conteúdos mal elaborados. A paciente inicia o relato demonstrando cansaço físico e mental, mas também reconhece avanços em sua paciência no ambiente profissional. Apresentou durante a sessão episódios de esquecimento e lapsos de memória, sugerindo e contribuindo para o estresse e sentimento de culpa, além de medo de julgamento por parte dos outros. Demonstrou esforço em buscar focar em seu processo de evolução na terapia, observou-se que a paciente reconhece que o ambiente escolar atual exige mais atenção e foco, o que pode intensificar seus medos e inseguranças especialmente quando está emocionalmente sobrecarregada.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante a análise psicanalítica, observou-se que a paciente vem buscando regular de forma consciente suas emoções, no ambiente de trabalho, porem expressou cansaço e desejo de férias, revelando um estado de exaustão psíquica. A paciente relatou episódios de esquecimento, gagueira, no qual se sente envergonhada e dificuldade de concentração, especialmente em momentos de estresse, sendo assim sugere-se que esses sintomas podem ser compreendidos como atos falhos, manifestações do inconsciente que revelam conflitos reprimidos, a repetição de palavras como “eu não queria ser assim, mas eu sou assim” sugere um conflito entre o ideal do eu e o eu real, gerando culpa e sofrimento psíquico, o que reforça conteúdos inconscientes de “sentimento novamente de não ser capaz” indicando a presença de um complexo de inferioridade. O medo de não ser compreendida revela uma fragilidade narcísica, onde o reconhecimento do outro é essencial para a validação do eu.

Do que fala Freud?

De início, ele afirma que o trabalho psicanalítico revelou que as pessoas adoecem neuroticamente devido à frustração, à privação da satisfação dos desejos. Mas o surgimento da neurose só se dá pelo conflito entre os desejos libidinais e a parte do Eu que os condena, que os reprime. Embora essa tese não seja assim tão simples, pois inclui o conceito de formação de



compromisso entre as partes em conflito, esta seria a primeira condição para o surgimento da neurose: a privação de uma real satisfação. Mas não é absolutamente a única condição, nos diz Freud. (LIMA, 2012)

Seguindo os Critérios Diagnósticos do DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a gagueira é uma perturbação na fluência da fala, que inicia na infância e causa limitações na comunicação, na participação social, desempenho acadêmico e profissional, e é caracterizada por ocorrências frequentes de um ou mais dos seguintes aspectos: repetições de sons ou sílabas, prolongamentos de sons, bloqueios no início ou no meio de palavras, pausas audíveis (p. ex. uh, ah) silenciosas; circunlocução substituindo palavras problemáticas, palavras produzidas com excesso de tensão física e ansiedade a respeito dos sintomas acima, relacionada com esquiva de situações de fala, apontando para aspectos funcionais na descrição deste fenômeno. Para Van Riper e Emerick (1990/1997), a gagueira tem três aspectos principais: um comportamento de fala anormal, devido à repetição e prolongamentos de sons e sílabas, reações emocionais e atitudes negativas que resultam em ajustes no estilo de vida. Os mesmos autores citam variáveis contextuais e a influência das emoções na gagueira: "Ansiedade, frustração, vergonha e outras emoções negativas tomam conta da pessoa quando ela tenta falar [...]. Com os repetidos fracassos no ato de falar, o gago passa a acreditar que [ele] é imperfeito e inferior como pessoa; [...] sua autoimagem torna-se tão infiltrada com pensamentos mórbidos e negativos que ela antecipa e interpreta a maioria de suas experiências diárias em termos de sua anormalidade" (DIAS; ALVES; VANDENBERGHE 2014)

BIBLIOGRAFIA

DIAS, Thiago Corrêa da Silva Candido; ALVES, Cristiane; VANDENBERGHE, Luc. **O tratamento do comportamento de gaguejar e o relacionamento terapeuta-cliente: Um estudo de caso.** Acta comport., Guadalajara, v. 22, n. 3, p. 352-364, 2014. Acesso em: 07 de novembro de 2025. Disponível em : [O tratamento do comportamento de gaguejar e o relacionamento terapeuta-cliente: Um estudo de caso](#)

LIMA, Denise Maria de Oliveira. **Sobre o sentimento de culpa: Que culpa é essa?** Estud. psicanal., Belo Horizonte, n. 38, p. 53-58, dez. 2012. Acesso em: 07 de novembro de 2025. Disponível em : [Sobre o sentimento de culpa: Que culpa é essa?](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 12/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 12 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, graças a Deus tirando essa gripe está ótimo. Foi bem tranquilo. Na escola está tudo bem com as crianças. (Silêncio, olhar demonstrando um pouco de esgotamento mental)

Terapeuta: E como vem sendo pra você o acompanhamento das crianças?

Paciente: Esta do mesmo jeito, o mais bagunceiro não sei como vão fazer se a escola vai encaminhar, pra ver se tem alguma dificuldade, para ver se ele tem hiperatividade não sei, ele faz atividade mas depois que ele termina ele quer bater nas outras crianças, ele não consegue ficar sentado igual outras crianças. Aí tem que ter alguém com ele, pra dar atenção, não sei as vezes ele tem uma carência de atenção, não sei como é o convívio com a mãe. Aí as vezes reflete lá no comportamento dele. Ele é bem agitado.

Terapeuta: Depois que ele termina as atividades ele fica agressivo e começa a bater em outras crianças?

Paciente: É porque ele não quer ficar sentado assim, com outras crianças, ai ele fica transitando na sala de aula, dia tem que ter alguém com ele, pra ficar do lado dele, porque se deixar ele sozinho, ele levanta. Eu acho que ele tem carência de atenção, porque quando você começa a



dar atenção e abraçar ele, ele quer parece que entender, ai ele fica até comportado. Mas se deixar ele sozinho ai não dá.

Terapeuta: E aí você se sente cansada mentalmente e fisicamente?

Paciente: Os dois mentalmente e fisicamente, quem sabe o ano que vem posso me acostumar, porque o ambiente vai acostumando né, vou pegando o ritmo.

Terapeuta: Você sente que essa questão comportamental das crianças é o que te remete insegurança em alguma área da sua vida?

Paciente: Eu acho que sim, porque eu fico falando muito repetidamente, tipo “vai sentar, vai sentar, senta” aí quando você vê você já está cansada. Criança hoje em dia é difícil.

Terapeuta: Sim, lidar com criança não é fácil né M. tem que ter muita paciência, saber conversar de certa forma. Principalmente crianças que tem algum déficit ou transtorno. As professoras te auxiliam bem lá na creche, você sente alguma insegurança com relação a isso?

Paciente: Sim, a gente se da bem, elas se ajudam umas as outras, quando estou com alguma dúvida elas me ajuda. As vezes eu fico um pouco insegura, mas estou buscando melhorar nisso.
(Silêncio)

Terapeuta: Em sua infância, você tinha medo de ficar sozinha, ou buscava estar sempre perto de alguém?

Paciente: Deixa-me lembrar, eu sempre fui muito apegada a minha irmã gêmea e sempre ficava mais junto dela. Mas era bem apegada a minha mãe também.

Terapeuta: Compreendi, (silêncio). Você quer relatar algo? Está confortável pra você ter que lidar com estas inseguranças que surgem?

Paciente: (expressão visual dispersa como se estivesse buscando respostas) está tranquilo eu acho, até o momento. Tem vezes que não está sendo fácil. Mas estou conseguindo lidar ser mais paciente.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente manteve em alguns momentos a expressão visual dispersa e sugerindo esforço ao buscar por respostas. Sugerindo uma dificuldade ou resistência em lidar com sentimentos ainda recalcados. A paciente apresenta em alguns momentos falas que sugerem recaídas ou repetições de situações, pensamentos e comportamentos. Demonstra tranquilidade ao falar da rotina, mas com sinais de esgotamento mental (silêncio, olhar cansado) sugerindo cansaço devido a repetição de comandos e da necessidade de vigilância constante com uma criança agitada e agressiva após atividades. Na



análise observou-se que a paciente tem forte apego à irmã gêmea e à mãe, indicando necessidade de proximidade e segurança desde cedo. Essa referência pode estar relacionada à dificuldade atual em lidar com situações de solidão ou insegurança.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta ativa e acolhimento, observou que a paciente em alguns momentos apresenta expressão visual dispersa, sugerindo esforço interno para acessar conteúdos emocionais, o silêncio aparece algumas vezes como recurso defensivo, indicando possível dificuldade em elaborar sentimentos recalcados, ao afirmar estar “tranquila”, contrapõe-se ao cansaço evidente, como defesa contra a exposição da vulnerabilidade. Sendo assim o forte vínculo com a irmã gêmea e a mãe revela uma estrutura afetiva baseada na proximidade e dependência relacional, dentro deste contexto o ambiente escolar, com crianças agitadas e imprevisíveis, pode reativar sentimentos de insegurança e desamparo, exigindo da paciente recursos de contenção que a desgastam. Durante a análise a transferência se manifestou na busca por acolhimento e validação, enquanto o terapeuta atuou como espaço de sustentação para que conteúdos recalcados pudessem emergir.

Aqui aparece o embrião da ideia posteriormente desenvolvida de que se repete em atos, se atualiza, o conteúdo recalcado e o conflito inconsciente. Percebendo-se o fracasso do recalque na sua tarefa de defesa da consciência assim como a força existente no sentido de retorno do conteúdo recalcado (ANTUNES 2025)

Repete-se em ato aquilo que já não é possível lembrar. Esse é o ponto central de *Lembrar, repetir e perlaborar*, texto que integra um conjunto de escritos em que ^{Freud} (1914/2017) se preocupa em delimitar a técnica psicanalítica devido a divergências no âmago do movimento psicanalítico e fundamental no trabalho com a repetição. Decerto como as divergências são pontos cruciais, o caráter sexual na etiologia da neurose, por exemplo, o autor inicia o texto a partir de um percurso onde coloca as transformações ocorridas na teoria psicanalítica ao longo da sua elaboração e estabelece a prática analítica no momento da escrita. A teoria viria a sofrer outras grandes transformações (ANTUNES 2025)

Freud preconiza o esquecimento como uma espécie de bloqueio. O esquecimento da infância seria encoberto por lembranças que guardam em si elementos de sua origem, elas



guardam o que há de essencial da infância, “elas representam os anos de infância esquecidos tão bem quanto o conteúdo manifesto do sonho representa os pensamentos dos sonhos” (ANTUNES 2025)

BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Consuele Cordeiro. **O percurso do conceito de repetição em Freud.** Reverso, Belo Horizonte, v. 46, n. 87, p. 39-48, jun. 2024. Acesso em: 13 de novembro de 2025.

Disponível em : [O percurso do conceito de repetição em Freud](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 19/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 13 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Como você está?

Paciente: Estou bem, até que foi tranquilo na escola, as crianças estão entrando de férias.

Terapeuta: E quando que vocês entram de férias?

Paciente: Dia 10 de dezembro as crianças têm uma apresentação na praça da bíblia, aí nós bolsistas não precisamos ir. Vai ter a confraternização das turmas.

Terapeuta: E como está os pensamentos? Você tem percebido algum tipo de exaustão durante essa semana?

Paciente: Até que está tranquilo, não estou mais estressada. Esses dias aconteceu uma situação meu cérebro parece que é assim, esses dias no tik tok, eu vi barbearia, e estava escrito berçário, meu cérebro parece que faz uma bagunça, ele processa outra palavra. As vezes quando estou lendo livro também eu vejo uma palavra e meu cérebro ele processa outro tipo de informação. Os pensamentos estão tranquilos, meu marido fica só final de semana, ele falou pra mim que quando ele chegar eu tenho que demonstrar mais, ele ficou chateado, só que eu falei pra ele que é o meu jeito não é que eu não sinta falta, mas é da minha forma agir assim.

Terapeuta: E quando você observa que está apresentando estas dificuldades de processar informação M. O que você sente, te gera alguma angustia?



Paciente: Sim um pouco de irritação, de ficar lendo por muito tempo, a concentração. Por que parece que eu forço a leitura. Eu acho que também tem a correria da semana.

Terapeuta: Você relatou que seu esposo reclamou que você não dá carinho é isso, me fale mais sobre isso quando ele chega?

Paciente: Então não sei se ele vem esse final de semana, porque ele trabalha descarregando milho soja na Inpasa, e aí varia de demanda entre a cooperativa. Aí eles descarregam na fazenda e as vezes ele pode pegar uma carga em Rondonópolis.

Terapeuta: E quando ele retorna para o trabalho dele, o que você sente?

Paciente: Eu sinto falta dele, e fico lá do lado dele falando. “Ah, mas você já vai, já vai me deixar” aí ele fala “alguém tem que trabalhar nessa casa”, mas eu fico mandando mensagens pra ele pra ver se ele está bem, se ele já jantou. Eu sinto um pouco de solidão, sozinha, sei lá. Eu não gosto de sair sozinha, só que tenho dificuldade pra sair, quando ele está aqui a gente sai, comer um espetinho, um lanche. Me faz bem, quando ele está aqui. Eu combinei com uma amiga, vou pra casa dela, vamos ver é muito raro eu sai assim.

Terapeuta: E como você está se sentindo animada pra ir pra casa de sua amiga?

Paciente: Sim, vamos lá conversar um pouco, aí ela vai fazer um café um bolo, eu sou evangélica então não bebo. Não sou de sair muito.

Terapeuta: Compreendi, é isso M. buscar interações que fazem bem, acredito que isso possa até te auxiliar, nesse processo de adaptação, mudando a rotina, fazendo amizades. E tudo em seu tempo, respeitando seu espaço né.

Paciente: Sim, vamos ver né, acho que vai ser bom, eu sair também um pouco da rotina

Terapeuta: Podemos encerrar por hoje, gostaria de relatar algo, como esta pra você nesse momento?

Paciente: Estou bem, (expressão de sorriso e expectativas), acho que é isso mesmo.

Terapeuta: Aproveite a semana, bom descanso, curti com a amiga, aproveita esse momento, boas conversas, tudo bem? Estamos quase finalizando nossos atendimentos, os estágios, como eu havia lhe falado anteriormente. Mas vamos fazer o encaminhamento caso você queira dar continuidade em seu processo de análise, que é importante esse processo ta, E qualquer dúvida ou precisando estou à disposição.

Paciente: Está bem então, eu fico meio assim, a gente fica né porque cria um vínculo né J. Aí no caso você não vai mais atender aqui na clínica isso? aí eu vou ser encaminhada, pra clinica aqui mesmo?



Terapeuta: Isso, você pode dar continuidade na terapia tá, se você estiver a vontade. Sim o vínculo existe, e isso é muito importante, porque aprendemos juntos né. Mas estarei aqui quando precisar. O importante é você estar bem consigo mesma com seus processos.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, paciente afirma estar tranquila e menos estressada nesta semana. Demonstra irritação leve diante das dificuldades cognitivas. Relata solidão quando o marido está ausente, mas também alegria e bem-estar quando ele está presente. Paciente afirma estar tranquila e menos estressada nesta semana. Demonstra irritação leve diante das dificuldades cognitivas. Relata solidão quando o marido está ausente, mas também alegria e bem-estar quando ele está presente. Observou -se que o conjugue cobra demonstração de afeto, paciente reconhece diferença de estilo afetivo (“é o meu jeito”). A paciente demonstrou vínculo terapêutico significativo, reconhecendo a importância da relação com a terapeuta e mostrando apreensão com o término dos atendimentos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Baseado no relato da paciente observa-se que sobre a confusão na leitura de palavras (barbearia, berçário) pode ser compreendido como manifestação do inconsciente no campo da linguagem. Freud já apontava que os lapsos, trocas e equívocos de leitura ou fala não são meros erros, mas revelam conteúdos latentes, deslocamentos e associações inconscientes. A paciente afirma estar tranquila, mas ao mesmo tempo relata solidão e necessidade de companhia quando o marido está ausente. Esse contraste sugere uma oscilação entre o princípio de realidade (aceitação da ausência do marido devido ao trabalho). A cobrança do marido por demonstrações de carinho evidencia um conflito entre o modo de expressão afetiva da paciente e a expectativa do outro. Na perspectiva psicanalítica, isso pode ser lido como uma tensão entre o eu ideal (como ela gostaria de ser percebida) e o ideal de eu (como o outro demanda que ela seja). Desse modo observa-se que a dificuldade em sair sozinha sugere uma dependência do objeto externo (marido) para sustentar sua experiência de prazer e segurança. Dentro deste contexto observou-se que a paciente expressa bastante traços de dependência emocional. Dificuldade em sair sozinha, necessidade de companhia para atividades sociais. Busca de segurança no vínculo conjugal e no vínculo terapêutico.

O ser humano é um ser sociável e dotado de possibilidades, que desenvolve relações interpessoais e cria laços afetivos. Essa característica é inerente ao indivíduo, que começa suas



interações logo no início da vida, com os pais e outros familiares. Esse primeiro contato é a porta de entrada para a sociedade, que demanda interações com grupos maiores. Em outras palavras, o ser humano sente necessidade dessas interações, visto que ele influencia a sociedade e é influenciado por ela (SANTOS; CAMARGO 2024)

BIBLIOGRAFIA

SANTOS, Thayne de Oliveira; CAMARGO, Murilo Reis. **Dependência emocional em relacionamentos conjugais: possíveis fatores e consequências.** Psicologia USP, 2024, volume 35, e220002. Acesso em: 22 de novembro de 2025. Disponível em : scielo.br/j/pusp/a/XKHZx5ybWGP9QFVZHrdNhdz/?format=pdf&lang=pt



Paciente: Eu pretendo viajar com meu esposo, e aí eu pretendo passear com ele, ir na minha mãe, matar a saudade dos meus irmãos. Ele estava relatando pra mim que na infância o pai dele bebia muito, era muito ausente, ele vivia em um bar, ele não teve muito assim sabe atenção. E lá na minha família é diferente, é carinhosa, meu irmão liga todo dia. Então eu acho que eu vou transmitir isso pra ele. Eu acho que ele sente agora, sabe, por ele me cobrar, eu acho que é devido isso dessa da que ele não recebeu. E esse pedido dele de atenção como você

Terapeuta: E como seria pra você transmitir isso pra ele, você acha que vem então de um vazio paterno no qual você teria que suprir?

Paciente: É de uma certa forma sim, dar atenção. Ele já foi casado no primeiro casamento -7 anos. Não conheço ela pessoalmente, somente por foto. Teve uma época que eu não sabia como era viver essa fase em dois, eu e ele, eu tive um pouco de dificuldades, eu fui trabalhar e estudar quando vim pra cá. E me incomodou uma vez porque ele ficava falando da ex mulher dele, como ela era, ai falei pra ele o que ele viveu ou o que ela foi deixa lá, porque cada um tem sua essência, eu sou eu, eu gosto das filhas dele falei pra ele, mas não quero que ele misture as coisas. Isso foi lá em Juara.

Terapeuta: Entendi. Você falou dessa questão que incomodava você dele falar da ex mulher o que você sentiu quando ele falou isso.?

Paciente: Agora atualmente eu fico meia assim ainda apreensiva um pouco incomodada, porque ela manda mensagem pra meu esposo, uma vez ela comentou no status dele que ele estava meio gordinho. Fiquei sem entender aquilo, aí comentei com ele do meu desconforto. Ele ficou rindo falou que não tinha nada a ver. Agora está tranquilo.

Terapeuta: Você se sente segura M, em seu relacionamento?

Paciente: (Paciente olha para o lado, demonstra estar pensativa) Sim.

Terapeuta: E quando ele viaja, que tipos de pensamentos vem em sua mente e sensação? Você busca falar com ele por mensagem ou ligação?

Paciente: Sinto saudade de estar com ele. Quando ele está viajando eu sinto mais preocupação com ele com a viagem dele. Eu fico mandando mensagem perguntando se ele está bem, se já jantou ou lanchou.

Terapeuta: Compreendi. É importante esse cuidado, mas sempre observando as constâncias das preocupações né, que tipo de pensamento vem em sua mente, se você sente insegurança através do distanciamento e quando ele está perto.



O importante também é olharmos para o seu processo, como você tem olhado para essas questões, eu fico feliz por observar que você tem evoluído frente aos comportamentos, as resistências que lá no início você apresentou, são etapas que demonstra o quanto você confiou em si mesmo e no processo terapêutico. Esse vínculo fortalece e contribui também. Cada esforço vale a pena. Estamos encerrando um ciclo né M. como havia comentado já em algumas sessões anteriores, porém gostaria de saber, se você gostaria de relatar algo de como foi pra você esse processo, o que você observou como melhoria tanto na questão emocional, e comportamental?

Paciente: Eu gostei, eu acho que me ajudou muito sabe J. eu antes eu era assim muita insegura com tudo, estou melhorando né, mas eu observei que eu mudei, estou mais animada, só mesmo a questão do cansaço as vezes.

Terapeuta: Compreendi. Isso aí, continuar buscando não se culpar por isso, essas inseguranças e medos, e sim dar um lugar pra elas observando se realmente elas fazem sentido pra você. As inseguranças fazem parte, mas é preciso não deixar elas conduzir a nossa caminhada e pensamentos, tudo bem? E sobre a continuidade no seu processo terapêutico você gostaria de continuar? Os atendimentos ocorrerão no próximo semestre fevereiro eu acredito. Seria importante dar continuidade, mas fica a seu critério o do paciente. Tudo bem?

Paciente: Sim, quero continuar, aí será na clínica mesmo aqui né, como você falou. Mas quero continuar sim, tomara né que a gente descubra ou chegue a uma conclusão desses meus esquecimentos se é TDAH ou tem algum outro tipo não sei.

Terapeuta: Tá ok, fica tranquila com relação a diagnósticos tá, conforme o processo vai evoluindo vai se abrindo mais a consciência e talvez quem sabe não seja de fato um transtorno, nesses casos é preciso investigar mais com cuidado, e acompanhar seu processo de evolução, mas eu acredito que vai dar tudo certo e se alegrar por cada etapa vencida até aqui. Qualquer coisa estarei à disposição está bom.

Paciente: Tá bom J. Obrigada. E fica com Deus. Sucesso.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, paciente relata estar ansiosa pela proximidade das férias, associando isso à necessidade de descanso mental. Cansaço mental: Reconhece que gosta das crianças, mas sente exaustão pela rotina intensa. Aponta que antes era muito insegura, mas percebe evolução nesse aspecto. Ainda demonstra apreensão em situações ligadas à ex-mulher do esposo. Demonstra vínculo afetivo, mas também necessidade de atenção e cuidado. Relata que o esposo traz marcas da ausência



paterna na infância, o que pode influenciar suas demandas atuais. Sendo assim paciente observa melhora, está mais centrada e busca conciliar tempo. Reconhece não ser naturalmente organizada, mas procura estruturar suas atividades de modo a evitar sobrecarga.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Baseado no relato da paciente observa-se que O riso inicial “só ansiosa J. risos” pode ser visto como uma defesa, uma tentativa de minimizar ou deslocar a tensão interna. O relato de gostar das crianças, mas sentir exaustão, revela a ambivalência típica da vida psíquica, amor e cansaço coexistem. Sendo assim a paciente reconhece a necessidade de organização para não se perder em excesso de tarefas. Isso pode ser lido como uma busca pelo controle do tempo diante da angústia de dispersão. No que se refere ao esposo, esse traz marcas da ausência paterna e da falta de atenção na infância, onde a paciente se coloca como aquela que pode suprir esse vazio, assumindo uma função de cuidado e reparação. Na psicanálise, isso pode ser compreendido como uma relação transferencial, o esposo transfere para ela a demanda de atenção que não recebeu do pai. De certo modo a insegurança ainda aparece em situações de distância (viagens do esposo), onde ela busca contato constante para se tranquilizar. Esse comportamento pode ser lido como uma tentativa de manter o objeto presente frente ao medo da perda, revelando traços de ansiedade de separação. Dentro deste contexto a paciente apresenta indícios de funcionamento neurótico, com predominância de ansiedade e insegurança.

Segundo Silva, Ferrari (2021) é um dos profissionais que sustenta que o desencadeamento das neuroses é um fato clínico, desde os casos de Freud. Para ele o desencadeamento não se reduz ao mal funcionamento do corpo, a uma mudança do mundo externo ou a uma instabilidade da vida amorosa que provoca sofrimento ao sujeito. Trata-se, fundamentalmente, da formulação de uma pergunta que tem consequências para o sujeito, diz respeito à maneira pela qual se instala um conflito em que o sujeito está envolvido, embora não tenha ideia de como isso se deu. Resume-se a um encontro com algo incompreensível e inevitável.



BIBLIOGRAFIA

SILVA, Luciene Aparecida, Ferrari, Ilka Franco. **Desencadeamento na neurose e sua relação com o sintoma e a função do analista no contexto da clínica na atualidade.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 24(2), 356-376, jun. 2021 Acesso em: 29 de novembro de 2025. Disponível em : SciELO Brasil - Desencadeamento na neurose e sua relação com o sintoma e a função do analista no contexto da clínica na atualidade Desencadeamento na neurose e sua relação com o <i>sintoma</i> e a função do analista no contexto da clínica na atualidade



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 03/12/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** M.A.
8. **Idade do paciente:** 38 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 15 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Tudo bem?

Paciente: Tudo bem, estou bem tranquila, esta fluindo as coisas com mais equilíbrio dentro de mim.

Terapeuta: E como tem sido a semana, como tem passado?

Paciente: Foi bem semana passada fui passear com meu esposo, que era feriado, fui na igreja, a escola está fluindo(risos) está bem tranquilo assim dentro de mim, com mais segurança.

Terapeuta: O que é ser segura pra você M. ? o que te traz segurança?

Paciente: Ponto de equilíbrio, equilíbrio espiritual emocional também . andam juntos né. Segurança naquilo que você vai fazer, ajudando o aluno na sala de aula, os professores. Quando pedem algo pra ajudar.

Terapeuta: E você sente essa segurança na escola, com os alunos, frente as suas atividades na escola?

Paciente: Sim , com os alunos. Com os professores.

Terapeuta: Tem algum comportamento seja no grupo no qual voce pertence ou meio social que te deixa insegura?

Paciente: O que me traz segurança é me deixar fazer as coisas, não ficar em cima de mim, eu me sinto insegura, frases tipo ‘vai logo, faz logo” eu me sinto insegura, eu gosto de fazer as



coisas no meu tempo. Não gosto de ficar atropelando as coisas. Seja a escola, na igreja, ou em casa. E dependendo do ambiente, colega de faculdade, se eu não me expressar melhor, me do medo, insegurança receio de falar e eu gaguejar, tipo as pessoas darem risadas.

Terapeuta: O que te mais te incomoda M. é o gaguejar esse medo de se perder nas palavras?

Paciente: Sim isso. Seja na faculdade, na igreja eu tento lidar o máximo com meu jeito de ser. O meu jeito de ser é diferente.

Terapeuta: Me fala uma coisa quando você está perto de alguém ou em um grupo, e você quer se expressar vem algum pensamento ou sentimento com relação a gaguejar ?

Paciente: As vezes um pouco, na faculdade na aula as vezes a gente fica esperando e eu fico em silencio quieta e as meninas conversando, eu fico com receio. O professor da faculdade estava falando que a leitura melhora nossa dicção, a comunicação. Ele está estimulando a realizar leitura. Eu estou até fazendo isso, uma palavra q eu vejo no livro eu vou e pesquiso e anoto no livro. A minha irmã ela é mais preparada ela expressa melhor sai bem nas apresentações.

Terapeuta: Compreendi, a sua irmã tem essa questão de gaguejar também ?

Paciente: Bem menos, eu gaguejo mais do que ela. Mas ela é mais preparada que eu.

O que eu me preocupo é o sutaque porque é algo que não tem como tirar de nós. Porque eu falo meio puxado né. Eu falo meio cuiabano. Porque os cuiabanos eles puxam muito as palavras. Sempre pela metade as palavras. Aí tem essa dicção de palavras bem puxadas.

Terapeuta: O importante é não se culpar quando vier esses medos de falhar, as falhas fazem parte do nosso cotidiano, quando vier receio, para, respira, se acalma e volta a se comunicar, não se sentir diferente por isso. Aproveite como voce mencionou de anotar as palavras que você sente mais dificuldade e treinar em casa mesmo, automaticamente você vai percebendo que vai evoluindo na expressão verbal. Tudo bem ?

Paciente: Sim, eu estou fazendo isso, me observando sem julgamento e mais equilibrio, mas vou fazer isso em frente ao espelho né, acho que vai ajudar .

Terapeuta: Sim, com seu esposo tambem, tudo vale a pena pra evolução do seu processo e interação tambem. M. como eu havia comentado com você na sessão anterior nós estamos encerrando nosso processo de terapia, mas como você optou por dar continuidade, eu vou estar deixando aqui relatado nos relatórios está bem, para que você possa continuar direitinho com seu processo, sendo assim quero desejar um ótimo final de ano, desejo boa sorte em seu processo terapêutico ano que vem, e que você continue assim dedicada focada em seu processo, em sua jornada e acreditar que já deu tudo certo na sua profissão, são etapas de aprendizado pra



todos nós.

Paciente: Eu que agradeço J. Obrigada por todo suporte durante estes meses, eu notei uma melhora até nas minhas interações, comunicação e vou me esforçar. Ano que vem vou continuar sim.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, paciente inicia relatando tranquilidade e equilíbrio interno, destacando segurança emocional e espiritual. Demonstra percepção positiva de sua evolução como paciente, indicando funcionalidade e integração social. Define segurança como equilíbrio espiritual e emocional, além da confiança em suas ações no ambiente escolar. Sendo assim paciente demonstrou muito receio ainda em questões que envolvem pressionamento (“vai logo, faz logo”), preferindo realizar tarefas em seu próprio ritmo. Relata medo de gaguejar em contextos sociais (faculdade, igreja), associado ao receio de julgamento e risadas como também demonstra evitação em situações de fala em grupo, permanecendo em silêncio por receio de exposição.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Baseado no relato da paciente observa-se que a paciente demonstra confiança no terapeuta, agradecendo pelo suporte e reconhecendo avanços em sua comunicação. Esse vínculo afetivo sustenta o engajamento no processo. Todavia, o medo de julgamento e a insegurança diante de pressões externas (“vai logo, faz logo”) revelam conteúdos transferenciais ligados a experiências anteriores de crítica ou exigência, onde a paciente se coloca em posição de recolhimento, sendo assim a terapeuta reforça essa colaboração ao validar seus esforços e propor estratégias concretas (respiração, treino em casa, apoio do esposo). Essa aliança é sustentada pela percepção de progresso e pela confiança mútua, funcionando como preditor de continuidade e bons resultados. A terapeuta mantém postura de neutralidade, evitando julgamentos pessoais e permitindo que os conteúdos transferenciais (medo de gaguejar, receio de exposição) emergissem livremente. Ao mesmo tempo, demonstra responsividade emocional ao validar sentimentos e oferecendo suporte, alinhando-se à psicanálise contemporânea que reconhece a importância da presença afetiva.

Sendo assim a paciente reconhece evolução em sua comunicação e interações sociais, mostrando que o manejo da transferência e da aliança terapêutica está favorecendo mudanças.



A importância da relação terapêutica para os resultados da psicoterapia tem aberto um amplo e diversificado campo de investigação na área. Sabe-se hoje que a relação não se limita à compreensão tácita do terapeuta em relação ao momento vivido no tratamento, à lembrança do que foi a sessão, ou à impressão de como está indo aquele determinado caso. A relação tornou-se objeto de estudos controlados e comparados com outros estudos, dispondo, para seu esclarecimento, de um corpo organizado e especializado de informação referencial. A vasta compilação de achados sobre a relação terapêutica e resultados de tratamento tem relevantes implicações clínicas, sendo fundamental sua disseminação entre profissionais da área, para uma prática apropriada e efetiva (PIETA, GOMES 2017)

BIBLIOGRAFIA

PIETA, Maria Adélia Minghelli; GOMES, William Barbosa. **Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 10, n. 1, p. 130-143, jun. 2017. Acesso em: 03 de dezembro de 2025. Disponível em: : [Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 03/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 01 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da primeira sessão de psicoterapia(triagem) após iniciou a sessão com espaço de escuta de flutuante, permitindo que a paciente se expresse com tranquilidade e em seu tempo.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Vou me apresentar. Me chamo Jocielli, sou estagiária aqui da clinica escola Fasiclin, e gostaria de deixar este espaço aberto para que voce pudesse se expressar, em seu tempo, e que fique à vontade, estou aqui para lhe escutar. Tudo bem?

Paciente: Bom dia. Tudo bem. Obrigada. Eu já tinha pensado em procurar terapia, devido a questão do meu peso que eu tenho dificuldade de Emagrecimento. Ai aconteceu um fato com meu filho de 06 anos na semana passada, onde sofreu abusos na escola semana passada, a escola me chamou, para ir o mais rapido, na verdade esse colega já tinha entregue um pluguenal a meu filho, ai fui na escola e me relataram do acontecido que o amigo do meu filho havia introduzido o dedo na região intima de meu filho.

Terapeuta: A escola entrou em contato com você no momento, e você se deslocou até lá, a escola entrou em contato com os pais da outra criança, o que eles relataram a você sobre esse acontecido?

Paciente: A escola diz que chamou o conselho tutelar pra resolver, ocorreu na hora do intervalo. Outras crianças viram e saíram correndo pra chamar a diretoria. A escola tentou enviar a criança para o pai, mas o pai não quer a criança. Agora você imagina o que essa criança não passa no



lar dela, porque isso para ela parece ser normal, é um reflexo as vezes do que ela acompanha no ambiente. Complicado. (expressão de revolta)

Terapeuta: Como está seu filho? Ele está fazendo terapia?

Paciente: Eu coloquei o nome dele para atendimento também. Mas até o momento esta sem atendimento. Ele não gosta de tomar banho, ele chora, eu o coloquei na luta agora pra ele aprender autodefesa, ele ficou com muita vergonha. (Choro e silêncio) meu sentimento é de raiva, mas eu sei que não dá para agir assim também, até porque é uma criança também.

Terapeuta: É um momento delicado, onde vamos precisar olhar com cuidado para estes sentimentos que estão se desenvolvendo e acolher. Você chegou a conversar com seu filho sobre esse acontecido?

Paciente: Eu não contei para minha família, e falei para meu filho não contar pra ninguém. Eu me culpei muito, teve hora que até pensei será que eu fiquei muito em cima dele quando menorzinho, será que eu exagerei muito nos cuidados, medos, aí meu esposo me acolheu e falou que não era culpa minha. (Expressão de Choro e culpa)

Terapeuta: Você relatou que seu esposo prestou apoio, conversou com você, é muito importante esse apoio neste momento, ele ajudou você a conversar com seu filho?

Paciente: Sim ele ficou com muita raiva, ele queria ir na escola, ele sentou e conversou com meu filho. Só que meu esposo ele não é muito de se expressar ele guarda muito as coisas. Mas ele ficou com muita raiva. Eu sempre fui muito de guardar as coisas pra mim, sempre tive dificuldade de expressar também. Eu expliquei para meu filho sobre esse pluguenal quando eu falei pra ele ele ficou assustado.

Terapeuta: Você relatou essa dificuldade de se expressar, de guardar as coisas e trouxe no início também um relato de dificuldade de emagrecimento, quer falar sobre isso?

Paciente: Eu sempre fui muito gordinha, mas isso me afeta muito, eu sou muito ruim de perdoar as pessoas também. E fora as outras coisas de emagrecimento que sempre vai e volta e eu tive que fazer cirurgia da vesícula.

Terapeuta: Compreendo, A. S. R, me conte um pouquinho sobre sua história de vida, sobre esse sentimento no qual voce trouxe da dificuldade de perdoar, não se comunicar, tudo bem para você?

Paciente: Meus pais são divorciados, minha infância foi tranquila, nascemos em Cascavel -PR. Meu pai viajava muito, ele traia muito minha mãe, então ela sempre aceitava esses abusos por causa de nós mesmos dos filhos. Ele entrava bêbado, e ela vivia descobrindo traição, minha



irmã não tem muito convívio com meu pai, na minha juventude eu cuidava das minhas irmãs, praticamente, comecei a namorar muito cedo, por volta dos meus 14 anos, sai da casa da minha mãe e fui morar com ele, não deu certo, e voltei a morar com minha mãe e depois fui morar com meu pai, minha convivência com ele não da certo, muito conflito. Depois fui embora para Joinville- SC. Lá eu conheci amizades que me levaram para um caminho muito difícil, onde comecei a usar cocaína, drogas, prostituição, depois eu conheci um rapaz de Curitiba-PR, através de uma dessas amigas, la eu vendia cocaína com ele, me machucava muito, batia a cabeça, uma vida bem difícil mesmo. Nisso minha mãe me levou para fazer tratamento psiquiatrico, ela morava com meu padrasto, ali tive recaídas e voltei para Curitiba, fiquei uns dois, três meses e voltei pra Ilha Comprida, depois do tratamento voltei pra igreja, optei por parar com os vícios. Foi quando eu conheci meu esposo na igreja, onde tivemos uma vida limpa e eu pude recomeçar. As minhas irmãs são casadas, a mais nova se separou, e a M. mora conosco, nenhuma das duas possui filhos.

Terapeuta: Você traz uma experiência de vida no qual você teve que lidar, e de uma certa forma adquiriu responsabilidades desde muito jovem, onde voce traz essa recordação com muito detalhes, qual o seu sentimento hoje com relação a todos estes conflitos?

Paciente: Sim, eu lembro exatamente como foi tudo direitinho. Meu pai ele bebia muito ele não ia para igreja, nessa época ele e minha mãe brigavam muito. Teve um dia que ele pegou o carro e saiu muito rápido com a gente quando eramos criança.

Terapeuta: Vamos olhando para essas questões, trabalhando em seu tempo, de forma que você se sinta à vontade, e que você possa olhar e acolher cada processo, cada etapa, tudo bem, como você está se sentindo, podemos encerrar por hoje?

Paciente: Sim, tudo bem (expressão de mais leveza e otimismo) eu acho que isso estava me atrapalhando acho que por eu não saber me expressar me comunicar.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou -se que a paciente manteve a expressão visual centrada na terapeuta, boa comunicação, apresentou em alguns momentos expressão visual baixa e com expressão de choro. Apresentou também durante as sessões sentimento de culpa, raiva, e insegurança, e não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências. Mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.



ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na escuta e transfêrencia, o remorso segundo Freud pode aparecer como uma forma secundária da culpa, onde o indivíduo(a) se coloca mediante ao sentimento de autopenalização de forma a reparar simbolicamente o dano sofrido. Em síntese a paciente se identifica como sendo responsável pela falha protetora diante do filho. Dentro da análise esse movimento pode gerar dor e sofrimento psíquico mediante a uma autocobrança excessiva. Nesse contexto a raiva na psicanálise é compreendida como deslocamento do afeto, podendo deslocar-se tanto para si mesma como para o agressor, quando a mãe(paciente) sente que falhou em proteger o filho. Esse mecanismo de deslocamento pode ser compreendido como uma forma suportável de expressar a dor e o desamparo. Observa-se que durante a escuta o acontecimento de abuso do filho pode ter despertado na paciente conteúdos inconscientes de impotência ou até mesmo falha materna que estão de forma simbólica relacionadas a idealização do papel da mãe como fonte de proteção.

Segundo Gellis; Hamud (2011) Ao considerar a dinâmica do inconsciente, Freud aponta que a culpa inconsciente se manifesta também no tratamento analítico e explica certa resistência derivada do eu durante a análise: a reação terapêutica negativa, apresentada no quinto capítulo, intitulado "Estados de dependência do eu", quando elucida importantes aspectos da dinâmica e funcionamento do supereu. Segundo Freud, "o sentimento de culpa que está encontrando sua satisfação na doença se recusa a abandonar a punição do sofrimento" (Freud, 1923/1969, p. 62). O sentimento de culpa se apresenta nesses casos como uma resistência à cura, bastante difícil de superar.

BIBLIOGRAFIA

GELLIS, André. HAMUD, Maria Isabel Lima. **Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente**. PSICOLOGIA USP, São Paulo, 2011, 22(3), 635-653. Acesso em: 04 de outubro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 10/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 Anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 02 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente apresentou comportamentos mais tranquilos, com boa comunicação, aparentando pelos conteúdos simbólicos, alguns episódios de compulsão alimentar. Apresentou histórico de relações familiares marcadas por repressão afetiva, e exigências.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. E aí como passou esses dias?

Paciente: Foi bom, eu fiquei um pouco resfriada, estou agoniada porque eu fiquei sem limpar casa esses dias, família está bem,

Terapeuta: Como está o seu filho?

Paciente: Está bem, bem melhor. Essa semana o mesmo colega deu um tapa a cara dele, ele está na mesma sala, a escola não relatou mais nada. O tapa na cara ele mesmo me contou, e aí eu fui e conversei com a escola que se chegar meu filho acontecer alguma coisa eu vou bater no menino porque a escola não faz nada.

Terapeuta: Já teve alguma questão de conflito entre você e alguém da sua família no qual você se sentiu incomodada?

Paciente: Comigo não, mas com minhas irmãs sim, meu pai não está nem ai, esses dias eles foram para assistir um filme com a madrasta. E ao chegar pra comprar ingresso ele



simplesmente virou e perguntou para minha irmã, se seria no débito ou crédito. Ela teve que pagar o ingresso dela, eu acho um absurdo isso. E isso vem se agravando.

Terapeuta: Você acha que seu pai é um bom pai mediante a todos esses conflitos?

Paciente: Não, não é.

Terapeuta: Como foi o tratamento de seu pai, com relação a você?

Paciente: Sempre foi muito frio comigo, eu não tenho muita memória assim, mas ele sempre tem muita razão, tudo o que contradiz ele, ele se revolta, meu pai eu acho que com minhas irmãs ele sempre foi muito frio. Mais do que comigo até.

Terapeuta: E a sua mãe fala, ela relata algo sobre isso?

Paciente: Ela fala muito mal dele, eu falei pra ela mãe a senhora que estragou isso, porque sempre fala muito mal dele pra minhas irmãs, aí ela fala que se tiver oportunidades ela fala mesmo. Só que eu acho errado, tudo bem que ela pode ter algo contra ele, mas não precisa ficar falando mal dele pra elas.

Terapeuta: Quando o seu pai reage assim com suas irmãs, qual seu sentimento e reação com relação a isso?

Paciente: Raiva, principalmente com a irmã mais nova. As minhas irmãs sempre reclamam, elas o chamam de traste, canalha.

Terapeuta: Você atualmente está em um relacionamento conjugal, quantos anos vocês têm de casado?

Paciente: Meu esposo tem 26 anos e temos 08 anos de casados, juntamos no civil em setembro, convidei meu pai, ele falou que se eu mudasse o dia da festa porque setembro ele não poderia ir, aí mudamos a data para janeiro, ele não foi. (paciente expressou risos)

Terapeuta: Quanto tempo seu pai ficou casado com sua mãe?

Paciente: 20 anos.

Terapeuta: Entendi, você relatou na sessão anterior sobre sua imagem, seu peso, como que a A. S. R está atualmente com relação a essa questão de imagem, de auto estima?

Paciente: Não gosto do meu peso, não gosto, eu evito tirar foto. Eu estou muito grande

Terapeuta: Você já passou por algum tratamento para emagrecimento?

Paciente: Sim, já tomei medicação, e fiz suplementação, notei resultado bem rápido, e eu estava feliz, estava disposta. Querendo ou não quando a gente está gorda não consegue fazer nada, correr, fica mais cansada. Desde criança isso sempre me incomodava, na época me chamavam de amandão. (Paciente expressou risos)



Terapeuta: Na época da escola você chegou a sofrer algum tipo de preconceito já?

Paciente: Sim, sempre por questão do peso, era mais o peso mesmo. Minhas irmãs sempre foram mais magrinhas. Meu pai sempre bem grandão. Minha mãe fala que foi depois que casou.

Terapeuta: Na família para o lado de seu pai, existe essa questão hereditária?

Paciente: Sim, para o lado do meu pai. Minha avó paterna é viva, e meu avô falecido. Mas são grandões.

Terapeuta: Você acha que em seu casamento isso tem alguma influência?

Paciente: Sim, eu tenho vergonha pra tirar foto, meu esposo ele sempre me acompanha, mas depois a gente desanima, a gente começa e depois para igual começamos a academia pagamos 6 meses e depois paramos.

Terapeuta: Essa questão de ir para academia, no qual você relata que as vezes ele a acompanha mais depois vocês desanimam, e você acaba por não ir, esse “não ir para academia”, que sentimento ou que isso te remete?

Paciente: Eu tenho muita vergonha de fazer exercício, para mim é um pouco constrangedor, as pessoas ficam olhando, não gosto muito.

Terapeuta: Você acha que ele seria um apoio vamos dizer é isso?

Paciente: Sim, ele é bem desligado, só que eu nunca cheguei a falar para ele sobre isso. Eu sempre fui muito difícil de me expressar, então ele que sempre puxa a conversa quer saber o que que aconteceu. Mas eu não sou muito de falar.

Terapeuta: Com relação ao que você trouxe esse medo, esse não saber se expressar, você acha que está relacionado a algum sentimento atualmente?

Paciente: Não, eu sempre fui assim, assim eu sempre tive muito medo de falar as coisas pra minha mãe, porque ela sempre foi mãe sobrecarregada, depois que se separou do meu pai, ela foi mãe e pai, então ela trabalhava muito. Teve um tempo que meu pai até falou que não ia pagar pensão, então por medo eu guardava as coisas.

Terapeuta: Você se considera uma pessoa ansiosa?

Paciente: Sim.

Terapeuta: E o que você faz quando está ansiosa?

Paciente: Como, principalmente doce, meu Deus, eu dou um jeito de comprar doce. (paciente expressa risos)



Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou expressão visual centrada na terapeuta, porém em alguns momentos com olhar baixo e meio dispersivo (pensativa), e mexendo no celular, o que trouxe na transferência um sentimento de esquivar, desconforto ou desmotivação, com falta de confiança em si mesmo. Não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos ainda recalcados como raiva, culpa, frustração, falta de confiança em si, podendo representar conflitos ou experiências não elaboradas de sua infância.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na análise, mediante o relato apresentado, observou-se que a dificuldade de comunicação pode estar relacionada e ligada a vivências precoces de silenciamento ou medo de punição ao expressar afetos. Sendo assim a compulsão alimentar pode representar uma defesa contra o vazio psíquico, funcionando como preenchimento simbólico de faltas emocionais, onde esses conflitos internos podem revelar uma luta entre instâncias psíquicas id, ego e superego. Dentro deste contexto foi possível visando facilitar a associação livre, acolher o silêncio como material clínico, favorecendo a escuta do não-dito e o comportamento de fuga ao mexer no celular. Deste modo foi possível elaborar e compreender a função psíquica da compulsão alimentar e sua relação com a história subjetiva do paciente, promovendo maior autonomia emocional e ampliação da capacidade de comunicação afetiva.

Sem emoção não pode haver mudança. Afeto e representação eram dois pares indissociáveis no início da psicanálise. Para Freud (1985/1969, p. 296) a evocação de memórias do passado só seria terapêutica se fosse acompanhada pelo reviver do afeto que lhe estava associado. Para Ferenczi (1932) era essencial não apenas recordar, mas reviver o passado na relação com o terapeuta. E para Fromm (1941/1984) a compreensão tinha de ser emocionalmente viva. (PIRES, 2016)

As diferenças entre exagero alimentar (ou excesso alimentar), compulsão e obesidade são noções básicas que permeiam o campo das psicopatologias alimentares, mas ainda causam dúvida e confusão até mesmo entre profissionais de saúde. (VIANNA; NOVAES, 2019)



Os episódios de exagero ou excesso alimentar não são incomuns em uma sociedade obesogênica como a nossa, podendo ocorrer em eventos nos quais a comida assume protagonismo, e o consumo de uma grande quantidade e variedade de alimentos palatáveis é estimulado em inúmeros eventos sociais (festas, comemorações ao redor da mesa, churrascarias, rodízio ou buffet all you can eat), que fazem da comensalidade um importante aspecto das sociabilidades. Nessas ocasiões, comer mais do que é necessário ou do que é usual no cotidiano pode caracterizar um exagero alimentar, mas não necessariamente uma CA. (VIANNA; NOVAES, 2019)

BIBLIOGRAFIA

PIRES, António Pazo. **Psicoterapia psicanalítica focada nas emoções**. Tempo psicanal., Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 114-134, dez. 2016. Acesso em: 10 de outubro de 2025. Disponível em : [Psicoterapia psicanalítica focada nas emoções](#)

VIANNA, Monica; NOVAES, Joana de Vilhena. **Compulsão alimentar: uma leitura psicanalítica**. Polêmica, v. 19, n. 2, p. 084-103, maio/ago. 2019. Rio de Janeiro. – DOI: 10.12957/polemica.2019.47387. Acesso em: 10 de outubro de 2025. Disponível em: [admin_depext,+LP +Compulsão+alimentar FINALIZADO.pdf](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 17/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 03 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Como você está?

Paciente: Comecei a trabalhar naquele lugar que eu falei pra você (Respiração ofegante) é uma loja de bolo. Foi bom até porque eu saio de casa, estava muito presa, porque eu ficava em casa de domingo a domingo, agora tenho mais uma programação.

Terapeuta: Como estão as coisas no lar na família?

Paciente: Está bem, essa semana meu marido foi fazer uma viagem, ele mexe com câmera, aí eu não consegui conversar com ele, na escola também ninguém falou mais nada, eu tinha falado com a professora, ela tinha relatado que eles são muito amigos. Eu conversei come ele sobre o amiguinho dele eles brincam direto. Expliquei para ele que ele não pode aceitar desrespeito, pra ele qualquer coisa chamar um adulto, alguém por perto.

Terapeuta: E como você como está a questão dos pensamentos e sentimentos, tem observado algo?

Paciente: Essa semana eu senti dor um pouco na barriga, estou bem cansada, mas acho que é devido essa rotina nova, que daí eu não sei se sento e descanso. (Expressão com olhar longe, disperso)

Terapeuta: E essa dor na barriga?



Paciente: Sim já estava, eu estava com um sangramento direto de 40 dias, fiquei sangrando muito. Eu não sei se é por conta que tenho DIU ou pode ser porque eu tomei anticoncepcional. O médico pediu ultrassom na UPA, agora é aguardar. Se não eu tenho que pagar. Agora eu ando acordando mais cedo pra andar com minha cachorra, me faz bem sair com ela, caminhar um pouco.

Terapeuta: Você gosta desse lazer de passear com sua cachorra?

Paciente: Gosta eu não gosto não, mas tenho que fazer.

Terapeuta: Como anda a alimentação?

Paciente: Não consegui arrumar nada ainda, de mudar para o mais saudável, eu diminuo a quantidade, mas preciso melhorar deixar alimentação mais saudável. Meu filho se deixar meu filho e só miojo e doce.

Terapeuta: Como está o contato com suas irmãs?

Paciente: Tenho contato, essa que está morando comigo ela é bem mais fechada, não sei se é por causa do que aconteceu com a gente, então emocionalmente a gente é muito fechada. A gente conversa bastante coisa do dia a dia. Então pra gente poder falar uma coisa pra outra é bem difícil. A minha irmã essa que mora comigo ela é bem chorona, então se eu falar qualquer coisa de sentimento com ela, ela começa a chorar. Até falei pra ela marcar terapia pra ela, ela resiste. A minha outra irmã a gente conversa bastante também, mas ela estuda muito estuda direito, ela não tem tempo. Tem o grupo das irmãs da minha mãe também que a gente manda bom dia e boa tarde. Eu acredito que a separação da minha outra irmã seja algum desses nossos motivos emocionais.

Terapeuta: A sua irmã que reside com você tem quanto tempo já?

Paciente: Tem 3 meses. Nós estamos tendo uma proximidade bem boa, porque se eu não me engano quando eu sai de casa ela tinha uns 3, ou 4 anos, então eu não fiquei muito com ela no crescimento dela. Mais com minha outra irmã. Então agora que nós estamos se conhecendo, parece adolescente né. (Risos) esses dias ela ficou brava ela queria ir pra casa de uma amiga estudar, a menina mora sozinha com o tio em um bairro distante, perto da BR. Aí meu esposo falou que chegou lá a menina estava sozinha com o tio, aí ele não quis deixar ela lá. E aí eu não deixei, falei pra ela que por mim ela não ficava lá, se ela quisesse ligasse pra nossa mãe. Ela chorou o tempo inteiro. Ela é adolescente, eu não vou confiar deixar com tio da menina lá.



Terapeuta: Compreendi sua preocupação, A. S. R, vamos observando com relação a estas preocupações, seus sentimentos, pensamentos, o que deixa você mais preocupada durante o dia, e na próxima damos sequencia neste processo terapêutico, tudo bem pra você?

Paciente: Sim, tudo bem, (Expressão de otimismo) até semana que vem então.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou mais autonomia emocional, cooperativa e confiante. Manteve a expressão visual centrada na terapeuta, porem em alguns momentos com o olhar meio dispersivo (pensativa) não demonstrou resistência em compartilhar seus relatos de vivências, ao contrário sempre manifesta espontaneidade e boa comunicação, na transferência observou-se expressões e comportamentos com sentimentos ainda recalcados, podendo representar experiências mal resolvidas, preocupações relacionadas a sua infância. Mostrou-se colaborativa a seguir com o processo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base no processo de escuta, e observação analítica a paciente apresenta uma postura de busca de adaptação a uma nova rotina, onde retorna ao trabalho e busca se organizar pessoalmente nos afazeres do lar e cuidados com a família, porem em alguns momentos observa-se sinais e expressões de cansaço físico, e emocional, e alguns deslocamentos simbólicos apontam para conteúdos inconscientes de sobrecarga e muita responsabilidade, a respiração as vezes ofegante pode expressar ansiedade e insegurança diante de novas exigências da realidade. Sendo assim a paciente apresenta um relato de sintomas corporais com sangramento, onde será investigado por profissional da área especializada médica. Dentro deste contexto não se pode descartar com base na interpretação psicanalítica, manifestações psicossomáticas, onde a expressões de afetos recalcados, tensões e preocupações com relação a familiares e a sua autoimagem.

No relato sobre lazer e passeio com o animal de estimação, apresenta como um ato de obrigação e não de prazer, onde pode haver uma exigência interna de dever e responsabilidade. Outro aspecto observado, refere-se a mudança de hábito alimentar, onde existe uma dificuldade para alimentação mais balanceada, o que pode simbolizar uma dificuldade de autocontrole e autoinvestimento, baseada em uma carência de afeto onde se desloca para o corpo e alimentos.



Dentro do campo psicanalítico, a associação psique e corpo não é novidade; é algo presente desde Freud. Nas palavras de Fernandes (2011), “a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente” (FARAH; CASTANHO 2018)

Para Brisotto, Silva, Andretta (2022) quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC), maior são os sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos indivíduos que apresentam sobrepeso. Dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) mostram que, em 2019, 14 milhões de pessoas maiores de 18 anos estavam obesas, sendo o percentual ainda maior para as pessoas com excesso de peso, correspondendo a 96 milhões de brasileiros. Diante do constante aumento dos níveis de obesidade no Brasil e no mundo, estudos têm revelado associações significativas entre emoções negativas e comportamentos alimentares disfuncionais, como por exemplo, a alimentação emocional.

BIBLIOGRAFIA

BRISOTTO, Marina; SILVA, Myllena Diessy; ANDRETTA, Ilana. **Depressão, ansiedade e estresse e o comportamento alimentar**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 153-160, dez. 2022. Acesso em: 18 de outubro de 2025. Disponível em : Depressão, ansiedade e estresse e o comportamento alimentar

FARAH, Juliana Ferreira Santos; CASTANHO, Pablo. **Dimensões psíquicas do emagrecimento: por uma compreensão psicanalítica da compulsão alimentar**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 21(1), 41-57, mar. 2018. Acesso em: 18 de outubro de 2025. Disponível em : SciELO Brasil - Dimensões psíquicas do emagrecimento: por uma compreensão psicanalítica da compulsão alimentar Dimensões psíquicas do emagrecimento: por uma compreensão psicanalítica da compulsão alimentar



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 24/10/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 04 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Como você está?

Paciente: Nossa estou cansada, com sono. Estou bem, essa semana foi bem, corrida, mexendo com as coisas da igreja, está bem lotada, culto das mulheres na terça, quarta tem o retiro certo, quinta tem culto, sexta tem remo. E depois começa o acampamento e vai até domingo. De resto está tudo bem? Ah, ontem o pastor me ligou preocupado com o A. Diz que na salinha ele contou pra criancinhas, e para a professora a história do garoto, e do presente lá. Aí ele falou A. não sei o que aconteceu, mas é bom a gente dar uma olhada, aí falei para ele, olha pastor agora que já sabe né, aconteceu isso e isso, mas já aconteceu, então é por isso que ele deve estar falando. Ele deve se sentir a vontade com as professoras da salinha.

Terapeuta: E você tem conversado com ele (seu filho) sobre isso, de ficar comentando com os coleguinhas?

Paciente: Sim, eu já conversei com o A, que ele não deve ficar falando, principalmente para amiguinhas, não deve falar pra ninguém. O pastor falou se precisar conversar sobre isso, ele foi bem solícito, sabe. Mas até então ninguém sabia, então agora eles sabem né. Mas aí avisei eles,



se caso ele puder abordar, o A se abrir pra eles, para eles falar pra ele que não tem necessidade de ficar falando, aí ela falou que iria tentar conversar com ele.

Terapeuta: É bom conscientizar ele né A. Intervir para evitar certas frustrações. Mas que bom que estão sendo acolhidos. E o esposo como está com relação a essas questões, ele tem participado dos diálogos com ele?

Paciente: Ontem eu conversei com ele de novo, o A. ai falei com meu marido, falei olha vamos conversar com ele, daí sentamos e conversamos, ai ele chorou, ai a gente falou, olha a gente não está brigando, estamos conversando, que ele não gosta dessa coisa de sentar e falar sério, ele já começa a ficar nervoso, ele acha que a gente está brigando com ele. Falei olha a gente está conversando, pode ficar tranquilo, mas pra quem você pode contar, pra mamãe, para o papai e para a psicóloga, pode falar tudo que você quiser para a psicóloga, ai ele falou” ah mais é uma menina” ele falou, ai eu falei mas para ela você pode, ela entende disso, ela vai ajudar você a entender seus sentimentos, o que que é tristeza, o que você ta sentindo, ai ele ficou assim sabe, só escutando. Mas eu conversei com calma com ele. A mãe já tinha conversado com você pra você não falar pra ninguém e você foi lá e falou. Ele não responde ele fica quieto.

Terapeuta: Ele chorou muito ontem quando você pontuou pra ele?

Paciente: Chorou, na hora que a gente conversou, porque ele não gosta, ele fica sentido, não sei acho que mais o meu lado assim, de ficar muito nervosa, ele começa a chorar e não gosta que confronte ele. Toda vez foi assim, se for conversar algo sério ele já fica meio assim sabe, mas de resto acho que está só corrido mesmo, na correria. (expressão de cansaço, sugerindo mudança de conteúdo), agora vou ter que trabalhar de manhã. Estou fazendo os clientes da empresa. E ai de noite tem as coisas da igreja pra não ter nenhum problema. Eu sou segunda gestora financeira, aí eu faço a parte financeira do Rema, voluntario. Então todo dia tem coisa pra fazer. Cobrar aluno, pagar energia, querendo ou não é outro serviço. Esses dias eu cheguei eu pensei nossa estou muito cansada, cheguei em casa só queira descansar, não consegui nem mexer no celular, eu acho que é até se acostumar né acordando muito cedo.

Terapeuta: Entendi, A, você acha que você se cobra muito, nas responsabilidades?

Paciente: Aham, não sei, eu tenho que dar conta de tudo e ainda deixar a casa limpa. Eu sempre fui assim, de começar as coisas e fazer direito, não gosto de fazer de qualquer jeito ou dar errado, eu fico muito nervosa, eu tenho que começar e saber que vai dar certo sabe. Igual a casa, tinha uma semana que eu limpava a casa todos os dias, agora eu estou a uma duas semanas que não consigo limpar a casa direito ai eu já estou agoniada.



Terapeuta: Mas você fica agoniada por causa do que?

Paciente: Por causa da sujeira, não consigo. Eu fico muito agoniada. Eu tive que assumir responsabilidade desde cedo né, não sei, mas eu sempre fui assim, e eu sempre tive muito problema de falar não para as pessoas. E depois eu ficava sobrecarregada. É isso. Ontem minha irmã ficou nervosa.

Terapeuta: Certo. E como ela está sua irmã?

Paciente: Está bem, ontem ela ficou nervosa com meu pai, não sei o que passa pela cabeça dele, eu falei pra ele que ela não iria nesse acampamento de jovens né, porque só pode acima de 18 anos, aí o pessoal liberou ela de ir, pra não ficar sozinha, mas aí ela não quer ir porque não ter adolescente lá ficar deslocada né. Aí falei tudo bem então você fica em casa, aí falei para o meu pai, olha fica de M. por causa do celular, se precisar de alguma coisa, levar no mercado, mas ela faz comida ela se cuida, aí ele falou, “Uai como assim ela não vai” falei ela não quer ir, não vai ter adolescente e esta tudo bem. Aí ele mandou mensagem pra ela falando um monte de coisa, que ela tinha se envolver com as coisas da igreja, que não sei o que, que se ela não fosse era pra ir dormir na casa dele, ele negligenciou a vida inteira, agora cria confronto em um final de semana. Ele não sabe abordar, mas o jeito que ele falou com ela só afastou mais ela. Meu pai sempre foi assim de querer mandar na gente com coisas nada ver sabe. O que precisa ele falar fazer como pai ele não faz.

Terapeuta: Esse “controle do seu pai” que você relata, o que você sente com relação a isso?

Paciente: Não sei, porque ele não demonstra arrependimento por nada, não demonstra. Não sei o que que é. Ele é bem frio, nunca foi de falar, filha eu te amo, acho que foi raro as vezes. Minha mãe essa semana mandou um dinheiro, preocupada. Já ele meu pai, não precisa disso.

Terapeuta: Entendi, vamos observando esses sentimentos com relação a essas questões da comunicação do seu filho, esses comportamentos de seu pai, no qual você relata desconforto e uma certa insegurança. Tudo bem?

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se comportamentos expressivos de cansaço físico e mental, com respiração ofegante de início, porém a paciente não apresentou resistência em compartilhar seus conteúdos inconscientes. Em alguns momentos observou-se olhar desviantes sugerindo meios de esquiva para determinados conteúdos, paciente demonstrou mais tranquilidade quando abordado conteúdos relacionados ao filho. Apresenta expressões visuais e comunicação verbal que denotam excessiva responsabilidade e auto cobrança.



ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta ativa, paciente expressou cansaço físico e mental, resultado de uma rotina intensa envolvendo trabalho, responsabilidades domésticas e atividades voluntárias na igreja, sugerindo que a sobrecarga seja devido a auto exigência de si. Sendo assim observa-se também uma certa dificuldade em estabelecer limites (“sempre tive muito problema de falar não”). A conduta de sempre estar disponível pode gerar um ciclo de sobrecarga e frustração, com risco de esgotamento emocional e exaustão. Dentro dessa dinâmica sugere-se que a dificuldade de comunicação com o filho, em situações onde exige mais seriedade e posicionamento, pode estar relacionado a projeção de uma possível insegurança emocional dos próprios pais, e da dificuldade dos pais em abordar temas delicados sem gerar tensão. Observa-se que essa tentativa de diálogo é positiva, porém o padrão de comunicação precisa ser ajustado para evitar que o filho associe conversas sérias a punição ou rejeição. Mesmo diante da sobrecarga emocional e física, a paciente demonstra forte senso de cuidado com os filhos e com a irmã, onde assumi papéis de proteção e orientação. Isso reforça sua identidade como cuidadora, mas também contribui para a dificuldade em delegar ou priorizar o autocuidado.

Florentino (2014) afirma que os profissionais que realizam o atendimento e o acompanhamento dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, inicialmente, devem ter consciência de que esta é uma questão complexa, a qual, necessariamente, precisa ser compreendida a partir de diferentes pontos de vista, dentre eles: sociológico, antropológico, político, normativo e clínico. O autor ressalta o quanto é difícil para os profissionais trabalharem com esta demanda, haja vista que este é um campo repleto de complexidade e conflitos tanto pessoal como profissionalmente.

Sendo os elementos histórico-culturais essenciais para a compreensão e o debate dos casos de abuso sexual praticados contra crianças e adolescentes, não é possível afirmar que as inserções socioeconômicas e culturais sejam os únicos ou mesmo os principais fatores que determinam as situações de violência, pois, ao contrário desta representação, existe uma série de outras questões igualmente relevantes que merecem a atenção. (FLORENTINO, 2014)



BIBLIOGRAFIA

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérqamo. **Abuso sexual, crianças e Adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no creas.** Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil. Acesso em: 28 de outubro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS](#) [Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 07/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 05 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Como você está?

Paciente: Que sono, estou cansada, (Bocejo) meu Deus, deixa eu ver se lembro dos meus dias (risos) essa semana comprei um monte de frutas, legumes lá para casa, vou parar de comer pão, igual meu menino, café da manha pão, ai ontem ele chegou da escola, antes de ir para JiuJitsu falei pra ele você vai comer frutas, ai ele “ Ah mãe” (risos) ai coloquei uma uvas, banana no potinho, salada de fruta. Até pra ele é bom, mudar um pouco, não ser muito gordinho. É bom.

Terapeuta: E você tem esse medo dele ser gordinho?

Paciente: Desde que eu cuide dele, sempre cuidei com isso, mas se depender dele, mas eu acho que ele não vai ser não porque ele já está no jiuJitsu. Fazendo esporte alguma coisa né. Cuidar da minha alimentação.

Terapeuta: E como andam as coisas na área de lazer?

Paciente: Na primeira semana que eu fui trabalhar, eu estava conseguindo acordar 5h agora não estou conseguindo mais. Agora está dando 6:20h eu estou levantando estourando, estou muito cansada. Ai ontem falei com uma irmã lá da igreja, falei olha por favor eu estou precisando um pouquinho da sua ajuda(risos) pra ir lá em casa só um dia, ai diz ela que vai essa



semana, que daí o valor dela e mais com conta, que esses canto de faxina mesmo eu não consigo fazer mais.

Terapeuta: Você não está conseguindo mais realizar a limpeza da casa, devido ao cansaço ou não está conseguindo tempo?

Paciente: Não tenho tempo mais. Meu esposo me ajuda tudo, mas não estou conseguindo, mas de resto está tudo tranquilo, só o cansaço mesmo. Acho que só, não teve nada de diferente essa semana, então todo dia é a mesma coisa, casa, trabalho, volta e dorme. Nossa. (bocejo)

Terapeuta: E no trabalho A. como é para você lidar com todas essas questões emocionais, sobrecarga, as rotinas de casa? Você se vê preocupada as vezes pensando nessas questões?

Paciente: Ah sim, um pouco, as vezes eu estou no serviço eu tenho que ficar ligando, perguntando “Já tomou banho? E como estão as coisas aí em casa?” igual eles têm horário de escola, eu tenho que ficar ligando lá, “já acordou?” ontem minha irmã e ele (meu filho) acordaram 11:30h os dois ficaram dormindo até 11:30h. Pensei meu deus agora ligar para o J. levar marmita, porque ela que faz o almoço. Se não eles chegam atrasados na escola. Mas tem que ficar ligando.

Terapeuta: A responsabilidade, suas funções são muitas né A. Você trabalha de segunda a sexta feira, isso?

Paciente: Sim, e aos finais de semana eu limpo (risos) casa tento organizar o máximo que dá. Aí tem as demandas da igreja também, eu fico bem tranquila estando na igreja, desde criança eu acostumei sempre a estar envolvida na igreja, então pra mim é muito bom, quando eu estou sem me envolver na igreja é ruim, sinto falta sabe. Acho que é de mim já, acostumei. Aí eu faço parte da área financeira deles, e durante final de semana faço parte dos cultos, louvor. Sempre gostei de ajudar.

Terapeuta: É muito importante a fé, a religiosidade, espiritualidade né A. faz parte do nosso cotidiano, é bem compreensível, porem precisamos observar como andam nossas emoções, pensamentos e sentimentos, então o importante é observar e não esconder ou reprimir certas emoções ou sentimentos. Observar a constância desses sentimentos de cansaço ou sobrecarga está bom.

Paciente: Sim, é o que mais me preocupo mesmo, essas demandas lá em casa, com eles, escola, se comeu ou não. Eu peguei o jeito já do serviço, eu consigo chegar e já agilizar o que tem que fazer, pra ficar tranquila, aí agora estou vendo, tentando uma bolsa para o A. na adventista, que



daí eu colocaria ele na adventista, que é uma escola particular melhor e estaria mais perto, aí acaba um pouco da correria. Como eu trabalho meio período lá aí fica melhor. Fica ótimo.

Terapeuta: Como você anda se sentindo consigo mesmo, nos cuidados com você mediante a essas correrias?

Paciente: Ah não sei, não sei te dizer. Ontem eu parei pra pensar sobre isso, eu me julgo muito.

Terapeuta: Você relata que se julga muito, que tipo de julgamentos?

Paciente: Me julgo todo dia, coloco uma roupa as vezes e a roupa está apertada, todo dia, quando eu estou mais magra pra mim é bem mais fácil, me aceitar sabe, mas é bem mais difícil (bocejo)

Terapeuta: E você acha que essa questão te deixa mais estressada ou irritada?

Paciente: Sim, bastante. Eu me esses dias estava até falando com uma amiga da igreja, que a gente estava falando da dificuldade em dizer não pra pessoas, que as vezes a pessoa pedia aí vai lá e faz “ta bom”. Aí eu ficava sobrecarregada porque pegava demanda ficava pensando” ah meu Deus porque peguei isso “agora estou menos.

Terapeuta: Compreendi, é importante nos observarmos essa sobrecarga, qual o fator de estresse que está contribuindo, a dificuldade conforme você relatou de dizer não. Mas vamos continuando com a psicoterapia e acolhendo todo esse processo tudo no seu tempo. Faz sentido pra você?

Paciente: Sim. Vamos seguindo né. Estou bem melhor Josi.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se comportamentos expressivos de esgotamento mental. A paciente iniciou relatando sobre cansaço físico e mental, expressos por bocejos. Apresenta preocupação constante com o bem-estar do filho, especialmente em relação à alimentação e rotina escolar, revelando senso de responsabilidade elevado e vigilância emocional. Relatou uma certa dificuldade em manter uma rotina de autocuidado, especialmente diante da exaustão, sendo assim observa-se elevada tendência à auto exigência e autocrítica, especialmente em relação à imagem corporal e desempenho pessoal, na análise observou-se um certo envolvimento ativo com a igreja, o que parece funcionar como fonte de acolhimento e equilíbrio emocional.



ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta ativa, paciente apresentou sinais de cansaço físico e emocional, e repetição da frase “todo dia é a mesma coisa” onde indica um ciclo de automatismo que pode ser interpretado como uma compulsão à repetição conceito freudiano que revela a tendência do sujeito a reviver inconscientemente situações de sofrimento ou conflito não elaborado, desse modo aceitação pessoal parece estar condicionada ao padrão corporal idealizado (“quando estou mais magra é mais fácil me aceitar”), revelando uma fragilidade narcísica. Desse modo mediante relato da paciente, observou -se que o envolvimento com a igreja serve como fonte de tranquilidade e pertencimento, onde a paciente encontra na fé um espaço de reconhecimento e valorização, o que contribui para a manutenção do equilíbrio psíquico. Na psicanálise, a religiosidade pode funcionar como um apoio narcísico também.

A investigação psicanalítica dilui o aspecto absurdo dos atos obsessivos ao revelar que eles possuem um sentido [inconsciente] e que é pelo mecanismo de deslocamento psíquico que ocorre a substituição do elemento real e importante por um trivial. Assim, tem-se que o ritual obsessivo surge como um ato de defesa ou de segurança, uma espécie de *medida protetora*; sendo que o que está oculto para o sujeito é a conexão entre a ocasião em que a angústia surge e o perigo que ela aponta. Comparativamente, verifica-se que as práticas devotas nos cerimoniais dos indivíduos religiosos também se caracterizam como empreendimentos cujo principal objetivo é a execução de *medidas protetoras*, que visam garantia de segurança. (GELLIS, HAMUD 2011)

BIBLIOGRAFIA

GELLIS, André; HAMUD Maria Isabel Lima. **sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente**. PSICOLOGIA USP, São Paulo, 2011, 22(3), 635-653. Acesso em: 07 de novembro de 2025. Disponível em : [SciELO Brasil - Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00h Término: 11:00h
5. **Data da sessão:** 14/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 06

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente A.S.R, onde a paciente justificou sua ausência devido a questões pessoais e financeiras, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia, a organização de prontuários e dos relatórios parciais clínicos. Realizou-se também a pesquisa de alguns artigos relacionados a: vergonha e os sofrimentos narcísicos. E realizado a leitura também do artigo: Aspectos psicossociais relacionados a imagem corporal das pessoas com excesso de peso.

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Vergonha e os sofrimentos narcísicos.

Dentro do estudo da pesquisa, observou-se em um sentido geral que a culpa supõe transgressão de uma lei internalizada e abre a via da reparação; a vergonha supõe exposição diante do olhar do outro e atinge a consistência do eu. Em termos freudianos, a culpa é mediada pelo supereu e pela representação do ato; a vergonha opera no registro da imagem do eu e do narcisismo. Em culturas de honra, a vergonha regula pertencimento porque o sujeito mede sua dignidade pela medida do grupo. Em sociedades individualistas, a culpa organiza a relação com a lei e a responsabilidade, enquanto a vergonha migra para o campo da performance e da



visibilidade. A culpa convoca gesto e simbolização (reparar, confessar, elaborar). A vergonha congela a ação: ela “corta” e retrai, pois, a falha é vivida como fenda na própria imagem — algo “irremediável” no plano imaginário. Segundo sugere Freud ele descreve a vergonha como um sentimento de exposição, ou seja, o sujeito sente que algo íntimo foi revelado ou que sua imagem foi desnudada diante do outro. A vergonha surge quando o eu é confrontado com sua insuficiência ou falha em relação a um ideal, e isso é percebido pelo olhar externo. O sofrimento narcísico nasce justamente dessa distância: o sujeito sente que não corresponde ao ideal e experimenta a vergonha como marca dessa insuficiência. Outro ponto importante é que Freud referências “feridas narcísicas” (como na descoberta da sexualidade infantil, da castração, ou da mortalidade) que abalam a autoestima.

Segundo Bilenky (2013) Numa sociedade do imperativo da ação, a dimensão narcísica se enlaça à *performance* pessoal. A descontinuidade entre o que o sujeito é e o que deveria ser produz um colapso da promessa do ideal do ego de substituir o narcisismo da primeira infância (ego ideal). Sem poder voltar ao passado e com o futuro bloqueado, o sujeito é tomado pelo sentimento de insuficiência, acompanhado pela vergonha e deprime. A vontade de desaparecer une vergonha e depressão, afastando o deprimido cada vez mais daquilo que dele se espera, ação e exposição da intimidade.

Aspectos psicossociais relacionados a imagem corporal das pessoas com excesso de peso.

Dentro deste estudo observa-se que Freud referências a ideia de que o corpo é palco das pulsões e que sua representação psíquica não coincide com a realidade anatômica. O corpo é vivido e sentido de forma subjetiva. Assim, a imagem corporal é sempre relacional, não é apenas como o sujeito se vê, mas como supõe ser visto. Isso explica a vulnerabilidade às pressões sociais e culturais sobre o corpo. Sendo assim a insatisfação pode ser entendida como expressão de conflitos internos entre o ideal do eu (imagem desejada) e o eu real (corpo vivido). O corpo obeso, nesse contexto, pode ser investido de significados inconscientes: excesso, falta de controle, prazer proibido, ou até defesa contra a sexualidade e exposição social.

Na sociedade contemporânea, marcada pelo culto à magreza e ao desempenho, reforça ideais estéticos que funcionam como ideais do eu. O sujeito obeso, ao ser estigmatizado como preguiçoso ou descontrolado, internaliza esses significantes, o que pode intensificar a angústia e a culpa.

Segundo Silva e Silva (2019) uma percepção negativa da imagem corporal pode seguir um curso de uma leve insatisfação com o peso e a aparência e atingir uma preocupação extrema. Isto, além causar sofrimento intenso, traz prejuízos em várias esferas da vida do indivíduo, tais como saúde, vida social e profissional (Araújo, Coutinho, Araújo-Morais, Simeão & Maciel,



2018). Ressalta-se, ainda, o risco de se fazer uso de práticas prejudiciais à saúde, como o uso de substâncias anorexígenas e esteroides anabólicos e o abuso de laxantes, entre outros.

Sendo assim o excesso de peso pode dificultar a vivência de relacionamentos amorosos e profissionais, já que o olhar do outro influencia fortemente a forma como o sujeito se percebe. Isso pode gerar retraimento ou comportamentos compensatórios.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, onde vem contribuindo para o aperfeiçoamento profissional e prático da acadêmica durante os atendimentos. Observou-se que o corpo, para Freud, é palco das pulsões e sua representação psíquica não coincide com a realidade anatômica, a imagem corporal é relacional, ou seja, não é apenas como o sujeito se vê, mas como supõe ser visto. O culto contemporâneo à magreza reforça ideais estéticos que funcionam como ideais do eu. O sujeito obeso, ao ser estigmatizado como preguiçoso ou descontrolado, internaliza esses significantes, intensificando angústia e culpa. Dentro deste contexto observa-se que podem surgir o desejo de adequação ao ideal podendo levar ao uso de anorexígenos, esteroides ou laxantes, configurando condutas prejudiciais à saúde.

Sendo assim mediante ao sofrimento narcísico mediante a expectativas de um corpo idealizado, essa angústia e afastamento de seu próprio eu o indivíduo busca mesmo que de forma inconsciente o retraimento, ficando suscetível a práticas nocivas e risco de depressão. O corpo obeso, nesse contexto, não é apenas biológico, mas simbólico: ele expressa conflitos inconscientes e funciona como lugar de inscrição de angústias e defesas.

BIBLIOGRAFIA

BILENKY, Marina Kon. **A vergonha e os sofrimentos narcísicos**. Ide (São Paulo), São Paulo, v. 36, n. 56, p. 201-205, jun. 2013. Acesso em: 17 de novembro de 2025. Disponível em : [A vergonha e os sofrimentos narcísicos](#)

SILVA, Nathália Gomes da; SILVA, Josevânia da. **Aspectos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso**. Rev. Subj., Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 1-16, abr. 2019. Acesso em: 17 de novembro de 2025. Disponível em: [Aspectos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00 **Término:** 11:00
5. **Data da sessão:** 21/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 07 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN e conduzida à sala de atendimento para a realização da psicoterapia.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Bom dia. Como você está?

Paciente: Estou bem, foi bem corrido (paciente mexendo no celular) o meu filho deslocou o braço lutando jiujsu, e eu nem tinha percebido, fui ver no outro dia que estava alto na região do ombro, ai vai ficar 15 dias com a tipoia, vai ficar agoniado porque não vai jogar poder jogar bola, fazer nada.

Terapeuta: E você como tem reagido a mais essa situação?

Paciente: Estou bem, estou cansada, muito cansada, não sei se compensa eu ir pra loja, porque eu estou ficando muito cansada, a loja é do outro lado, perto do ganha tempo, eu não estou conseguindo fazer as coisas em casa. Mas estou indo bem, me assustei um pouco no dia que eu vi o ombro dele alto, mas deu tudo certo graças a Deus.

Terapeuta: E me fale um pouco sobre esse cansaço?

Paciente: Eu acho que é porque eu durmo muito tarde, 00:00h que é a hora que tenho que fazer as coisas. Lavar roupa, organizar a casa, tenho que deixar tudo organizado para o outro dia aí tem a questão que minha irmã vai pra casa da minha mãe e aí você contratar alguém pra ficar com meu filho.

Terapeuta: A sua irmã contribui para os afazeres do lar?



Paciente: Sim, um pouco do jeito dela, mas ela faz as coisas, faz almoço, passa aspirador em casa.

Terapeuta: E como tem sido pra você ter que lidar com tudo isso?

Paciente: Ah não sei porque acontece tudo de uma vez, aí o braço do meu filho, e os resultados. Com relação ao seu passado, tem algo que te incomoda? Eu acho que não, somente a questão do peso eu acho que deveria ter me cuidado mais. Que a antes era mais fácil emagrecer aí vai chegando a idade vai ficando difícil.

Terapeuta: Você se sentia de alguma forma pressionada lá atrás com relação a isso.

Paciente: Não.

Terapeuta: Se senti julgada as vezes A.?

Paciente: Um pouco acho que todo gordinho, sente isso em algum momento da vida. Os olhares de julgamento. Eu tive 3 relacionamentos, todos foram tranquilos. (bocejo e paciente mexendo no celular)

Terapeuta: Entendi, e suas qualidades me fale um pouco quem é a A. Suas qualidades?

Paciente: Não sei, nunca parei para pensar. (paciente olha para o lado, desviando a atenção com olhar disperso)

Terapeuta: Você acha que é uma pessoa que tem muitos defeitos?

Paciente: Eu me cobro bastante, eu sou muito controladora, eu acho que o jeito do outro é que está tudo errado, quero as coisas do meu jeito.

Terapeuta: Quando uma pessoa te orienta, ou busca te auxilia. O que você sente?

Paciente: Eu sou muito resistente, quando estou no trabalho, eu não consigo aceitar as vezes, mas eu tenho que cumprir ordens, só que eu não demonstro pra pessoa, mas não gosto de ficar ouvindo. Meu marido (risos) ele fala que eu sou muito controladora, eu não gosto nada fora do lugar, para ele meu marido “ah pode deixar eu faço depois.” Ele é assim.

Terapeuta: Em algum momento da sua vida você já sentiu cobrada ou pressionada?

Paciente: Não, na verdade esse negócio foi depois que minha mãe se separou do meu pai, esse senso de responsabilidade, acho que foi ali que começou. Minha mãe trabalhou muito dia e noite, era raro ver ela dormindo.

Observações comportamentais:

Durante a sessão, observou-se que a paciente apresenta cansaço físico e mental evidente, relatando verbalmente e expresso por bocejos durante a sessão. Sono irregular, onde dorme tarde (por volta da meia-noite) devido às tarefas domésticas acumuladas. Sugerindo Exaustão,



dificuldade em manter rotina de autocuidado e em realizar atividades cotidianas. Paciente demonstra um Senso de responsabilidade elevado, possivelmente internalizado desde a separação dos pais, quando observava a mãe trabalhando intensamente, sugerindo Preocupação constante com o filho, especialmente em relação à saúde, alimentação e rotina escolar.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Durante o processo de escuta ativa, observa-se que a paciente o relato da paciente sobre a separação dos pais e o trabalho exaustivo da mãe sugere a internalização precoce de um papel de responsabilidade. Esse movimento pode ser compreendido como uma identificação com a figura materna que assumia múltiplas funções sem descanso. Sendo assim, a paciente parece repetir esse padrão, colocando-se em posição de cuidadora e vigilante constante, o que pode estar relacionado a uma formação reativa, diante da ausência materna, desenvolve um superego rígido que exige dela controle e disciplina. O controle também pode ser lido como uma tentativa de dominar o inconsciente, e a resistência às ordens no trabalho, ainda que disfarçada, revela um conflito entre o superego cumprir regras e o ego não aceitar passivamente. Sugere-se que o bocejo e a dispersão durante a sessão podem ser lidos como resistência inconsciente diante da possibilidade de contato com conteúdo mais dolorosos.

De origem inconsciente e difícil de controlar, esse constrangimento interno leva o ego a se colocar repetitivamente em situações que não fazem sentido para ele, pois a não realização dessas imposições compulsivas é fonte de intensa e crescente angústia. Portanto, encontramos o mundo interno do neurótico obsessivo às voltas com a irrupção de uma força pulsional excessiva, o sujeito procurando fazer frente a ela por meio da construção de um compulsivo aparato defensivo (FARIAS; CARDOSO 2013)

À primeira vista, os cerimoniais neuróticos consistem em meras formalidades destituídas de sentido. Porém são sempre executados como se o sujeito tivesse de obedecer a leis secretas que não podem ser desrespeitadas, o que gera intensa angústia em função da expectativa permanente de punição que assola o sujeito e advém do sentimento inconsciente de culpa. (FARIAS; CARDOSO 2013)



BIBLIOGRAFIA

FARIAS, Camila Peixoto, CARDOSO, Marta Rezende. **Compulsão e domínio na neurose obsessiva: a marca do pulsional.** Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 117-128, 2013.

Acesso em: 25 de novembro de 2025. Disponível em :
scielo.br/j/pc/a/QD5FbQGSdhPXXbCXVZ3sXNf/?format=pdf&lang=pt

1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 08:00h **Término:** 11:00h
5. **Data da sessão:** 28/11/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A. S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATÓRIO SEM ATENDIMENTO – Nº 08

Ao iniciar as atividades clínicas, na data de hoje, não houve atendimento clínico da paciente A.S.R, onde a paciente justificou sua ausência devido a questões pessoais, não tendo com quem deixar o filho, diante disso, foi realizada uma atividade complementar no período de estágio, conforme orientação institucional.

Atividade Desenvolvida:

Elaborou-se neste dia, a organização final de prontuários e dos relatórios parciais clínicos. Realizou-se também a pesquisa de alguns artigos relacionados a: Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos

Estudo Técnico Complementar:

Na sequência da atividade de organização a estagiária realizou a leitura do artigo intitulado:

Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos

Dentro do estudo da pesquisa, observou-se em um sentido geral que a obesidade é apresentada como um fenômeno multifatorial, com impactos biológicos, sociais e subjetivos. A psicanálise, ao abordar esse tema, desloca o olhar da mera dimensão médica ou nutricional para o campo do desejo, da falta e da relação do sujeito com o gozo e com o Outro. A obesidade envolve muito mais do que fatores biológicos. Ela afeta e é afetada por aspectos psíquicos, como autoestima, autocontrole, emoções, relações sociais e saúde mental. Na psicanálise, o sintoma é uma formação do inconsciente que revela algo do sujeito em sua relação com o desejo e com a lei. De certo modo o excesso de peso pode ser compreendido como uma resposta subjetiva a conflitos internos, funcionando como uma barreira ou defesa contra angústias. O



comer em excesso pode ser visto como uma tentativa de preencher um vazio simbólico, o excesso alimentar pode ser interpretado como uma busca de satisfação imediata, ligada ao princípio do prazer, mas que nunca se completa, pois, o desejo é estruturalmente insaciável. Para Freud, o sintoma é uma solução de compromisso onde ele expressa um conflito psíquico de forma disfarçada, juntamente com Freud temos Lacan que acrescenta que o sintoma também é uma forma de gozo, ou seja, o sujeito encontra nele uma satisfação paradoxal, mesmo que dolorosa.

Sendo assim O corpo obeso é atravessado pelo olhar social, carregado de estigmas e preconceitos. Esse olhar pode ser internalizado, afetando a autoestima e reforçando o ciclo de compulsão. A obesidade, nesse sentido, não é apenas um problema orgânico, mas também uma questão de identidade e reconhecimento, onde o sujeito, ao ser reduzido ao seu corpo, pode internalizar esse olhar depreciativo, gerando sofrimento psíquico e reforçando o ciclo de compulsão. Observa um olhar contraditório muitas vezes da cultura e meio social onde a sociedade atual, marcada pelo imperativo do consumo, convoca o sujeito a satisfazer-se constantemente, mas ao mesmo tempo o condena pelo excesso.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Neste contexto a ausência de atendimento foi aproveitada para aprofundamento teórico sobre a pesquisa proposta, onde vem contribuindo para o aperfeiçoamento profissional e prático da acadêmica durante os atendimentos. Observou-se que o corpo, para Freud, é palco das pulsões e uma forma disfarçada de expressão de conflitos inconscientes. O excesso de peso pode ser entendido como uma defesa contra a angústia, funcionando como barreira corporal diante de tensões internas. O alimento, além de nutrir, carrega significados afetivos e simbólicos desde a infância, ligados ao vínculo com o Outro. Sendo assim dentro destes contextos, a psicanálise não busca “curar” a obesidade em termos médicos, mas escutar o sujeito em sua relação singular com o alimento, com o corpo e com o desejo. O tratamento abre espaço para que o sujeito compreenda o sentido inconsciente de seu excesso de peso, deslocando o sintoma e encontrando outras formas de lidar com sua falta.

Apesar da atual dimensão, profilaxia e mal-estar em torno dessa manifestação, nem sempre foi assim. A obesidade em si não é um problema novo, sendo relatada desde a antiguidade por meio de obras de arte e da literatura; entretanto, sua incidência e a percepção



que se tem das pessoas com excesso de peso é o que tem variado ao longo dos diferentes contextos históricos, sociais e econômicos, e trazido questões de extrema relevância (SILVA, DIONISIO 2019)

Espelho, na atualidade, de doença, estigma, preconceito e de inúmeros julgamentos, a obesidade já foi compreendida apenas como uma das muitas formas de existir do ser humano e até mesmo um aspecto positivo, não como um problema a ser combatido, como é vista nos dias de hoje. Com um longo percurso desde a antiguidade, o excesso de peso passou por diversas formas de percepção, desde a apreciação, sendo exaltado como símbolo de poder, riqueza, fertilidade, saúde e beleza, até a depreciação, sendo rejeitado como símbolo de horror, descontrole, doença, morte e feiura, culminando, assim, na estigmatização e na culpabilização do próprio sujeito pela condição de seu corpo (SILVA, DIONISIO 2019)

BIBLIOGRAFIA

SILVA, Juliana Medeiros; DIONISIO, Gustavo Henrique. **Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos**. Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 248-275, dez. 2019. Acesso em: 29 de novembro de 2025. Disponível em: [Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos](#)



1. **Estagiário(a):** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número de matrícula:** 59401
3. **Local do estágio:** Fasiclin
4. **Horário da sessão:** 14:00 **Término:** 17:00
5. **Data da sessão:** 03/12/2025
6. **Nome completo da supervisora:** Margelli Brand
7. **Nome do paciente:** A.S. R
8. **Idade do paciente:** 28 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 09 – MODELO DIALOGADO

Descrição do atendimento:

A paciente foi acolhida na recepção da FASICLIN às 15h e conduzida à sala de atendimento para a realização da sessão de psicoterapia, paciente nesse dia foi atendida no período vespertino, foi acolhida e em seguida iniciado a escuta ativa.

Diálogo clínico transcrito:

Terapeuta: Boa tarde. Tudo bem?

Paciente: Tudo bem. (risos) correria de sempre, não teve muita coisa de diferente. (bocejo), somente trabalhei, trabalhei, muito cansada.

Terapeuta: Está se sentindo cansada?

Paciente: Sim. Eu consegui ajustar pra dormir mais cedo estou indo dormir umas 10h por aí, quando dá umas 9h eu já estou com o corpo cansado.

Terapeuta: E como você está fazendo para ajustar esses horário. ?

Paciente: Meu marido começou a chegar e fazer a janta e já fica para o almoço. Como fica corrido eu tenho que levar ele o B. pra escola. Então já ajuda muito.

Terapeuta: E como que você está sentindo com relação a essa ajuda de seu esposo. Está aceitando essa tranquilamente?

Paciente: Sim. Esses dias mesmo ele chegou e perguntou se podia colocar a roupa pra bater e aí deixei ele colocar a roupa. Ele está tentando, eu vejo que ele está tentando me ajudar. Esses dias eu chorei, e falei pra ele que eu estava muito cansada. E precisava muito da ajuda dele. Nesse dia eu não tinha conseguido terminar tudo muita coisa pra fazer. Aí eu explodi.



Terapeuta: E depois desse relato pra ele como que está a relação de vocês ?

Paciente: Está tranquilo. Essa questão dele me ajudar melhorou. Está bem.

Terapeuta: E esse movimento deste momento vivenciado a dois né M., mesmo sendo para rotina da casa, atividades domésticas, limpeza, isso até fortalece a relação. No início na relação de vocês?

Paciente: Sim nós dois sempre trabalhamos juntos mas ele sempre me ajuda bastante. Estamos juntos desde 2016.

Terapeuta: Isso, se permita ser auxiliada por ele, vai contribuir para seu descanso e na interação. E como estão os pensamento e sentimentos com relação a você? Aqueles pré-julgamentos?

Paciente: Normal, está igual ainda.

Terapeuta: Compreendi. M e o que está sendo mais difícil pra você nesse momento?

Paciente: Ter tempo pra descansar (paciente mexe na unha e dedos) Mas a partir de janeiro eu não queria mais ficar na loja, está muito pesado. Tirando o cansaço, chega final de ano é uma correria só. Mas aí chega janeiro dá pra se acalmar. Minha mãe falou que vai vir pra cá, só que somente em março. Março acaba o movimento onde ela trabalha, ela tem uma lanchonete gourmet, ela faz de tudo de sorvete.

Terapeuta: Olha só que legal, e o empreendimento é da sua mãe mesmo ?

Paciente: Sim. É dela ela cozinha muito bem, ela que faz tudo, e agente aqui iria ajudar muito ela nesse apoio gerenciamento, atendimento. Mas a gente entrando junto acredito que já deu certo.

Terapeuta: Isso é muito importante ter esse reforço né M. da mãe. E olha que legal ela vir e abrir um empreendimento de uma área que não tem específico, que é de doce (churros Gourmet) aproveite esse tempo para se curtir, se permitir descansar e fazer o que você gosta. Conforme, eu havia comentado estamos encerrando esse semestre de estágio, e quero dizer que estou feliz em saber de sua evolução como pessoa, mãe e profissional, cada etapa é uma vitória, e quando olhamos para nós como seres humanos falhos, mas dignos de amor de reconhecimento e de recomeços tudo muda, se transforma. Se perdoar e se permitir viver o novo. E voce vem fazendo isso, se esforçando, é cansativo mas vale a pena todo esforço e cuidado consigo mesmo ta bom. vou relatar sobre a sua continuidade no processo terapêutico conforme você citou que quer dar continuidade isso ?

Paciente: Sim. Quero continuar sim. Eu que agradeço Jo. Deus te abençoe, deixa eu te dar um abraço.



Observações comportamentais:

Durante a sessão, a paciente inicia a sessão com risos, mas também demonstra sinais de cansaço (bocejo). Relata sobrecarga de trabalho e fadiga constante. Relata reconhecer e aceitar a ajuda de seu esposo nas tarefas domésticas (preparo de refeições, lavanderia) apresentando melhora na relação após expressar necessidade de apoio. Frente ao comportamento observado não verbal, a paciente mexe nas unhas e dedos ao falar sobre dificuldade em descansar, indicando possível ansiedade ou tensão. Relatou que deseja não permanecer na loja a partir de janeiro, buscando mais leveza na rotina, no qual em março sua mãe vindo para a cidade terá mais rede de apoio familiar.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Baseado no relato da paciente observa-se que o cansaço e exaustão mental aparece como expressão de uma sobrecarga psíquica e não apenas física. O bocejo e a fala repetitiva sobre o trabalho (“trabalhei, trabalhei, muito cansada”) revelam um corpo que denuncia o excesso e a dificuldade de simbolizar esse peso. O sintoma do cansaço pode ser entendido como uma forma de o inconsciente se manifestar, indicando que há algo além da rotina, uma dificuldade em lidar com os limites e com a necessidade de descanso. A aceitação da ajuda do marido mostra uma abertura para o outro como suporte, mas também revela uma ambivalência: ao mesmo tempo em que deseja autonomia, reconhece a necessidade de ser cuidada. Isso toca na questão da dependência e da alteridade. Quando questionada sobre os pensamentos e pré-julgamentos, a paciente afirma que “está igual ainda”. Isso sugere uma fixação em padrões de autoavaliação, possivelmente ligados a uma exigência interna (superego) que mantém o ciclo de cobrança e desgaste.

Além dos fatores estressores originados no trabalho, os recursos pessoais como autoestima e estabilidade emocional, e a interface trabalho-casa parecem influenciar as flutuações nos indicadores de bem-estar. A experiência de estresse no trabalho tem sido consistentemente associada a resultados negativos para os empregados, medidos por uma gama de indicadores de bem-estar, tanto psicológicos quanto fisiológicos. Entretanto, esses indivíduos diante de eventos percebidos como estressores reagem diferentemente. Embora muitos estudos concluam haver uma associação negativa entre estresse e bem-estar no trabalho, tem crescido o número de pesquisas que buscam explicar em que condições os estressores



podem não afetar negativamente o BET. Ressaltam-se em diversas pesquisas o importante papel da resiliência e das estratégias usadas para controlar e lidar com as próprias emoções (autorregulação emocional) e para enfrentar situações estressantes (*coping*), podendo ser eficazes para reduzir o estresse e melhorar o bem-estar em diversos contextos: (HIRSCHLE, GONDIM 2020)

BIBLIOGRAFIA

HIRSCHLE, Ana Lucia Teixeira; GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura**. Ciênc. saúde coletiva 25 (7) 08 Jul 2020Jul 2020. Acesso em: 03 de dezembro de 2025. Disponível em : [SciELO - Saúde Pública - Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura](#) Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 13:30 **Término:** 17:30
5. **Data:** 21/08/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** H.S.S
8. **Idade da paciente:** 07 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 01

Ao se deslocar até o local para o início das atividades de observação, os mesmos foram recebidos pela profissional fisioterapeuta L, no qual obtiveram uma recepção ética e com orientação criteriosa sobre o desenrolar das atividades do dia. A Fisioterapeuta L. reuniu todos os estagiários na sala de descanso para o repasse de como ocorreriam as observações, os tipos de transtornos mentais e deficiências das crianças que fazem equoterapia no local, ressaltou a importância dos cuidados ao manuseio a essas crianças e principalmente quando estiverem perto dos cavalos. Houve a apresentação da Psicóloga C. que estava no local, e a forma como ela faz os atendimentos terapêuticos com as crianças. Sendo assim ressalta-se que no dia, foi mencionado no diálogo entre fisioterapeuta e estagiários, somente características dos praticantes em relação aos diagnósticos a forma de tratamento e seus efeitos terapêuticos. Não foi abordado, assuntos condizentes aos pais ou pessoais.

Os praticantes foram chegando conforme os horários estabelecidos sendo o primeiro as 14:30h acompanhado por sua mãe e irmã, onde observou-se comportamentos expressivos alegres e de boa comunicação. Durante este percurso foram observados pelos estagiários, dois praticantes onde apresentaram comportamentos diferentes dos demais e que mais chamaram atenção, sendo um deles o H.S.S que apresentou comportamentos de agitação e se debatendo no momento em que estava no cavalo, onde tentou por retirar seu capacete de proteção, sendo assim a conduta da profissional que o acompanhava foi de tira-lo com cuidado para a adaptação de suas próximas atividades. O praticante D.L.R.P, foi orientado pela L. que era necessário que todos se escondessem dentro da sala de cozinha/descanso porque o praticante caso observasse alguém no campo externo perto das práticas de atividades, não iria realizar seu

atendimento. Sendo assim, todos aguardaram, observando silenciosamente suas atividades onde o mesmo se manteve calmo e com boa conduta em seus movimentos terapêuticos de equoterapia. Já os demais praticantes em quesitos mais evoluídos de terapia, sendo conduzidos por seus profissionais e guias foram para a área de hipismo, onde é permitido que o praticante desbrave o campo externo para o auxílio de seus movimentos, conhecimentos de emoções e sentimentos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Observou-se neste dia, juntamente com outros estagiários, a importância da presença do profissional Psicólogo junto a equipes multiprofissionais na técnica da Equoterapia, uma vez que há um planejamento terapêutico, orientação, acolhimento familiar e suporte as necessidades e capacidades psicomotoras e reintegração social do praticante. Diante dos acompanhamentos observou a prática dos profissionais nas condutas com os praticantes no qual utiliza-se algumas vezes a comunicação através de gestos, símbolos e palavras chaves de forma que o atendimento seja realizado da melhor forma possível, que seja compreensível e respeitosa ao praticante. Por ser uma prática que tem como recurso terapêutico reabilitador e educacional, os diagnósticos são essenciais e de relevância para que os atendimentos e acompanhamentos de fisioterapia e Psicologia se torne referência na identificação das dificuldades e do desenvolvimento psicomotor, ortopédico e neurológico do praticante. Sendo assim a equoterapia tem papel importante na área da saúde mental, onde apresenta uma variedade de diagnósticos sendo eles, Deficiência intelectual, Transtorno do espectro autista (TEA), Fobias sociais, ansiedade, e transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, entre outros. A equoterapia possui seus fundamentos em uma diversificação de manifestações clínicas incluindo também na biomecânica e neurofisiologia.

O campo de ação da equoterapia é bastante amplo, endereçando-se as pessoas portadoras de deficiências neuromotoras, tais como:

- Encefalopatia crônica da infância
- Déficits sensoriais
- Atraso maturativo
- Síndromes neurológicas (Dow, West, Rett, Soto e outras).
- Acidentes vascular cerebral



- Traumatismo cranioencefálico
- Sequelas de processos inflamatórios do sistema nervoso central (meningoencefalite encefalite)
- Lesão raquimedular, entre outras.

Nos distúrbios neuropsíquicos mais comuns encontramos:

- Autismo
- Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
- Deficiência mental
- Alterações comportamentais (MEDEIROS, 2008)

BIBLIOGRAFIA

MEDEIROS, Mylena; DIAS, Emília. **Equoterapia Noções Elementares e Aspectos Neurocientíficos**. Copyright 2008. Livraria e editora Revinter LTDA. Rio de Janeiro -RJ. Acesso em: 24 de agosto de 2025.

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 28/08/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 02 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades de observação, as atividades do dia foram realizadas sobre o acompanhamento da fisioterapeuta Le. No início, a fisioterapeuta Lu administradora do local chamou uma das estagiárias para acompanhar um dos praticantes na área de campo, a estagiária I. C. acompanhou a praticante que tinha 08 anos de idade, sexo feminino, que apresentava paralisia cerebral (PC), um distúrbio atribuído a uma lesão ou anormalidade não progressiva no cérebro em desenvolvimento, a PC compromete o desenvolvimento da atividade motora e alterações sensoriais podendo acarretar epilepsia caso não tenha um acompanhamento clínico e medicamentoso. A praticante realiza as atividades de equoterapia mais para autoestima, autoconfiança e favorecimento de sua autonomia, e para adquirir forças nos membros inferiores, pelo fato de não conseguir se manter 100% em pé com postura adequada. Em observação, a praticante apresentou algumas falhas para formar ou concluir frases, e dificuldades para se expressar. Observou no momento das atividades, um pouco de receio e falta de confiança por parte da praticante, ao realizar as atividades com a bola de basquete e algumas dificuldades em se manter em pé em cima do cavalo.

Durante a observação a estagiária acompanhou a praticante seguindo conforme as orientações da fisioterapeuta Le, com todos os cuidados e ética.

Elaborou-se a leitura do artigo “Equoterapia: a psicologia além da clínica” que aborda a eficácia da equoterapia como método terapêutico e os benefícios da psicologia juntamente com equipes multiprofissionais no tratamento de crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA), paralisia cerebral, Síndromes de Dow, entre outras deficiências e necessidades especiais. O Artigo explicita também a importância da abertura de novos conhecimentos e campos na área da psicologia, onde o psicólogo pode atuar, contribuindo para a reintegração e reeducação do sujeito em sua subjetividade, respeitando seu tempo e seus limites.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Diante dos acompanhamentos das atividades do dia, observou-se uma boa interação entre praticantes, equipes e estagiárias. Onde houve uma boa resposta tanto em aspectos comportamentais quanto verbais ao acompanhamento da estagiária como auxiliar lateral da praticante. Com base na análise psicológica, o suporte emocional frente ao manejo da conduta corporal e das limitações motoras é um recurso valioso na reabilitação motora e estimulação cognitiva, promovendo ganhos e suporte afetivos e simbólico ao praticante. Um praticante com paralisia cerebral vivencia desafios constantes de medo e insegurança, em alguns casos contribuindo para o agravamento do retraimento social e comportamental, sendo assim o cavalo e a equoterapia proporcionam vínculo, segurança, atuando como facilitador de movimentos mais lúdicos e tridimensionais, onde o praticante pode explorar emoções e posturas com mais confiança e autonomia.

Segundo Indalécio, Silva e Gusmão (2018) afirma que na Equoterapia, não se consegue separar as funções de cada terapeuta, pois o trabalho é realizado em equipe e está precisa obter conhecimento de toda as áreas, para que a terapia tenha sucesso em todos os programas (hipoterapia, educação/reeducação, pré-esportivo), pois ela: Facilita a organização do esquema corporal, a aquisição do esquema espacial, desenvolve a estrutura temporal, a graça, o raciocínio e o sentido de realidade, desperta uma profunda comunhão criança realidade, proporciona e facilita a aprendizagem da leitura, da escrita e do raciocínio matemático, aumenta a cooperação e a solidariedade, minimiza os distúrbios comportamentais, promove a auto-estima e a segurança, facilita e acelera no processo de aprendizagem.

BIBLIOGRAFIA

INDALÉCIO, Eneide de Brito; SILVA, Aneide Ribeiro de Souza; GUSMÃO Lilian Nicácio. **Equoterapia: A psicologia além da clínica**. Rev. Saberes UNIJIPA, Ji-Paraná, Vol 9 nº 2 Especial 2018 ISSN 2359-3938. Acesso em: 31 de agosto de 2025. Disponível em : [EQUOTERAPIA A PSICOLOGIA ALÉM DA CLÍNICA\[1\].pdf](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 28/08/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** H.S.S
8. **Idade da paciente:** 07 Anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 03

Ao se deslocar até o local para o início das atividades de observação, e intervenção as atividades foram realizadas sobre o acompanhamento da fisioterapeuta Le. A fisioterapeuta do local, recebeu a estagiária e relatou sobre o praticante H.S.S que se iniciaria as 15h. O praticante chegou acompanhado de sua mãe, onde se preparou para o início da pratica terapêutica. Antes de iniciar a pratica terapêutica de equoterapia observou-se que o praticante expressava comportamentos alegre, brincalhão e mais calmo. Se distraíndo com outras crianças, observa-se que sua mãe sempre o acompanha em todas as atividades, dando orientações respeitando o momento do praticante. Ao dar início na pratica terapêutica, a estagiaria foi convidada a adentrar no campo de atividade, onde ficou do lado auxiliar lateral, e a Fisioterapeuta Le, como mediadora. O praticante foi auxiliado a subir no cavalo de forma segura com ajuda do auxiliar que conduzia o cavalo, apresentou no momento estar tranquilo, sem muita comunicação, mas atento aos sinais e coordenadas da mediadora. Dentro do olhar Psicológico observou na interação com o cavalo movimentos rítmicos que auxiliaram nos estímulos sensoriais do praticante, onde se manteve estável durante todo o percurso de atividades.

No momento da pratica da baliza foi observado uma boa postura, firmeza nos membros inferiores e com expressões comportamentais de atenção, porém apresentou expressão de mais receio e silencio. Durante a pratica da atividade de basquete adaptado a estagiária que conduziu a pratica terapêutica, pegando a bola e entregando para o praticante como uma forma de estímulo para a movimentação cognitiva e sensorial, estimulando principalmente a atenção e concentração que tem como objetivo mirar a bola no alvo, calcular a distancia e soltar a bola. Observou -se que esse movimento contribui para a memória e desenvolve uma percepção

visomotora onde os olhos permanecem fixados na bola até a cesta, além do equilíbrio corporal onde é necessária uma postura mais firme. Durante a prática terapêutica foi possível observar uma interação entre instrutores, auxiliares e mediadores, onde existe um incentivo na autoconfiança do praticante. Após a prática do basquete foi realizada a atividade com as bolas pequenas coloridas onde o praticante precisa acertar o alvo com a cor das bolinhas. As atividades de campo foram encerradas com a estagiária auxiliando a descida do praticante do cavalo, com supervisão e cuidado da Fisioterapeuta.

Após as atividades foi apresentado a sala de brinquedos para as estagiárias, sobre o acompanhamento das fisioterapeutas Lu, e Le, a sala é um espaço pequeno onde contém selas dos cavalos, brinquedos para o momento das atividades no campo, carrinhos, bolas, quebra cabeças. Entre outros.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Diante dos acompanhamentos das atividades do dia, observou-se uma boa interação entre praticantes, e instrutores. Onde houve uma boa resposta tanto em aspectos comportamentais quanto sensoriais do praticante. Observou-se que a prática da equoterapia, principalmente o basquete não é apenas uma atividade lúdica que traz autonomia e sim uma prática terapêutica que estimula o vínculo social, a coordenação motora e integração social.

A partir disso, Quadro, Farias e Barbosa (2021) salientam que a aplicação da equoterapia ocorre através de programas individualizados elaborados em conformidade com as necessidades e com as potencialidades do praticante; além dos principais objetivos do programa, ou seja, com intenções terapêuticas, por meio da utilização de técnicas que visem à reabilitação física e/ou mental; fins educacionais e/ou sociais, por meio da aplicação de técnicas pedagógicas associadas às terapêuticas, objetivando a devida integração ou a reintegração social e familiar.

A equoterapia ou terapia assistida por meio da utilização de cavalos pode ser caracterizada como um método terapêutico por meio de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, da educação e da equitação, objetivando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas que apresentem alguma deficiência ou necessidades especiais. Além disso, a equoterapia possibilita utilizar recursos durante as atividades com finalidade de auxiliar e melhorar a postura, proporcionando a criação de novos esquemas corporais, sendo assim uma técnica de reeducação neuromuscular (QUADRO; FARIAS; BARBOSA, 2021)

BIBLIOGRAFIA

QUADRO, Thiago da Silva; RUTH, Raquel Soares de Farias; BARBOSA, Estélio Silva. **As contribuições e benefícios da equoterapia como método terapêutico fonoaudiológico: uma revisão bibliográfica.** Research, Society and Development, v. 10, n. 15, e564101523247, 2021. Teresina PI. Acesso e: 07 de setembro de 2025. Disponível em : [dorlivete,+e564101523247.pdf](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 04/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** H.S.S
8. **Idade da paciente:** 07 Anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 04 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades, realizou-se a observação dos praticantes no campo externo, observou -se o desenvolvimento da praticante H.S.S, onde chegou no local acompanhado de sua mãe, brincando e se comunicando não verbalmente, através de gestos, apresentou expressão de tranquilidade e boa socialização. Ao observar o processo de interação social e aspectos emocionais do praticante. Observou -se que o ambiente natural, em contato com o animal (cavalo) e outras pessoas fora do convívio familiar, proporcionou o engajamento do praticante, onde o vínculo estabelecido favoreceu o desenvolvimento da empatia, e surgimento de novas palavras, através de comandos simples de comunicação não verbal. Dentro deste contexto observou-se que cada movimento do praticante, cada reforço positivo que é valorizado, contribui para o fortalecimento da autoestima e estruturação da rotina. No uso da linguagem não verbal, onde a eucolalia não é usada como bloqueio e sim como uma oportunidade para desenvolver novas modelagens funcionais, o uso de pistas gestuais, e visuais como (apontar, acenar e mostrar os objetos, estimulando que o praticante tenha a curiosidade em escolher e pegar, ou seja o desenvolvimento da autonomia e independência..) contribui para a associação entre ações e palavras. A expressão visual ocupa um lugar central nesse desenvolvimento psíquico e de regulação emocional.

Sendo assim na equoterapia, quando o terapeuta aponta, acena para o cavalo ou um objeto, de modo inconsciente este terapeuta está estimulando o praticante a compartilhar a atenção, favorecendo o contato visual espontâneo, abrindo espaço para um laço afetivo, emocional e comportamental com o outro seja terapeuta, objeto ou cavalo. Após, realizou- se

uma reunião com a administração e fisioterapeuta Le, onde os estagiários, puderam compartilhar de troca de informações, experiências vividas durante as atividades, dificuldades e sugestões. Elaborou-se uma proposta ou possibilidade dos acadêmicos Jo e Vi, criar e iniciar as intervenções dentro do âmbito psicanalítico e terapêutico (equoterapia), com os praticantes, dentro das regras e regimes éticos da instituição TedHorse, durante o período de contratação de um novo profissional Psicólogo. Segundo foi repassado aos estagiários, que a contratação seria em breve de um novo profissional, e que os acompanhamentos deveriam acontecer através da fisioterapeuta Le, conforme já iniciado as atividades. Em questão das fichas de anamnese ou prontuários dos praticantes não foi possível o acesso dos estagiários, devido a questões de políticas éticas da instituição.

Os estagiários seguem realizando suas atividades dentro do horário, porém apresentando algumas dificuldades na interação com alguns colaboradores, e acesso as informações dos praticantes.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Diante dos acompanhamentos das atividades do dia, observou-se uma boa comunicação, conduta ética e profissional entre colaboradores e praticantes, quanto a resposta tanto em aspectos emocionais e comportamentais, observa-se que existe uma construção significativa e laço transferencial entre terapeuta, praticantes, auxiliares, onde um favorece ao outro abertura para o novo, ampliação de comunicação, gestos e imagens que propiciam uma representação mental e psíquica mais elaborada. Dentro deste contexto observa-se que na equoterapia, ocorre um laço afetivo importante onde imagens, pistas visuais e gestuais dão abertura para a construção comunicativa de forma mais compreensiva e integrada, cada olhar, cada gesto, cada movimento é uma oportunidade para o praticante construir significados, onde o terapeuta atua não somente com orientação e sim como um parte fundamental de escuta e observação.

Segundo Pereira (2021) O Transtorno do Espectro Autista, conforme a psicopatologia psicanalítica, é uma condição na qual o sujeito se encontra restringido ao encarar a demanda do Outro, o que o leva a acionar defesas como o mutismo, ou os comportamentos estereotipados; ambas as saídas servem para atestar sua posição como sujeito (Alves, 2015). O Outro para o autista é excessivo, invasivo e este se vê acuado diante dele. A ideia de espectro então remete a uma graduação, encontrada em cada caso, do nível de aceitação do outro, passando pelos

autistas de Kanner, os quais se encerram em um fechamento autístico mais ferrenho, até os de Asperger, que são mais flexíveis no encontro com o outro (Pimenta, 2019, p. 15). "Nos termos psicanalíticos, [...] a possibilidade de se deslocar dentro do espectro, em direção à extremidade de maior abertura, depende da construção e estruturação da borda que protege o sujeito. Quanto mais amparado pela borda, mais recursos para interagir e se abrir ao laço social".

Alves (2015) atribui à equoterapia uma função terapêutica que se realiza pela intermediação dos profissionais de forma lúdica na dimensão psicomotora, colocando em cena o corpo como instrumento da linguagem. A partir das intervenções, o corpo do sujeito, físico e simbólico, "se reconfigura ampliando as possibilidades de se exprimir em seu campo relacional" (Alves, 2015, p. 70). O cavalo, figura central da equoterapia, por meio dos estímulos gerados ao se locomover, que são enviados a quem está montado, atua nos registros do sujeito, simbólico e imaginário, que compõem a realidade psíquica do sujeito. Esse processo permite uma nova formatação no que concerne ao corpo (Alves, 2015), o que implica dizer que, pela equoterapia, o sujeito tem a chance de refazer a relação com seu corpo e a imagem que tem dele, consigo mesmo e, então, com o outro. Tais propriedades possibilitam um trabalho particular da equoterapia com sujeitos autistas. (PEREIRA, 2021)

BIBLIOGRAFIA

PEREIRA, Jacqueline Danielle. **Uma experiência de estágio em equoterapia orientado pela psicanálise**. Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 53.1, p. 84-107, 2021. Acesso em: 23 de setembro de 2025. Disponível em : [Uma experiência de estágio em equoterapia orientado pela psicanálise](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 11/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** H.S.S
8. **Idade da paciente:** 07 Anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 05

Ao se deslocar até o local para o início das atividades, realizou-se a observação da equipe de colaboradores da equoterapia, os processos de interação e socialização, Durante o período de observação, foi possível observar o trabalho da equipe interdisciplinar aos praticantes, a equipe mantém atuando de forma integrada com comportamentos dentro das exigências do local, de modo a atender as necessidades de cada praticante, cada colaborador desempenha uma função, desde os cuidados com os cavalos, adestramentos, alimentação entre outros, e na recepção das crianças até a realização das atividades no campo. A fisioterapeuta responsável pelo acompanhamento dos praticantes desempenha um papel primordial, em estimular respostas motoras, equilíbrio, garantindo uma boa socialização e comunicação. Dentro deste contexto observou que a psicóloga responsável, sempre utiliza intervenções verbais e não verbais, de modo a contribuir para a construção do vínculo terapêutico e estimular as habilidades sociais. Observou -se que as intervenções elaboradas pela profissional reduzem a ansiedade e insegurança do praticante facilitando o equilíbrio, a transição dos movimentos no cavalo e em todas as atividades.

Dessa forma observou -se durante as atividades a importância da atenção e acompanhamento da equipe interdisciplinar, a socialização entre estes profissionais e praticantes. A experiência de estágio vem contribuindo e reforçando que a equoterapia quando conduzida de forma correta, com profissionais capacitados, potencializa e favorece bons resultados terapêuticos.

Após um período de observação, a estagiária Jo, auxiliou na intervenção do praticante H.S.S observou -se durante as atividades que o praticante teve um foco maior no contato visual com o cavalo e nas atividades, onde em alguns momentos houve tentativas de comunicação com um pouco de dificuldade, porem expressava-se de forma verbal palavras como “Arara”, e “Urso”, onde a fisioterapeuta e estagiária mantinham o reforço repetindo as palavras pronunciadas, de modo a estimular mais a comunicação do praticante. Sendo assim observou-se que o praticante vem desenvolvendo positivamente aspectos emocionais como maior independência, menor rigidez na socialização com familiares e ambientes externos, apresentando mais autoestima, e autoconfiança. Observou-se também mais expressão de afeto e interação mais espontânea com relação a equipe auxiliar, mediadores e familiar, onde o praticante vem respondendo bem aos comandos simples como subir no cavalo, ficar em pé e se sentar, segurar as rédeas e parar. Sendo assim os benefícios apresentados durante a transferência, com relação aos aspectos emocionais, observou -se uma maior tolerância a novos estímulos e atividades apresentadas, e redução de birras.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Diante dos acompanhamentos das atividades do dia, observou-se que a intervenção terapêutica psicológica tem função importante dentro de qualquer contexto no qual pertença o indivíduo e sua subjetividade nas práticas de atividades equestres. A participação e análise do profissional psicólogo é importante de modo a contribuir para maior adaptação do praticante as atividades, incentivar a comunicação através de gestos ou figuras no ambiente equestre durante as atividades bem como incentivar e reforçar as rotinas em seu ambiente familiar. Um dos objetivos da intervenção psicológica é favorecer e contribuir para uma melhor interação lúdica, familiar e social, inserindo novas rotinas buscando uma melhor regulação emocional em situações desafiadoras, seja no ambiente de práticas terapêuticas e em seu ambiente familiar, social e educacional.

Segundo Silva, Lima, Salles (2018) O vínculo afetivo é um ponto central para o desenvolvimento humano, principalmente quando se pensa sob a ótica de uma teoria psicanalítica relacional, como a teoria de Winnicott. Esta traz importantes contribuições para a compreensão do quadro de autismo, uma vez que nestes casos, existe um comprometimento profundo na interação e comunicação social. Transportando os princípios da técnica

psicanalítica proposta por Winnicott para o setting da equoterapia, a partir da própria associação das autoras deste presente estudo, não é só o terapeuta quem exerce o *holding*, mas é como se o cavalo também realizasse essa função. O contato físico, o toque da criança na pelagem do animal, o andar que remete ao colo da mãe, faz com que o autista possa se sentir cuidado. (SILVA, LIMA, SALLES, 2018)

O terapeuta deverá utilizar recursos que promovam à criança uma experiência regressiva, em que possa revivenciar etapas primitivas do seu desenvolvimento emocional, nas quais ocorreram falhas, que poderão ser revividas no *setting*. Defende-se a ideia de que na equoterapia o terapeuta será um mediador deste processo, tendo em vista que a relação estabelecida entre a criança e o cavalo poderá promover esse tipo de regressão. (SILVA, LIMA, SALLES, 2018)

BIBLIOGRAFIA

SILVA, Aline Soares Mazzeu da; LIMA, Fabiane Petean Soares de; SALLES, Rodrigo Jorge. **Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott.** Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 38, n. 95, p. 238-250, 2018. Acesso em: 12 de setembro de 2025. Disponível em: [Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 25/09/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** H.S.S
8. **Idade da paciente:** 07 Anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 06 (OBSERVAÇÃO, PRODUÇÃO DE RELATÓRIO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades, os estagiários permaneceram na sala, realizando a observação dos praticantes H.S.S, L.S e D. L. O praticante H.S.S, apresentando comportamentos sempre de disposição no ambiente local, e em alguns momentos com repetição de gestos espontâneos, observou-se que na equoterapia o não verbalizar os conflitos internos não se limita ao sinal de falta de apoio ou não desenvolver-se, muitas vezes pode ser interpretado como uma resistência do praticante, como pode também ser significativamente expressado corporalmente, na postura, no toque, nos gestos espontâneos ,e na forma como o praticante se relaciona com o cavalo, o que coloca o praticante em constante movimento de troca de afeto, transferências e contratransferências. O cavalo na equoterapia numa visão da psicanálise é utilizado não apenas como instrumento de reabilitação, mas como agente potencial e propulsor de transformação humana. Os praticantes continuam sobre o acompanhamento da mãe, onde a mãe sempre busca acompanhar o praticante nas atividades, mantendo o contato visual e atenção compartilhada em seus movimentos posturais. A sua irmã L. S, iniciou logo em seguida as atividades no campo, também sobre acompanhamento da fisioterapeuta responsável local, e da equipe de apoio condutor do cavalo. Foi repassado as estagiarias que a psicóloga do local não faz mais parte das atividades se ausentando devido a questões pessoais, sendo realizada a contratação de uma nova profissional para os acompanhamentos que iniciara suas atividades no dia 27 de setembro.

Elaborou-se neste dia a produção do relatório final, juntamente com as estagiárias do estágio básico, o relatório foi elaborado em conjunto conforme as orientações da coordenação e supervisão de estágio, no desenvolvimento do relatório, foi acrescentado sobre as práticas desenvolvidas no campo terapêutico de equoterapia, a importância do acompanhamento da equipe multiprofissional e interdisciplinar, bem como a evolução tanto nos fatores emocionais, cognitivos e comportamentais, e os desafios apresentados durante as atividades tanto para os praticantes de equoterapia como para o acesso as estagiárias a algumas informações ao local e dos praticantes. No relatório final consta também a descrição do local, as atividades exercidas e as orientações quanto as regras e funcionamento geral do local.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Observa-se na escuta e observação de alguns praticantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Eucolalia, Paralisia Cerebral, entre outros transtornos, que o não verbalizar não significa que não exista conteúdo psíquico em movimento ou que o praticante não apresenta evolução em seu diagnóstico ou redução de sintomas. E sim que pode haver uma defesa inconsciente em acessar conteúdos traumáticos em de sua vivência. Dentro deste contexto a resistência a certos comandos e o não verbalizar não deve ser eliminado da elaboração diagnóstica e sim como um fenômeno a ser compreendido, o psicólogo tem papel primordial na observação contínua de como o praticante se aproxima do cavalo, se toca ou abraça, se conduz ou evita o cavalo, todo este conteúdo emocional e comportamental revela muito sobre suas relações interpessoais e afetivas. O psicólogo pode intervir estimulando positivamente uma relação de confiança entre o cavalo e a equipe, de modo para que o praticante se sinta seguro para expressar-se.

Segundo Silva, Lima, Salles (2018) Já o tratamento consiste em possibilitar que a criança tenha uma experiência regressiva, revivendo etapas que ocorreram falhas no desenvolvimento inicial, em que, ações como o toque físico, por exemplo, são mais importantes do que uma interpretação (Winnicott, 1966/2005). E é nesse cuidado restituído que permite que a criança dê lugar à sua irritação em relação ao fracasso ocorrido, para depois descobrir novamente que é uma pessoa capaz de amar e confiar no ambiente (Winnicott, 1966/2005). É neste ponto que se pode pensar em como a equoterapia pode auxiliar na reparação da falha

inicial, possibilitando o indivíduo reviver de forma satisfatória, o que não foi possível ser vivido nos estágios iniciais do desenvolvimento.

Experiências regressivas podem auxiliar em uma retomada do amadurecimento emocional, e as atividades corporais são importantes, pois são intervenções de natureza "pré-verbal", que vão a um nível mais primitivo e atendem a essas necessidades. Assim, não são as interpretações que permitirão evolução nos casos, mas sim o manejo desse *setting*. A equoterapia se enquadraria nesta categoria, sendo interessante também pelo próprio apelo da criança autista à sensorialidade (a linguagem pré-verbal), em que o contato com o cavalo se torna uma experiência sensorial primitiva. Portanto, neste *setting*, o *holding* é fornecido pela tríade cavalo-equoterapeuta-condutor. (SILVA; LIMA; SALLES 2018)

BIBLIOGRAFIA

SILVA, Aline Soares Mazzeu da; LIMA, Fabiane Petean Soares de; SALLES, Rodrigo Jorge. **Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott.** Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 38, n. 95, p. 238-250, 2018. Acesso em: 27 de setembro de 2025. Disponível em: [Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 02/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** D. L
8. **Idade da paciente:** 07 Anos
9. **Paciente nº:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 07

Ao se deslocar até o local para o início das atividades, os estagiários permaneceram na sala, realizando a observação dos praticantes. Foi realizado a observação da ficha de prontuário do praticante D.L, onde o mesmo apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Hiperatividade, bipolaridade, surto de agressividade, pânico, déficit de interação social, dificuldade para dormir, sendo assim o paciente evidenciou os sintomas aos 2 anos de idade, apresentando diagnóstico de neurodesenvolvimento evidenciada. Chegou no local, acompanhado dos pais, com comportamentos agitados, e agressividade onde o praticante começou a bater na porta de vidro da sala, com recusa a praticar as atividades, a fisioterapeuta profissional do local no momento ofereceu apoio aos pais juntamente com outros auxiliares, observou-se que durante o acolhimento ao praticante o pai expressou comportamentos de inquietação.

Após o praticante foi para a área das atividades de equoterapia, acompanhado pela estagiária Jo, onde o mesmo expressou comunicação não verbal, com expressão visual atento aos gestos, movimentos de ritmo e coordenadas do cavalo bem como nas orientações da fisioterapeuta e comunicação da estagiária, durante o percurso apresentou passividade, e tranquilidade, onde foi possível realizar todas as atividades de campo e passeio na área externa. Sendo assim observou-se que o cavalo ofereceu uma presença que permite uma aproximação gradual ao outro, simbolicamente um espaço menos ameaçador do que uma relação humana direta, esse vínculo entre cavalo e praticante pode oferecer experiências mais reforçadas positivamente permitindo projeções de afeto. Observou-se também que o contato tátil, ritmo,

toque e obrigatoriedade de uma rotina no campo equestre podem favorecer significativamente a auto regulação diminuindo a sobrecarga sensorial, e autoregulação na interação e comunicação social.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação do dia, observou que o paciente apresentou uma transferência significativa, onde apresentou uma certa agressividade e resistência em realizar a atividade, mesmo estando acompanhado de seus pais, ou seja apresentou um mecanismo defensivo. Mediante a realização de uma comunicação da Fisioterapeuta levando a aproximar do cavalo, o praticante expressou comportamentos no qual houve uma troca afetiva ou projeção de ansiedades e necessidades no cavalo, onde o praticante não revidou com ataques ou agressividade, mas sim aceitando, tocando e abraçando o cavalo, o que na psicanálise essas projeções e troca de afetos, são reforços positivos onde o cavalo recebe e devolve com movimentos e reações de afetos, afetos esses que podem contribuir ampliando para outras interações externas terapeuta e vínculos familiares.

Com base nesta observação constatou que o cavalo pode ser compreendido como pai e mãe ou até um objeto persecutório, onde um e outro se aproxima, toca, domina, ou se retira. Cada comportamento é tido como um suporte para simbolizações e intervenção psicoterápica.

Segundo Silva, Lima, Salles (2018) a etiologia do autismo se dá quando a mãe falha em alguma função de cuidado com o seu filho, no início do desenvolvimento do bebê, já que é um período que requer, a sua total atenção. Porém, o autor ressalta que alguns bebês, mesmo tendo um cuidado materno que deixa a desejar, conseguem se desenvolver emocionalmente, já que as tendências que são herdadas podem influenciar positivamente o desenvolvimento emocional, da mesma maneira que danos cerebrais, durante gestação ou nascimento, podem influenciar negativamente o desenvolvimento emocional dessa criança. Ou seja, não é regra que falhas maternas resultarão em um filho autista, ou com outro tipo de patologia.

Além das falhas maternas, Araújo (2003b) e Winnicott (1966/2005) mencionam sobre o papel da figura paterna nesse período, auxiliando a esposa, pois a mãe por estar identificada com o seu filho, apresenta maior vulnerabilidade, que deve ser sustentada pelo marido, e quando ele não se faz presente e este apoio necessário não ocorre, a mãe pode falhar com o filho. É claro que Winnicott foi bem enfático em suas obras, dizendo que ele não objetivava culpabilizar

ou responsabilizar os pais, mas mostrar como certas atitudes podem trazer consequências desagradáveis ao desenvolvimento emocional da criança (SILVA; LIMA; SALLES, 2018)

BIBLIOGRAFIA

SILVA, Aline Soares Mazzeu da; LIMA, Fabiane Petean Soares de; SALLES, Rodrigo Jorge. **Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott. Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 238-250, 2018. Acesso em: 27 de setembro de 2025. Disponível em: [Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 09/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** M.
8. **Idade da paciente:**
9. **Paciente nº:** 03

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 08

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, observou-se as atividades de campo, onde a profissional Psicóloga M. estava orientando um dos praticantes de equoterapia. Neste dia a Fisioterapeuta L. não estava no local, estando os acadêmicos sobre responsabilidade as orientações e acompanhamento a Psicóloga M. Após a finalização da atividade de campo, a psicóloga se apresentou as estagiarias no local, deixando à vontade para que os estagiários pudessem acompanhar as suas intervenções. Desse modo foi possível realizar o acompanhamento do praticante M, juntamente a psicóloga M. O praticante M, apresenta transtorno do Espectro Autista, e não-verbal, não apresentou comportamentos de resistência ao subir no cavalo, tendo boa aceitação da auxiliar guia do cavalo, psicóloga e estagiaria Jo. Durante as atividades no campo observou-se comportamentos motores, cognitivos e psicológicos, destacando -se, expressões visuais, atenção e concentração, processos simbólicos, comunicação não verbal com os profissionais, organização diante dos comandos, e a transmissão de vínculo afetivo com o cavalo.

Durante o percurso foi realizado o passeio fora do campo com o praticante, levando-o até as baias, para o contato com outros cavalos, essa atividade teve como proposito observar o ritmo natural dos cavalos, e propiciar ao praticante a vivencia sensorial do ambiente, ver o cavalo alimentar-se, mastigar, os cuidados ao tomar banho e tomar agua, e toda a sua movimentação. Durante a atividade, observou -se que essa visualização do praticante com relação ao cavalo, regula o ritmo interno da criança, principalmente no TEA, onde existe uma desorganização sensorial, o ambiente das baias oferece estímulos variados como sons, texturas,

cheiros, estimulando a integração e o contato com o ambiente. Esse contato gradual reduz os medos, desperta curiosidade, empatia e identificação, e favorece a segurança emocional, favorecendo a confiança e contribuindo para uma aproximação afetiva e adaptação progressiva, onde o praticante começa a ver o cavalo como um ser vivo, com emoções e necessidades. Na finalização das atividades o praticante teve uma saída com representação de afeto ao cavalo (trocas de afeto-abraço) e agradecendo aos profissionais acompanhantes. Após a psicóloga M. se disponibilizou para a sua apresentação profissional as acadêmicas e suas funções na equoterapia. A psicóloga se disponibilizou estar aberta para sugestões de intervenções, e acompanhamentos, e se dispôs a contribuir nas praticas de equoterapia orientando os acadêmicos em suas dúvidas. Repassou um pouco de seu conhecimento e observação psicanalítica com relação a atividades propostas e diagnósticos dos praticantes. A troca de informações foi enriquecedora, e de muito aprendizado.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação do dia dentro da análise psicanalítica, observou que esse vínculo do praticante com o cavalo, contribui não só para o reconhecimento um do outro, para a socialização, e sim pela troca de olhar, afetos, e necessidades onde se cria representações inconscientes de cuidados maternos e acolhimento, aspectos fundamentais para a elaboração psíquica. Observou-se que o praticante M, encontra na relação com o cavalo uma via de expressão de conteúdos psíquicos que não são expressos pela linguagem verbal, onde o cavalo torna-se um suporte simbólico para a construção de vínculo e segurança. Sendo assim o contato corporal e afetivo possibilita e facilita a regulação emocional e a construção de uma experiência de continuidade do eu. O que faz da equoterapia um espaço terapêutico enriquecedor cheio de simbolização primaria.

Segundo Ferreira, Maricatto, Muniz, a equoterapia vai impor ao praticante um planejamento de reajuste corporal para passar pelos obstáculos e conseqüentemente levar o praticante a melhorar seu reajuste de postura e seu esquema corporal.

Segundo Sozzi de Jesus [18] o ritmo, o movimento e o balançar do cavalo criam um efeito tranquilizador e caloroso no praticante, acalmando o praticante com TEA que pode apresentar hábitos como morder-se, puxar cabelo, hiperatividade, sensibilidade a alguns sons, entre outros (FERREIRA; MARICATTO; MUNIZ)

A equoterapia traz diversos benefícios no praticante com TEA, como melhora nas habilidades sociais, cognitivas, sensoriais e motoras promovendo fortalecimento e alongamento muscular, ajustes tônicos e posturais, equilíbrio, coordenação motora, e diminuição dos padrões estereotipados. (FERREIRA; MARICATTO; MUNIZ)

BIBLIOGRAFIA

Ferreira, Ana Caroline; Maricato, Maria Laura Barreto; Muniz, Gabriela Miguel Moura. **Benefícios da equoterapia em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).** Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba-SP. Acesso em: 11 de outubro de 2025. Disponível em : [ana_carolina_maria_laura_250913_130744\[1\].pdf](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 16/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** D. L
8. **Idade da paciente:** 07 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 09

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se o acompanhamento do praticante D.L juntamente com a fisioterapeuta L. Durante o percurso, observou-se comunicação não verbal, com atenção visual aos gestos, demonstrou postura inicialmente tranquila, em alguns momentos apresentando dificuldades em manter-se adequadamente posicionado sobre o cavalo, evidenciando sinais de irritação, como retirada dos pés do estribo e deitar-se sobre o dorso do animal, aparentando cansaço mental e físico. Sendo assim a conduta da Fisioterapeuta e estagiaria Jo, interviram de forma pontual e acolhedora, promovendo estratégias de autorregulação sensorial. As ações incluíram ajustes posturais, pausas estratégicas e estímulos táteis e verbais adequados ao estado emocional do praticante. Após o praticante foi acompanhado até os estábulos para sua alimentação, observou-se que o praticante, manteve-se com olhar confiante em relação a movimentação do cavalo, e com olhar expressivo de curiosidade, observou-se movimentos de aproximação e afastamento em alguns momentos, porém do ponto de vista psicanalítico houve transferência de afetos, cuidados que promoveram a regulação emocional. Sendo assim ao retornar para as atividades no campo, foi realizado as atividades com argolas coloridas, onde o praticante encaixava as argolas nos pinos, a atividade teve como objetivo estimular a coordenação motora através do movimento de alcance e encaixe, desenvolver equilíbrio e ajuste da postura, e melhorar a orientação espacial. Nos fatores cognitivos foi possível, observar o trabalho da atenção, memória, reconhecimento de cores, formas favorecendo a organização dos pensamentos. Sendo assim no fator emocional, observou estímulos para uma boa interação social, cooperação, auto estima e reforço da

autoconfiança, dentre deste ambiente onde o vínculo afetivo é favorecido, evidenciou-se a importância da escuta sensível e da adaptação das atividades conforme o estado físico e emocional do praticante. A atuação da equipe contribuiu para a redução da sobrecarga sensorial e favoreceu a retomada gradual do engajamento nas atividades, respeitando os limites e necessidades individuais do praticante D.L.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação de comportamento e expressões simbólicas do praticante, observou-se que o corpo é compreendido como um lugar de expressão do inconsciente, os comportamentos como retirar os pés do estribo ou deitar-se sobre o cavalo podem ser lidos como manifestações simbólicas de estados internos que revelam não apenas cansaço físico, mas também possíveis conflitos psíquicos, resistências ou demandas emocionais que não encontram expressão verbal, como também um reencontro com a sensação de segurança. O cavalo neste caso assume a posição de objeto transicional, atuando como continente emocional capaz de sustentar as projeções afetivas do praticante. Neste contexto observou-se que a escuta sensível da equipe, mesmo na comunicação não verbal e a adaptação das intervenções, respeita esse movimento transferencial, promovendo um ambiente seguro para elaboração psíquica. Na observação das atividades com as argolas coloridas, observou-se que o movimento de alcance e encaixe representa, simbolicamente, o desejo de conquista de um espaço de domínio sobre si e sobre o ambiente. A atividade em si, exige do praticante coordenação e concentração, mobilizando o equilíbrio entre corpo e a mente, favorecendo a organização pulsional e fortalecimento do eu. Cada acerto é vivenciado como uma experiência de sucesso e reconhecimento. Dentro deste contexto o ambiente da equoterapia, ao integrar corpo, afeto e linguagem, constitui um espaço privilegiado, que permite ao praticante experimentar formas de estar no mundo de forma menos ameaçadora.

De acordo com a teoria e prática psicanalíticas, os sofrimentos psíquicos não correspondem a doenças propriamente ditas, que representam um conjunto de sintomas de caráter universal, mas sim como possíveis construções do inconsciente. Dado isso, o sintoma é posto como manifestação do próprio sujeito (Alves, 2015). Ou seja, precisa ser lido, não excluído. (PEREIRA,2021)

Acrescenta-se um outro sintoma muito frequentemente apontado como indício de autismo, seja em compêndios de psiquiatria, seja no senso comum: a resistência à manutenção

do contato visual efetivo. Para o autista, o olhar é uma das vias que atesta a existência do outro. Portanto, ele desvia do olhar, ignorando o outro e tornando-o inócuo (Pimenta, 2019). Ainda mais, Maleval (2015) aponta que tal dificuldade seria resultado da negação em entregar seus objetos pulsionais, como as fezes, a voz e o olhar. Ele os detém. (PEREIRA,2021)

BIBLIOGRAFIA

PEREIRA, Jacqueline danielle, **uma experiência de estágio em equoterapia orientado pela psicanálise**. Tempo psicanal. vol.53 no.1 Rio de Janeiro Jan./June 2021. Acesso em: 17 de outubro de 2025. Disponível em : [Uma experiência de estágio em equoterapia orientado pela psicanálise](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 24/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** MI.
8. **Idade da paciente:** 04 anos
9. **Paciente nº:** 04

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 10

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se o acompanhamento do praticante MI. De 04 anos de idade, o praticante chegou acompanhado de sua mãe, a mãe iniciou e apresentou uma boa comunicação e repassou informações a estagiaria Jo, sobre o diagnóstico de seu filho MI, opiniões sobre o diagnóstico e evolução da criança após as práticas de equoterapia. Segundo relatos da mãe, o praticante apresenta Transtorno do Espectro Autista (TEA) grau 3 e TDAH. Segundo a mãe relatou que o praticante se joga no chão e começa a chorar, quando não consegue o que quer. estagiaria acompanhou o praticante MI, durante as atividades, demorando para se acalmar. Apresentou durante as observações comportamentos tranquilos na recepção e durante as atividades equestres, boa expressão não verbal, e expressão visual com foco total nas imagens e gestos, apresentando boa visualização e aceitação nos comandos da profissional Fisioterapeuta e auxiliar guia L. Observou que o praticante, pela idade apresentou movimentos expressivos significativos com bom desenvolvimento tanto na parte cognitiva e motora, como a observação visual nos comandos dos auxiliares, movimentação e ritmo do cavalo, no acompanhamento fora do campo, nos estábulos, o praticante apresentou sempre gestos expressivos de sorrisos e tranquilidade, apresentando segurança e confiança. Manifestou o tempo todo curiosidade procurando por movimentos, nas atividades com as bolinhas coloridas, o praticante apresentou atitude ao pegar a bolinha da mão da auxiliar guia, sendo estimulado pela mesma a expressar verbalmente as cores e a colocar nos tubos de cores. Na atividade com as argolas, o praticante não apresentou resistência, ao contrário obedeceu a todos os comandos de direcionamento das argolas nos

pinos. Após finalizar as atividades o praticante abraçou o cavalo, fortalecendo o vínculo e a retribuição de afeto. A estagiária Jo, auxiliou na descida do cavalo, onde o praticante reconheceu o auxílio das auxiliares guias, agradecendo no final. Após a estagiária observou a distância o praticante, L. F, 2 anos e 7 meses. Que segundo a mãe relatou, atraso de desenvolvimento, e Hipotonia generalizada, a mãe relata que conseguiram um laudo de TEA e que a comunicação dele era muito visual, segundo relatou que a equoterapia ajudou muito em equilíbrio e postura.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação do praticante MI a linguagem do corpo é observada como uma via privilegiada de manifestação do inconsciente, especialmente em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) grau 3, onde a simbolização verbal pode estar comprometida. O olhar atento e os gestos expressivos indicam uma abertura para o vínculo e para a experiência sensorial, que pode ser transformada em experiência psíquica. Na observação durante o gesto de agradecimento ao final da sessão e a obediência aos comandos indicaram que o praticante está em processo de construção da alteridade, reconhecendo o outro como distinto de si e capaz de oferecer cuidado, esse reconhecimento é essencial para a formação do eu psíquico, e a equoterapia, ao promover interações mediadas e seguras, favorece esse desenvolvimento. O fato de o praticante reconhecer a ajuda, agradecer e demonstrar afeto indica uma introjeção de vínculos seguros, o que caracteriza um passo importante na constituição da subjetividade.

Em conjunto com a equipe multidisciplinar o profissional de fisioterapia analisa antes de tudo quais os riscos e os benefícios ofertados pela equoterapia mediante o quadro clínico de cada paciente, toda essa avaliação é feita através de uma triagem inicial para colher todos os dados e informações necessárias para poder traçar intervenções terapêuticas. (SILVA, 2023)

As metas centrais da equoterapia abrangem melhorias na qualidade de vida e na inclusão social. Esses objetivos são alcançados por meio da interação entre o praticante e o cavalo, bem como com toda a equipe multiprofissional. A integração da equipe e o trabalho coletivo desempenham um papel crucial nesse contexto. Além disso, o contato constante entre os praticantes é essencial para ampliar o convívio social e fortalecer os laços afetivos desse indivíduo. (SILVA, 2023)

BIBLIOGRAFIA

SILVA, Bianca Porto Lira. **A equoterapia como recurso terapêutico para trabalhar a reabilitação de pessoas com deficiência.** faculdade integrada cete – fic de garanhuns bacharelado em fisioterapia. Garanhuns – pe novembro, 2023. Acesso em: 24 de outubro de 2025. Disponível em : [Byanca-Porto-Lira-da-Silva_250913_130411\[1\].pdf](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 31/10/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** L.S.S
8. **Idade da paciente:** anos
9. **Paciente nº:** 05

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 11

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se o acompanhamento do praticante L.S.S, a praticante chegou acompanhada de sua mãe e seu genitor o pai, e seu irmão H.S.S, a mãe apresentou uma boa comunicação e repassou alguns comportamentos da praticante, segundo relatos da mãe, a praticante apresenta comportamentos até tranquilos, sempre alegre, e espontânea, o seu irmão H.S.S, chegou no local apresentando comportamentos resistentes para realizar as atividades, sugerindo cansaço mental, segundo o relato dos pais. Durante as observações nas atividades equestres, apresentou boa comunicação não verbal, e expressão visual com foco total nas imagens e gestos, apresentando boa visualização e aceitação nos comandos da profissional Psicóloga M. e auxiliar Jo. Observou que a praticante apresenta movimentos expressivos significativos, sugerindo um bom desenvolvimento tanto na parte da comunicação não verbal, como cognitiva e motora, durante as atividades no campo externo, acompanhada da Psicóloga M, Observou-se que a Psicóloga, realizava paradas com o cavalo, de modo a estimular a fala, onde a praticante era conduzida a observar os movimentos ao seu redor, os pássaros, nomes, cores, e paisagem, sendo assim a praticante manteve-se atenta ao ritmo do cavalo, nos comandos da Psicóloga fora do campo, e nos estábulos, após a praticante foi levada até uma árvore para descanso, perto havia um galpão para aves(galinhas) onde a psicóloga estimulava a praticante a observa-las e a expressar o que estava visualizando, a praticante apresentou sempre gestos expressivos de sorrisos, atitude e esforço em pronunciar certas palavras, apresentando segurança e confiança. Manifestou o tempo todo curiosidade procurando por movimentos, após finalizar as atividades o praticante

abraçou o cavalo, fortalecendo o vínculo e a retribuição de afeto. A estagiária Jo, auxiliou na descida do cavalo, onde a praticante reconheceu o auxílio, agradecendo no final.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que a presença dos pais e do irmão na chegada ao local revela um núcleo familiar ativo, que pode ser interpretado como um espaço de sustentação psíquica para a criança, no qual os pais demonstraram envolvimento familiar e apoio no processo terapêutico. A praticante apresentou comportamentos alegres, espontâneos e tranquilidade, características que favorecem a receptividade às intervenções terapêuticas, o foco visual e gestual pode ser visto como uma forma de investimento libidinal no ambiente, sugerindo que há uma abertura para o laço com o outro e para a construção de sentido. Durante as atividades equestres, apresentou boa comunicação não verbal, o que indica atenção, engajamento e compreensão dos comandos, as paradas estratégicas com o cavalo, é utilizada como recurso terapêutico, e favorece a integração sensorial e a ampliação do vocabulário, além de promover atenção compartilhada e interação com o meio. Observou -se na análise psicanalítica que a condução da fala pela psicóloga remete à função materna de nomear e organizar o mundo, possibilitando à criança a construção de significantes que estruturam seu psiquismo. Sendo assim a atividade equestre favoreceu a construção de vínculos e o fortalecimento da subjetividade da praticante. A escuta, e o acolhimento do desejo e a valorização da expressão não verbal foram fundamentais para promover avanços no processo de simbolização.

O papel do psicólogo é o de avaliar, indicar, contraindicar e reavaliar, além de promover a terapia para o cliente, em cima e fora do cavalo. Realizando avaliações psicológicas com a família e principalmente com o praticante, para obter uma compreensão do mesmo. Além disso, auxilia na aproximação do paciente com o animal, o que é crucial ao desenvolvimento do tratamento e ajuda na montaria, ocorrendo a partir do momento em que se estabelece um vínculo afetivo entre o indivíduo e o cavalo, encontrando assim, confiança para montar. (QUERINO; ROMANHA 2020)

O papel que o profissional de psicologia desenvolve na prática da equoterapia não se limita só ao contato com o praticante e a sua família. O psicólogo também realiza intervenção com a sua própria equipe a fim de evitar que algo de fora venha a comprometer o tratamento e direciona a forma como será realizada a prática equoterápica. Além disso, o espaço da

equoterapia proporciona um entrosamento entre os cuidadores, possibilitando uma troca de experiências. (QUERINO; ROMANHA 2020)

BIBLIOGRAFIA

QUERINO, Daniela Duarte; ROMANHA, Rosane. **o psicólogo e a sua relevância na prática da equoterapia**. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2020. Acesso em: 06 de novembro de 2025. Disponível em: [Modelo para Digitação](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 07/11/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** L.S.S
8. **Idade da paciente:** anos
9. **Paciente nº:** 05

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 12

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se o acompanhamento do praticante L.S.S, a praticante chegou acompanhada de sua mãe e seu genitor o pai, e seu irmão H.S.S, ao iniciar as atividades, durante as observações nas atividades equestres, apresentou boa comunicação não verbal, e expressão visual com foco total nas imagens e gestos, apresentando boa visualização, na interação com os profissionais respondeu positivamente aos comandos da psicóloga M. e da auxiliar Jo., com aceitação e engajamento. Observou -se que a praticante vem mantendo uma boa expressividade, com movimentos expressivos e significativos indicando bom desenvolvimento motor e cognitivo. Não apresentou dificuldades em seguir as instruções sequenciadas e impulsividade. Deste modo a praticante manteve-se em cooperação, mantendo o foco no cavalo, em seus movimentos, e sons do ambiente. Observou que a praticante utiliza a repetição como um modo de ligação e atenção ao outro. Durante as atividades observou-se que o cavalo representa como uma organização do eu favorecendo a estabilidade emocional e integração. O contato entre terapeuta, animal e praticante favorece uma construção significativa de um vínculo afetivo que possibilita o praticante sair do estado de resistência, medo e agitação interna, para um estado de experiência de segurança.

Após foi utilizado a atividade lúdica de quebra cabeça de animais e letras pela psicóloga M. O objetivo foi desenvolver atenção, concentração e memória, reconhecer formas, cores e animais e melhorar a coordenação viso-motora ao encaixar as peças, dentre um dos fatores

positivos do quebra cabeça foi promover autoestima e incentivar cooperação e vínculo com o terapeuta e o cavalo. Deste modo o quebra-cabeça na equoterapia é uma atividade que une vários fatores significativos como estimulação cognitiva, motora, sensorial e emocional, sempre adaptada às necessidades do praticante, tornando o processo terapêutico mais divertido e eficaz.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que desde o início, a praticante manteve-se com resposta positiva aos comandos da equipe e boa execução de instruções sequenciadas. Neste espaço de construção de vínculos e interação observou-se que o cavalo funciona como mediador de regulação, o movimento rítmico e previsível cria um campo seguro que reduz hiperalerta e favorece a disponibilidade para aprendizagem e interação, a repetição foi funcional como ponte de contato e fixação de atenção da praticante. Sendo assim o espaço da equoterapia atua como um ambiente facilitador onde o conjunto família, equipe e cavalo, opera como um espaço de sustentação psíquica em que a praticante pode se organizar sem ser tomada por ansiedade. A resposta positiva aos comandos e o engajamento indicam que o olhar do outro terapeuta/auxiliar funciona como espelho validante, organizando toda a experiência, de certo modo a autoestima cresce ao completar tarefas e receber reconhecimento específico.

BIBLIOGRAFIA

QUERINO, Daniela Duarte; ROMANHA, Rosane. **o psicólogo e a sua relevância na prática da equoterapia**. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2020. Acesso em: 06 de novembro de 2025. Disponível em: [Modelo para Digitação](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 14/11/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 13 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se a continuação do relatório parcial da atividade realizada anteriormente. Após foi realizado a observação das atividades de alguns praticantes de equoterapia, e a interação entre as equipes do local. Os praticantes observados foram L.S.S, H.S.S E M. os praticantes chegaram no respectivo local acompanhado de seus pais, a estagiaria J. permaneceu na sala de recepção onde houve momentos de trocas de opiniões, e informações referentes as atividades do local, e o desenvolvimento dos praticantes, a comunicação com os pais ocorreu de forma empática, respeitosa, acolhedora e alegre. A estagiaria vem construindo um bom vínculo e interação com os pais e profissionais do local, onde é acolhida com respeito em todas as atividades prestadas durante o estágio. Observou-se que os pais expressam sobre o desenvolvimento de seus filhos, os acompanhamentos, suas dúvidas referentes as atividades do local, sem resistências, abertos ao vinculo e posicionamento e orientação dos profissionais do local, a psicóloga M. E fisioterapeuta L. sempre prestam acolhimento e auxilio na chegada dos praticantes ao local, conduzindo os as atividades no campo de equoterapia com cuidado ao entrar em contato com os cavalos, os cavalos são treinados semanalmente, alimentados e adentram o campo somente sobre supervisão dos auxiliares mediadores.

Após foi realizado as atividades no campo, onde observou-se um bom desempenho dos praticantes H.S.S e L.S.S, o praticante H.S.S apresentou uma certa resistência e agitação motora de início ao chegar no local, porem realizou as atividades com boa comunicação não verbal, centrado nas orientações e gestos da fisioterapeuta L. e sua mediadora. Observou -se que o praticante vem evoluindo, a atenção sustentada melhorando gradativamente durante o percurso, apresentou algumas dispersões porem retomando o foco logo em seguida nas atividades. O praticante responde bem ao reforço positivo apresentando breves expressões de sorrisos,

demonstrou um leve cansaço mental ao final da atividade. A praticante L.S.S durante a observação apresentou maior organização corporal, e melhora na intencionalidade comunicativa comparado ao início do estágio.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que esse ambiente de respeito e cooperação entre os profissionais favorece a transferência positiva, permitindo que os praticantes e familiares se sintam seguros para compartilhar dúvidas e percepções. Os sorrisos breves atuam como reforço positivo diante do reconhecimento indicam que o sujeito responde à valorização externa, fortalecendo o eu e reduzindo a resistência. Observou se também que a melhora gradual na postura e coordenação sugere avanço na capacidade de simbolizar e integrar o corpo como instrumento de expressão, desse modo o aumento na intenção em se comunicar se expressar simboliza uma evolução na relação com o outro, indicando maior abertura ao vínculo e à troca simbólica, sendo assim sugere que esse progresso pode ser entendido como resultado de uma função mediadora do ambiente terapêutico, que oferece suporte e reconhecimento, favorecendo o desenvolvimento do eu. O campo da equoterapia funciona como espaço estruturante.

Baretta, Sehnem em consonância a essa questão, reforça que a equoterapia requer paciência e esforço dos praticantes e dos profissionais, pois a confiança que é obtida durante as práticas terapêuticas permite acelerar o processo de desenvolvimento das potencialidades. Ademais, é fundamental no processo equoterápico apresentar aos familiares e aos cuidadores dos praticantes como são desenvolvidas as práticas, assim, aprendem e conhecem mais sobre o método, além de também passarem pelo trabalho lúdico-terapêutico, experimentarem o que será vivenciado pelos praticantes e trabalharem os medos e as angústias, o que facilita o vínculo com a equipe, criando uma boa relação de transferência e contratransferência (BARETTA; SEHNEM)

BIBLIOGRAFIA

BARETTA; Rafaella Andressa, SEHNEM, Scheila Beatriz. **O processo psicoterapêutico da equoterapia.** Pesquisa em Psicologia | Anais Eletrônicos.

Santa Catarina. Acesso em: 15 de novembro de 2025. Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/download/18850/10474/65397

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 21/11/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand
7. **Nome da paciente:** L.S.S
8. **Idade da paciente:** 06 anos
9. **Paciente nº:** 05

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 14 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se a observação da equipe do local, a interação e as demandas das atividades. Após a praticante L, chegou acompanhada de seus pais, e irmão H. Observou-se o desempenho da praticante L, onde a psicóloga M, estimulou a praticante nos jogos de adivinhação de cartas de animais, alimentos e pessoas, a psicóloga estimulava a praticante a selecionar uma carta e ali elaborava perguntas sobre os animais, qual o animal, se determinado animal poderia se alimentar, a praticante demonstrou um boa coordenação motora e física, sendo assim a psicóloga auxiliava a praticante a ir pegando as cartas e reposicionando no cavalo, após a psicóloga acompanhou a praticante até a área externa para a observação das rotinas do cavalo nas baias, de modo a promover o vínculo com o animal, favorecer a autonomia e ampliar a atenção sustentada, e observação da natureza observando a verbalização de sentimentos, aos gestos, e sons. Realizou-se a comunicação com a mãe, onde a mãe expressou sobre o diagnóstico da praticante de TDAH, e AUTISMO, e o seu desenvolvimento, segundo a mãe a praticante vem evoluindo muito na comunicação, na coordenação cognitiva e motora, expressando também criatividade em pegar objetos e descobrir seus nomes, e utilidades. Após a psicóloga estimulou a praticante na retirada do capacete e na despedida dos auxiliares. A praticante expressou um bom comportamento, onde se posicionou com iniciativa, abraçando a psicóloga e o cavalo. A mãe ficou o tempo todo, ao redor, em observações a filha, no momento das cartas, a mãe precisou

se retirar de perto da área, pelo motivo que a praticante buscava o reforço da mãe nas atividades das cartas, sendo assim a mãe se distanciou indo para outro local, de modo a deixar a praticante comandar as atividades. Após foi observado o praticante H. O praticante apresentou uma boa conduta, com postura ereta, e expressão visual com foco nos gestos, e comandos da fisioterapeuta e psicóloga marcela.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que a praticante L, diagnosticada com TDAH e autismo, é estimulada em atividades lúdicas (cartas, animais, jogos de quebra cabeças) que do ponto de vista psicanalítico, o jogo simbólico funciona como espaço de elaboração psíquica, permitindo que o sujeito organize representações internas e externas, favorecendo o processo de simbolização, essencial para o desenvolvimento da linguagem. Desse modo a busca pelo reforço da mãe durante as atividades sugere uma dependência objetal primária, típica do funcionamento psíquico infantil, mas o afastamento da mãe permitiu que L assumisse maior autonomia, demonstrando maior capacidade, nesse sentido A presença constante da mãe evidencia o papel do objeto materno como suporte narcísico. A necessidade de reforço mostra que L ainda recorre à mãe como figura de sustentação psíquica.

Com base na observação e análise observou-se que O relato evidencia uma criança em processo de constituição subjetiva, marcada por diagnósticos de TDAH e autismo, mas que apresenta avanços significativos na comunicação e simbolização.

Desde os anos 70, crianças com TDAH têm sido diagnosticadas com divergências na quantidade e qualidade de movimentos quando comparadas a crianças com desenvolvimento típico, alterações essas que sugeriram descompassos na regulação da atividade motora, para suprir as demandas motoras impostas em diferentes situações (BARBOSA; MUNSTER 2014)

A equoterapia por meio do movimento tridimensional proporcionado pelo cavalo ao passo traz uma série de benefícios (STERBA et al., 2002; MEREGILLANO, 2004; GRAUP; OLIVEIRA; LINK, 2006; COPETTI et al., 2007; MURPHY; KAHN-D'ANGELO; GLEASON, 2008; NEGRI; ARRUDA; CUNHA; 2008; FRANK; MCCLOSKEY; DOLE, 2011). Medeiros e Dias (2002) afirmam que pelo alinhamento do centro de gravidade

homem/cavalo é possível acionar o sistema nervoso, alcançando objetivos neuromotores como: melhora do equilíbrio, ajuste tônico, alinhamento corporal, consciência corporal, coordenação motora e força muscular (BARBOSA; MUNSTER 2014)

Ainda, o deslocamento no movimento tridimensional estimula diversos sistemas sensoriais, proporcionando benefícios psíquicos, melhorando o aprendizado gnóstico-visual e auditivo, favorecendo também o equilíbrio e a conscientização corporal do indivíduo com necessidades especiais levando ao estímulo e a aprendizagem de atividades funcionais (BARBOSA; MUNSTER 2014)

BIBLIOGRAFIA.

BARBOSA, Gardenia de Oliveira; MUNSTER, Mey de Abreu van. **O efeito de um programa de equoterapia no desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Equoterapia, desenvolvimento psicomotor e déficit de atenção. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 20, n. 1, p. 69-84, Jan.-Mar., 2014. Acesso em: 22 de novembro de 2025. Disponível em : SciELO Brasil - O efeito de um programa de equoterapia no desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade O efeito de um programa de equoterapia no desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 27/11/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 15 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se a observação da equipe do local, a interação e as demandas das atividades. Neste dia não teve atendimento de equoterapia durante o período de estágio. Onde o praticante

D. L. desmarcou, sendo assim houve somente atendimentos nas atividades de hipismo. A equipe vem demonstrando organização na preparação dos cavalos e dos materiais necessários para o treinamento dos cavalos, onde esses animais também fazem parte das atividades de equoterapia, sendo necessário um treinamento correto de modo que assegure o bem-estar dos praticantes e sua segurança. Houve interação constante entre instrutores e praticantes, com orientações claras sobre segurança e postura. Demandas foram distribuídas de forma colaborativa, evidenciando trabalho em equipe. A Fisioterapeuta acompanha os treinamentos com os cavalos e demais auxiliares, observou-se uma boa integração entre equipe e praticantes. Alguns praticantes demonstraram ansiedade inicial, mas foram tranquilizados pelos instrutores. Uma das praticantes de hipismo P, apresentou resistência, demonstrando estar cansada ou com sono, sendo assim sua mãe logo interviu para que a mesma continuasse na atividade. A praticante demonstrou boa postura, bons movimentos cognitivos e boa comunicação verbal.

Durante a observação das práticas das atividades de estágio, o presente relatório teve como objetivo registrar as observações realizadas durante o deslocamento e acompanhamento das atividades dos praticantes de equoterapia e hipismo, sendo assim foram realizados acompanhamentos dos estagiários aos praticantes, sobre orientação das profissionais responsáveis locais M, e L. Onde as mesmas prestaram apoio orientativo sobre as dificuldades, diagnósticos e práticas de

intervenção elaboradas. A estagiária durante as últimas semanas de estágio vem contribuindo para uma boa comunicação entre equipes e acolhimento dos processos mentais, físicos e comportamentais dos praticantes. Realizou-se comunicações com os pais dos praticantes, durante o período de estágio e que de certo modo contribuiu significativamente para os processos de aprendizagem profissional e pessoal da estagiária. Sendo assim as observações e análise contempla aspectos relacionados à organização da equipe, interação entre os participantes e demandas próprias da prática esportiva, buscando compreender o ambiente de aprendizagem e desenvolvimento dos praticantes.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que a equipe organizada e a presença da fisioterapeuta sustentam um “eu auxiliar” para praticantes e estagiários, metabolizando ansiedades iniciais e transformando-as em manejo técnico e linguagem (orientações de postura e segurança). Observou-se que o hipismo oferece um campo privilegiado de sublimação, canalizando impulsos agressividade, competição, desejo de domínio em técnica, ritmo e cuidado com o animal, favorecendo a autoestima sem recorrer à descarga bruta. A boa postura, movimentos coordenados e comunicação eficaz da praticante P, sugerem capacidade de atenção, controle motor e uso da palavra para mediar a relação com o outro animal, instrutor, mãe. Dentro deste contexto o “cansaço ou sono” pode operar como resistência, uma forma de evitar a exigência técnica e a confrontação com limites. A intervenção materna reintroduz o superego externo, convocando-a ao cumprimento da tarefa, de certo modo a comunicação com responsáveis amplia o campo de continência, desde que preserve a privacidade e a autonomia do praticante. Em psicanálise institucional, a triangulação equipe, praticante, família precisa evitar colusões e manter o foco no processo do sujeito.

Diferentes intervenções são propostas no intuito de minimizar ou reverter os problemas de aprendizagem e de baixa autoestima. De acordo com a Associação Nacional de Equoterapia - ANDE-Brasil (2010), o método definido como “[...] terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o

desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais[...]" foi reconhecido em 09 de abril de 1997, pelo Conselho Federal de Medicina, através do Parecer 06/97. A equoterapia pressupõe ganhos em diferentes áreas do desenvolvimento humano (PRESTES;WEISS;ARAÚJO 2010)

O movimento tridimensional do passo do cavalo desencadeia respostas motoras que favorecem a regulação do tônus muscular, a flexibilidade, equilíbrio, aperfeiçoamento da coordenação motora e proporciona estímulos proprioceptivos e vestibulares. O praticante, como é designado o indivíduo que participa da equoterapia, assume uma postura diferente do seu cotidiano. Na maior parte de sua vida, ela enxerga as pessoas e os objetos em sua volta de baixo para cima. Ao montar num cavalo ela passa ver o mundo de outra forma, de outro ponto de vista. Este novo lugar lhe transmite uma sensação de capacidade, aumentando sua segurança e auto-estima ((PRESTES; WEISS; ARAÚJO 2010)

BIBLIOGRAFIA.

PRESTES, Daniela Bosquerolli; WEISS, Silvio; OLIVEIRA ARAUJO, Julio César. **A equoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção de escolares com dificuldade de aprendizagem.** Ciênc. cogn., Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 192-203, dez. 2010. Acesso em: 29 de novembro de 2025. Disponível em : [A equoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção de escolares com dificuldade de aprendizagem](#)

1. **Estagiário:** Jocielli Estevão da Silva
2. **Número da matrícula:** 59401
3. **Local de estágio:** Ted Horse Centro Hípico de Sinop
4. **Horário Início:** 14:00 **Término:** 18:00
5. **Data:** 05/12/2025
6. **Nome do Supervisor (a):** Margelli Brand

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO 16 (OBSERVAÇÃO)

Ao se deslocar até o local para o início das atividades do dia, realizou-se a observação da equipe do local, a interação e as demandas das atividades. A equipe vem demonstrando organização na preparação dos cavalos e dos materiais necessários para o treinamento dos cavalos, onde esses animais também fazem parte das atividades de equoterapia, sendo necessário um treinamento correto de modo que assegura o bem-estar dos praticantes e sua segurança. O relatório proposto refere-se às atividades desenvolvidas durante o estágio em Equoterapia realizado no período vespertino. O objetivo principal foi acompanhar o processo terapêutico baseado no uso do cavalo como mediador, observando a atuação da equipe multidisciplinar, o manejo dos animais, as práticas de segurança e o desenvolvimento dos praticantes, considerando aspectos motores, emocionais, cognitivos e sociais. O ambiente da equoterapia mostrou-se organizado, seguro e adaptado às necessidades dos praticantes. Entre os pontos observados, contem pista e áreas de circulação limpas, com boa delimitação, rampas de acesso e espaçamento adequado, baias e áreas de manejo dos cavalos bem sinalizadas, com disponibilidade de água, alimentação e boa ventilação, ambiente emocionalmente acolhedor, proporcionando sensação de segurança para praticantes e familiares, materiais terapêuticos (arco, cones, bolas, argolas, jogos).

Sendo assim observou-se que a interdisciplinaridade mostrou-se eficaz para promover avanços nos praticantes, garantindo abordagem integral. Foram realizados também observações dos praticantes com diferentes demandas: TDAH, TEA, atrasos motores, dificuldades de coordenação, questões emocionais, entre outras. Sendo assim observou-se que o cavalo funciona como importante mediador afetivo, possibilitando expressão emocional, sensação de competência e motivação durante as sessões. E que essas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas da estagiaria. O estágio permitiu uma vivência profunda da prática da Equoterapia, evidenciando

sua eficácia como intervenção terapêutica interdisciplinar. A experiência reforçou a importância da Equoterapia como recurso terapêutico poderoso e transformador, tanto para os praticantes quanto para quem participa do processo. A estagiária encerrou suas atividades, agradecendo a psicóloga M. pelo apoio e orientações, no qual a mesma se dispôs a contribuir de alguma forma quando puder na área da psicologia, realizando o convite para a estagiária ir até o local quando quiser para conversar e compartilhar vínculos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA

Com base na observação durante as atividades, observou-se que a equipe organizada e a presença da fisioterapeuta e psicóloga sustentam um “eu auxiliar” para praticantes e estagiários, metabolizando ansiedades iniciais e transformando-as em manejo técnico e linguagem (orientações de postura e segurança). Diferentes intervenções são propostas no intuito de minimizar ou reverter os problemas de aprendizagem e de baixa autoestima.

O movimento tridimensional do passo do cavalo desencadeia respostas motoras que favorecem a regulação do tônus muscular, a flexibilidade, equilíbrio, aperfeiçoamento da coordenação motora e proporciona estímulos proprioceptivos e vestibulares. O praticante, como é designado o indivíduo que participa da equoterapia, assume uma postura diferente do seu cotidiano. Na maior parte de sua vida, ela enxerga as pessoas e os objetos em sua volta de baixo para cima. Ao montar num cavalo ela passa ver o mundo de outra forma, de outro ponto de vista. Este novo lugar lhe transmite uma sensação de capacidade, aumentando sua segurança e auto-estima ((PRESTES; WEISS; ARAÚJO 2010)

BIBLIOGRAFIA.

PRESTES, Daniela Bosquerolli; WEISS, Silvio; OLIVEIRA ARAUJO, Julio César. **A equoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção de escolares com dificuldade de aprendizagem.** Ciênc. cogn., Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 192-203, dez. 2010. Acesso em: 05 de dezembro de 2025. Disponível em : [A equoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção de escolares com dificuldade de aprendizagem](#)

FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

NOTA: _____



Psicologia

ESTAGIÁRIO: Joceli Bastião da Silva

LOCAL: Kaxicim

ÁREA DO ESTÁGIO: Área clínica estágio - Atendimento

SUPERVISOR DO ESTÁGIO: Margeli CARGO e/ou FUNÇÃO

SEMESTRE / Ano: 08 / 2025

DIA	Horas de Estágio		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	VISTO DO SUPERVISOR
	Início / Término	Total		
26/08	14:00h às 17:00h	3h	Atend. Pacientes e elaboração de laudos	<i>[Signature]</i>
27/08	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
03/09	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
10/09	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
17/09	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
22/09	16:00h às 17:00h	1h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
24/09	14:00h às 17:00h	3h	Elaboração de livro e Org. Parturientes Per	<i>[Signature]</i>
29/09	13:00h às 16:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[Signature]</i>
01/10	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
03/10	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
07/10	13:00h às 16:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[Signature]</i>
08/10	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
10/10	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
15/10	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
17/10	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
17/10	14:00h às 17:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[Signature]</i>
22/10	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
23/10	13:00h às 17:00h	4h	Produção de relatórios	<i>[Signature]</i>
24/10	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
29/10	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[Signature]</i>
30/10	14:00h às 17:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[Signature]</i>

FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

NOTA: _____



Psicologia

ESTAGIÁRIO:

Jocilli Brito da Silva

LOCAL:

Buracim

ÁREA DO ESTÁGIO:

Área Clínica Estágio - Atendimento

SUPERVISOR DO ESTÁGIO:

Margeli

CARGO e/ou FUNÇÃO

SEMESTRE / Ano: 08 / 2025

DIA	Horas de Estágio		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	VISTO DO SUPERVISOR
	Início / Término	Total		
30/10	18:00h às 23:00h	5h	Ação vestibular	<i>[assinatura]</i>
05/11	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
07/11	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
07/11	18:00h às 22:00h	4h	Produção de relatórios	<i>[assinatura]</i>
12/11	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
14/11	08:00h às 11:00h	3h	Manutenção de arquivo, elaboração de relatórios	<i>[assinatura]</i>
17/11	13:00h às 17:00h	4h	Produção de relatórios	<i>[assinatura]</i>
18/09	07:00h às dia 18/09/2025	20h	Visita ao Centro Hospitalar (Quilômetro)	<i>[assinatura]</i>
19/11	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
23/11	08:00h às 11:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
25/11	14:00h às 17:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[assinatura]</i>
26/11	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>
28/11	08:00h às 11:00h	3h	Manutenção de arquivo, org. de prontuário	<i>[assinatura]</i>
03/12	08:00h às 11:00h	3h	Produção de relatórios	<i>[assinatura]</i>
03/12	14:00h às 17:00h	3h	Atendimento	<i>[assinatura]</i>

FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

NOTA: _____



Psicologia

ESTAGIÁRIO:

Jacivelli Otávio de Silva

LOCAL:

Tuecl horze dentro unificação de Simão P

ÁREA DO ESTÁGIO:

SUPERVISOR DO ESTÁGIO:

CARGO e/ou FUNÇÃO

SEMESTRE / Ano: 08/2025

DIA	Horas de Estágio		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	VISTO DO SUPERVISOR
	Início / Término	Total		
23/08	14:00 in 18:00h	4h	Atividade com o estorno	Quana Pach
26/08	14:00 in 18:00h	4h	Atividade e acompanhamento parcial	Quana Pach
04/09	14:00 in 18:00h	4h	Observação de atividades	Patricia R.C. Pro
11/09	14:00 in 18:00h	4h	Atividade e acompanhamento	Patricia R.C. Pro
25/09	14:00 in 18:00h	4h	Produção relat. Simão, observação	Patricia R.C. Pro
02/10	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Patricia R.C. Pro
09/10	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades com	Di
16/10	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Patricia R.C. Pro
17/08	07:30 in 10:30h	3h	Trinamento Tuecl horze	Di
24/10	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Patricia R.C. Pro
31/10	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Di
07/11	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Di
14/11	14:00 in 18:00h	4h	observação e relat. Parcial	Di
21/11	14:00 in 18:00h	4h	observação e relat. Parcial	Di
27/11	14:00 in 18:00h	4h	Observação	Patricia R.C. Pro
05/12	14:00 in 18:00h	4h	Acompanhamento de atividades	Di

FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

NOTA: _____



Psicologia

ESTAGIÁRIO: Jacielli Brito da Silva

LOCAL: Kraacklin

ÁREA DO ESTÁGIO: Área Clínica Psicanálise Supervisão

SUPERVISOR DO ESTÁGIO: Margull Brand CARGO e/ou FUNÇÃO

SEMESTRE / Ano: 08/ 2025

DIA	Horas de Estágio		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	VISTO DO SUPERVISOR
	Início / Término	Total		
24/08	15:00h às 17:00h	2h	Orientação e Supervisão	elz
28/08	19:30h às 21:30h	2h	Supervisão	elz
29/08	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão	elz
03/09	20:00h às 21:30h	1h30m	Supervisão	elz
08/09	20:00h às 21:15h	1h15m	Supervisão e relatório	elz
22/09	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão e relat. final	elz
29/09	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão e relat. Parcial	elz
06/10	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão e relat. Parcial	elz
20/10	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão e entreg. relat. final	elz
27/10	20:00h às 21:00h	1h	Supervisão e entreg. relatório	elz
03/11	20:00h às 21:00	1h	Supervisão e entreg. relat	elz
10/11	20:00h às 21:00	1h	Supervisão e entreg. relat	elz
17/11	20:00h às 21:00	1h	Supervisão e entreg. relat	elz
24/11	20:00h às 21:00	1h	Supervisão e entreg. relat	elz
01/12	20:00h às 21:00	1h	Supervisão e entreg. relat	elz

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO ESPECÍFICO – ÊNFASE II (Clínica)
Semestre 2025/2

Nome do(a) Acadêmico(a): Jocieli Botelho da Silva Semestre: 30º
Supervisora Responsável: Margel Brand

Cada nota será composta pela média de:

- Avaliação dos critérios (0 a 10) – referentes ao desempenho prático, ético e comportamental do acadêmico;
- Entrega do Relatório Geral de Estágio (0 a 10) – em versão parcial ou completa, de acordo com a etapa.

Critérios de Avaliação (0 a 10):

Assiduidade e pontualidade (peso 1), considerando presença regular e cumprimento dos horários; uso de uniforme e apresentação profissional (peso 1), de acordo com o código institucional; fundamentação teórica e qualidade dos relatórios semanais (peso 1,5), avaliando clareza e articulação teoria-prática; cumprimento dos atendimentos mínimos (peso 2), sendo 2 na clínica e 2 em campo externo; participação e interesse em supervisão (peso 1,5), analisando envolvimento e contribuição nas discussões; postura ética e profissional (peso 2), respeitando sigilo, normas e conduta adequada; e comprometimento e responsabilidade (peso 1), no cumprimento de prazos, dedicação e seriedade nas atividades.

Entrega do Relatório Geral de Estágio (0 a 10):

- N1: entrega parcial até o item 4. Revisão Teórica
- N2: entrega parcial até o item 6. Relatos das Sessões
- N3: entrega do Relatório Geral completo

Composição da Nota:

- Nota N1: Média (Critérios + Relatório Parcial até item 4)
- Nota N2: Média (Critérios + Relatório Parcial até item 6)
- Nota N3: Média (Critérios + Relatório Final Completo)

NOTA N1	NOTA N2	NOTA N3	MÉDIA FINAL
8,5	9,0		

Jocieli Botelho da Silva
Acadêmico(a)

Margel Brand
Supervisora de Estágio