



CURSO DE PSICOLOGIA

MARIA EDUARDA CASTILHOS KAIBER

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

MARIA EDUARDA CASTILHOS KAIBER

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

Trabalho referente ao estágio supervisionado IV, desenvolvido no CEAPP (Centro de Atendimento e Pesquisa em Psicologia), segundo semestre letivo de 2025, sob supervisão da Professora Ana Flávia Sousa Silva.

**Sinop/MT
2025**

1- Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio Específico Clínico e tem como principal objetivo apresentar as atividades desenvolvidas ao longo desse período, destacando a descrição da instituição onde o estágio ocorreu, a relevância dessa experiência para a formação acadêmica e profissional, assim como os benefícios que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode proporcionar aos pacientes atendidos.

O estágio supervisionado foi realizado na clínica-escola FASICLIN, vinculada à UNIFASIPE, espaço destinado à prestação de serviços psicológicos à comunidade em geral, por meio de atendimentos individuais realizados pelos acadêmicos, sempre acompanhados pela supervisão docente. Este campo de prática configura-se como um ambiente que alia teoria e prática, conforme prevê o Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia, possibilitando ao estudante vivenciar a postura clínica em consonância com princípios éticos e técnicos. Além de garantir atendimento acessível e de qualidade à população em situação de vulnerabilidade social, a clínica-escola cumpre um importante papel social, promovendo saúde mental e favorecendo o desenvolvimento acadêmico e profissional dos estagiários.

As sessões de atendimento psicológico na FASICLIN têm duração média de 50 (cinquenta) minutos e abrangem uma diversidade de demandas provenientes de diferentes faixas etárias. Dessa forma, a clínica não apenas oferece alívio ao sofrimento psicológico, como também se constitui em um espaço de aprendizado, onde o acadêmico tem a oportunidade de colocar em prática as competências desenvolvidas ao longo da graduação, consolidando sua identidade profissional.

A abordagem teórica utilizada ao longo do estágio foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, inicialmente voltada para o tratamento da depressão e atualmente aplicada em diferentes transtornos e contextos clínicos. A TCC é uma psicoterapia estruturada, breve e orientada para objetivos, fundamentada em princípios como a formulação contínua dos problemas do paciente, a construção de uma aliança terapêutica sólida, a colaboração ativa, a ênfase no presente, a estruturação das sessões, a orientação educativa e o uso de diversas técnicas voltadas à reestruturação cognitiva e à modificação de padrões comportamentais (BECK, 2013).

A prática clínica durante o estágio possibilitou o desenvolvimento de estratégias centradas na individualidade de cada paciente, respeitando suas crenças, padrões de pensamento e comportamento. Por meio da identificação e avaliação de pensamentos automáticos, buscou-se promover a ressignificação de conteúdos cognitivos e a ampliação de recursos de

autorregulação, sempre em consonância com os princípios da TCC. Assim, tanto no atendimento individual quanto nas situações em que houve discussões em grupo, foi possível aplicar técnicas aprendidas durante a formação, de modo a auxiliar os pacientes na melhoria e manutenção da saúde mental.

O estágio clínico não se restringiu ao atendimento terapêutico, mas representou também uma oportunidade de desenvolvimento ético, técnico e humano, permitindo à acadêmica aplicar de forma responsável os conhecimentos adquiridos e, ao mesmo tempo, desenvolver olhar crítico diante das diferentes demandas apresentadas. Essa vivência possibilitou, ainda, o aprimoramento de habilidades de manejo clínico, de comunicação e de intervenção, fundamentais para a prática profissional.

Por tratar-se do último estágio obrigatório da graduação em Psicologia, este momento assume caráter especial, simbolizando a consolidação da trajetória acadêmica e a transição para o exercício da profissão. A experiência na clínica-escola FASICLIN representou, assim, um espaço de integração entre teoria e prática, marcado pelo compromisso ético e pela busca constante de aperfeiçoamento técnico, preparando a estagiária para assumir, de forma responsável e competente, as atribuições do psicólogo clínico frente às diversas demandas da saúde mental.

2. Dados de Identificação do Aluno:

2.1. Nome completo: Maria Eduarda Castilhos Kaiber

2.2. Número de matrícula: 58158

2.3. Endereço: Rua: Benedito Américo n 32, Bairro: Jardim Itália, Sinop-MT, CEP: 78555-321, Telefone: (62) 99643-7716, Email: kaiberduda@gmail.com

3. Local e condições nas quais o estágio aconteceu

3.1. Área de Estágio: Específico Clínico III

3.2. Local do Estágio: CEAPP Unifasipe unidade Florença, SAP ou Fasiclin, clínica de psicologia Av. Magda de C. Pissinatti, 671-545, Sinop - MT, 78555-392;

3.3. Nome do orientador/supervisor: Ana Flávia S. Silva

3.4. Período de Estágio: 160 h

3.4.2. Data de Início e término do Estágio Supervisionado na prática: Início: - Término:

3.4.2.1. Carga horária semanal: 8 horas

3.4.2.2. Turno - Dias - Horário de Estágio: Vespertino – Quarta-feira - 14:00 às 17:00 e vespertino- Quinta-feira - 14:00 às 17:00.

4. Revisão Teórica

4.1 O atual panorama das terapias cognitivas no Brasil

O panorama atual das terapias cognitivas no Brasil é marcado por expansão, consolidação e regulamentação mais clara do exercício profissional. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) figura hoje como uma das abordagens mais aplicadas na prática clínica, além de ocupar espaço relevante no campo acadêmico e científico, refletindo um movimento de fortalecimento das práticas baseadas em evidências no país.

Um marco importante foi a publicação da Resolução CFP nº 9/2024, que regulamenta definitivamente o atendimento psicológico mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs), revogando resoluções anteriores de 2018 e 2020. Essa normativa ampliou a acessibilidade da população aos atendimentos psicológicos e consolidou a TCC como uma das abordagens mais presentes nos atendimentos online, em especial durante e após a pandemia de COVID-19 (Conselho Federal de Psicologia, 2024).

Paralelamente, Cavalcanti et al. (2024) analisam os possíveis conflitos entre a Resolução nº 9/2024 e a Lei Federal nº 14.510/22, destacando desafios legais e éticos que ainda permeiam

o uso de recursos digitais na prática clínica. Essa discussão reforça a necessidade de atualização constante das normativas e do preparo técnico dos profissionais que atuam com a TCC em contextos digitais.

No campo científico, observa-se crescimento expressivo na produção de pesquisas publicadas em periódicos especializados, como a *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC)*, que em sua edição de 2024 trouxe estudos sobre intervenções aplicadas ao treinamento de pais e sobre métodos de pesquisa clínica em psicoterapia (RBTCC, 2024). Além disso, Regis e Pucci (2023) apresentam evidências recentes sobre a eficácia das terapias cognitivas e comportamentais no tratamento de transtornos como o estresse pós-traumático, reforçando a relevância clínica da abordagem.

Ainda que consolidada, a TCC enfrenta desafios em relação à uniformização da formação profissional e à desigualdade de acesso em regiões fora dos grandes centros urbanos, especialmente no que se refere à oferta de cursos de especialização e à supervisão clínica estruturada. Pesquisas históricas já sinalizavam essas lacunas e, mesmo em publicações recentes, observa-se que o avanço da abordagem convive com desigualdades regionais (UFJF, 2023).

Portanto, o cenário contemporâneo das terapias cognitivas no Brasil caracteriza-se pela consolidação acadêmica e científica, pela ampliação do acesso mediado por tecnologias digitais e pela diversidade de pesquisas aplicadas em diferentes contextos clínicos. Ao mesmo tempo, impõe-se o desafio de fortalecer a formação, padronizar a supervisão e ampliar o alcance da TCC para além dos grandes centros urbanos, garantindo que a prática siga adaptada às demandas sociais e culturais brasileiras.

4.2 Quais são as três ondas da TCC

O desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser compreendido a partir da metáfora das “ondas”, que representam períodos históricos de evolução conceitual e prática da abordagem. Cada onda reflete mudanças metodológicas significativas, mantendo a ênfase central da TCC: a prática baseada em evidências e o tratamento estruturado de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento (Beck, 2013). Essa divisão histórica permite compreender a progressiva sofisticação da TCC, desde suas bases comportamentais até abordagens contemporâneas integrativas, mais flexíveis e contextualizadas.

PRIMEIRA ONDA: Corresponde ao período do Behaviorismo clássico e radical, que teve destaque principalmente entre as décadas de 1950 e 1970. Nessa fase, o foco da intervenção

terapêutica estava no comportamento observável e nas contingências ambientais que o mantinham, com base nos princípios do condicionamento clássico e operante, propostos por autores como Pavlov, Watson e Skinner (Rangé, 2001). Técnicas como reforçamento positivo, modelagem, exposição gradual e dessensibilização sistemática eram amplamente aplicadas em contextos clínicos, escolares e hospitalares, mostrando resultados consistentes na modificação de comportamentos problemáticos. Entretanto, apesar de sua eficácia, essa abordagem apresentava limitações quanto à explicação de processos internos de pensamento, emoção e cognição, elementos fundamentais para a compreensão de transtornos depressivos, ansiosos e de personalidade, o que abriu espaço para o surgimento da segunda onda.

A SEGUNDA ONDA: Iniciada a partir da década de 1960, marca a consolidação da TCC como a conhecemos atualmente, incorporando a dimensão cognitiva. Aaron Beck desenvolveu a Terapia Cognitiva para a depressão, fundamentando-se na hipótese de que pensamentos automáticos negativos e crenças disfuncionais influenciam diretamente emoções e comportamentos (Beck, 2013). Nesse período, a terapia passou a se concentrar na identificação, avaliação e modificação de pensamentos distorcidos, estabelecendo uma relação clara entre cognição, emoção e comportamento. Paralelamente, Albert Ellis desenvolveu a Terapia Racional-Emotiva Comportamental (TREC), com ênfase na identificação de crenças irracionais e na promoção de disputas racionais como meio de reduzir sofrimento psicológico (Neufeld, 2014). A segunda onda ampliou o campo da TCC, possibilitando intervenções mais precisas e individualizadas, fundamentadas em avaliação cognitiva sistemática e técnicas estruturadas, como registros de pensamentos, experimentos comportamentais e treino de habilidades de enfrentamento.

A TERCEIRA ONDA: Surge a partir da década de 1990 e representa uma evolução significativa, caracterizando-se pela integração de princípios contextuais, emocionais e de aceitação. Essa fase incorpora abordagens como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Terapia do Esquema (TE). Diferentemente das ondas anteriores, a terceira onda valoriza não apenas a modificação de pensamentos e comportamentos, mas também a aceitação de experiências internas, a atenção plena (mindfulness), a clarificação de valores e o engajamento em ações consistentes com esses valores (Hayes; Villatte; Hofmann, 2017). Essa abordagem mostra-se particularmente útil em contextos de transtornos complexos e crônicos, como transtornos de personalidade, depressão resistente e ansiedade generalizada, oferecendo estratégias que conciliam reestruturação cognitiva com processos de aceitação e regulação emocional.

No contexto brasileiro, a terceira onda vem se consolidando de forma gradual e consistente. Moreira e Ericeira (2025) destacam que a Terapia do Esquema, introduzida inicialmente de forma autodidata por psicólogos com formação em TCC clássica, ganhou espaço em cursos de especialização e eventos científicos, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste. Esse movimento reflete a capacidade da TCC de se adaptar às demandas clínicas contemporâneas, integrando técnicas inovadoras sem perder a fundamentação científica que caracteriza a abordagem.

4.3 Modelo ABC na Terapia Cognitivo-Comportamental

O Modelo ABC é um dos pilares centrais da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), constituindo uma ferramenta prática para compreensão e intervenção sobre o comportamento humano. Desenvolvido inicialmente por Albert Ellis, dentro da perspectiva da Terapia Racional-Emotiva Comportamental (TREC), e posteriormente incorporado e adaptado por Aaron Beck na TCC clássica, o modelo oferece uma estrutura clara para analisar a relação entre eventos, crenças e respostas emocionais e comportamentais (Beck, 2013; Ellis, 1994). Essa abordagem facilita a identificação de padrões disfuncionais de pensamento e possibilita a aplicação de técnicas terapêuticas que promovem mudanças cognitivas e comportamentais efetivas.

O modelo é estruturado em três componentes, que representam os elementos essenciais para compreender a gênese do sofrimento psicológico: A (Activating event – Evento ativador), B (Beliefs – Crenças) e C (Consequências – Consequências). O componente A refere-se aos eventos que desencadeiam reações emocionais ou comportamentais, sejam eles internos, como pensamentos automáticos, ou externos, como situações sociais ou profissionais. Esse evento não determina, por si só, a resposta do indivíduo; sua interpretação, mediada pelas crenças, é que influencia as emoções e os comportamentos subsequentes (Neufeld, 2014).

O componente B, central para a análise cognitiva, corresponde às crenças e pensamentos que o indivíduo mantém acerca do evento ativador. Nessas crenças, muitas vezes estão presentes distorções cognitivas, tais como catastrofização, generalização excessiva ou personalização, que intensificam o sofrimento emocional. Beck (2013) enfatiza que a identificação dessas crenças disfuncionais é fundamental, pois elas atuam como filtros interpretativos que determinam a percepção da realidade e a intensidade das respostas emocionais. Ellis (1994) complementa ao destacar que crenças rígidas ou irracionais são a principal causa de respostas emocionais desadaptativas, sendo possível, por meio da intervenção terapêutica, substituí-las por pensamentos mais realistas e funcionais.

O componente C refere-se às consequências emocionais, cognitivas e comportamentais que emergem da interação entre o evento ativador e as crenças do indivíduo. É importante ressaltar que essas consequências não são determinadas pelo evento em si, mas sim pela interpretação cognitiva. Por exemplo, um indivíduo que acredita que “preciso ser perfeito para ser aceito” (B) ao cometer um erro em público (A) pode experimentar intensa ansiedade, vergonha e comportamentos de evitação (C). Dessa forma, o Modelo ABC oferece uma estrutura sistemática para o terapeuta identificar os pontos-chave onde a intervenção cognitiva e comportamental pode ser aplicada de forma eficiente (Neufeld, 2014).

O Modelo ABC também serve como base para a aplicação de técnicas de reestruturação cognitiva e de experimentação comportamental. Ao compreender a relação entre eventos, crenças e consequências, o terapeuta pode guiar o paciente a questionar pensamentos automáticos disfuncionais, testar a veracidade de suas crenças e adotar estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Beck, 2013). Essa abordagem é especialmente eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade, depressão, fobias e dificuldades relacionadas à autoestima, demonstrando sua aplicabilidade clínica em diferentes faixas etárias e contextos.

No contexto brasileiro, o Modelo ABC tem sido amplamente incorporado em cursos de formação em TCC, supervisões clínicas e práticas terapêuticas. Neufeld (2014) observa que essa ferramenta não apenas orienta a intervenção terapêutica, mas também auxilia no processo psicoeducativo, permitindo que o paciente compreenda a lógica de suas emoções e comportamentos, aumentando sua autonomia no enfrentamento de dificuldades. Além disso, a utilização do modelo em contextos de grupo ou educação psicológica tem se mostrado eficaz na promoção da saúde mental e na prevenção de transtornos emocionais, reforçando seu caráter versátil e acessível.

Outro aspecto relevante é a adaptação do Modelo ABC para abordagens de terceira onda, como a Terapia do Esquema e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Nessas abordagens, o modelo é ampliado para incluir a dimensão de aceitação e valores pessoais, mantendo a análise de eventos e crenças, mas enfatizando também o engajamento em ações consistentes com objetivos significativos do indivíduo (Hayes; Villatte; Hofmann, 2017). Essa evolução evidencia a flexibilidade do Modelo ABC, capaz de ser integrado a diferentes vertentes da TCC sem perder sua funcionalidade central de compreensão e modificação do sofrimento psicológico.

4.4 Elementos centrais da TCC e da farmacoterapia combinadas

O tratamento de transtornos mentais tem se beneficiado significativamente da

integração entre intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, sendo a combinação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com a farmacoterapia um exemplo robusto de abordagem multimodal. Essa estratégia é particularmente relevante no manejo de transtornos de depressão maior, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos de personalidade, em que tanto fatores cognitivos quanto neurobiológicos desempenham papel significativo na manutenção do quadro clínico (Beck, 2013; Cuijpers et al., 2019). A associação entre TCC e medicamentos psicotrópicos permite que o tratamento aborde simultaneamente os aspectos comportamentais, cognitivos e bioquímicos do sofrimento psicológico, potencializando os efeitos terapêuticos.

A TCC foca na identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, crenças centrais e padrões de comportamento que contribuem para o sofrimento emocional. Seu elemento central é a reestruturação cognitiva, que auxilia o paciente a reconhecer distorções cognitivas, testar hipóteses e desenvolver interpretações mais adaptativas da realidade (Beck, 2013). Por outro lado, a farmacoterapia atua diretamente em sistemas neuroquímicos específicos, como serotonina, dopamina e noradrenalina, modulando sintomas como ansiedade intensa, humor deprimido, insônia e agitação (Stahl, 2021). Ao combinar essas abordagens, o tratamento busca reduzir o impacto dos sintomas agudos, enquanto a TCC promove habilidades de enfrentamento e prevenção de recaídas.

A literatura científica indica que a combinação de TCC e farmacoterapia é frequentemente mais eficaz do que cada abordagem isolada em casos moderados a graves de depressão e ansiedade. Cuijpers et al. (2019), em revisão sistemática de ensaios clínicos, observaram que pacientes submetidos ao tratamento combinado apresentaram redução mais rápida de sintomas e maior manutenção da remissão em longo prazo, quando comparados àqueles tratados apenas com medicamentos ou psicoterapia isolada. Essa constatação evidencia a sinergia entre estratégias biológicas e cognitivas-comportamentais, reforçando a importância de intervenções integradas e individualizadas.

Do ponto de vista prático, a TCC e a farmacoterapia combinadas envolvem elementos centrais que se complementam. Entre eles, destaca-se o monitoramento contínuo dos sintomas e da adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto psicoterapêutico. A presença de sintomas persistentes pode indicar necessidade de ajuste na dose do medicamento ou adaptação das técnicas da TCC. Além disso, a psicoeducação desempenha papel essencial, permitindo que o paciente compreenda os efeitos da medicação, os objetivos das intervenções cognitivas e a lógica do tratamento integrado (Hofmann; Asnaani; Vonk, 2012). Essa compreensão favorece o engajamento do paciente e aumenta a probabilidade de sucesso terapêutico.

Outro aspecto central é a avaliação funcional do paciente. A TCC orienta a identificação de gatilhos específicos, padrões de pensamento e comportamentos disfuncionais, enquanto a farmacoterapia atua na regulação emocional e na redução de sintomas que dificultam a participação ativa do paciente na terapia. Assim, a combinação das duas abordagens possibilita uma intervenção que não apenas alivia sintomas imediatos, mas também promove mudanças duradouras no funcionamento psicológico, social e ocupacional (Beck, 2013; Cuijpers et al., 2019).

No contexto brasileiro, a prática de tratamentos combinados tem se consolidado em serviços de saúde mental, tanto na rede pública quanto na privada. Hospitais universitários e clínicas especializadas em saúde mental frequentemente implementam protocolos que integram a TCC com o uso de antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor, dependendo do diagnóstico e da gravidade do quadro. Pesquisas nacionais demonstram que essa integração é bem recebida pelos pacientes, pois reduz o tempo de recuperação e promove maior satisfação com o tratamento (Santos et al., 2020).

Em síntese, os elementos centrais da combinação entre TCC e farmacoterapia incluem: avaliação funcional detalhada, monitoramento de sintomas e adesão, psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas comportamentais e ajuste farmacológico individualizado. Essa abordagem integrada evidencia a complementaridade entre a modificação cognitivo-comportamental e a regulação bioquímica, promovendo não apenas alívio dos sintomas, mas também desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e prevenção de recaídas

4.5. Principais Transtornos ou Dificuldades Cognitivas Apresentadas ao longo do estágio

Durante o estágio, foram acompanhados pacientes com diferentes perfis diagnósticos e demandas clínicas, exigindo intervenções adequadas conforme as particularidades de cada caso. As principais condições observadas incluíram fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), baixa autoestima, dificuldades na regulação emocional, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA) e dificuldades decorrentes do processo de separação parental. Cada uma dessas condições demandou o uso de estratégias fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

4.5.1 Fobia Social em Adultos

A fobia social, ou transtorno de ansiedade social, é um dos quadros ansiosos mais prevalentes entre adultos e caracteriza-se por um medo intenso e persistente de situações nas quais o indivíduo possa ser avaliado, observado ou julgado por outras pessoas. Esse medo é

acompanhado de comportamentos de evitação e de respostas fisiológicas de ansiedade, como taquicardia, sudorese e tremores, que reforçam a percepção de incapacidade e vulnerabilidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Trata-se de um transtorno que afeta significativamente o funcionamento social, profissional e emocional, podendo levar ao isolamento e à redução da qualidade de vida.

Na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a fobia social é compreendida como resultado de crenças centrais disfuncionais e distorções cognitivas relacionadas à autoimagem e à percepção social. Clark e Wells (1995) propuseram um modelo explicativo que descreve como indivíduos com esse transtorno tendem a superestimar o grau de avaliação negativa dos outros, além de manter uma autoatenção aumentada durante situações sociais, o que intensifica a ansiedade. Assim, o foco interno e o monitoramento constante do próprio desempenho levam à amplificação dos sintomas físicos e à confirmação das crenças negativas, perpetuando o ciclo de ansiedade e evitação.

Hofmann e Otto (2021) reforçam que, na TCC, o processo terapêutico busca identificar esses pensamentos automáticos negativos e questioná-los criticamente por meio da reestruturação cognitiva. Essa técnica permite que o indivíduo reconheça padrões de pensamento distorcidos, examine as evidências que sustentam essas crenças e as substitua por interpretações mais realistas e funcionais. Além disso, as técnicas de exposição gradual e os Experimentos Comportamentais (ECs) são utilizados para que o paciente confronte progressivamente as situações sociais temidas, reduzindo a evitação e fortalecendo a autoconfiança.

Estudos mostram que a exposição ao vivo, associada à reestruturação cognitiva, é altamente eficaz no tratamento da fobia social (Hofmann; Otto, 2021). Essa prática promove a dessensibilização diante de estímulos ansiogênicos, favorecendo a aprendizagem de que o medo é infundado e de que a ansiedade tende a diminuir quando a pessoa permanece na situação temida. Segundo Hofmann et al. (2023), o enfrentamento gradual permite que o indivíduo reconstrua sua autoeficácia e desenvolva habilidades adaptativas de enfrentamento, essenciais para a superação do quadro.

Outro aspecto importante no tratamento cognitivo-comportamental da fobia social é o treino de habilidades sociais, uma vez que muitos indivíduos apresentam déficits de comunicação assertiva decorrentes da evitação prolongada. O aprimoramento dessas habilidades contribui para o aumento da autoconfiança e para a redução do medo da avaliação negativa. O terapeuta atua como facilitador nesse processo, auxiliando o paciente a identificar padrões de comportamento ineficazes, ensaiar novas respostas e reforçar experiências positivas

de interação.

Além das técnicas clássicas da TCC, abordagens contemporâneas incorporam práticas de atenção plena (*mindfulness*) e aceitação, que auxiliam o paciente a observar seus pensamentos e emoções sem julgamento, reduzindo a autocritica e a ruminação. Essa integração, característica das terapias de Terceira Onda, tem mostrado resultados positivos na redução dos sintomas ansiosos e na promoção de maior aceitação de si mesmo e das experiências sociais.

De forma geral, o manejo terapêutico da fobia social em adultos requer uma combinação de estratégias cognitivas e comportamentais voltadas à reestruturação de crenças, ao desenvolvimento de habilidades sociais e ao enfrentamento gradual de situações evitadas. A prática clínica revela que, com o avanço do tratamento, os indivíduos passam a experimentar maior segurança e autenticidade nas relações interpessoais, reduzindo o impacto da ansiedade em suas atividades cotidianas. Assim, a TCC mostra-se uma abordagem eficaz e estruturada para a reabilitação emocional e comportamental desses casos, promovendo autonomia e qualidade de vida (Hofmann E Otto, 2021).

4.5.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado pela presença persistente de preocupações excessivas, incontroláveis e desproporcionais diante de situações cotidianas, acompanhadas de sintomas físicos e cognitivos que interferem significativamente no funcionamento global do indivíduo. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022), o TAG envolve manifestações como tensão muscular, irritabilidade, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração e distúrbios do sono, persistindo por pelo menos seis meses e gerando prejuízo social, ocupacional ou acadêmico.

Na infância e adolescência, o transtorno manifesta-se frequentemente por meio de preocupações relacionadas ao desempenho escolar, aceitação social e medo de errar. É comum que a criança apresente sintomas físicos como dores abdominais, cefaleias e alterações do sono, além de comportamentos de evitação diante de tarefas que envolvam avaliação ou exposição. A ansiedade na infância tende a ser generalizada e difusa, muitas vezes confundida com traços de temperamento, o que reforça a importância da detecção precoce e da intervenção preventiva.

Nos adultos, o TAG se manifesta de forma mais estruturada, com pensamentos recorrentes de preocupação sobre questões financeiras, profissionais, familiares ou de saúde, acompanhados por uma constante sensação de apreensão e incapacidade de relaxar. O ciclo da

preocupação é sustentado por crenças disfuncionais acerca de controle, segurança e responsabilidade excessiva. Tais crenças, quando não identificadas e modificadas, perpetuam o ciclo de preocupação e reforçam o comportamento ansioso.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada a intervenção de primeira escolha para o tratamento do TAG em diferentes faixas etárias, com eficácia comprovada em ensaios clínicos e estudos longitudinais. Wells (2019), com o Modelo Metacognitivo, sugere que o foco da TCC deve recair sobre as crenças positivas e negativas que o paciente tem sobre o ato de se preocupar. A TCC busca ajudar o paciente a reconhecer e modificar os pensamentos automáticos distorcidos, substituindo interpretações catastróficas por percepções mais realistas e equilibradas. A psicoeducação é uma etapa essencial do processo terapêutico, pois auxilia o indivíduo a compreender o funcionamento da ansiedade, seus gatilhos e o impacto que as cognições têm sobre o comportamento e as emoções.

Com crianças e adolescentes, a TCC é frequentemente adaptada por meio de recursos lúdicos, histórias e metáforas que facilitam a identificação de pensamentos e emoções. Técnicas como o uso de escalas visuais de ansiedade, termômetros emocionais e diários de preocupações auxiliam o jovem a compreender e nomear suas experiências internas, fortalecendo sua autorregulação emocional (Kendall et al., 2022). Além disso, o envolvimento dos cuidadores no processo terapêutico contribui para a manutenção das estratégias aprendidas fora do contexto clínico.

No caso dos adultos, o foco terapêutico recai sobre a reestruturação cognitiva e o manejo de crenças centrais relacionadas à necessidade de controle. Dobson e Dozois (2022) destacam que a modificação da Intolerância à Incerteza (II) é um alvo terapêutico altamente eficaz. A TCC para o TAG visa ensinar o paciente a diferenciar entre preocupações produtivas e improdutivas, utilizando técnicas de Aceitação e Compromisso (ACT) e atenção plena (*mindfulness*) para reduzir a ruminação ansiosa e melhorar a qualidade de vida.

Em síntese, o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada, tanto em crianças quanto em adultos, por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, demonstra alta eficácia, por combinar intervenções estruturadas, psicoeducação e estratégias de enfrentamento baseadas em evidências científicas. A abordagem promove o desenvolvimento de habilidades de autorregulação, favorece o pensamento mais racional e contribui para uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente (Wells, 2019; Dobson E Dozois, 2022).

4.5.3 Baixa Auto Estima

A autoestima refere-se à avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, envolvendo

crenças, percepções e sentimentos de valor pessoal. Quando essa avaliação é predominantemente negativa, manifesta-se a baixa autoestima, que pode interferir de forma significativa na adaptação emocional, no desempenho social e na saúde mental. A baixa autoestima frequentemente se relaciona a experiências de crítica precoce, comparações desfavoráveis e sentimentos de inadequação, levando a padrões de autocrítica persistente e insatisfação com realizações.

Na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a baixa autoestima está fundamentalmente associada a Crenças Centrais disfuncionais, que configuram padrões cognitivos negativos sobre si mesmo (ex: "Eu sou inadequado", "Eu não sou digno"). Judith S. Beck (2021) destaca que esses pensamentos centrais, enraizados em experiências precoces de desaprovação ou abandono, influenciam interpretações automáticas de eventos cotidianos, reforçando sentimentos de inferioridade e autodepreciação. A manutenção desses padrões cognitivos pode gerar ansiedade, depressão e dificuldades de relacionamento interpessoal.

O trabalho terapêutico na TCC busca identificar essas crenças centrais e os pensamentos automáticos disfuncionais, promovendo sua reestruturação por meio de técnicas cognitivas e comportamentais. Em crianças, estratégias lúdicas, como jogos, desenhos e metáforas, auxiliam na externalização e compreensão de sentimentos negativos, permitindo o desenvolvimento de uma percepção mais realista e positiva de si mesmas. Já em adultos, o processo envolve a identificação de padrões autocríticos, a análise das evidências que sustentam esses pensamentos e a formulação de interpretações mais equilibradas e funcionais.

Para casos de baixa autoestima com forte componente de autocrítica, a TCC tem integrado abordagens de Terceira Onda, como a Terapia Focada na Compaixão (CFT). Paul Gilbert (2020) postula que a baixa autoestima está ligada à hiperativação do sistema de ameaça e à insuficiência do sistema de apaziguamento. A CFT ensina práticas de autocompaixão, que envolvem bondade, senso de humanidade comum e *mindfulness* diante do sofrimento, visando substituir o *Modo Crítico* pelo *Modo Compassivo*. Essa abordagem não apenas fortalece a autoestima, mas também aumenta a resiliência emocional diante de falhas e críticas.

Além da reestruturação cognitiva e da autocompaixão, a TCC enfatiza o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e autorreforço, essenciais para fortalecer a autoestima. Técnicas como o registro de qualidades e conquistas pessoais e o estabelecimento de metas alcançáveis auxiliam na construção de uma autoimagem positiva e na redução da autocrítica (Neff, 2019).

Portanto, o trabalho de intervenção em baixa autoestima por meio da TCC consiste na identificação de padrões cognitivos disfuncionais, promoção de reestruturação cognitiva e

desenvolvimento de estratégias de auto reforço, visando à construção de uma autoimagem positiva e funcional. Essa abordagem, fundamentada em evidências científicas, permite que crianças e adultos adquiram habilidades cognitivas e emocionais que favorecem a autonomia, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (Beck, 2021; Paul Gilbert, 2020).

4.5.4 Dificuldades Comportamentais com Ênfase em Raiva e Desregulação Emocional

A regulação emocional refere-se à capacidade de reconhecer, compreender e manejar adequadamente as próprias emoções, de modo a manter o equilíbrio psicológico e favorecer o funcionamento social. Quando essa habilidade é prejudicada, surgem as dificuldades de regulação emocional, caracterizadas por reações intensas, impulsivas ou desproporcionais aos estímulos, além de dificuldades em lidar com frustrações e em expressar emoções de forma adaptativa (Gross, 2022). Na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), tais dificuldades decorrem de padrões cognitivos disfuncionais e estratégias de enfrentamento ineficazes, que perpetuam ciclos de sofrimento emocional e comportamental.

Em crianças, a dificuldade de regulação emocional manifesta-se com frequência por meio de comportamentos explosivos, irritabilidade e choro excessivo. Esses comportamentos refletem uma baixa tolerância à frustração e a ausência de estratégias internas eficazes para lidar com emoções negativas, como medo, raiva ou tristeza. No contexto escolar, tais dificuldades podem interferir nas relações interpessoais e no desempenho acadêmico, especialmente quando associadas à impulsividade e à baixa capacidade de autocontrole.

Em adultos, as dificuldades de regulação emocional costumam manifestar-se de maneira mais complexa e sutil, frequentemente associadas à ansiedade, depressão e padrões autocríticos rígidos. Nesses casos, os indivíduos tendem a interpretar eventos neutros ou ambíguos de forma negativa, o que intensifica a reatividade emocional e reforça crenças centrais de incapacidade. A TCC, ao abordar essa problemática, busca promover o reconhecimento dos gatilhos emocionais e a reestruturação de pensamentos distorcidos que contribuem para respostas emocionais desadaptativas.

A intervenção mais especializada para a desregulação emocional intensa é a Terapia Comportamental Dialética (DBT). Desenvolvida por Marsha Linehan (2021), a DBT combina princípios da TCC com conceitos dialéticos e zen-budistas (aceitação e *mindfulness*). O tratamento é estruturado em quatro módulos de habilidades essenciais. Para a raiva e impulsividade, são cruciais as habilidades de Tolerância ao Mal-Estar (aprender a suportar a emoção intensa sem agir destrutivamente, utilizando estratégias como o *TIPP*) e as habilidades de Regulação Emocional (identificar a emoção, compreender sua função e aplicar ações

opostas).

Outro componente importante da TCC na regulação emocional é o treino de aceitação. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), conforme descrito por Hayes, Strosahl e Wilson (2022), auxilia o paciente a desenvolver a flexibilidade psicológica, reduzindo a reatividade e a luta contra as emoções desagradáveis. Essa técnica é relevante para indivíduos com tendência à evitação emocional. A aprendizagem de estratégias de enfrentamento saudáveis contribui para a diminuição de respostas emocionais desadaptativas e o fortalecimento da autoconfiança diante de situações desafiadoras.

Assim, o trabalho com dificuldades de regulação emocional na TCC visa desenvolver habilidades de reconhecimento, aceitação e manejo das emoções, tanto em crianças quanto em adultos. Essa abordagem promove maior equilíbrio emocional, melhora nas relações interpessoais e redução de sintomas relacionados à ansiedade, irritabilidade e impulsividade. O processo terapêutico conduz o indivíduo à construção de uma relação mais saudável consigo mesmo e com o ambiente, favorecendo a autonomia emocional e o bem-estar psicológico (Linehan, 2021; Gross, 2022).

4.5.6 Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, acompanhados por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2022). As manifestações do TEA variam de acordo com o nível de suporte necessário e o contexto de desenvolvimento da criança, sendo essencial que o terapeuta cognitivo-comportamental adapte as intervenções às demandas individuais de cada caso (Schwartzman; Araújo, 2021).

No contexto da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), o trabalho com crianças com TEA tem como objetivo central o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e cognitivas, bem como a redução de comportamentos disfuncionais e o fortalecimento da autonomia. Embora a TCC não trate o núcleo do autismo, ela é comprovadamente eficaz para as comorbidades frequentemente associadas, sobretudo a ansiedade. A TCC adaptada, ao integrar técnicas cognitivas e comportamentais, visa modificar padrões de pensamento e comportamento que mantêm o sofrimento psicológico.

A adaptação da TCC para o TEA envolve o uso de recursos concretos e visuais, como quadros de rotina, cartões de emoções, histórias sociais, reforçadores positivos e atividades lúdicas, que facilitam a compreensão e o engajamento da criança no processo terapêutico (Murta; Del Prette, 2020). Tais recursos tornam o aprendizado mais acessível, auxiliando a

criança na identificação de emoções, na regulação comportamental e no desenvolvimento da comunicação funcional.

Além disso, a literatura científica recente confirma a eficácia da TCC adaptada para crianças com TEA, especialmente no manejo da ansiedade, na flexibilidade cognitiva e no aprimoramento de habilidades sociais. Um estudo de revisão sistemática e meta-análise realizado por Sharma et al. (2021) demonstrou que a TCC adaptada apresenta resultados significativos na redução de sintomas de ansiedade e melhora do funcionamento social de crianças e adolescentes dentro do espectro autista. Esses achados reforçam a importância de intervenções estruturadas, graduais e visualmente mediadas para esse público.

A participação da família é outro componente essencial no processo terapêutico. Caballo (2021) destaca que o envolvimento dos cuidadores potencializa os resultados da TCC, pois permite a generalização das habilidades aprendidas na terapia para o ambiente domiciliar e social. A orientação parental inclui treinamento em manejo comportamental, reforço positivo e comunicação assertiva, fortalecendo o vínculo familiar e a autonomia da criança.

Dessa forma, a TCC aplicada ao TEA infantil mostra-se uma abordagem eficaz e humanizada, que valoriza o ritmo, as capacidades e o contexto da criança. O trabalho terapêutico fundamenta-se na compreensão empática, no uso de estratégias concretas e na promoção do desenvolvimento emocional e social. A TCC contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida e para o fortalecimento da autoestima e da autonomia dessas crianças e de suas famílias.

4.5.7 Processo de Separação Parental (Crianças)

O processo de separação parental pode representar um evento crítico no desenvolvimento emocional infantil, especialmente quando ocorre em contextos marcados por conflitos, mudanças de rotina e insegurança afetiva. Durante essa fase, é comum que a criança apresente sentimentos de tristeza, culpa, medo de abandono, irritabilidade e dificuldades comportamentais ou escolares. Eventos estressores significativos, como a separação dos pais, podem gerar esquemas cognitivos desadaptativos, especialmente se a criança interpretar a situação como um sinal de rejeição ou perda de amor.

Sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a compreensão e o manejo desses pensamentos e emoções tornam-se essenciais para promover a adaptação emocional da criança. A TCC busca identificar as crenças automáticas negativas formadas nesse contexto — como “meus pais se separaram porque fui mal” ou “um deles vai me deixar também” — e substituí-las por interpretações mais realistas e funcionais. Esse processo

contribui para reduzir sentimentos de culpa e ansiedade, além de fortalecer o senso de segurança e autoestima.

No ambiente clínico, a intervenção envolve psicoeducação, expressão emocional e reestruturação cognitiva por meio de recursos lúdicos, adaptados à linguagem infantil. Murta e Del Prette (2020) destacam que, na TCC com crianças, o uso de brincadeiras simbólicas, desenhos e histórias terapêuticas é fundamental para facilitar a comunicação e permitir que a criança expresse suas emoções de forma segura. O terapeuta atua como mediador, auxiliando na nomeação e na compreensão dos sentimentos relacionados à separação, promovendo o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

A psicoeducação também se estende aos pais, que muitas vezes enfrentam sentimento de culpa ou conflito diante das mudanças familiares. Friedberg e McClure (2023) salientam a importância da participação ativa dos cuidadores no processo terapêutico, pois favorece a consistência das estratégias de manejo emocional e comportamental em casa. O terapeuta auxilia os pais a manterem uma comunicação clara e não conflituosa, ajudando a criança a perceber que, apesar da separação conjugal, o vínculo afetivo e o cuidado permanecem estáveis.

A literatura evidencia que o impacto da separação sobre o bem-estar infantil depende mais da qualidade das interações parentais e da estabilidade emocional oferecida pelos cuidadores do que do divórcio em si (Martínez; Pérez, 2021). Por isso, o trabalho terapêutico na TCC enfatiza a reconstrução da sensação de segurança e previsibilidade, o que favorece a regulação emocional e a reorganização cognitiva da criança.

A TCC, ao atuar de forma estruturada e empática, oferece um espaço de acolhimento e de aprendizagem emocional, permitindo que a criança ressignifique a separação como uma mudança e não como uma perda. O desenvolvimento de novas interpretações cognitivas e comportamentais possibilita o fortalecimento da resiliência e da autoconfiança, aspectos fundamentais para o ajustamento emocional diante de experiências estressoras. Dessa forma, a Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada a crianças em processo de separação parental constitui uma intervenção eficaz e humanizada, que promove a expressão emocional, a reestruturação de crenças disfuncionais e o fortalecimento de recursos internos para o enfrentamento de mudanças familiares.

4.6 Importância da Prevenção e Recaída de Cada Demanda na Abordagem da TCC

Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a fase de prevenção de recaída representa um aspecto essencial do processo terapêutico, uma vez que a eficácia da intervenção não se limita à redução dos sintomas, mas à consolidação das mudanças cognitivas e

comportamentais necessárias para evitar o retorno do sofrimento psicológico. Beck e Dozois (2021) explicam que a TCC busca promover não apenas a melhora clínica, mas também o fortalecimento da autonomia do indivíduo, ensinando-o a reconhecer e manejar os próprios pensamentos e comportamentos disfuncionais mesmo após o término da terapia. Nesse sentido, a prevenção de recaída deve ser planejada desde o início do processo, de forma a favorecer a manutenção dos ganhos terapêuticos e a generalização das habilidades aprendidas para diferentes contextos da vida cotidiana.

De acordo com Hofmann et al. (2023), um dos desafios da TCC é garantir que as mudanças cognitivas e comportamentais adquiridas se mantenham estáveis diante de novos estressores ou situações semelhantes às que inicialmente desencadearam os sintomas. A recaída pode ocorrer quando esquemas cognitivos desadaptativos são reativados por eventos de vida adversos, por falhas na autorregulação emocional ou pela interrupção do uso das estratégias aprendidas. Por esse motivo, o terapeuta deve ajudar o paciente a identificar sinais precoces de vulnerabilidade, desenvolver planos de ação frente a contextos de risco e praticar periodicamente as habilidades de enfrentamento, a fim de reduzir a probabilidade de retorno dos sintomas.

No caso das demandas observadas, como fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), baixa autoestima, dificuldades de regulação emocional, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA) e dificuldades decorrentes do processo de separação parental, a prevenção de recaída assume um papel adaptativo e contínuo. Clark e Ehlers (2022) ressaltam que, nos transtornos de ansiedade, o risco de recaída está frequentemente associado à reativação de crenças centrais de ameaça e à autocrítica exacerbada. Por isso, é importante que o paciente continue utilizando as estratégias de reestruturação cognitiva e de exposição graduada após o término do tratamento, consolidando a aprendizagem de enfrentamento de situações ansiogênicas. Craske et al. (2020) acrescentam que programas de TCC que incluem módulos específicos de prevenção de recaída apresentam resultados mais duradouros e menor reincidência de sintomas em seguimentos de longo prazo.

Em quadros relacionados à baixa autoestima e à regulação emocional, a recaída pode ocorrer quando o indivíduo retoma padrões automáticos de autocrítica e ruminação. McManus e Shafran (2020) destacam que a manutenção dos resultados terapêuticos depende do engajamento contínuo nas práticas de identificação e reavaliação dos pensamentos autodepreciativos, bem como no fortalecimento das crenças adaptativas sobre competência e valor pessoal. Hofmann, Curtiss e Hayes (2022) reforçam que o desenvolvimento de

habilidades de regulação emocional, como autocontrole cognitivo, autocompaixão e reavaliação funcional das emoções, reduz significativamente o risco de recaída, uma vez que aumenta a capacidade do indivíduo de lidar com situações desafiadoras sem recorrer a estratégias disfuncionais.

Nos casos de TDAH, a prevenção de recaída é igualmente relevante, pois os sintomas podem retornar quando o indivíduo deixa de aplicar as estratégias de autorregulação e organização aprendidas em terapia. Young e Bramham (2023) explicam que a TCC contribui para o aprimoramento das funções executivas e da autorregulação comportamental, mas, para que os efeitos se mantenham, é necessário que o paciente realize sessões de acompanhamento e reforce continuamente os comportamentos adaptativos. Safren et al. (2021) complementam que o planejamento de rotinas, a manutenção do uso de reforçadores naturais e o acompanhamento periódico com o terapeuta são estratégias fundamentais para evitar recaídas funcionais e preservar o equilíbrio emocional e atencional a longo prazo.

Em relação ao transtorno do espectro autista (TEA), a literatura recente demonstra que a TCC adaptada tem eficácia comprovada na redução de ansiedade e no aprimoramento de habilidades sociais e emocionais (Spain et al., 2021). Entretanto, como ressaltam Wood e Gadow (2022), indivíduos com TEA são particularmente sensíveis a mudanças ambientais e à quebra de rotina, o que pode favorecer recaídas comportamentais ou emocionais. Por essa razão, a prevenção de recaída deve incluir planos de manutenção das habilidades adquiridas, envolvimento da família ou cuidadores no processo e monitoramento de situações que possam reativar comportamentos disfuncionais. A sustentação dos resultados, nesses casos, depende diretamente da continuidade das práticas terapêuticas e do apoio social constante.

Por fim, no contexto de dificuldades emocionais relacionadas ao processo de separação parental, a prevenção de recaída tem papel central na readaptação emocional do indivíduo. Dattilio (2020) aponta que experiências de separação podem desencadear crenças negativas de rejeição e desamparo, e que o risco de recaída é elevado em situações de novos conflitos familiares ou mudanças de convivência. Para evitar o retorno de sintomas, Beck e Dozois (2021) defendem que o terapeuta deve promover a reestruturação das crenças associadas à perda, estimular a prática das habilidades de enfrentamento aprendidas e incentivar a manutenção de uma rede de apoio emocional. Assim, o indivíduo é preparado para lidar com futuras situações estressoras de modo mais adaptativo, reduzindo a vulnerabilidade emocional.

Dessa forma, observa-se que a prevenção de recaída na TCC deve ser compreendida como uma extensão natural do processo terapêutico e não como uma etapa opcional ou complementar. Hofmann et al. (2023) afirmam que a sustentação das mudanças cognitivas e

comportamentais é essencial para a consolidação dos resultados e para o fortalecimento da resiliência psicológica. Portanto, independentemente da demanda apresentada, a prevenção de recaída é indispensável para que o indivíduo mantenha o equilíbrio emocional, preserve os progressos alcançados e desenvolva autonomia para enfrentar os desafios futuros de maneira saudável e funcional.

4.7. Modalidades tecnológicas na TCC

As inovações tecnológicas vêm modificando profundamente o campo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ampliando as possibilidades de intervenção e o alcance do tratamento psicológico. O avanço das tecnologias digitais, como a teleterapia, os aplicativos móveis, as plataformas online e a realidade virtual, tem permitido que o processo terapêutico ocorra em formatos mais flexíveis e acessíveis, mantendo a eficácia dos protocolos clássicos da TCC (Hofmann; Asnaani; Vonk, 2022).

A TCC mediada por tecnologias, também conhecida como TCC digital ou TCC online, tem se mostrado uma alternativa eficaz, sobretudo em contextos nos quais o acesso presencial é limitado. Segundo Andersson et al. (2023), a TCC online apresenta resultados clínicos comparáveis aos obtidos em terapias presenciais, especialmente no tratamento de transtornos de ansiedade, depressão e fobias sociais. Os autores destacam que as intervenções digitais possibilitam maior adesão às tarefas de casa, acompanhamento contínuo e maior engajamento dos pacientes em suas rotinas terapêuticas.

Entre as principais modalidades tecnológicas aplicadas à TCC, destacam-se as sessões síncronas por videoconferência, os aplicativos autoguiados e os recursos de realidade virtual (VR). A teleterapia, por exemplo, tornou-se amplamente utilizada após a pandemia de COVID-19, consolidando-se como uma ferramenta viável para a continuidade dos atendimentos psicológicos (Wright; Basco; Thase, 2021). Já os aplicativos e programas digitais autoguiados permitem que o paciente registre emoções, pensamentos automáticos e comportamentos, o que favorece a auto-observação e o treino das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões (Andersson; Carlbring; Titov, 2022).

Outro avanço significativo refere-se ao uso da realidade virtual na TCC. Essa ferramenta possibilita a exposição controlada a situações ansiogênicas em um ambiente seguro e monitorado, sendo especialmente útil em casos de fobia social e transtornos de ansiedade (MORINA et al., 2021). A imersão virtual facilita o enfrentamento gradual dos estímulos temidos, promovendo maior generalização das habilidades aprendidas para o ambiente real.

Mais recentemente, o uso de inteligência artificial (IA) em contextos clínicos também

tem sido estudado como suporte para a TCC. Segundo Rachman et al. (2024), os chatbots terapêuticos e plataformas com algoritmos de aprendizado de máquina podem auxiliar na psicoeducação, no monitoramento de sintomas e na entrega de intervenções baseadas em evidências. No entanto, os autores ressaltam a necessidade de supervisão profissional e o cuidado ético quanto à confidencialidade e à personalização do tratamento.

A incorporação das tecnologias na prática da TCC requer, contudo, uma postura crítica e ética por parte dos profissionais. Conforme Wright e Sudak (2020), é essencial que o terapeuta mantenha os princípios fundamentais da TCC como a colaboração empírica, a estruturação das sessões e o foco nas cognições disfuncionais, independentemente da modalidade utilizada. Assim, o recurso tecnológico deve ser visto como uma ferramenta complementar, e não como substituto da relação terapêutica.

Em síntese, as modalidades tecnológicas representam um avanço importante na ampliação do acesso e da eficácia da TCC. Quando utilizadas de forma planejada e supervisionada, essas ferramentas podem potencializar o engajamento do paciente, facilitar o acompanhamento terapêutico e contribuir para a manutenção dos ganhos obtidos durante o tratamento. No contexto das demandas clínicas observadas como fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, baixa autoestima, dificuldades na regulação emocional, TDAH, TEA e questões decorrentes da separação parental, o uso das tecnologias pode ser um recurso valioso para promover continuidade, flexibilidade e personalização das intervenções cognitivas e comportamentais.

5.0 Descrição do trabalho

Os atendimentos foram realizados individualmente na Clínica Escola FASICLIN. Durante o período de acompanhamento, foram conduzidas 11 sessões presenciais, nas quais o paciente demonstrou bom vínculo terapêutico, participação ativa e interesse nas atividades propostas. As intervenções foram fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com foco na identificação e expressão de emoções, reconhecimento de pensamentos automáticos e fortalecimento das habilidades sociais.

O paciente apresentou boa receptividade ao processo terapêutico, engajando-se de maneira colaborativa nas atividades lúdicas e reflexivas. Observou-se evolução gradual no reconhecimento emocional e maior capacidade de verbalização afetiva. A continuidade do acompanhamento psicológico é recomendada, considerando o vínculo estabelecido e a necessidade de aprofundamento das estratégias de autorregulação emocional e enfrentamento

5.1. Dados do Cliente: P.H.P.G

5.1.1 Sexo: Masculino

5.1.2. Idade: 11 anos

5.1.3. Estado Civil: Solteiro

5.1.4. Início do Atendimento: 28/08/2025

5.1.5 Término do Atendimento: 04/11/2025

5.2. Queixa:

Após a anamnese realizada com a mãe, foi relatado que P.H. apresenta dificuldades emocionais e comportamentais que se intensificaram nos últimos meses, principalmente em decorrência de mudanças no contexto familiar. A responsável mencionou episódios de impulsividade, resistência a regras, irritabilidade e dificuldades em lidar com frustrações, especialmente em situações que envolvem limites ou contrariedades.

Foram observadas também oscilações de humor, impaciência e necessidade constante de atenção, além de comportamentos de oposição frente a figuras de autoridade. A mãe relatou que o paciente demonstra ciúmes do irmão mais novo, o que tem gerado conflitos familiares e sentimento de insegurança e rejeição. Em ambiente escolar, há dificuldade de concentração e de controle emocional, bem como episódios de distração durante as atividades.

Durante as sessões, P.H. mostrou-se comunicativo, criativo e participativo, mas, em alguns momentos, apresentou inquietação e necessidade de reafirmação constante. Os relatos e observações indicam um quadro compatível com dificuldades na autorregulação emocional e no manejo da impulsividade, associadas a demandas afetivas e familiares, que impactam diretamente sua adaptação social e escolar.

5.3 Hipótese Diagnostica:

Durante o acompanhamento psicológico, constatou-se que P.H. apresenta dificuldades consistentes de regulação emocional e comportamental, evidenciadas por irritabilidade, impulsividade, comportamentos de oposição e traços de insegurança, especialmente em situações relacionadas à dinâmica familiar. As mudanças significativas ocorridas nos últimos meses como a separação dos pais e o nascimento do irmão mais novo, configuram estressores relevantes que parecem ter contribuído para o aumento de sua sensibilidade emocional, resultando em maior demanda por atenção, ciúmes, resistência a limites e episódios pontuais de relatos distorcidos, frequentemente utilizados como estratégia de evitação ou busca por acolhimento.

O conjunto de manifestações observadas sugere um processo de adaptação emocional em curso, com demandas relacionadas ao manejo da ansiedade, ao desenvolvimento da tolerância à frustração e ao aprimoramento de habilidades de expressão afetiva. Considerando esses indicadores e a correlação direta com os estressores recentes, a hipótese diagnóstica mais compatível, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), é o **6B23 – Transtorno de Ansiedade de Separação**, uma vez que o quadro reúne elementos característicos dessa condição, como insegurança diante das figuras de apego, receio de afastamento, necessidade de validação constante e comportamentos que emergem frente à percepção de perda ou redução da atenção parental.

Destaca-se, contudo, que tal formulação tem caráter hipotético e não conclusivo, visto que os sinais apresentados podem refletir reações emocionais transitórias ao processo de reorganização familiar. Dessa forma, a confirmação diagnóstica depende da continuidade das intervenções, de avaliações complementares e da observação longitudinal do funcionamento emocional do paciente. Até o presente momento, não se identificam indicadores de psicopatologia grave, mas sim repercussões emocionais compatíveis com o desenvolvimento infantil e com o contexto vivenciado, justificando a manutenção do acompanhamento psicológico

5.4 Dinâmica do Paciente:

O processo de acompanhamento psicológico de P.H.P.G, desenvolveu-se em um contexto de fatores que desencadearam a manifestação de insegurança, impulsividade e dificuldades na regulação de humor. Desde o início dos atendimentos, demonstrou excelente receptividade, o que se traduziu em um rápido e sólido vínculo terapêutico. Esta aliança foi crucial, permitindo que o ambiente clínico fosse percebido por ele como um espaço seguro para a expressão e elaboração de afetos complexos, conforme evidenciado por seu engajamento ativo e curiosidade nas atividades propostas.

A intervenção foi integralmente pautada nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), utilizando-se o lúdico como veículo primário para a psicoeducação e a reestruturação cognitiva, adaptando a abordagem à fase do desenvolvimento. Inicialmente, a dinâmica das sessões priorizou o reconhecimento emocional, onde demonstrou uma evolução notável na capacidade de identificar, nomear e diferenciar seus sentimentos. O paciente passou de uma verbalização afetiva superficial para uma análise mais profunda de seus estados internos, correlacionando-os com os eventos desencadeadores, uma habilidade fundamental para a autorregulação.

Progressivamente, o foco terapêutico se voltou para a elaboração dos conflitos intra e interpessoais. A impulsividade, inicialmente relatada como resistência a regras e irritabilidade, foi contextualizada e trabalhada como uma manifestação secundária da insegurança e do sentimento de estar "dividido" entre os pais. Por meio de intervenções reflexivas, foi capaz de processar sentimentos de saudade, culpa e tristeza relacionados à separação parental e de trabalhar o ciúme em relação ao novo membro da família.

O paciente demonstrou aptidão para refletir sobre seus padrões de pensamento automáticos e suas consequências comportamentais, exercitando o uso de estratégias mais adaptativas para o manejo da frustração e da necessidade constante de atenção. O engajamento com as atividades de casa e com os exercícios de treino comportamental, como a observação de habilidades sociais na semana, reforçou o seu senso de autonomia e autoeficácia. Ao longo do acompanhamento, P.H. demonstrou a consolidação de um repertório de enfrentamento mais funcional para sua idade, evidenciando que as bases para a autorregulação e a adaptação ao contexto familiar reorganizado foram estabelecidas de maneira satisfatória.

5.5 Técnicas empregadas/procedimentos:

Realizado no semestre de 2025/2 com a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), foram aplicadas as seguintes técnicas e procedimentos com

Anamnese inicial – Coleta de informações emocionais, comportamentais e familiares junto à mãe, utilizada para compreensão das queixas e definição do plano terapêutico.

Fortalecimento de vínculo terapêutico – Acolhimento, escuta ativa e construção de confiança; incluído também o uso do dominó como recurso lúdico para aproximação.

Psicoeducação – Livro *Por que vou à terapia?* – Utilizado para apresentar o propósito da terapia, funcionamento das sessões e importância de falar sobre sentimentos.

Psicoeducação – *Emocionário* – Utilizado para identificação e nomeação de emoções, diferenciação de sentimentos, ampliação de vocabulário emocional e compreensão de nuances afetivas.

Psicoeducação geral sobre emoções – Explicações iniciais sobre emoções básicas e complexas, utilizando slides e conversa guiada.

Livro *Quando os Pais Se Separam*

1. **A mudança faz parte da vida** – Atividade “Eu bebê / Eu agora / Eu idoso”, explorando fases da vida e mudanças.
2. **Compreendendo o divórcio** – Conversa sobre separação, rotina familiar e sentimentos envolvidos.

3. **Máscaras emocionais** – Identificação de frases defensivas, emoções escondidas e formas de expressão.
4. **Corpo das emoções** – Pintura do corpo indicando onde cada emoção é sentida, relacionando emoção e sensação física.
5. **Identificação e nomeação das emoções** – Observação e verbalização das emoções presentes no cotidiano e nas atividades dos livros.
6. **Consciência fisiológica das emoções** – Reconhecimento de sinais corporais associados a cada emoção (aperto, tremores, calor, respiração).
7. **Reestruturação cognitiva infantil (adaptada)** – Diferenciação entre imaginação e realidade e reflexão sobre pensamentos ligados a medos e situações difíceis.
8. **Desenhos e atividades gráficas** – Representação de emoções, família após a separação, mudanças e sentimentos por meio de desenhos.
9. **Associação emoção–cor** – Uso de cores para simbolizar emoções (ex.: tristeza–azul, raiva–vermelho).

Representação simbólica – Massinha – Utilizada para facilitar a expressão emocional e organização interna.

Jogo terapêutico Teams (Conversinha) – Utilizado para trabalhar habilidades sociais, comunicação assertiva, tomada de decisão e expressão emocional.

Jogo Descolados – Habilidades Sociais – Utilizado para reforçar empatia, comunicação e solução de problemas sociais.

Completamento de frases emocionais – Atividade destinada a ampliar o vocabulário emocional e promover reflexão sobre experiências internas.

Caça-palavras das emoções – Atividade impressa para reforçar reconhecimento de sentimentos.

Tarefa de casa – Observação de habilidades sociais – Solicitação para que o paciente identificasse e registrasse momentos em que utilizou alguma habilidade social.

Tarefa de casa – Registro de emoções – Solicitação para desenhar ou relatar situações em que vivenciou emoções trabalhadas na sessão.

Tarefa de casa – Caça-palavras – Atividade enviada para consolidação do vocabulário emocional.

Prevenção de recaída – Revisão das estratégias aprendidas, identificação de possíveis gatilhos e reforço de habilidades desenvolvidas.

Preparação para o encerramento terapêutico – Conversa estruturada sobre término,

compreensão do processo e reforço da autonomia emocional.

5.6 Resultado:

Desde os primeiros atendimentos, quando foram levantadas as queixas iniciais e estabelecido o vínculo terapêutico, ele demonstrou abertura gradual para compartilhar suas vivências, emoções e percepções sobre o contexto familiar, especialmente no que diz respeito à separação dos pais e às mudanças decorrentes dessa fase. No início do processo, apresentava certa dificuldade em identificar e nomear emoções mais complexas, além de tendência a mascarar sentimentos como tristeza, raiva e ansiedade por receio de gerar conflitos ou desagradar figuras importantes para ele.

Ao longo das sessões, foi realizado um trabalho contínuo de psicoeducação sobre emoções, utilizando recursos lúdicos, atividades gráficas, livros psicoeducativos e diálogos orientados, o que facilitou o envolvimento do paciente e possibilitou que ele se expressasse de forma mais espontânea e segura. Nas primeiras semanas, o foco esteve na identificação das emoções básicas, bem como na ampliação de seu vocabulário emocional, passando a reconhecer com maior clareza emoções como alegria, ansiedade, medo, saudade, culpa e rancor, sendo capaz de descrevê-las com exemplos do cotidiano.

Com o avanço das intervenções, demonstrou progresso significativo na consciência corporal relacionada às emoções, conseguindo apontar onde cada sentimento se manifesta fisicamente, como o aperto na garganta quando sente raiva, o incômodo no peito quando está triste e a tensão corporal quando experimenta ansiedade. Essa habilidade contribuiu para que ele passasse a perceber mais rapidamente suas reações internas, favorecendo a autorregulação.

Outro ponto importante do processo foi o aprofundamento das questões relacionadas à separação dos pais, tema sensível e frequentemente gerador de inseguranças. Através do uso do livro “Quando os pais se separam” e de desenhos sobre as mudanças familiares, ele conseguiu nomear sentimentos de perda simbólica, reconhecer a saudade da convivência com o pai e compreender que o divórcio não altera o amor que recebe das figuras parentais. Esse movimento indica avanço relevante na elaboração emocional e na ressignificação de eventos que anteriormente despertavam confusão e tristeza.

Houve também melhora expressiva em sua capacidade de expressão verbal. Inicialmente, o paciente respondia de forma breve e pouco elaborada, mas, ao longo das sessões, passou a relatar situações da escola, de casa, de convivência com amigos e experiências do cotidiano com mais detalhes, espontaneidade e fluidez. Isso demonstra maior confiança no espaço terapêutico e no vínculo estabelecido.

Além disso, o treino de habilidades sociais por meio de jogos terapêuticos contribuiu para aprimorar respostas adaptativas frente a desafios interpessoais. P.H. passou a demonstrar melhor entendimento sobre como agir diante de conflitos, interrupções, vergonha ou situações que exigem empatia, apresentando respostas mais assertivas e coerentes com os objetivos estabelecidos.

No que se refere ao enfrentamento emocional, observou-se que começou a adotar estratégias cognitivas mais funcionais, como respiração profunda quando se sente ansioso, pensamentos alternativos diante de situações que o deixam inseguro e verbalização das próprias necessidades, também relatou que tem conseguido reconhecer quando está triste ou preocupado, falando sobre isso de forma mais natural, sem recorrer apenas à máscara do “tô bem”, comportamento muito presente no início do acompanhamento.

De forma geral, a evolução dele ao longo do processo terapêutico mostrou-se consistente e visível em diferentes áreas: ampliação do vocabulário emocional, melhor compreensão das próprias reações físicas e comportamentais, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, aumento da assertividade, fortalecimento da autonomia emocional e maior capacidade de lidar com a saudade e com as mudanças familiares. Ao final das sessões, apresentava-se mais seguro para expressar sentimentos, mais consciente de seus pensamentos e emoções e mais preparado para lidar com situações cotidianas de maneira funcional e adaptativa.

Relato de sessões

7.0 Apreciação sobre o desenrolar das atividades, dos desafios enfrentados e Auto Avaliação.

No último semestre de estágio, a experiência clínica assumiu um caráter mais maduro e consistente em comparação aos períodos anteriores, especialmente quando observadas as diferenças em relação ao Estágio Clínico Específico I. Os desafios iniciais, antes marcados por insegurança na condução das sessões, receio quanto à escolha das intervenções e dúvidas sobre o manejo clínico, deram lugar a uma prática mais segura, consciente e alinhada ao posicionamento profissional em desenvolvimento.

Neste semestre final, os principais desafios não se relacionaram diretamente ao atendimento clínico em si, mas sim à organização das múltiplas demandas que acompanharam essa etapa: prazos curtos, elaboração de relatórios, responsabilidades acadêmicas acumuladas e a própria intensidade do encerramento do estágio. A rotina se mostrou acelerada, exigindo maior capacidade de gestão do tempo, maturidade emocional e constância para conciliar atendimentos, supervisão e demais compromissos do último ano da graduação.

A decisão de atuar exclusivamente na Fasiclin contribuiu para que os atendimentos se tornassem mais fluídos, permitindo aprofundamento na relação terapêutica, maior estabilidade na rotina de sessões e um acompanhamento mais contínuo dos casos. Esses fatores favoreceram o desenvolvimento de habilidades clínicas mais sólidas, como escuta qualificada, flexibilidade na condução das intervenções e maior sensibilidade quanto às demandas individuais de cada paciente.

Outro ponto significativo deste semestre foi o processo de encerramento dos atendimentos. Conduzir altas, orientar retornos futuros e realizar despedidas constituíram experiências emocionalmente desafiadoras, mas importantes para o amadurecimento profissional. Esses momentos exigiram postura ética, responsabilidade e delicadeza para garantir que o processo terapêutico fosse concluído de forma clara, segura e coerente com o percurso construído com cada paciente.

Em termos de autoavaliação, reconhece-se um avanço expressivo na confiança pessoal e profissional, na capacidade de sustentar o manejo clínico e na postura ética durante os atendimentos. O semestre final evidenciou que, apesar das exigências externas e do ritmo acelerado, houve crescimento, autonomia e maior estabilidade na atuação, demonstrando evolução significativa em comparação ao início da trajetória clínica.

8.0 Considerações Finais

Concluir o Estágio Específico IV representa a finalização de um ciclo fundamental da

formação em Psicologia, marcando a transição entre a vida acadêmica e o início da prática profissional. A trajetória vivenciada até aqui revelou-se essencial para consolidar a identidade clínica em construção, fortalecendo competências técnicas, éticas e pessoais necessárias à atuação como futura psicóloga. Neste último semestre, a experiência adquirida assumiu um papel ainda mais significativo, pois simboliza o momento em que o estudante passa a sustentar, com maior autonomia, aquilo que foi aprendido ao longo de dez semestres, um processo que, de certo modo, permite “caminhar com as próprias pernas”.

A atuação exclusiva na Clínica Escola da instituição, a FASICLIN, proporcionou um ambiente estruturado, acolhedor e metodologicamente organizado, favorecendo o desenvolvimento de intervenções eficazes e um manejo clínico mais seguro. O espaço, preparado para a prática profissional e orientado para a formação de estagiários, possibilitou a vivência integral dos processos envolvidos na clínica psicológica: agendamento, recepção de pacientes, organização de prontuários, supervisão contínua e atendimentos individuais monitorados. Essa vivência foi determinante para a consolidação da postura profissional, especialmente por permitir um contato direto com a realidade cotidiana do trabalho clínico.

Os estágios externos realizados anteriormente também desempenharam um papel importante no processo formativo, oferecendo contato com contextos variados e com diferentes realidades sociais. Essas experiências permitiram compreender de forma ampliada a complexidade das demandas psicológicas e o impacto das condições socioculturais na saúde mental, reforçando a importância da sensibilidade social e da adaptação técnica como componentes essenciais da atuação profissional.

A supervisão exerceu influência decisiva nesse percurso. A professora Ana Flávia Sousa Silva, que acompanha a formação desde o Estágio Específico II, contribuiu significativamente para o aprimoramento clínico, oferecendo suporte técnico, ético e emocional. Por meio de discussões de casos, orientações fundamentadas, correções cuidadosas e incentivo constante, possibilitou o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia necessária para sustentar o processo terapêutico de forma ética, responsável e alinhada às exigências da Psicologia Clínica contemporânea. Sua atuação contínua foi essencial para consolidar uma prática segura e fundamentada ao longo dos estágios.

Ao longo do estágio, tornou-se evidente a importância e a eficácia da abordagem escolhida como guia para a atuação profissional: a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A prática baseada em evidências, a clareza conceitual, a utilização de técnicas estruturadas e a possibilidade de observar, de maneira concreta, a evolução dos pacientes demonstraram a robustez da abordagem. A TCC mostrou-se coerente com o perfil profissional que se deseja

construir uma atuação ética, fundamentada, ativa e comprometida com resultados clínicos mensuráveis. Durante o semestre, foi possível aplicar técnicas de reestruturação cognitiva, abordagens centradas em manejo emocional, identificação de pensamentos automáticos e estratégias comportamentais que contribuíram significativamente para a melhora das queixas apresentadas pelos pacientes.

Este último semestre também foi marcado por desafios particulares, sobretudo pela intensidade das demandas acadêmicas, prazos e responsabilidades acumuladas. Apesar da correria, os atendimentos foram conduzidos com responsabilidade e sensibilidade, fortalecendo habilidades de organização, gestão do tempo e autocontrole diante da rotina intensa. Da mesma forma, o encerramento dos atendimentos com despedidas, altas e orientações finais constituiu um momento de grande aprendizado e amadurecimento emocional, evidenciando a importância da ética, da preparação adequada e do cuidado no processo de finalização do vínculo terapêutico.

Assim, o percurso realizado ao longo dos estágios clínicos, especialmente neste último, reafirma que a formação do psicólogo é construída diariamente, por meio de experiências concretas, supervisão qualificada e compromisso pessoal com o aprendizado contínuo. A jornada até aqui fortaleceu a motivação, ampliou a responsabilidade e consolidou a escolha por seguir na prática clínica com dedicação, sensibilidade e fundamentação teórica. Este relatório, portanto, encerra uma etapa, mas anuncia o início de uma trajetória profissional que continuará sendo construída com estudo, ética, humanidade e a certeza de que sempre haverá novos caminhos para aprender e aprimorar

9. Referências Bibliográficas

ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. *Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships*. San Luis Obispo: Impact Publishers, 2008.

ALMEIDA, M. R.; TORRES, L. F. **Ética e prática profissional em psicologia clínica: fundamentos e reflexões**. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 20, n. 2, p. 45–55, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARLOW, D. H. *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BECK, A. T. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. *Ansiedade e fobia: uma abordagem*

cognitiva. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, A. T. *Terapia cognitiva dos transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, J. S. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

BEMIS, R. H.; BARRADA, D. R. *Anxiety and its management*. 2. ed. Boston: Pearson, 2020.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: Guilford Press, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br>.

COSTA, L. M.; ALMEIDA, R. F. **Intervenções digitais para adolescentes com ansiedade e depressão: uma revisão integrativa**. *Revista Brasileira de Psicologia*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 58–65, 2023.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. *Risk factors in depression*. 2. ed. San Diego: Academic Press, 2019.

HOFMANN, S. G. et al. **The future of cognitive behavioral therapy: understanding process, change, and progress**. *Clinical Psychological Science*, v. 7, n. 1, p. 123–137, 2019.

KAZANTZIS, N. et al. *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide*. London: Routledge, 2017.

KNAPP, P.; BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: fundamentos e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LEAHY, R. L. *Vencendo o comportamento autodestrutivo: terapia cognitiva para o controle emocional*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

LIBERMAN, R. P.; DeRISI, W. J.; MUESER, K. T. *Social skills training for psychiatric patients*. 2. ed. Boston: Allyn & Bacon, 2017.

LINEHAN, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

MONTEIRO, M. M. M.; LAGE, R. A. *Depressão em adolescentes: impacto e intervenções*. Belo Horizonte: Editora ABC, 2007.

NEENAN, M.; DRYDEN, W. *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. New York: Routledge, 2004.

OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, E. F. **Terapia cognitiva em paciente com câncer de mama: um relato de experiência**. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 1, p. 70–78, 2021.

- SALUM, M. C. **Ética e sigilo na prática clínica: um estudo reflexivo.** *Revista de Psicologia Clínica*, v. 38, n. 1, p. 47–55, 2016.
- SILVA, A. C. et al. **Programa interdisciplinar no tratamento da obesidade: resultados de uma abordagem cognitivo-comportamental.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 40–49, 2022.
- SILVA, D. R.; ANDRADE, T. C. **O sigilo profissional na atuação do psicólogo: implicações éticas e legais.** *Revista Psicologia em Foco*, v. 11, n. 2, p. 34–42, 2019.
- SOUZA, G. S.; FERREIRA, R. L. **Intervenções cognitivo-comportamentais na insônia em pacientes oncológicos.** *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 92–100, 2021.
- SUKHODOLSKY, D. G. et al. ***Cognitive-behavioral therapy for anger and aggression in children and adolescents.*** New York: Guilford Press, 2017.
- WEISZ, J. R. et al. ***Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.*** 3. ed. New York: Guilford Press, 2019.
- WELLS, A. ***Metacognitive therapy for anxiety and depression.*** New York: Guilford Press, 2011.
- YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. ***Schema therapy: a practitioner's guide.*** New York: Guilford Press, 2008.

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

De acordo:

Ana Flávia S. Silva

Anexos

FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

NOTA: _____



Psicologia

ESTAGIÁRIO: Maria Eduarda Castilhos Kauler

LOCAL: CE APP - Fariclin

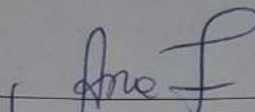
ÁREA DO ESTÁGIO:

SUPERVISOR DO ESTÁGIO: Ana Flávia CARGO e/ou FUNÇÃO Supervisora

SEMESTRE / Ano: 2 / 2025

DIA	Horas de Estágio		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	VISTO DO SUPERVISOR
	Início / Término	Total		
14/08	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
28/08	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
04/09	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
17/09	18:00 as 20:00	2h	Atendimento	[Assinatura]
18/09	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
25/09	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
30/09	13:00 as 17:00	4	Produção de relatório	[Assinatura]
01/10	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
01/10	18:00 as 21:00	3	Atendimento	[Assinatura]
02/10	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
07/10	13:00 as 17:00	4	Produção de relatório	[Assinatura]
08/10	14:00 as 17:00	3	Atendimento	[Assinatura]
08/10	18:00 as 21:00	3	Atendimento	[Assinatura]
09/10	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
16/10	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
23/10	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
24/10	07:00 as 11:00	4	Visita às casas.	[Assinatura]
26/10	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
28/10	19:00 as 22:00	3	Palavra Out Rosa	[Assinatura]
29/10	14:00 as 18:00	4	Atendimento	[Assinatura]
30/10	13:00 as 18:00	5	Atendimento	[Assinatura]

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



Ana Flávia S. Silva

Maria Eduarda C. Kalber
Estagiária de Psicologia
RA n.º 38158
UNIFASIFE

ANEXOS

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 18h00 **Término:** 18h45
5. **Data:** 01/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** E.H.O.B.R
8. **Idade do paciente:** 10 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATORIO DE ATENDIMENTO 01

No primeiro atendimento, E.H., de dez anos, aguardava na recepção acompanhado da mãe. Apresentava-se tranquilo e observador, demonstrando curiosidade em relação ao ambiente e às pessoas que circulavam pelo local. Ao ser chamado, levantou-se prontamente e acompanhou a profissional até a sala, mostrando-se receptivo e disposto a participar. O espaço foi preparado de maneira acolhedora e organizada, com brinquedos, blocos de montar e materiais coloridos à disposição. Assim que entrou, foi recebido com um tom amigável, e a profissional se apresentou, explicando de forma simples que estariam juntos todas as quartas-feiras, naquele mesmo horário, para conversar, brincar e aprender sobre sentimentos.

O menino ouviu com atenção, mantendo o olhar fixo na interlocutora. Quando questionado sobre seu nome e idade, respondeu de maneira firme e confiante: “Meu nome é E.H.O.B.R, tenho 10 (dez) anos, nasci no dia sete de agosto de 2015 e estou no quarto ano.” Mostrou-se comunicativo e falante. Ao ser perguntado por que estava em terapia, respondeu sorrindo: “Porque minha mãe me trouxe.” A profissional aproveitou a fala para explicar, com uma linguagem acessível, o papel da terapia. Disse que ali era um lugar para cuidar do coração e da nossa “cabecinha”, e que juntos iriam aprender a entender melhor os sentimentos e as situações do dia a dia. E.H. acompanhou atentamente e completou espontaneamente: “Do coração.”

Iniciou-se, então, um diálogo introdutório sobre as emoções. Quando questionado se sabia o que eram, respondeu prontamente: “Alegria, raiva, medo, nojo e tristeza.” Demonstrou domínio sobre o tema e interesse em prosseguir. A profissional apresentou um material intitulado “*Por que vou à terapia?*” e iniciou a leitura de trechos curtos, intercalando perguntas para

estimular a compreensão e a participação. Durante a leitura, E.H. manteve-se atento, acompanhando as falas e interagindo de forma espontânea. Quando o texto descrevia crianças que tinham dificuldades diferentes, ele observou: “Cada uma tem uma dor diferente”, revelando empatia e capacidade de abstração.

No decorrer da atividade, compartilhou episódios pessoais, como o dia em que caiu e machucou o dedo do pé: “Eu tava brincando na rua, aí o meu chinelo prendeu numa pedra e eu caí. Quebrou meu dedo.” Relatou o episódio com naturalidade e até certa diversão. Em outro momento, contou sobre uma situação com o cachorro da avó de uma amiga: “O cachorro saiu e atravessou a rua. Depois voltou, me cheirou e me mordeu.” Ao ser perguntado como se sentiu, respondeu: “Tristeza e raiva. Medo também.” Demonstrou facilidade em nomear e diferenciar emoções, além de boa memória dos acontecimentos.

A profissional perguntou se ele sabia para que servia o medo, e E.H. respondeu com segurança: “Pra quando tiver uma situação de vida ou morte. Se você ficar com medo, você fica atento.” A resposta mostrou compreensão e maturidade emocional.

Em seguida, foi proposto um momento de reflexão sobre as emoções mais presentes no cotidiano. O paciente mencionou sentir “preocupação quando a mãe sai” e disse que “às vezes sente raiva do professor de educação física”, justificando: “Porque ele sobra em cima dos meninos. Eu estava jogando três cortes e ele fez assim pra mim”, gesticulando com o braço. Contou ainda que sente alegria quando brinca com os amigos e tristeza “quando minha cachorra sumiu e depois achei ela debaixo do sofá.”

A profissional perguntou sobre situações em que o corpo reage a emoções fortes, e ele respondeu: “Eu já senti medo o dia que minha mãe mandou eu buscar o negócio no mercado, estava de noite, e eu tenho medo de escuro. Daí sonhei com um homem de três metros e uma guria de olho amarelo.” O relato foi acompanhado por gestos expressivos, revelando imaginação ativa e envolvimento emocional.

Posteriormente, foi introduzida uma atividade impressa de psicoeducação. A folha continha frases para completar: “Quando eu fico feliz, eu...”, “Quando eu fico triste, eu...” e “Quando eu fico com raiva, eu...”. E.H. sentou-se à mesinha, ao lado da profissional, e demonstrou entusiasmo ao ver a atividade. Pegou o lápis e começou a responder. Ao preencher a primeira frase, disse em voz alta: “Quando eu fico feliz, eu rio.” A profissional o incentivou a pensar em outras coisas que faz quando está feliz, e ele completou: “Eu me sinto bem e gosto de brincar.” Em seguida, leu a segunda frase e disse: “Quando eu fico triste, eu só choro.” A terapeuta perguntou o que ele pensa quando chora, e ele respondeu: “Eu penso que eu tô triste



mesmo, aí fico tremendo nas pernas.”

Ao chegar à terceira frase, leu em voz alta: “Quando eu fico com raiva, eu...”, e parou por alguns segundos, pensativo. Em seguida, respondeu: “Às vezes eu fico feliz também.” Questionado sobre o motivo, explicou: “Porque quando eu fico bravo, os outros riem de mim. Aí eu rio junto. Eu gosto quando eles riem de mim.” A profissional o ajudou a refletir sobre essa situação, explicando que rir dele quando está bravo pode ser uma forma dos outros debocharem, e não uma brincadeira saudável. E.H. olhou fixamente e respondeu: “É, não é legal mesmo, né?” e completou: “Mas eu gosto porque eles olham pra mim.” A fala indicou o prazer em receber atenção, ainda que por meio de uma reação negativa.

Após o preenchimento das frases, foi proposta uma atividade prática de representação com peças de Lego. A profissional pediu que ele construísse três figuras: uma para representar a felicidade, outra para a tristeza e uma para a raiva. E.H. sentou-se no chão, escolheu as peças e começou a montar com concentração. Ao representar a alegria, usou peças pequenas e coloridas, e explicou: “Essa sou eu quando tô feliz, é uma pessoa leve.” Durante a montagem, ria e comentava: “Tá parecendo um jacaré.”

Para representar a tristeza, utilizou peças maiores e de cor escura, dizendo: “Essa aqui é a tristeza. É maior que a alegria, mas não atrapalha a alegria, não.” Demonstrou insight ao diferenciar o peso das emoções e a convivência entre elas. Por fim, começou a construir a raiva. Utilizou peças vermelhas e fez movimentos rápidos com as mãos. Quando questionado, explicou: “Esse aqui tá com as pernas assim porque tá bravo.” Riu e completou: “Ele tá fazendo yoga.” Ao terminar, observou as três figuras alinhadas e disse: “Por que a alegria é menor que a tristeza? Mas tá tudo bem, a tristeza não ganha dela.”

A profissional perguntou qual das três emoções ele sentia com mais frequência. Ele respondeu sem hesitar: “Alegria e tristeza.” Questionado se gostava de estar ali, respondeu: “Sim. Eu gostei de vir aqui. Fiquei feliz de estar aqui.”

A sessão foi finalizada de maneira tranquila e acolhedora. E.H. ajudou a guardar os brinquedos e os materiais, demonstrando autonomia e respeito pelas regras da sala. Antes de sair, sorriu e disse: “Semana que vem eu venho de novo.”

Durante todo o atendimento, E.H. apresentou comportamento colaborativo, expressividade emocional e boa comunicação. Participou de todas as atividades propostas, demonstrando envolvimento, criatividade e espontaneidade. Suas falas revelaram clareza na identificação das emoções, imaginação ativa e necessidade de atenção e reconhecimento nas interações sociais. A sessão transcorreu de forma leve, com momentos de humor e sensibilidade,

permitindo à profissional observar aspectos importantes de sua comunicação afetiva, vínculo inicial e funcionamento emocional. O paciente finalizou o encontro demonstrando satisfação e vínculo positivo com a terapeuta.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O primeiro atendimento de E.H. teve como principal objetivo o estabelecimento de vínculo terapêutico e a introdução à psicoeducação emocional, aspectos fundamentais na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A sessão foi conduzida de forma lúdica e acolhedora, buscando facilitar a aproximação e favorecer a expressão espontânea de pensamentos e sentimentos.

Segundo Beck (2021), a relação terapêutica constitui um elemento essencial na TCC, sendo o vínculo colaborativo a base para o desenvolvimento das intervenções cognitivas e comportamentais. Durante o encontro, observou-se que E.H. mostrou-se receptivo e participativo, o que favoreceu a construção de uma aliança inicial positiva. A linguagem simples e as atividades concretas, como o uso de desenhos e peças de Lego, possibilitaram o engajamento e o envolvimento emocional do paciente, de acordo com sua faixa etária.

As respostas de E.H. às atividades demonstraram boa capacidade de identificar emoções básicas, como alegria, raiva, medo e tristeza. De acordo com Stallard (2021), o reconhecimento e a nomeação de emoções são componentes essenciais no processo de psicoeducação infantil, pois permitem à criança desenvolver consciência emocional e iniciar o processo de autorregulação. O paciente foi capaz de associar situações cotidianas a diferentes sentimentos, revelando compreensão sobre a relação entre eventos e reações afetivas.

Durante a atividade de completar frases, observou-se que E.H. reconhece as emoções de forma concreta, exemplificando suas vivências a partir de experiências pessoais. Ao afirmar “Quando eu fico triste, eu só choro” e “Quando eu fico bravo, eu gosto porque os outros riem de mim”, o paciente revelou um padrão de comportamento que envolve a busca por atenção e aceitação social. Segundo Knapp e Beck (2020), as respostas comportamentais frequentemente funcionam como estratégias aprendidas para lidar com emoções desconfortáveis, ainda que de modo disfuncional. Nesse caso, a valorização do riso dos colegas quando está bravo pode representar um reforço social que mantém o comportamento de irritação.

A observação do vínculo afetivo intenso com a mãe, relatado em falas como “Eu fico preocupado quando a mãe sai”, indica um traço de insegurança diante da separação e uma dependência emocional significativa. Essa característica é comum em crianças que ainda estão

desenvolvendo autonomia emocional, o que, segundo Wright, Basco e Thase (2020), pode ser trabalhado na TCC por meio de intervenções que promovam percepção de competência e estratégias de enfrentamento adaptativas.

Durante as construções com Lego, E.H. expressou simbolicamente diferentes estados emocionais. Ao afirmar “Por que a alegria é menor que a tristeza? Mas tá tudo bem, a tristeza não ganha dela”, demonstrou capacidade reflexiva e compreensão de que emoções distintas podem coexistir, o que indica um nível adequado de desenvolvimento emocional. Para Stallard (2021), o uso de atividades simbólicas auxilia a criança a traduzir experiências internas em formas concretas de expressão, favorecendo o diálogo terapêutico.

A TCC valoriza a identificação dos pensamentos automáticos e a relação entre cognição, emoção e comportamento (Beck, 2021). Ainda que o foco principal deste primeiro encontro tenha sido a psicoeducação e o vínculo, foi possível observar indícios de como E.H. interpreta as situações sociais. Sua fala “Eu gosto quando eles riem de mim, porque eles olham pra mim” demonstra uma necessidade de reconhecimento, o que pode estar relacionado à crença central de não ser suficientemente visto ou valorizado pelos outros. Esse tipo de inferência inicial é importante para a formulação cognitiva do caso, que será gradualmente desenvolvida ao longo do processo terapêutico.

De modo geral, o paciente apresentou linguagem coerente com a idade, boa capacidade de atenção e envolvimento nas tarefas. Mostrou-se espontâneo, criativo e colaborativo, favorecendo o andamento da sessão. A construção do vínculo foi efetiva, e o uso de recursos visuais e atividades práticas se mostrou adequado para sua faixa etária, conforme sugerem as recomendações de TCC infantil descritas por Stallard (2021) e Friedberg e McClure (2020).

O atendimento permitiu observar aspectos relevantes para o planejamento das próximas intervenções, especialmente no que se refere à regulação emocional, à identificação de pensamentos e à ampliação de repertórios de enfrentamento. Como destaca Beck (2021), a TCC é estruturada de forma progressiva, e o primeiro contato deve sempre priorizar a segurança emocional e o engajamento do paciente, metas plenamente alcançadas neste encontro.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jessica M. *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2020.



KNAPP, Paula; BECK, Aaron T. *Cognitive Therapy Foundations and Applications*. New York: Routledge, 2020.

STALLARD, Paul. *Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People: Emotional Resilience and Wellbeing*. 2nd ed. London: Routledge, 2021.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2020.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 18h00 **Término:** 18h45
5. **Data:** 17/09/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** E.H.O.B.R
8. **Idade do paciente:** 10 anos
9. **Paciente n°:** 02

RELATORIO DE TRIAGEM/ANAMNESE

Para nosso atendimento de Anamnese temos uma criança de 10 (dez) anos, em que sua responsável (mãe) esteve presente para realizar a avaliação. Ao chegar o horário da avaliação/anamnese, a terapeuta recepcionou a mãe que estava aguardando seu momento e se encaminhou para a sala.

Terapeuta: Boa tarde. Eu sou a Maria Eduarda, estagiária de Psicologia aqui na clínica da faculdade, atualmente trabalho como aplicadora ABA. Hoje vou conduzir a entrevista de anamnese do seu filho. Vou começar pedindo alguns dados básicos para o nosso registro. Qual o nome completo dele?

Mãe: O nome completo dele é E.H.O.B.R

Terapeuta: E qual a data de nascimento dele? E cidade natal?

Mãe: Ele nasceu no dia 07 de agosto de 2015, em São Paulo capital.

Terapeuta: Ele está com 10 (Dez) anos então...

Mãe: 10 (Dez) anos, isso.

Terapeuta: Certo. Qual o nome completo da mãe?

Mãe: O meu nome é N.O.

Terapeuta: E o nome do pai?

Mãe: C.H.B.R, ele é só o genitor.

Terapeuta: Ele mora com quem atualmente?

Mãe: Ele mora comigo e com o irmão mais velho, que tem 18 (dezoito) anos. O pai não mora junto, pois estamos separados.

Terapeuta: Entendido. Qual é o endereço de vocês?

Mãe: Moramos em [endereço].

Terapeuta: A senhora buscou psicoterapia pra ele por vontade própria ou teve algum encaminhamento?

Mãe: A neuro que o diagnosticou o encaminhou.

Terapeuta: E o telefone de contato, por favor?

Mãe: O meu número é (11) 9. 6547. 9883.

Terapeuta: Certo. Agora vamos falar um pouquinho sobre a gestação e o nascimento do E.H. Como foi a gravidez?

Mãe: Foi uma gravidez de risco. Eu tive pressão alta, precisei ser internada e acompanhar de perto.

Terapeuta: E o parto, como aconteceu?

Mãe: Foi cesárea, com trinta e oito semanas. Ele nasceu pesando três quilos e quatrocentos e quarenta gramas. Ele teve icterícia e precisou ficar na incubadora fazendo fototerapia.

Terapeuta: Ele chorou logo ao nascer?

Mãe: Sim, chorou, mas precisou de cuidados logo depois.

Terapeuta: E em relação à amamentação, como foi esse período?

Mãe: Ele mamou no peito no começo, mas logo passamos para a mamadeira. A introdução alimentar foi difícil, ele sempre foi seletivo. Desde pequeno recusava verduras e legumes, aceitava mais arroz, feijão, batata. Até hoje é assim. Ele come melhor quando eu bato os legumes no mixer e coloco em forma de purê, mas se aparecerem inteiros, ele não aceita.

Terapeuta: E no desenvolvimento motor, como foi o processo?

Mãe: Foi demorado. Ele sustentou a cabeça mais tarde, só por volta dos oito meses. Sentar, engatinhar e andar também demoraram mais que o esperado. O neuropediatra chegou a indicar acompanhamento com psicomotricista e terapeuta ocupacional.

Terapeuta: E em relação à saúde, além da icterícia no nascimento, ele apresentou outros problemas?

Mãe: Não. Hoje não tem doenças graves. O que preocupa mesmo é o peso. Ele tem dez anos e já está com 75 (setenta e cinco) quilos. Ele chegou a tomar remédio para atenção por dois meses, mas não deu certo. Fora isso, não usa medicação contínua.

Terapeuta: Ele já fez acompanhamento nutricional?

Mãe: Sim, uma vez com nutricionista no posto, mas não continuamos. Eu pretendo retomar, porque a alimentação dele é bem seletiva e o peso preocupa.

Terapeuta: E sobre o sono, como é a rotina dele?

Mãe: O sono é agitado. Ele acorda duas ou três vezes à noite, levanta, chama. Dorme no mesmo quarto que eu e quase sempre só pega no sono se eu estiver junto. Sozinho é bem difícil. Ele costuma dormir por volta das dez horas da noite.

Terapeuta: E quanto à higiene e às atividades de autocuidado, ele já faz sozinho?

Mãe: Faz sim. Ele toma banho, escova os dentes, se veste, mas ainda precisa de supervisão às vezes.

Terapeuta: E sobre a linguagem, como foi o desenvolvimento?

Mãe: Ele sempre falou bem, até adiantado. Se comunica normalmente, entende, conversa, tem vocabulário bom. O problema é a escrita. Ele fala bem, lê bem, mas tem muita dificuldade para escrever.

Terapeuta: Alguma alteração na fala, como gagueira ou língua presa?

Mãe: Não, nunca teve. Ele fala muito bem, até parece adulto conversando.

Terapeuta: E como foi a adaptação dele na escola?

Mãe: No começo foi bem difícil. No primeiro ano, quando exigiram a letra cursiva, ele sofreu muito, chorava todos os dias. Eu tive que falar com a diretora para que não obrigassem, e ela aceitou. Depois disso, ele continuou só com letra de forma. Isso ajudou, mas ainda tem dificuldade com escrita. A leitura sempre foi boa. Ele já teve encaminhamento para psicopedagoga e neurologista.

Terapeuta: Ele já foi reprovado alguma vez?

Mãe: Não, nunca. Só que precisa de adaptações para conseguir acompanhar.

Terapeuta: E sobre a socialização, como ele se relaciona com outras crianças?

Mãe: Fora da escola ele brinca bem, gosta de videogame, de correr, de brincar na rua. Na escola, se relaciona menos, mas mesmo assim consegue participar. Ele também faz aula de luta nas quartas.

Terapeuta: Ele apresenta comportamentos repetitivos ou interesses muito restritos?

Mãe: Sim. No laudo da avaliação neuropsicológica já constou isso, e foi um dos motivos para levantarem o diagnóstico de autismo.

Terapeuta: Ele já foi acompanhado por quais profissionais até agora?

Mãe: Ele fez avaliação neuropsicológica durante uns três meses, depois passou pelo neuropediatra, doutor Jofmnn, que deu o laudo confirmando autismo e TDAH. Tentamos a medicação para atenção, mas não funcionou. Ele também já foi atendido por psicopedagoga, nutricionista, e indicaram fono e terapia ocupacional.

Terapeuta: E em casa, como é o comportamento dele em relação às emoções?

Mãe: Ele é instável. Tem dias que acorda bravo, fica irritado com facilidade. Ele não tem tolerância à frustração, quando pega uma tarefa difícil acaba tendo crise, chora, se revolta. Ano passado sofreu bastante com as cobranças da escola, foi uma fase difícil.

Terapeuta: E a senhora tem alguma preocupação para essa fase de crescimento, pensando na adolescência que está chegando?

Mãe: Tenho sim. Eu penso muito em como vou conversar com ele sobre sexualidade, prevenção, porque logo vai chegar esse momento e eu quero saber como orientar.

Terapeuta: Entendi. E como foi para a senhora receber esses diagnósticos?

Mãe: No começo foi muito difícil, mas hoje eu já entendo melhor. O importante é que ele tenha apoio, que receba acompanhamento, porque sei que ele consegue evoluir. Eu só não quero que ele sofra com exigências que ele não pode cumprir.

Terapeuta: Eu agradeço muito por você ter compartilhado todas essas informações. Elas são essenciais para que possamos organizar o atendimento dele aqui na clínica. O meu foco principal vai ser o transtorno do espectro autista em si, o atraso na aprendizagem e essa questão da obesidade dele, que também é uma preocupação. Eu sugiro que a senhora procure lá na frente da recepção o nutricionista que aqui na clínica fornecemos atendimentos, e os demais profissionais eu vou procurar mais informações para repassar e poder te ajudar assim no que estiver ao meu alcance, além do acompanhamento psicológico que ele já terá aqui conosco.

Mãe: Eu que agradeço. Quero muito que ele tenha esse apoio.

Terapeuta: As seções com ele então vão ser marcadas toda quarta-feira, às 18:00, caso ocorra algum imprevisto da minha parte ou da parte da senhora, vamos nos comunicar antes.

Mãe: Sim sim.

Terapeuta: O plano que eu vou traçar com ele vai ser com base no que a senhora me passou. E eu conto também com ajuda multidisciplinar e ajuda da família, pra conseguirmos desenvolver um trabalho bem feito até mesmo no atraso da aprendizagem dele, nesse final de ano. Agradeço muito a sua atenção e qualquer coisa conversamos pelo WhatsApp tá bom, muito obrigada.

Mãe: Com certeza, farei o possível, muito obrigada.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 17h00 **Término:** 18h00
5. **Data:** 09/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** G.B
8. **Idade do paciente:** 25 anos
9. **Paciente n°:** 03

RELATORIO DE TRIAGEM/ANAMNESE

Para nosso atendimento de Anamnese temos um jovem adulto de 25 (vinte e cinco) anos de idade. Ao chegar o horário da avaliação/anamnese, a terapeuta recepcionou o mesmo que aguardava seu momento e se encaminhou para a sala.

Terapeuta: Bom, G.B., hoje vamos iniciar nossa anamnese. Esse é o primeiro momento em que teremos um espaço para conversar sobre sua história, suas vivências e as questões que te trouxeram até aqui. Já teve algum atendimento psicológico antes?

G.B.: Já sim, faz tempo. Fiz acompanhamento no CAPS, na minha cidade, mas parei faz um bom tempo. Acho que foi em 2022.

Terapeuta: Entendo. Então hoje vamos revisar um pouco da sua trajetória e identificar o que está te afetando agora. Me conta um pouco, qual é a sua queixa principal neste momento?

G.B.: Eu tenho diagnóstico de TDAH e fobia social. O laudo é de 2019, ainda tenho ele guardado. Na época, a psiquiatra até levantou a hipótese de traços de Asperger, mas nunca confirmou. Eu percebo que tenho muita dificuldade de socializar, de conversar com as pessoas. Me sinto observado o tempo todo.

Terapeuta: E como é para você lidar com essas dificuldades atualmente?

G.B.: É complicado. Eu tenho medo de ser julgado, de parecer ridículo. Desde pequeno foi assim. Sofri muito bullying na escola, e isso me fez me afastar das pessoas. Eu usava boné para esconder falhas no cabelo e uma professora me mandava tirar na frente de todo mundo, dizendo que aquilo era “frescura”. Eu me sentia humilhado. Acho que foi ali que comecei a desenvolver a fobia social.

Terapeuta: Deve ter sido muito doloroso viver isso tão cedo. E quando percebeu que esse medo se tornou algo que atrapalhava o seu dia a dia?

G.B.: Quando percebi que preferia ficar sozinho. O isolamento passou a ser a forma de lidar. Era mais fácil não tentar conversar, não me expor. No início era um alívio, mas depois começou a virar sofrimento. Eu me sentia vazio, deslocado, como se não pertencesse a lugar nenhum.

Terapeuta: Esse sentimento de vazio parece ser algo que te acompanha há bastante tempo, não é?

G.B.: Sim. Desde criança eu já me sentia diferente. E na adolescência, isso piorou. Eu comecei a me afastar de todos, inclusive da minha família. Meus pais eram tranquilos, nunca foram agressivos. Meu pai, principalmente, era muito calmo, um homem bom. E mesmo assim, eu me afastei dele. Quando ele adoeceu, eu não fui o filho que deveria ter sido.

Terapeuta: Você sente culpa por isso?

G.B.: Muita. Quando ele morreu, eu não senti nada. Nenhuma tristeza, nenhum choro. Só um vazio. Minha mãe e minha irmã choravam e eu só fiquei parado, sem saber o que fazer. Eu me senti um monstro por não sentir nada. Depois, veio a culpa. Eu negligenciei ele, e isso me dói até hoje.

Terapeuta: É compreensível sentir isso. Às vezes, quando a dor é muito grande, ela se manifesta como ausência de sentimento. O corpo e a mente entram em uma espécie de defesa. Você falou do vazio — talvez ele seja a forma que encontrou para suportar o sofrimento.

G.B.: Pode ser. Eu só sei que desde aquele dia me sinto meio travado emocionalmente. Não sei mais demonstrar afeto, nem mesmo alegria. Tudo parece meio neutro.

Terapeuta: E como é sua relação com sua mãe e sua irmã hoje?

G.B.: Moro com minha irmã. A gente se dá bem, mas é mais convivência do que afeto. Com minha mãe, converso pouco. Ela é boa, mas a gente não se entende muito. Acho que eu mesmo coloco essa barreira.

Terapeuta: E quanto à sua rotina, como tem sido?

G.B.: Trabalho como auxiliar de recepção. Não gosto muito, mas é o que tenho. Lido com o público, o que pra mim é desgastante. Faço faculdade de Direito, uma vez por semana presencial. No resto do tempo, tento evitar contato com as pessoas. Tenho alguns colegas, mas não amigos de verdade.

Terapeuta: E nas horas vagas, o que costuma fazer?

G.B.: Gosto de assistir vídeos de história, é o que mais me interessa. Às vezes pego a moto e saio andando pela cidade. Isso me ajuda a clarear a cabeça. É o único momento que sinto um pouco de liberdade, sem ninguém me olhando.

Terapeuta: Entendo. Você mencionou ter passado por situações com amigos que te marcaram. Pode me contar um pouco sobre isso?

G.B.: Sim. Tive um amigo de infância, a gente era bem próximo, mas ele sempre foi mais carismático, mais social. Com o tempo, ele se afastou e eu comecei a sentir inveja, raiva. Depois conheci outro amigo, que me ajudou muito, me incentivava, me fazia acreditar em mim. Ele dizia que eu era inteligente, que tinha valor. Eu me apeguei demais a isso. Só que acabei ficando arrogante, achando que era melhor do que os outros. Até que a amizade terminou mal, com briga e afastamento. Ele tentou suicídio, e isso me abalou muito. Até hoje me pergunto se eu poderia ter feito algo diferente.

Terapeuta: Então você carrega culpas de diferentes relações — com seu pai, com amigos, e até consigo mesmo.

G.B.: Exato. Parece que tudo que eu toco, eu estrago. Às vezes penso que eu deveria desaparecer. Não que eu queira morrer, mas queria parar de sentir esse peso. Esse vazio que não vai embora.

Terapeuta: Isso mostra o quanto você tem consciência sobre o que sente, e isso é um passo importante. Essa dor e essa autocrítica mostram que há um conflito interno profundo, mas também o desejo de compreender. Podemos olhar para essas situações de forma mais compassiva, para que você aprenda a se perdoar e se reconectar com o que sente.

G.B.: Eu quero entender o porquê de ser assim. Quero conseguir me sentir humano de novo, sem essa sensação de ser inútil ou invisível.

Terapeuta: Vamos trabalhar exatamente isso. A partir do que conversamos hoje, vejo três pontos principais: sua fobia social, a autopercepção negativa e a culpa ligada ao passado. Vamos construir juntos estratégias dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental para identificar seus pensamentos automáticos, entender como eles se formam e, aos poucos, substituí-los por ideias mais realistas e gentis consigo mesmo.

G.B.: Parece bom. Quero tentar. Não quero mais viver desse jeito.

Terapeuta: E você não está sozinho nesse processo. Cada passo que der aqui vai ser respeitado no seu tempo. Vamos juntos olhar para esse vazio e descobrir o que ele tenta te mostrar. O primeiro passo já foi dado hoje, quando você decidiu vir. Está tudo bem começar assim, aos poucos.

G.B.: Obrigado. Foi bom conversar. Não achei que fosse conseguir falar tudo isso.

Terapeuta: Fico feliz que tenha conseguido. Nas próximas sessões, vamos aprofundar essas questões. Quero que você pense durante a semana em momentos que o vazio aparece mais



forte — o que acontece antes, o que sente no corpo, o que pensa. Isso vai nos ajudar a compreender melhor o ciclo. Pode ser?

G.B.: Pode sim. Acho que consigo observar isso.

Terapeuta: Ótimo. Então combinamos de continuar daqui na próxima semana, no mesmo horário. E, G.B., quero que saiba: você não é definido pelas suas dores. Elas fazem parte da sua história, mas não determinam quem você é. A gente vai trabalhar para reconstruir esse olhar sobre si mesmo.

G.B.: Tá certo. Obrigado por me ouvir.

Terapeuta: Eu que agradeço a confiança. Nos vemos na próxima sessão.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 17h00 **Término:** 18h00
5. **Data:** 16/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** G.B
8. **Idade do paciente:** 25 anos
9. **Paciente n°:** 03

RELATORIO DE ATENDIMENTO 01

O primeiro atendimento com G.B., realizado após a anamnese, teve início com um momento de acolhida e adaptação ao ambiente. O paciente chegou tranquilo, porém com postura retraída, mantendo um tom de voz baixo e um semblante cansado. Durante os primeiros minutos, mostrou-se disposto a conversar, mas de maneira contida, evitando longas respostas. Quando questionado sobre como havia sido sua semana, respondeu de forma direta: “Normal, desinteressante como sempre”. Essa fala abriu espaço para que expressasse o sentimento de que sua rotina não lhe traz satisfação e que, apesar de já ter vivido momentos de conquistas, atualmente sente que nada de significativo acontece.

Ao longo da conversa, foi possível perceber que G.B. apresenta um olhar introspectivo e uma tendência a refletir sobre a própria vida de forma crítica. Ele afirmou se sentir preso a uma espécie de ciclo de desmotivação, relatando que há algum tempo perdeu o interesse por atividades que antes lhe traziam prazer, como a prática de exercícios físicos. Disse: “Quando eu era mais jovem, eu corria, treinava e tinha gosto por isso. Hoje é como se eu tivesse perdido aquele brilho”. Esse relato veio acompanhado de um tom de melancolia, e o paciente expressou a sensação de estar vivendo em “piloto automático”, sem expectativas ou planos concretos para o futuro.

Durante o atendimento, foi aplicada uma escala de humor com o objetivo de compreender seu estado emocional. G.B. respondeu com atenção, refletindo a cada item e fazendo comentários espontâneos sobre o que sentia. Em suas respostas, relatou sentir-se frequentemente esgotado, desanimado e inseguro, com momentos de tristeza e ansiedade. Quando questionado sobre o que o fazia sentir exausto, afirmou que era o dia a dia, a rotina sem mudanças, e completou dizendo que “é desanimador olhar pro horizonte e não enxergar nada”. Em outro momento, mencionou

que o sentimento de vazio o acompanha há algum tempo e que, apesar de saber que precisa mudar, sente dificuldade em encontrar motivos para isso.

Enquanto preenchia a escala, G.B. também falou sobre o cansaço físico e mental, descrevendo uma sensação de “melancolia constante”. Disse que não é tristeza propriamente, mas uma falta de sentido nas coisas, e que muitas vezes compara sua vida à de pessoas próximas, o que aumenta sua sensação de estagnação. Também relatou dúvidas em relação ao curso que está finalizando, comentando: “Estou no oitavo semestre e ainda me pergunto se escolhi certo”. Disse ter interesse por outras áreas e que, em algumas matérias, se sente mais envolvido do que nas disciplinas centrais da graduação.

O paciente demonstrou interesse por assuntos reflexivos e filosóficos, frequentemente tentando compreender as experiências humanas de forma mais ampla. Em vários momentos, trouxe exemplos históricos e comparações sociais para expressar o que sentia. Em determinado trecho da conversa, falou sobre como a humanidade se guia por medo e força, relacionando isso ao comportamento das pessoas no cotidiano. A terapeuta acompanhou as falas com escuta ativa, e G.B. manteve um discurso articulado e rico em detalhes, demonstrando facilidade em se expressar verbalmente e grande capacidade de análise.

Com o andamento da sessão, o paciente começou a falar sobre um antigo colega de escola e lembrou situações de perseguição e conflitos da adolescência. Relatou que, embora tenha sentido tristeza na época, nunca reagiu com agressividade, pois “alguma coisa sempre me prendia”. Comentou que nunca foi uma pessoa de brigas, mas que guardou mágoas por ter sido alvo de zombarias e exclusões. Em seguida, contou sobre um amigo que viveu uma situação parecida, mas que reagiu de forma violenta, e disse que às vezes se pergunta se teria sido diferente caso tivesse se imposto com mais firmeza. A terapeuta o convidou a refletir sobre essas lembranças, e ele reconheceu que, apesar de pensar nisso, não deseja repetir atitudes agressivas.

Mais adiante, G.B. compartilhou uma experiência marcante que teve com a Ayahuasca, relatando em detalhes o que vivenciou durante os rituais. Disse que participou duas vezes, e que na primeira ocasião sentiu medo e desconforto, pois começaram a surgir lembranças antigas e emoções reprimidas. Descreveu que “a natureza começou a se manifestar diferente” e que o fogo parecia mais intenso, assim como os sons ao redor. Contou que sentiu um grande desconforto mental e que memórias de medo e arrependimento vieram à tona, especialmente recordações de sua infância e juventude.

Ao descrever a experiência, afirmou que a Ayahuasca “mostra tudo, até aquilo que você quer esquecer”, e contou que em certo momento sentiu como se estivesse sendo castigado e, logo

em seguida, acolhido. Disse: “É como o colo de mãe, primeiro te castiga, depois te conforta”. Na segunda vez em que participou, relatou que o efeito foi mais intenso, levando-o a refletir sobre o relacionamento com o pai e sobre erros que cometeu com outras pessoas. Lembrou-se, de forma vívida, de situações em que agiu com arrogância e julgou os outros, reconhecendo: “Eu era prepotente, achava que sabia mais, mas não cabia a mim julgar ninguém”.

Em tom emocionado, contou um episódio específico em que humilhou uma colega e percebeu, anos depois, o peso que suas palavras tiveram. Disse que, após o ritual, caiu em si e compreendeu que esse comportamento o afastava das pessoas e o fazia sentir vergonha. Também mencionou um antigo amigo, com quem teve uma amizade de quinze anos, mas que acabou rompendo após uma discussão. Falou que o amigo seguiu a vida, enquanto ele permaneceu preso à culpa. “Ele tá bem, seguiu em frente, e eu ainda tô aqui preso nisso”, afirmou. A terapeuta ouviu atentamente e o encorajou a refletir sobre a importância de encerrar ciclos, destacando que não é possível mudar o passado, mas é possível se libertar dele.

Nos momentos finais da sessão, G.B. demonstrou um semblante mais sereno e uma fala mais calma. Mostrou-se reflexivo diante das próprias colocações e reconheceu que deseja melhorar, embora ainda não saiba exatamente como. Disse que, às vezes, sente vontade de voltar a fazer orações, mas que, quando tenta, “só recebe o silêncio de Deus”, expressão que usou para definir a sensação de solidão e falta de respostas. Mesmo assim, afirmou que acredita que as coisas podem mudar e que deseja encontrar um caminho mais leve para sua vida.

Antes de encerrar o atendimento, a terapeuta combinou que, na próxima sessão, o paciente traria lembranças e acontecimentos de diferentes fases de sua vida para construir uma linha do tempo pessoal. Também ficou combinado o uso de um mapa corporal emocional para que pudesse identificar onde sente determinadas emoções no corpo e de que forma elas se manifestam. G.B. concordou e demonstrou interesse em continuar dizendo que pretende compreender melhor suas próprias reações e buscar um sentido maior para suas vivências.

O encontro foi finalizado de forma tranquila, com o paciente mais leve e atento às próprias reflexões. Demonstrou boa comunicação, abertura e disponibilidade para o processo terapêutico, mantendo uma postura respeitosa e colaborativa durante toda a sessão. Apesar de ter trazido conteúdos dolorosos e pessoais, mostrou-se disposto a revisitar suas experiências e a trabalhar nelas com sinceridade e envolvimento emocional. O atendimento foi considerado produtivo, revelando aspectos importantes de sua história e um início promissor para o processo de autoconhecimento e elaboração emocional.



ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O primeiro atendimento com G.B. teve como principal objetivo o início do processo psicoterapêutico, com foco no estabelecimento do vínculo terapêutico, na escuta ativa e na compreensão inicial de aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais do paciente. Durante o encontro, foi possível observar a presença de sentimentos de desânimo, esgotamento e perda de propósito, os quais se manifestaram em um discurso permeado por pensamentos negativos e reflexões sobre eventos passados. Esse padrão de pensamento é característico do que Beck (2020) denomina tríade cognitiva negativa, em que o indivíduo tende a avaliar a si mesmo, o mundo e o futuro de maneira pessimista, o que contribui para a manutenção de sintomas depressivos.

A fala de G.B., frequentemente marcada por expressões como “é como se eu tivesse perdido aquele brilho” e “é desanimador olhar pro horizonte e não enxergar nada”, reflete a presença de pensamentos automáticos negativos e de esquemas desadaptativos de desesperança. Segundo Beck, Dobson e Dozois (2021), a identificação desses padrões cognitivos é fundamental no início da terapia, pois permite compreender como o indivíduo interpreta as experiências e quais crenças subjacentes estão influenciando suas emoções e comportamentos.

Durante o atendimento, foi utilizada a Escala de Humor de Brunel como instrumento de apoio para o reconhecimento emocional. O uso de medidas padronizadas é amplamente recomendado na prática baseada em evidências da TCC, por possibilitar o monitoramento da intensidade dos sintomas e auxiliar na formulação clínica (WRIGHT; BASCO; THASE, 2019). As respostas de G.B. indicaram altos níveis de cansaço, insegurança e tristeza, demonstrando a necessidade de intervenções voltadas à reestruturação de rotina e à ampliação de atividades reforçadoras. Para Dobson e Dobson (2021), a ativação comportamental é uma estratégia essencial no manejo da apatia e da anedonia, pois favorece o engajamento em atividades significativas que proporcionam reforço positivo natural.

Outro ponto relevante do atendimento foi o relato de G.B. sobre experiências intensas e reflexivas vividas em contextos de uso ritualístico da Ayahuasca. Tais experiências, descritas por ele como profundamente emocionais e ligadas à lembrança de vivências passadas, podem ser compreendidas como momentos de insight, porém também evidenciam conteúdos emocionais não elaborados. De acordo com Leahy, Holland e McGinn (2019), a reestruturação cognitiva é um processo que permite reinterpretar experiências dolorosas, auxiliando o paciente a desenvolver perspectivas mais realistas e equilibradas sobre si e sobre o passado, reduzindo sentimentos de culpa e arrependimento.

A narrativa do paciente sobre arrependimentos relacionados a comportamentos anteriores e sobre o rompimento de uma amizade significativa revela uma autopercepção crítica e uma necessidade de perdão e fechamento de ciclos. Esse movimento é importante, pois, conforme explica Knapp (2019), a TCC busca promover a autocompreensão e a aceitação emocional, permitindo que o indivíduo reinterprete experiências negativas e reconstrua sua identidade de forma mais adaptativa.

A postura reflexiva e colaborativa de G.B. ao longo da sessão também reforça a importância do vínculo terapêutico como fator de mudança. Friedberg, McClure e Garcia (2021) ressaltam que o estabelecimento de uma aliança terapêutica empática e colaborativa é essencial na TCC, pois potencializa o engajamento do paciente e cria um ambiente seguro para a exploração de conteúdos dolorosos. Durante o encontro, o paciente demonstrou abertura, mantendo uma comunicação sincera e envolvida, o que indica o desenvolvimento gradual dessa relação de confiança.

Além disso, a proposta da terapeuta para as próximas sessões, a construção de uma linha do tempo e a elaboração de um mapa corporal emocional, demonstra a aplicação de recursos visuais e simbólicos frequentemente utilizados na TCC para facilitar a identificação de emoções e eventos significativos. Segundo Beck (2020), esses recursos auxiliam o paciente a tomar consciência da conexão entre situações, pensamentos e emoções, promovendo a auto-observação e o autoconhecimento.

De modo geral, o primeiro atendimento com G.B. evidenciou um quadro de humor deprimido, pensamentos autocríticos e sentimentos de vazio, mas também indicou a presença de insight e motivação para compreender suas próprias emoções. A sessão cumpriu papel fundamental na formação do vínculo e no levantamento de conteúdos centrais para a formulação cognitiva, possibilitando que, em encontros futuros, sejam trabalhadas crenças disfuncionais e padrões emocionais repetitivos. Assim, o caso de G.B. demonstra como a prática terapêutica fundamentada na TCC permite compreender as interações entre cognição, emoção e comportamento, favorecendo a construção gradual de novas formas de enfrentamento e significado pessoal.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

BECK, Aaron T.; DOBSON, Keith S.; DOZOIS, David J. A. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

DOBSON, Deborah H.; DOBSON, Keith S. *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jessica M.; GARCIA, Julie H. *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LEAHY, Robert L.; HOLLAND, Susan J. F.; MCGINN, Lisa K. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática moderna**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 17h00 **Término:** 18h00
5. **Data:** 30/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** G.B
8. **Idade do paciente:** 25 anos
9. **Paciente n°:** 03

RELATORIO DE ATENDIMENTO 02

O segundo atendimento de G.B. teve início com o paciente demonstrando abertura e disponibilidade para prosseguir com a proposta da linha do tempo, previamente combinada no encontro anterior. Ele chegou tranquilo, porém com um olhar marcadamente reflexivo, carregando uma postura que oscilava entre o cansaço emocional e a necessidade de expressar conteúdos reprimidos há anos. Sentou-se com familiaridade, demonstrando confiança na continuidade do processo, e prontamente iniciou uma conversa sobre a permanência de sentimentos dolorosos que carrega consigo.

Logo nos primeiros minutos, verbalizou: “Você já não existe mais e você ainda fica ali... naquilo, naquilo, naquilo...” referindo-se às lembranças que ainda o perseguem. Afirmou que isso impede sua evolução e sua paz mental. A fala trouxe à tona o impacto persistente dos eventos escolares que marcaram sua trajetória emocional desde a infância e pré-adolescência.

Ao ser convidado a falar sobre o início desses incômodos, questionou de forma direta como poderia mudar esses padrões: “Mas como que eu mudo isso? É um comportamento? É um hábito?” Demonstrou confusão e busca ativa por explicações. Quando recebeu a confirmação de que se tratava de um padrão comportamental arraigado, reagiu com reconhecimento e resignação, como se entendesse que se trata de um processo longo.

A terapeuta retomou a proposta da construção da linha do tempo, e G.B. aceitou, embora ainda demonstrasse insegurança sobre “por onde começar”. Ao ser orientado a iniciar pelos eventos que considera significativos, respondeu: “Por volta de 2012... os eventos da escola... aquele problema na cabeça.”

Ao ser incentivado a retroceder ainda mais, comentou: “Tá, vamos começar por 2010, quando estava na terceira série.” Questionado sobre como era antes das dificuldades, respondeu

com objetividade: “Errado.” Ao ouvir a brincadeira da terapeuta de que então “já era uma merda”, G.B. retrucou com humor ácido e autodepreciativo, afirmando: “E quando que não foi uma merda? Quando eu estava na barriga.”

Quando solicitado a identificar um evento positivo, insistiu inicialmente que nada era realmente bom. Porém, pressionado gentilmente, recordou de 2014, quando foi ajudado por uma família que pagou um curso para ele durante um período difícil: “Eu tinha problemas na escola, mas eles me ajudaram e pagaram um curso pra mim.”

A terapeuta, contudo, redirecionou a conversa para o objetivo central: compreender o início dos pensamentos que hoje o afetam. G.B. confirmou que “o marco principal” se deu em 2012, quando viveu o episódio com a professora que descreve como “de merda” — chegando a dizer que acredita que ela “já deve ter morrido”. Em seguida, associou o uso constante do boné ao evento traumático: “Tanto que eu uso boné até hoje.”

A narrativa sobre os anos seguintes revelou sofrimento contínuo. Ele relatou que, quando sua mãe soube dos acontecimentos, o transferiu para o turno da manhã. No entanto, ele afirmou que a mudança piorou a situação: “Piorou. A molecada descobriu. Pegavam meu boné e corriam pela escola inteira.” Confirmou que em 2012 já havia bullying, ainda que considerasse “o princípio”.

Ao ser questionado sobre as amizades da época, mostrou ambiguidade ao descrever vínculos infantis que se enfraqueceram conforme os ataques pioravam: “Eram amizades de criança normal, só que conforme os eventos ocorreram, foram seguindo a onda.” Demonstrou saudade dessas relações e certo ressentimento por tê-las perdido.

Avançando pela linha do tempo, descreveu 2013 e 2014 como anos de mudanças físicas — “Melhorou esteticamente” — porém afirmou que isso não modificou sua posição de alvo. Declarou que a revolta começou a aparecer entre 2014 e 2015: “Mudou minha visão de mundo.” Ao ser perguntado se generalizou a revolta, respondeu de forma direta: “Generalizei.”

Relembrou um episódio com o professor de português: “Ele colocou um aluno de merda na minha frente... e começou a fazer isso na frente dela... ela olhava e falava ‘para, para’.”

Essa lembrança reforçou o sentimento de injustiça que carrega desde então: “Foi nesse momento que eu aprendi que justiça não é injustiça.”

A partir desse ponto da sessão, G.B. começou a falar sobre sentimentos mais atuais: solidão, medo, ruminação e dificuldades de convivência. Mencionou que frequentemente se questiona por que não seguiu caminhos autodestrutivos: “Às vezes eu fico me perguntando por

que eu não virei um ‘fecas’ da vida no alcoolismo.” A terapeuta interveio, questionando como isso o ajudaria, ao que ele respondeu com confusão emocional: “As pessoas têm tendência a descontar...”.

A profundou-se na sensação constante de vazio: “Quando eu falo de solidão... é aquele vazio que não some.”

Relatou ter feito um passeio sozinho recentemente: “Eu achei uma trilha da bica... achei uma árvore azul... fiquei sentado ali.” Quando perguntado se isso foi ruim, respondeu com honestidade ambígua: “Por um lado eu gosto da solidão... mas por outro lado eu sei que ela machuca. Que ela tá me destruindo.”

Ao refletir sobre sua vida e suas expectativas, expressou receio de nunca construir vínculos significativos: “Eu tô com medo que seja sempre assim.” Recebeu da terapeuta a sugestão de que, às vezes, a solidão pode ser uma etapa e não um destino. Ainda assim, parecia se debater entre aceitação e frustração.

Quando questionado sobre como definia tristeza e felicidade, afirmou: “A felicidade é o calor do momento.” Em seguida, quando a terapeuta questionou se “Ele apenas estava triste, e não que tinha uma vida triste? Respondeu de forma crítica e dolorida: “Diz isso com depressão.”

Apesar disso, aceitou o convite para preparar-se para a técnica de dramatização (roleplay) na próxima sessão, demonstrando receio, mas também curiosidade: “Eu nunca fiz isso... então é tipo um ponto de interrogação.”

Ao final da sessão, embora visivelmente cansado pela intensidade emocional, G.B. demonstrou envolvimento genuíno com o processo terapêutico e compromisso em organizar seus pensamentos e acontecimentos para o próximo encontro. Encerrou demonstrando confiança na continuidade do vínculo estabelecido.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

A compreensão dos conteúdos apresentados pelo paciente durante o atendimento requer uma análise fundamentada nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Observou-se a presença de pensamentos automáticos negativos, interpretações rígidas de eventos e respostas emocionais intensificadas. Segundo Beck (2020), os pensamentos automáticos são interpretações rápidas e involuntárias que emergem diante de situações específicas e que, quando distorcidas, contribuem para o surgimento e manutenção do sofrimento psicológico. A identificação desse padrão inicial é central para o desenvolvimento da formulação cognitiva, que

permite mapear a relação entre situação, cognição, emoção e comportamento (BECK; DOZOIS, 2021).

A interpretação do paciente sobre si mesmo e sobre suas experiências também sugere a ativação de esquemas cognitivos subjacentes. Esses esquemas, conforme descrito por Young, Klosko e Weishaar (2019), são estruturas profundas e relativamente estáveis que orientam a forma como o indivíduo atribui significado às situações, influenciando expectativas e comportamentos. Quando ativados por eventos atuais, tendem a reforçar visões negativas de inadequação, abandono, fracasso ou desvalor, contribuindo para respostas emocionais desproporcionais. A observação desses elementos já no início do processo terapêutico possibilita identificar temas centrais que deverão ser trabalhados ao longo das sessões.

Além disso, o discurso do paciente apresentou indícios de distorções cognitivas, como generalização excessiva, personalização e leitura mental. Conforme definido por Burns (2020), as distorções cognitivas são erros sistemáticos no processamento da informação, que provocam interpretações enviesadas e ampliam o sofrimento emocional. A análise dessas distorções é fundamental na TCC, pois permite ao paciente reconhecer padrões de pensamento disfuncionais e substituí-los gradualmente por cognições mais realistas e equilibradas. Esse processo, denominado reestruturação cognitiva, é considerado um dos pilares da intervenção cognitivo-comportamental (Beck; Rush; Shaw; Emery, 2017).

O conteúdo emocional apresentado pelo paciente também se relaciona ao modelo cognitivo de Beck (2020), que propõe que emoções intensas são consequência direta da interpretação atribuída às situações. Quando a interpretação é dominada por crenças negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro, configura-se a chamada tríade cognitiva negativa, frequentemente associada a quadros de humor rebaixado e sentimentos de desesperança. A identificação desses elementos permite compreender o impacto das crenças centrais na autopercepção do paciente, influenciando sua motivação e seu padrão de enfrentamento.

No que se refere aos comportamentos observados, a TCC enfatiza a importância das estratégias de ativação comportamental, especialmente quando há sinais de retraimento, perda de iniciativa ou redução de atividades prazerosas. Para Martell, Dimidjian e Herman-Dunn (2019), a ativação comportamental atua interrompendo ciclos de evitação e aumentando a probabilidade de contato com reforçadores naturais, promovendo melhora gradual do humor e da percepção de autoeficácia. Essa estratégia é particularmente eficaz em contextos em que o paciente demonstra redução de energia, perda de interesse e dificuldades para engajar-se em atividades significativas.

A relevância do vínculo terapêutico também se destaca na análise desse atendimento. Embora a TCC seja historicamente reconhecida por sua estrutura técnica, autores como Beck (2020), Leahy (2017) e Knapp (2021) enfatizam que a qualidade da aliança terapêutica é um dos preditores mais robustos de adesão e eficácia do tratamento. Uma relação empática, colaborativa e baseada em transparência favorece a expressão de pensamentos e emoções, possibilitando ao paciente sentir-se seguro para explorar conteúdos sensíveis e participar de forma ativa das intervenções cognitivas e comportamentais.

Outro aspecto importante observado está relacionado ao processo de psicoeducação. A TCC entende que explicar ao paciente o funcionamento dos pensamentos, a relação entre crenças e emoções e o papel das distorções cognitivas é fundamental para promover autonomia e autorregulação emocional (Wright; Basco; Thase, 2019). A psicoeducação não apenas orienta o manejo das próprias reações, mas também fortalece a colaboração e o engajamento ativo no processo terapêutico, permitindo que o indivíduo se torne agente da própria mudança.

Por fim, os conteúdos emergidos na sessão sugerem a ativação de experiências passadas ainda não totalmente elaboradas, aspecto frequentemente associado à influência de esquemas centrais vinculados a perdas, rejeições ou situações marcantes. Segundo Leahy, Holland e McGinn (2019), ao revisitar essas memórias dentro de um contexto terapêutico seguro, o paciente pode ressignificar interpretações antigas, reduzindo autocrítica e ampliando a compreensão de si mesmo. Esse processo desempenha papel essencial na construção de novos significados e no desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento

REFERÊNCIAS

- BECK, Aaron T.; DOZOIS, David J. A. *Cognitive therapy: current status and future directions*. *Annual Review of Medicine*, v. 72, p. 1-12, 2021.
- BECK, Aaron T.; RUSH, A. John; SHAW, Brian F.; EMERY, Gary. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.
- BURNS, David D. *Feeling good: the new mood therapy*. New York: HarperCollins, 2020.
- KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica: estratégias específicas para diferentes transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- LEAHY, Robert L. **Terapia cognitivo-comportamental: técnicas, estratégias e intervenções**. Porto Alegre: Artmed, 2017.



LEAHY, Robert L.; HOLLAND, Stephen J.; MCGINN, Lisa K. **Terapia cognitiva para transtornos emocionais: um guia para profissionais.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

MARTELL, Christopher R.; DIMIDJIAN, Sona; HERMAN-DUNN, Ruth. **Ativação comportamental para depressão: um guia do terapeuta.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais avançadas.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 17h00 **Término:** 18h00
5. **Data:** 27/11/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** G.B
8. **Idade do paciente:** 25 anos
9. **Paciente n°:** 03

RELATORIO DE ATENDIMENTO 03

O terceiro atendimento de G.B. teve início com o paciente demonstrando maior abertura emocional e disposição para conversar. Ao chegar, apresentou postura calma e receptiva, respondendo de maneira mais leve quando questionado sobre como estava. Embora mantivesse um tom descontraído, ainda era possível perceber sinais de sobrecarga interna em seu olhar e em suas pausas reflexivas, evidenciando conteúdos emocionais latentes.

Nos primeiros minutos, relatou que havia passado os últimos dias em casa, sem muitas atividades, descrevendo sua rotina como tranquila. Explicou que, quando está fora do ritmo intenso entre faculdade e trabalho, tende a ficar mais parado, com pouca disposição para tarefas cotidianas. A terapeuta acolheu suas colocações e manteve um clima seguro para que ele pudesse transitar para temas mais profundos.

Foi retomado que aquele era o penúltimo atendimento e que, na sessão seguinte, seriam aplicados testes de triagem para ansiedade e depressão, acompanhados da possibilidade de um encaminhamento psiquiátrico, caso assim desejasse. G.B. demonstrou compreensão e aceitou a proposta com tranquilidade, parecendo mais confiante sobre os próximos passos.

A terapeuta propôs então a continuidade da linha do tempo construída nos atendimentos anteriores. G.B. lembrou que estavam analisando o ano de sua mudança, quando veio para a cidade atual e ingressou na faculdade. Ele destacou que esse período representou uma conquista significativa, já que sua família, devido às dificuldades escolares que enfrentou na infância e adolescência, não acreditava que ele estivesse destinado ao ensino superior. Disse que esse momento foi encarado como um marco importante na história familiar.

Ao avançar para o ano seguinte, descreveu 2023 como um período marcado por isolamento. Contou que, por questões de documentação, começou as aulas tardiamente e que

essa defasagem contribuiu para um sentimento constante de deslocamento. Explicou que, desde esse início fora do tempo, não conseguiu formar vínculos na faculdade, o que o acompanhou como uma sensação persistente de não pertencimento.

Ao falar de 2024, o paciente relatou ter vivido um ano cansativo e emocionalmente exigente. Trouxe a notícia da descoberta do câncer uterino de sua mãe, identificado em estágio inicial e tratado por meio de cirurgia. Relatou que recebeu a informação de modo abrupto por meio da irmã, que o comunicou com dureza, quase como se o responsabilizasse. Expressou que esse episódio despertou sentimentos de confusão e tristeza. Ao refletirem juntos, a terapeuta o ajudou a perceber o contraste entre sua postura atual e a forma como reagiu no passado quando seu pai enfrentou problemas de saúde. G.B. reconheceu que, desta vez, agiu com mais maturidade e responsabilidade, garantindo que não negligenciou o apoio necessário.

Em decorrência dessa conversa, compartilhou que incentivou sua mãe a recomeçar a vida afetiva, afirmando entender o peso da solidão e temer que ela afunde em um estado emocional similar ao que ele próprio já vivenciou. A terapeuta utilizou essa metáfora apresentada pelo paciente para trabalhar a importância do movimento, da busca interna e da responsabilidade pessoal na construção de novas perspectivas.

Quando convidado a refletir sobre o ano atual, afirmou que 2025 é um período difícil de definir. Disse não saber exatamente o que pensa sobre o ano, mencionando que se sente menos proativo, com menos energia e menos motivação para atividades que antes eram comuns em sua rotina. Explicou que já foi mais disposto e engajado consigo mesmo, destacando que treinava e se movimentava mais no passado, mas que hoje percebe um padrão de desânimo recorrente. A terapeuta então revisou com ele toda a trajetória construída na linha do tempo, perguntando o que ele enxergava como evolução, deterioração ou repetição. G.B. identificou maturidade, arrependimento e omissão. Explicou que a omissão aparece principalmente no âmbito social, quando tem oportunidades de se aproximar de alguém, mas deixa de agir por receio de não saber o que dizer ou de se expor.

Após esse processo reflexivo, a terapeuta propôs uma atividade simbólica para ajudá-lo a identificar o que deseja deixar no passado e o que pretende levar consigo para o próximo ano. Recordou que G.B. frequentemente revive histórias antigas, relações já encerradas e lembranças dolorosas que permanecem muito vivas em sua experiência emocional, mesmo não fazendo mais parte de seu cotidiano. Ele refletiu sobre isso e reconheceu que muitas dessas memórias ainda o machucam.

Durante a atividade, o paciente listou elementos que sente que precisa deixar no passado. Entre eles, citou o pessimismo, a procrastinação, amizades antigas que já não fazem parte de sua vida, pessoas que lhe causaram sofrimento e memórias dolorosas ligadas aos anos escolares. Demonstrou compreensão ao afirmar que continuar revivendo essas situações o mantém preso a sentimentos que o impedem de avançar.

Em seguida, passou a identificar o que gostaria de levar consigo. Citou o desejo de melhorar sua postura, desenvolver atitudes mais gentis e trabalhar para não ser ignorante nas interações sociais. Reconheceu qualidades importantes em si, como bondade e honestidade, explicando que costuma ajudar as pessoas quando consegue e que valoriza agir com verdade. A terapeuta reforçou que ele pode manter lembranças positivas, mas sem permitir que as negativas definam sua trajetória.

Nos momentos finais, conversaram sobre a importância do movimento interno necessário para que mudanças concretas aconteçam. A terapeuta pontuou que não é o ano que muda sozinho, e sim as atitudes que o paciente decide colocar em prática. Enfatizou que permanecer esperando sentir vontade ou esperando que algo externo aconteça apenas prolonga o ciclo de sofrimento. G.B. ouviu atentamente e demonstrou estar mais consciente dessa necessidade. Afirmou que tentaria fazer diferente, reconhecendo que tentar já representa um passo significativo. A terapeuta validou essa disposição e reforçou seu esforço.

A sessão foi finalizada com o paciente mais reflexivo, porém mais leve. Demonstrou compreensão sobre sua história e sobre os padrões que deseja transformar. Saiu da sessão comprometido com o próximo encontro, aceitando a proposta dos testes e demonstrando que, mesmo de forma gradual, está caminhando para um maior entendimento de si e para um processo terapêutico contínuo

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O terceiro atendimento de G.B. evidenciou o aprofundamento da compreensão de seus esquemas emocionais e padrões comportamentais, especialmente aqueles relacionados a experiências precoces de humilhação, rejeição e isolamento. De acordo com Beck (2021), memórias negativas vividas durante a infância e adolescência tendem a estruturar esquemas centrais que orientam a forma como o indivíduo interpreta a si mesmo, os outros e o mundo. No caso de G.B., essas memórias continuam funcionando como gatilhos persistentes de tristeza, retraimento social, ruminação e expectativas negativas em suas interações atuais.

A retomada da linha do tempo permitiu ao paciente revisar sua trajetória emocional de maneira organizada, facilitando a ressignificação de eventos marcantes. A técnica é amplamente utilizada na Terapia Cognitivo Comportamental por favorecer o reconhecimento de padrões e a ligação entre passado e presente, conforme destacam Knapp e Beck (2020), que afirmam que o resgate estruturado da história de vida contribui para a identificação de núcleos cognitivos desadaptativos. Em G.B., isso se expressou na percepção de temas recorrentes, como exclusão social, sensação de inadequação, medo de aproximação e sentimentos de omissão em seus comportamentos atuais.

Ao revisitar 2023 e 2024, os relatos de isolamento e dificuldades na faculdade indicaram um padrão de evitação social, conduta frequentemente associada a crenças centrais negativas e a esquemas de desvalor, conforme explicam Hofmann, Asnaani e McLean (2022). Essa evitação, que se apresenta como uma tentativa de autopreservação, acaba reforçando a manutenção dos pensamentos automáticos negativos e intensificando a sensação de desconexão com o outro. O próprio paciente identificou que evita aproximações por medo de não saber o que dizer, o que se alinha ao modelo de ansiedade social descrito por Clark e Wells (2020), no qual a antecipação de avaliação negativa leva à paralisação comportamental.

A reflexão sobre o adoecimento da mãe mobilizou aspectos de amadurecimento emocional e habilidades de enfrentamento mais adaptativas. Esse ponto é relevante, pois demonstra a presença de recursos internos que podem ser ativados no processo terapêutico. Como pontua Young (2021), identificar modos adultos saudáveis ajuda o paciente a enxergar sua própria capacidade de autocuidado e enfrentamento, reduzindo a influência dos esquemas desadaptativos ativados em momentos de dor. No caso de G.B., a conscientização de que respondeu de forma diferente ao adoecimento atual, em comparação ao vivido no passado com o pai, evidencia progresso na sua capacidade de regulação emocional.

A atividade de separar o que deseja deixar para trás e o que deseja levar adiante favorece o desenvolvimento de metacognição e senso de agência. Segundo Salkovskis (2021), técnicas que estimulam reorganização simbólica auxiliam o paciente a se distanciar de crenças rígidas e a visualizar movimentos possíveis rumo ao enfrentamento ativo. Ao identificar elementos como pessimismo, procrastinação e memórias dolorosas como aspectos que pretende abandonar, G.B. iniciou um processo de diferenciação entre passado e presente, essencial para reduzir fusões cognitivas que perpetuam sofrimento.

Da mesma forma, quando reconheceu atributos que deseja cultivar, como bondade e honestidade, abriu espaço para a construção de crenças alternativas e funcionais sobre sua

identidade. Esse movimento está alinhado ao modelo de reestruturação cognitiva de Leahy (2020), que enfatiza que mudanças duradouras ocorrem quando o paciente começa a formular interpretações internas mais flexíveis e compatíveis com seus valores pessoais.

A discussão final sobre responsabilidade e ação foi fundamental para trabalhar o padrão de passividade e espera por mudanças externas. Conforme Beck e Dozois (2021), terapeutas de abordagem cognitivo-comportamental devem orientar o paciente a compreender que transformações ocorrem mediante engajamento ativo, desafiando comportamentos evitativos e gerando novas experiências corretivas. G.B. demonstrou compreensão dessa proposição ao admitir que precisa agir de maneira diferente para que novos ciclos se estabeleçam, reconhecendo que se manter imóvel perpetua os mesmos resultados emocionais.

Portanto, o terceiro atendimento revelou avanço significativo na capacidade de introspecção, identificação de padrões e aceitação da necessidade de mudança ativa. Esses elementos constituem bases importantes para as próximas intervenções, especialmente para a sessão final planejada, que incluirá aplicação de medidas psicométricas e encaminhamento médico, caso necessário.

REFERÊNCIAS

- BECK, Aaron T.; DOZOIS, David J. A. *Cognitive therapy: current status and future directions. Annual Review of Medicine*, v. 72, p. 1-12, 2021.
- BECK, Aaron T.; RUSH, A. John; SHAW, Brian F.; EMERY, Gary. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.
- BURNS, David D. *Feeling good: the new mood therapy*. New York: HarperCollins, 2020.
- KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica: estratégias específicas para diferentes transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- LEAHY, Robert L. **Terapia cognitivo-comportamental: técnicas, estratégias e intervenções**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- LEAHY, Robert L.; HOLLAND, Stephen J.; MCGINN, Lisa K. **Terapia cognitiva para transtornos emocionais: um guia para profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- MARTELL, Christopher R.; DIMIDJIAN, Sona; HERMAN-DUNN, Ruth. **Ativação comportamental para depressão: um guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2019.



YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais avançadas.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

Ana Flávia Sousa Silva

Maria Eduarda Castilhos Kaiber

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 27/11/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 09

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao nono atendimento pontualmente, chegando com postura tranquila e organizada. No momento da recepção, demonstrou expressão neutra, porém confortável, evidenciando familiaridade com o ambiente clínico e segurança no vínculo estabelecido com a terapeuta. A troca inicial revelou continuidade terapêutica e envolvimento.

T: Oi, P.! Tudo bem?

P: Tudo.

T: Quanto tempo, né? Ficamos duas semanas sem nos ver.

P: Ficou mesmo.

Ambos caminharam até a sala, e o paciente ocupou espontaneamente o mesmo lugar de costume, sinalizando previsibilidade e vínculo com o setting. Logo ao sentar, retirou de sua mochila um pacote de biscoitos, abriu-o e organizou alguns sobre a mesa, comportamento indicativo de conforto e aproximação social.

T: Você trouxe biscoitos hoje? Que legal!

P: Trouxe.

T: Foram vocês que fizeram?

P: A mãe fez, eu ajudei.

T: Ficaram lindos, P. Capricharam bastante.

Ao falar sobre a atividade, P.H. demonstrou envolvimento emocional, postura mais ereta e uso de gestos espontâneos.

P: Tinha um monte, tia. Um monte mesmo.

T: Vocês fizeram muitos?

P: Sim. Ficou umas bacias cheias.



T: E você ajudou em tudo?

P: Ajudei, fiquei lá um tempão.

T: Que legal isso, P. Participar junto da mãe é muito importante.

Após esse acolhimento inicial, a terapeuta introduziu o objetivo da sessão. P.H. manteve a atenção focada, inclinando-se levemente para frente.

T: P., hoje nós vamos começar o nosso livrinho da terapia.

P: Hm?

T: Lembra que eu falei que no final da terapia a gente faz um livrinho com tudo o que você aprendeu?

P: Lembro.

T: Então é hoje que começamos. E vamos usar ele na semana que vem também.

Ela apresentou a pasta e o material, chamando o paciente para participar.

T: Aqui vai ser a capa. Eu escrevo “Meu caderno da terapia” e você contorna. Pode ser?

P: Pode.

A terapeuta escreveu o título a lápis, enquanto o paciente observava com atenção, corpo orientado para o material.

T: Agora escolhe uma canetinha pra passar por cima.

P: Essa azul.

T: A azul vai ficar linda.

P.H. começou a contornar com movimentos lentos e cuidadosos. Sua respiração demonstrava concentração e ele ajustava o traço sempre que necessário.

T: Muito bom! Você está fazendo com bastante cuidado.

P: Tô tentando não errar.

T: E está conseguindo. Está ficando muito bonito.

Após terminarem a capa, passaram para a contracapa.

T: Agora quero que você desenhe você mesmo. Alguma coisa que represente você.

P: Eu mesmo?

T: Isso. Pode ser simples.

Ele segurou o lápis por alguns segundos antes de começar, mostrando reflexão e planejamento interno.

T: Quer uma ideia?

P: Não... eu consigo.

T: Então começa do jeito que achar melhor.



Ele desenhou uma cabeça, os cabelos curtos, olhos e uma camiseta.

T: Gostei do cabelo!

P: É... meu cabelo é assim.

T: Sim, ficou bem parecido.

O sorriso discreto que deu sinalizava orgulho do desenho. Eles colaram a ilustração na contracapa.

A terapeuta abriu a próxima página e iniciou o trabalho sobre emoções.

T: Agora vamos falar de emoções. Quero que você me diga o que costuma fazer quando sente algumas delas. Pode ser?

P: Pode.

Ele se ajeitou na cadeira, demonstrando prontidão.

T: Quando você sente alegria, o que acontece?

P: Eu fico feliz. Dou risada.

T: Ótimo.

P.H. acompanhava os registros com atenção ativa.

T: E quando sente raiva?

P: Antes eu ficava bravo...

T: E agora?

P: Agora eu paro. Respiro. Fico sozinho um pouco.

T: Muito bom, P.

T: E quando sente tristeza?

P: Eu penso.

T: E às vezes conversa, né?

P: Sim.

T: Vou colocar isso também.

A terapeuta registrou as respostas, validando cada uma. Ele demonstrava envolvimento, balançando a cabeça positivamente conforme via suas palavras escritas.

Chegaram à parte das estratégias.

T: Aqui vamos colocar o que você pode fazer. Vamos juntos?

P: Vamos.

T: Quando fico nervoso, eu posso...?

P: Respirar.

T: Perfeito.



T: Quando fico com vergonha, eu posso...?

P: Pensar “é só brincar”.

T: Essa frase ficou ótima.

T: E quando fico triste, eu posso...?

P: Conversar.

T: Certo.

T: E quando fico bravo, eu posso...?

P: Me afastar.

T: Muito bom.

Em seguida, passaram à página mais profunda: Antes e Depois da Terapia.

T: P., essa página é muito especial. Quero que você pense em como você era antes da terapia... e como está agora. Vai me contando.

Ele fez uma pausa longa, respirou fundo e olhou para baixo, demonstrando introspecção.

P: Antes... quando alguém me falava alguma coisa...

T: Qualquer coisa?

P: É. Quando contava alguma coisa que ia acontecer...

T: Sei...

P: Eu ficava muito, muito, muito ansioso.

Ele abriu as mãos no ar, enfatizando a intensidade.

T: Muito ansioso?

P: Muito. Eu ficava criando muita expectativa.

T: O que você imaginava?

P: Muitas coisas... umas coisas que nem iam acontecer.

T: E isso te fazia sentir como?

P: Preocupado. Às vezes eu nem dormia direito.

Sua voz diminuiu, e ele demonstrou vulnerabilidade emocional ao falar sobre o passado.

T: Você está falando de ansiedade antecipatória, sabia?

P: Hm.

T: E como está hoje?

P: Hoje eu não fico mais assim.

T: Não?

P: Não. Agora eu já aprendi a regular.

T: O que você faz quando percebe a ansiedade chegando?



P: Eu paro. Aí penso “calma”. E faço a respiração quadrada.

T: A respiração ajuda a deixar o corpo quieto e a cabeça funcionando melhor.

P: É.

A terapeuta escreveu a diferença entre antes e depois, enquanto ele observava com orgulho.

T: Qual foi a maior coisa que você aprendeu aqui?

P: A controlar.

T: Controlar o quê?

P: Meus sentimentos.

T: Isso é enorme, P.

Ele deu um pequeno sorriso.

T: E para o ano que vem... o que você quer continuar treinando?

P: Controlar também.

T: E continuar fazendo respiração?

P: Fazer.

T: E pedir ajuda quando precisar?

P: Sim.

Com as páginas prontas, a terapeuta revisou tudo o que fizeram. P.H. passou a mão pelas folhas do livrinho, olhando cada parte com expressão de contentamento e pertencimento.

T: P., olha o tanto de coisa que você fez hoje.

P: Ficou grande.

T: Ficou lindo. A gente caprichou muito. Semana que vem finalizamos e fazemos o encerramento da terapia.

P: Tá.

Guardou cuidadosamente o material.

T: Gostei muito da nossa sessão.

P: Eu também.

O paciente se levantou de forma tranquila e organizada emocionalmente, saindo da sala com postura segura e estável, demonstrando estar preparado para o processo de fechamento terapêutico da próxima sessão.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O 9º atendimento de P.H. demonstrou avanços significativos em autorregulação emocional, monitoramento cognitivo e capacidade de identificar mudanças internas entre o “antes” e o “depois” do processo terapêutico. A sessão teve como eixo estruturante a construção do “livrinho da terapia”, estratégia frequentemente utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças para consolidar aprendizados, desenvolver senso de conquista e facilitar revisão futura de habilidades socioemocionais. A elaboração compartilhada do material funcionou como ferramenta de resgate mnêmico e metacognitivo, permitindo que o paciente organizasse suas experiências internas em formato concreto e visual, favorecendo a integração entre emoção, cognição e comportamento.

Segundo Beck (2013), a TCC com crianças deve priorizar estratégias práticas, visuais e estruturadas, pois o registro concreto facilita compreensão e retenção dos conteúdos cognitivos. Nesse sentido, o envolvimento de P.H. na construção da capa, contracapa, páginas sobre emoções e estratégias representou não apenas uma atividade lúdica, mas uma intervenção direcionada à reestruturação cognitiva e ao fortalecimento de habilidades de coping, conforme indicado por Stallard (2010).

No momento em que descreveu as emoções básicas (alegria, tristeza, raiva, vergonha, nervosismo), observou-se que P.H. demonstrou capacidade clara de nomear sentimentos e associar cada emoção a respostas funcionais, o que indica avanço expressivo em consciência emocional. A literatura em TCC infantil aponta que o desenvolvimento da habilidade de identificar emoções, como componente central da psicoeducação, é fundamental para a mudança terapêutica, uma vez que possibilita reconhecer gatilhos e aplicar estratégias adaptativas (Kendall, 2012).

Ao relatar a diferença entre como agia antes e como age agora, P.H. apresentou um insight relevante: anteriormente, diante de informações novas ou anúncios de acontecimentos, ele experimentava intensa ansiedade antecipatória, marcada por expectativas exageradas, pensamentos catastróficos e preocupação prolongada. Clark e Beck (2012) descrevem que esse padrão cognitivo, envolve a tendência de superestimar riscos e subestimar a própria capacidade de enfrentamento, gerando hipervigilância e desconforto fisiológico.

O paciente verbalizou que “criava muita expectativa, imaginando coisas que nem iam acontecer”, o que corresponde a uma forma de distorção cognitiva conhecida como catastrofização e também adivinhação do futuro. De acordo com Knapp & Beck (2008), crianças com dificuldades de regulação emocional frequentemente constroem cenários imaginados que intensificam a ativação fisiológica, mantendo ciclos de ansiedade.

Ao comparar com sua realidade atual, P.H. relatou ter “aprendido a regular”. Essa afirmação evidencia internalização das técnicas de regulação ensinadas ao longo do processo – especialmente respiração quadrada, pausa ativa e afastamento breve. Wells (2017) enfatiza que técnicas de controle atencional e respiratório são eficazes na modulação de sintomas fisiológicos da ansiedade, fornecendo ao paciente senso de controle interno.

Também é relevante observar que P.H. reconhece quando deve se afastar, respirar e reorganizar-se emocionalmente antes de responder. Esse tipo de resposta autorregulatória está alinhado ao modelo do controle de impulsos e reestruturação emocional proposto por Kendall (2012), no qual a criança aprende a interromper o ciclo estímulo–emoção–reação através de um intervalo cognitivo de reflexão.

O paciente demonstrou ainda capacidade metacognitiva ao identificar não apenas o que sente, mas o que faz para se autorregular. Stallard (2010) coloca que, quando a criança compreende sua própria sequência emocional e comportamental, a generalização das habilidades tende a aumentar, o que se observou nesta sessão, já que P.H. transita entre exemplos do cotidiano e estratégias aprendidas na terapia.

Outro ponto fundamental foi sua descrição sobre “não dormir direito antes”, indicando impactos somáticos da ansiedade. Conforme Beck (2013), sintomas fisiológicos associados à antecipação são sinais importantes de ativação autonômica e devem ser trabalhados de forma direta, o que foi feito ao longo do acompanhamento e revisado nesta sessão.

O processo de construir o livrinho com a terapeuta escolhendo cores, desenhando sua representação, registrando emoções e anotando estratégias auxiliou na consolidação do autoconceito terapêutico. Young (2003) destaca que o uso de materiais concretos fortalece esquemas positivos de competência e autonomia, especialmente quando a criança participa de todas as etapas da produção.

A postura de P.H. durante a sessão também refletiu engajamento terapêutico: ele manteve foco, colaborou espontaneamente, corrigiu detalhes dos desenhos, observou atentamente o registro de suas falas e demonstrou orgulho ao revisar o material. Esses comportamentos indicam não apenas adesão, mas internalização do valor do processo terapêutico um marcador claro de progresso, segundo Knapp & Beck (2008).

A sessão culminou na preparação para o encerramento terapêutico, e P.H. demonstrou maturidade emocional ao aceitar o fechamento e mostrar segurança para continuar aplicando as estratégias no cotidiano. Como reforça Stallard (2010), o encerramento estruturado e a revisão dos aprendizados contribuem para prevenção de recaída e manutenção dos ganhos terapêuticos

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KENDALL, Philip C. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes com Ansiedade (Coping Cat)**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KNAPP, Paula; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STALLARD, Paul. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Jovens: guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WELLS, Adrian. *Metacognitive Therapy: Advances in Theory and Practice*. New York: Guilford Press, 2017.

YOUNG, Jeffrey. *Young Schema Questionnaire and Schema Therapy Model*. New York: Guilford Press, 2003.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 12/11/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente nº:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 08

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao oitavo atendimento demonstrando tranquilidade, curiosidade e abertura para as atividades. Foi acolhido pela terapeuta e encaminhado até a sala, onde se sentou e observou o ambiente enquanto a profissional organizava os materiais sobre a mesa.

A sessão iniciou-se de forma natural, com a terapeuta retomando o vínculo e abrindo espaço para o diálogo:

Terapeuta: Tudo bem com você?

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Como foram os seus dias?

P.H.: Bem.

Terapeuta: Bem?

P.H.: Uhum.

A terapeuta solicitou que ele ajudasse pegando um objeto:

Terapeuta: Faz um favor pra mim? Ali onde está aquele carregador tem um jogo que separei para jogarmos junto?

P.H.: Aqui?

Terapeuta: Uhum.

Quando retornou ao assento, a terapeuta retomou conversas sobre sua rotina escolar:

Terapeuta: E na escola, como foi?

P.H.: Bem.

Terapeuta: Bem?

P.H.: A gente teve prova de matemática.



Terapeuta: E aí?

P.H.: 22 questões. Fácil.

Terapeuta: Fácil demais?

P.H.: Sim, até que sim, só a de português... tinha muito texto.

Terapeuta: Eita, não é meu forte também!

P.H.: Era 1h40 de prova e terminei... faltava tipo uns 20 minutos.

Terapeuta: Então você terminou rápido.

A terapeuta aproveitou a interação inicial e explicou que o processo terapêutico se aproximava do final, devido ao fim do ano:

Terapeuta: Lembra daquele livro que a gente estava fazendo?

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Nós já o encerramos.

Terapeuta: E agora... nossos atendimentos estão chegando ao fim. Porque o ano já está acabando.

P.H.: Sim...

Terapeuta: Então vamos até o final de novembro e começo de dezembro.

P.H.: Final de novembro e começo de dezembro.

Terapeuta: Isso mesmo. Quero te preparar pra como ficar quando acabar as sessões. Tá bom?

P.H.: Sim.

Eles consultaram o calendário juntos, com a terapeuta explicando cada data e possibilidade:

Terapeuta: Quinta-feira que vem é feriado, talvez na quarta, então teremos três atendimentos ainda, na próxima semana é com você, depois com sua mãe, e na última eu finalizo com você.

P.H.: Entendi.

Terapeuta: Dia 12 normal... dia 19 com você... dia 26 eu chamo sua mãe.

Terapeuta: E dia 3 ou 4 finalizo com você.

P.H.: Tá.

A terapeuta então apresentou os materiais da sessão:

Terapeuta: Trouxe um joguinho de dominó, uma massinha e esse outro jogo.

P.H.: Eu nunca quis jogar dominó com meu pai.



Terapeuta: Ele não quer jogar?

P.H.: Sempre ganho.

Terapeuta: (ri) Então tá explicado.

Antes dos jogos, a terapeuta retomou o tema das emoções:

Terapeuta: Lembra das emoções?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Estamos trabalhando elas todos os dias, Paulo Henrique.

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Então quero que você pegue a massinha e faça duas emoções. Mas não pode ser alegria e tristeza, porque essas são fáceis.

P.H.: Tá.

Enquanto começava a moldar, o paciente perguntou:

P.H.: O que é isso?

Terapeuta: É o “cômodo” da emoção... sabe quando a gente lembra de alguma coisa e sente um sentimento?

P.H.: Não sei que emoção é essa.

Terapeuta: Quando a gente lembra de algo do passado.

P.H.: Lembrança?

Terapeuta: Não.

P.H.: Nostalgia?

Terapeuta: Isso!

Terapeuta: A nostalgia é uma recordação de algo que já aconteceu.

O diálogo sobre o símbolo da nostalgia continuou:

P.H.: Nostalgia parece uma cor da pele.

Terapeuta: Não, é só um símbolo. Não precisa fazer a senhorinha.

P.H.: É a senhorinha?

Terapeuta: É uma representação, mas você pode fazer diferente.

Terapeuta: Quero algo que represente a emoção, sem ser o boneco.

Ele hesitou:

P.H.: Eu ia fazer uma nave aqui.

Terapeuta: A nave representa nostalgia pra você?

P.H.: (ri) Não sei.

Terapeuta: Então faça algo que quando você olhar, lembre da emoção.

O paciente continuou mexendo na massinha, demonstrando incerteza:

P.H.: Acho que não vou conseguir.

Terapeuta: Vai sim. Faz... você já fez bastante aqui.

Durante a moldagem, surgiram conversas espontâneas sobre vídeos que ele assistiu, ideias aleatórias, frases desconexas típicas do fluxo natural de fala infantil:

P.H.: Eu vi uns vídeos de gente fazendo ouvido.

Terapeuta: De ouvido?

P.H.: É... era pra fazer... fazer o inferno.

Terapeuta: (rindo) O inferno?

P.H.: Eu fiz um inferno. Faz tempo que eu não faço isso.

Eles continuaram:

Terapeuta: Agora faz a outra emoção.

P.H.: A cerebral?

Terapeuta: Isso.

P.H.: Estraguei a cabeça da venda... onde vou fazer?

Terapeuta: Pega outra parte da massinha.

Ele seguiu montando e contando:

P.H.: Ó, agora vou fazer isso. Ficou legal. O que é isso?

Terapeuta: O que você acha que é?

P.H.: Um exercício pra perder bumbum.

Terapeuta: (risos)

Ele continuou trazendo frases aleatórias:

P.H.: Isso é da mãe da Nostalgia...

Terapeuta: Sim

Terapeuta: (observa e aguarda)

A terapeuta pediu olhos nas figuras:

Terapeuta: Faz um olhinho neles, na cor preta.

P.H.: Vou fazer.

Terapeuta: Fez? Que lindo! Vou tirar uma foto.

P.H.: Quero levar pode?

Terapeuta: Claro que sim.

Em seguida conversaram sobre as emoções escolhidas:

Terapeuta: Por que você fez nostalgia?



P.H.: Eu gosto da minha vó.

Terapeuta: Você lembra dela?

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Sente saudades?

P.H.: Sinto.

Terapeuta: Ela mora onde?

P.H.: Colíder.

Terapeuta: Mãe da sua mãe?

P.H.: Sim.

Sobre a raiva:

Terapeuta: E por que fez a raiva?

P.H.: Eu não gosto de ficar com raiva.

Terapeuta: Tem ficado com raiva ultimamente?

P.H.: Não.

Terapeuta: E o que tem sentido?

P.H.: Alegria.

Terapeuta: Alegria mesmo?

P.H.: Sim.

A terapeuta sugeriu jogar um jogo:

Terapeuta: Vamos jogar um jogo?

P.H.: Sim

Terapeuta: Quer jogar o jogo Descolados ou o dominó?

P.H.: Hummm. Como é esse?

Então ela retomou:

Terapeuta: Lembra das habilidades sociais? Aquelas cartinhas?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Vamos entrar nisso de novo. Esse jogo é mais difícil. Chama “Descolados”.

Eles começaram a separar as cartas:

Terapeuta: Vamos a organizar por color. Verde... azul... amarelo... roxo... vermelho.

P.H.: Verde. Roxo. Vermelha. Verde.

Terapeuta: Isso. Coloca aqui no cantinho.

Como faltavam pinos do jogo, ela propôs fazer de massinha:

Terapeuta: Como não tem todos os pinos, vamos fazer um com massinha.



P.H.: Eu faço.

Terapeuta: Faz uma bolinha.

P.H.: É meu preferido.

Durante a preparação do jogo, começou a chover forte, ele contou:

P.H.: O carro da mãe está lá na frente.

Terapeuta: Tá na chuva, né?

P.H.: Sim

Após organizar as cartas por cor, a terapeuta explicou brevemente como funcionaria a atividade.

Terapeuta: Certo, P. As cartas verdes são de situações do dia a dia, as azuis são perguntas sobre como você agiria, as vermelhas são desafios de comportamento e as roxas são decisões difíceis.

P.H.: Aham.

Terapeuta: A gente vai sortear uma de cada vez e conversar sobre o que você faria. Certo?

P.H.: Tá.

A terapeuta entregou o pino de massinha que ele havia feito.

Terapeuta: Esse aqui é o seu pino.

P.H.: Eu gostei. Ficou bom.

Eles iniciaram o jogo:

1ª RODADA — Carta Verde (situação cotidiana)

Terapeuta: Vamos começar pela verde.

(tira a carta)

Terapeuta: “Seu colega te chama para brincar, mas você está com vergonha. O que você faz?”

P.H.: Eu vou.

Terapeuta: Mesmo com vergonha?

P.H.: Uhum.

Terapeuta: E se a vergonha ficar muito grande?

P.H.: Eu penso... “é só brincar”.

Terapeuta: Boa estratégia.

Ele move o pino duas casas.



2ª RODADA — Carta Azul (como você agiria)

Terapeuta: Sua vez de tirar.

P.H.: (pega a carta e lê devagar) “O que você faz quando alguém te interrompe?”

Terapeuta: E aí?

P.H.: Depende.

Terapeuta: De quê?

P.H.: Se é minha mãe... eu paro.

Terapeuta: E se é um colega?

P.H.: Eu falo “pera”.

Terapeuta: Boa! Isso é comunicação assertiva.

Ele avança uma casa.

3ª RODADA — Carta Vermelha (desafio de comportamento)

Terapeuta: Agora vem desafio, hein.

(tira a carta)

Terapeuta: “Fique parado por 5 segundos sem falar nada.”

P.H.: Ahh...

Terapeuta: Vamos lá. Valendo!

P.H.: (tenta segurar, abre um sorriso)

Terapeuta: Um... dois... três...

P.H.: (quase fala, segura)

Terapeuta: Quatro... cinco!

P.H.: Consegui!

Terapeuta: Conseguiu! Muito bom.

4ª RODADA — Carta Roxa (decisão difícil)

Terapeuta: Agora, carta roxa.

P.H.: (tira) “Seu amigo está triste, mas você não sabe o motivo. O que você faz?”

Terapeuta: O que você faria?

P.H.: Perguntava.

Terapeuta: Perguntava o quê?

P.H.: “O que aconteceu?”

Terapeuta: E se ele não quiser falar?



P.H.: Eu fico junto.

Terapeuta: Ficar junto é uma boa forma de ajudar.

Durante a atividade, P.H. fez comentários espontâneos e descontraídos:

P.H.: Meu pino tá ficando torto.

Terapeuta: Porque você tá apertando-o! (risos)

P.H.: (ri) É que é massinha, né.

Ele ajeitou e continuou.

5ª RODADA — Situação que exige empatia

Terapeuta: Vamos mais uma.

(tira carta verde)

Terapeuta: “Na escola, dois colegas começam a discutir. Você sente vontade de entrar na briga. O que faz?”

P.H.: Eu não entro.

Terapeuta: O que você faria então?

P.H.: Vou embora.

Terapeuta: Ótima escolha. Se afastar é a melhor maneira de se proteger.

Última rodada — Encerramento simbólico

A terapeuta propôs uma carta final de reflexão:

Terapeuta: Última carta, pra gente encerrar.

(tira carta azul)

Terapeuta: “O que você faz quando sente alegria?”

P.H.: Eu fico feliz.

Terapeuta: E como você mostra essa alegria?

P.H.: Eu rio. E falo.

Terapeuta: Fala o quê?

P.H.: “Tô alegre.”

Terapeuta: Muito bem.

Fechamento do encontro

Terapeuta: Você se saiu muito bem no jogo hoje.

P.H.: Eu gostei.



Terapeuta: Gostou do pino que você fez?

P.H.: Aham.

Terapeuta: Então pode levar.

Eles guardaram juntos o jogo.

Terapeuta: Na próxima sessão a gente continua se preparando para o final do ano, combinado?

P.H.: Combinado.

Terapeuta: Foi muito legal te ver hoje.

P.H.: Tchau.

Terapeuta: Tchau, P.

O atendimento foi finalizado com o paciente tranquilo, participativo e demonstrando boa compreensão das situações sociais trabalhadas.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O oitavo atendimento de P.H. evidenciou progressos importantes no desenvolvimento emocional e no manejo de habilidades sociais, especialmente no reconhecimento e na nomeação de emoções mais complexas, na expressão simbólica de sentimentos e na capacidade de refletir sobre comportamentos sociais. Assim como nas sessões anteriores, o trabalho manteve-se fundamentado nos pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que compreende a interação entre pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas como base para a modificação de padrões disfuncionais (BECK, 2013).

A atividade inicial, envolvendo a modelagem de emoções com massinha, permitiu que o paciente identificasse e representasse emoções menos óbvias, como nostalgia e raiva. A escolha espontânea de “nostalgia” e sua associação à avó evidenciam a capacidade de conectar emoções a memórias e estímulos internos. Segundo Stallard (2022), a discriminação emocional é um dos pilares da TCC infantil, pois amplia a habilidade da criança de reconhecer nuances afetivas e compreender os contextos em que surgem. Além disso, o uso da massinha proporcionou um meio simbólico e acessível para explorar conteúdos subjetivos, aspecto que, conforme apontam Knapp e Beck (2020), favorece a expressão emocional segura e auxilia no acesso a conteúdo internos que podem ser difíceis de verbalizar diretamente.

O jogo “Descolados” funcionou como um instrumento estruturado de treinamento de habilidades sociais, estimulando P.H. a refletir sobre situações cotidianas e ensaiar respostas

comportamentais adaptativas. Durante a atividade, o paciente demonstrou capacidade de avaliar cenários sociais, reconhecendo alternativas mais saudáveis, como afastar-se de conflitos, pedir tempo (“pera”) diante de interrupções e oferecer apoio a um amigo triste. Essas respostas refletem habilidades de assertividade, empatia e resolução de problemas, que constituem elementos centrais no repertório socioemocional trabalhado pela TCC (DOBSON, 2019).

A produção espontânea de uma auto verbalização adaptativa — “é só brincar” — ao pensar sobre situações de vergonha, constitui um indicativo importante do avanço cognitivo do paciente. De acordo com Stewart e Chambers (2018), *self-statements* positivos funcionam como estratégias eficazes de enfrentamento, pois auxiliam a criança a substituir pensamentos negativos automáticos por interpretações mais realistas e funcionais.

Adicionalmente, o jogo incluiu exercícios de controle inibitório, como permanecer cinco segundos sem falar, o que favoreceu o treino de autorregulação e o desenvolvimento de habilidades executivas. Conforme destacam Knapp e Beck (2020), atividades lúdicas estruturadas contribuem significativamente para o fortalecimento da capacidade de autocontrole, sobretudo quando realizadas em ambiente seguro e com reforço positivo, como ocorreu durante a sessão.

Observou-se também que P.H. manteve engajamento consistente, respondeu de maneira apropriada às demandas propostas e demonstrou compreensão crescente de que diferentes emoções são naturais, legítimas e adaptativas — aspecto essencial no processo de construção da autonomia emocional. Esse entendimento está alinhado ao objetivo central da TCC em contextos infantojuvenis, que busca promover reconhecimento emocional, autorregulação e comportamento social funcional (Steward; Chambers, 2018).

Em síntese, o oitavo atendimento de P.H. mostrou-se altamente produtivo, integrando recursos lúdicos, exercícios cognitivos e treino comportamental de forma coerente com os objetivos terapêuticos. Os resultados observados reforçam a efetividade da psicoeducação emocional e das atividades estruturadas da TCC no fortalecimento das habilidades socioemocionais do paciente e na consolidação de estratégias mais adaptativas para lidar com situações desafiadoras.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.



DOBSON, Keith S. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 4. ed. New York: Guilford Press, 2019.

KNAPP, Pamela; BECK, Judith S. *Cognitive behavior therapy with children and adolescents*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2020.

STALLARD, Paul. **Terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

STEWART, Rachael E.; CHAMBERS, Norah. **Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents**. New York: Routledge, 2018.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 31/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 07

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao sétimo atendimento acompanhado da mãe, apresentando bom humor e disponibilidade para participar. Foi recebido pela terapeuta na recepção e conduzido até a sala de atendimento, onde iniciou a sessão com postura tranquila e curiosa diante dos materiais sobre a mesa.

Terapeuta: Tudo bem com você?

P.H: Uhum.

Terapeuta: Que bom te ver. Como foi a sua semana?

P.H: Boa.

Terapeuta: Que ótimo! Aconteceu alguma coisa legal?

P.H: Nada demais. Só assisti uns filmes e brinquei um pouco.

Enquanto se acomodava, P.H. observou um desenho e começou a conversar espontaneamente sobre ele.

P.H: Esse desenho era pra ser um relógio, mas eu tirei umas partes.

Terapeuta: Que interessante! E os números, estão certos?

P.H: Acho que não. O quatro tá errado, é tipo um “V” com um risquinho. Minha avó falou que tava assim no caderno.

Terapeuta: Então você percebeu um detalhe diferente. Tem vários jeitos de escrever o número quatro, né?

P.H: Sim, e eu fiquei pensando nisso, porque o relógio do meu pai é diferente.

A terapeuta aproveitou a espontaneidade do diálogo para reforçar a curiosidade e a atenção de P.H., elogiando sua percepção. Em seguida, apresentou o material do dia, explicando que trabalhariam novamente o tema das emoções.

Terapeuta: Hoje a gente vai fazer uma atividade sobre emoções. Você lembra das que já conhecemos?

P.H: Lembro! Alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, ansiedade...

Terapeuta: Isso mesmo! Vamos começar completando umas frases. A emoção que você mais gosta de sentir é...?

P.H: Alegria.

Terapeuta: E por que a alegria?

P.H: Porque me faz sentir bem. Eu gosto de ficar alegre, dá vontade de rir e brincar.

Terapeuta: E o que te deixa alegre?

P.H: Quando eu como hambúrguer com a minha mãe.

Terapeuta: Que momento bom, né?

P.H: Sim, a gente sempre conversa bastante.

A terapeuta prosseguiu, incentivando-o a pensar sobre as emoções menos agradáveis.

Terapeuta: E qual é a emoção que você menos gosta de sentir?

P.H: Ansiedade.

Terapeuta: E o que te deixa ansioso?

P.H: Quando eu tô assistindo filme, tipo Jurassic World. Ontem eu vi um com a minha mãe e fiquei muito ansioso.

Terapeuta: O que aconteceu no filme que te deixou assim?

P.H: A menina atravessou o lago e tinha um dinossauro dormindo. Daí eu pensei: “ele vai acordar e comer ela!”. Eu fiquei com o coração batendo forte.

Terapeuta: E o que aconteceu depois?

P.H: Ele acordou, fez um barulhão e depois foi embora. Mas eu fiquei todo preocupado.

Terapeuta: Então você ficou ansioso sem saber o que ia acontecer, né?

P.H: Sim! Eu fico ansioso quando não sei o que vai acontecer.

Terapeuta: E o corpo sente isso, né?

P.H: Sim. Eu senti na barriga e nas mãos, parecia que tava tremendo.

A terapeuta validou sua percepção e explicou que a ansiedade é uma emoção natural, que aparece em momentos de incerteza, mas pode ser controlada quando reconhecida.

Terapeuta: E você já sentiu isso em outras situações?

P.H: Já... tipo quando tenho prova na escola. Fico com medo de errar.

Terapeuta: E o que você faz pra tentar se acalmar?

P.H: Eu respiro fundo e penso que vai dar tudo certo.

A terapeuta elogiou a estratégia e reforçou que o reconhecimento das emoções é um passo importante. Logo após, retomou a atividade com frases sobre sentimentos cotidianos.

Terapeuta: Eu fico feliz quando...

P.H: Como hambúrguer com a minha mãe.

Terapeuta: Eu fico triste quando...

P.H: Quando eu me machuco.

Terapeuta: Eu fico com medo quando...

P.H: Tem trovão ou quando o filme é muito assustador.

O exercício seguiu de forma leve e participativa. P.H. ria e interagia com interesse. Em seguida, a terapeuta retomou o livro “Quando os pais se separam”, utilizado em encontros anteriores, buscando ampliar a compreensão sobre mudanças familiares e emoções ligadas à separação.

Terapeuta: Lembra que estávamos lendo esse livro aqui?

P.H: Ah, sim, o do divórcio.

Terapeuta: Isso! A gente parou na parte das mudanças.

P.H: É quando fala que os filhos continuam sendo amados mesmo se os pais não morarem juntos, né?

Terapeuta: Exatamente. E a sua família, o que mudou pra você?

P.H: Que eu fico mais tempo com a minha mãe. Vejo meu pai menos.

Terapeuta: E como você se sente com isso?

P.H: Triste, às vezes. Mas depois eu fico bem.

Terapeuta: É importante saber que a tristeza vem e vai, né? Igual as ondas do mar.

P.H: Sim, às vezes é forte e às vezes é fraca.

Após esse momento de reflexão, a terapeuta introduziu a atividade sobre as “máscaras emocionais”, explicando que algumas pessoas disfarçam o que sentem para evitar julgamentos ou brigas.

Terapeuta: Às vezes, a gente coloca uma máscara pra esconder o que sente. Você já fez isso?

P.H: Já.

Terapeuta: De quais sentimentos você lembra de ter escondido?

P.H: Raiva e rancor. E também tristeza.

Terapeuta: E o que você costuma dizer quando está com raiva?

P.H: Que tá tudo bem.



Terapeuta: Essa é sua máscara, né? Fingir que está bem pra ninguém perceber.

P.H: É, porque se eu falo, piora.

Terapeuta: Entendo. E quando você chora?

P.H: Eu falo que não foi nada.

Terapeuta: E o que sente por dentro?

P.H: Fico com vontade de chorar mais, mas seguro. Parece que trava aqui.

Terapeuta: E onde você sente essa vontade no corpo?

P.H: Na garganta. Fica apertado.

A terapeuta reforçou que é natural sentir raiva, medo e tristeza, e que esconder emoções pode gerar incômodo no corpo. Em seguida, apresentou a atividade do “corpo das emoções”.

Terapeuta: Aqui tem um desenho de corpo humano. Você vai pintar onde sente cada emoção. Onde você sente a tristeza?

P.H: No peito.

Terapeuta: E o medo?

P.H: Na cabeça.

Terapeuta: E a raiva?

P.H: Na garganta.

Terapeuta: E o nervoso?

P.H: Nas pernas. Elas tremem.

Terapeuta: E quando está feliz?

P.H: Em tudo!

Enquanto pintava, P.H. escolheu cores específicas para cada sentimento e explicou suas escolhas.

Terapeuta: Por que azul pra tristeza?

P.H: Porque é frio.

Terapeuta: E o preto pro medo?

P.H: Porque lembra o escuro.

Terapeuta: E o vermelho pra raiva?

P.H: Porque esquenta e dá vontade de gritar.

A terapeuta parabenizou o raciocínio e explicou que o corpo sempre mostra o que sentimos. P.H. demonstrou curiosidade e comentou sobre sensações físicas que costuma perceber.

P.H: Quando fico ansioso, minhas mãos descascam.



Terapeuta: É o corpo reagindo, sim. E quando sente alegria?

P.H: Fica tudo leve, parece que o corpo fica solto.

No final da atividade, P.H. lembrou de um episódio em que sentiu medo e relatou em detalhes

P.H: Um dia eu tava na casa do meu primo e vi uma aranha vermelha subindo em mim. Fiquei com muito medo!

Terapeuta: Nossa, que susto! O que você sentiu no corpo?

P.H: Um arrepio, parecia que ela ainda tava andando em mim.

Terapeuta: E depois?

P.H: Minha tia matou com o chinelo. Mas eu fiquei lembrando, parecia que ela ainda tava lá.

Terapeuta: Isso acontece, o corpo guarda a sensação por um tempo.

A terapeuta aproveitou o relato para reforçar a importância de identificar as reações físicas diante das emoções, explicando que corpo e mente estão sempre conectados. P.H. ouviu com atenção e mostrou-se envolvido, demonstrando boa capacidade de reflexão para sua idade.

Terapeuta: Hoje você trabalhou muito bem. Conseguiu identificar várias emoções e até perceber onde elas aparecem no corpo.

P.H: Eu gosto dessas atividades.

Terapeuta: Que bom! Saber o que a gente sente ajuda a entender o que o corpo mostra.

P.H: É, assim fica mais fácil controlar.

Nos minutos finais, a terapeuta fez uma devolutiva positiva, elogiando o esforço e o progresso do paciente. Ele se mostrou satisfeito com o próprio desempenho, sorrindo e organizando seus materiais.

O sétimo atendimento de P.H. caracterizou-se por um envolvimento significativo nas atividades de autoconhecimento e expressão emocional. O paciente demonstrou avanços na identificação dos sentimentos, no reconhecimento das reações corporais e na verbalização de experiências internas. A sessão proporcionou um espaço de reflexão e aprendizado, fortalecendo a autorregulação emocional e o vínculo terapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O sétimo atendimento de P.H. evidenciou avanços significativos no processo terapêutico, especialmente no que se refere à identificação e à expressão das emoções, bem como à

capacidade de associá-las às sensações corporais. Durante a sessão, foi possível observar um progresso em sua autorreflexão emocional, demonstrando maior abertura para reconhecer sentimentos de alegria, ansiedade, medo, raiva e tristeza, além de compreender as manifestações físicas que os acompanham.

A proposta terapêutica esteve pautada nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que considera a relação entre pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas (BECK, 2013). Nesse sentido, o exercício de localização das emoções no corpo possibilitou o desenvolvimento da consciência emocional e da autopercepção, elementos fundamentais para o processo de autorregulação afetiva.

A utilização de recursos lúdicos e psicoeducativos, como o desenho do corpo e o livro “Quando os pais se separam”, favoreceu a expressão simbólica dos sentimentos e o acesso a conteúdo internos que muitas vezes são difíceis de verbalizar. Segundo Knapp e Beck (2020), atividades lúdicas estruturadas em contexto terapêutico auxiliam crianças e adolescentes a compreenderem as próprias experiências emocionais, facilitando a comunicação e o manejo das emoções.

Ao longo da sessão, observou-se que P.H. demonstrou consciência acerca da emoção de ansiedade, descrevendo-a em termos físicos como o “coração batendo forte” e o “peso na barriga”, o que indica o início da diferenciação entre estados emocionais e corporais. De acordo com Stallard (2022), o reconhecimento dos sinais corporais é um passo essencial na TCC infantil, pois permite à criança identificar precocemente os gatilhos emocionais e utilizar estratégias de enfrentamento adaptativas.

Além disso, o trabalho com as “máscaras emocionais” possibilitou a exploração de sentimentos frequentemente reprimidos, como raiva e tristeza, contribuindo para o aumento da consciência emocional e para o fortalecimento da assertividade. Beck (2013) enfatiza que a expressão emocional controlada e contextualizada é uma habilidade aprendida, cuja ausência tende a favorecer a manutenção de pensamentos automáticos disfuncionais e respostas emocionais desproporcionais.

O relato de P.H. sobre o episódio da aranha também representou um recurso terapêutico importante, pois permitiu à terapeuta trabalhar o medo como emoção adaptativa e natural. Conforme destaca Dobson (2019), a TCC valoriza o uso de situações concretas para ajudar o paciente a compreender as próprias reações emocionais, promovendo reestruturação cognitiva e redução da ansiedade diante de eventos ameaçadores.

Observou-se que P.H. demonstrou compreensão crescente de que todas as emoções são legítimas e cumprem uma função, apresentando capacidade para nomeá-las e relacioná-las ao contexto em que surgem. Esse avanço é essencial para o fortalecimento de habilidades socioemocionais e para o manejo de situações desafiadoras, sendo um dos objetivos centrais da TCC em contextos infantojuvenis (STEWART; CHAMBERS, 2018).

Em síntese, o sétimo atendimento de P.H. mostrou-se produtivo e coerente com os objetivos terapêuticos estabelecidos, contribuindo para o desenvolvimento da consciência emocional, da autorregulação e do repertório de enfrentamento. O progresso observado reflete o impacto positivo do uso de recursos lúdicos e do diálogo psicoeducativo na construção de um processo terapêutico acolhedor, estruturado e voltado à autonomia emocional.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DOBSON, Keith S. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 4. ed. New York: Guilford Press, 2019.

KNAPP, Pamela; BECK, Judith S. *Cognitive behavior therapy with children and adolescents*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2020.

STALLARD, Paul. **Terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

STEWART, Rachael E.; CHAMBERS, Norah. *Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents*. New York: Routledge, 2018.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 23/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 06

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao sexto atendimento acompanhado da mãe, que trouxe uma lembrancinha em forma de saquinho com biscoitos personalizados. A mãe, que trabalha com confeitaria artesanal, preparou os biscoitos em homenagem ao Dia dos Professores e ao Dia das Mulheres, e contou que P.H. ajudou a produzi-los. O gesto foi recebido com carinho pela terapeuta, que iniciou a sessão valorizando o vínculo e o gesto de afeto compartilhado.

Terapeuta: Boa tarde Paulo, vamos lá! E essa lembrancinha? Que linda!

PH: É do Dia dos Professores e do Dia das Mulheres.

Terapeuta: Que coisa mais bonita. Foi você que ajudou a fazer?

PH: Foi. Eu ajudei a mãe a fazer os biscoitos.

Terapeuta: Que delícia! É de quê?

PH: Acho que é de leite ninho.

Terapeuta: Humm, deve ser uma delícia.

PH: É. Eu ajudei a fazer. A minha tia coloca na geladeira pra esfriar, e eu ajudo a abrir.

Terapeuta: Que legal! Vocês trabalham em equipe. Deve dar orgulho pra sua mãe, né?

PH: É.

Terapeuta: E ela falou alguma coisa pra você me contar hoje?

PH: Esqueci.

Terapeuta: Esqueceu? Acho que não, hein. O que foi que ela falou que você fez essa semana?

PH: Não lembro direito.

Terapeuta: Foi sério ou só uma brincadeira?

PH: Acho que foi uma brincadeira.

Terapeuta: Ela falou pra você me contar as suas “presepadas”, né? Quais foram as dessa semana?

PH: Nem sei.

Terapeuta: Não sabe ou não quer contar?

PH: Acho que não sei mesmo.

Terapeuta: Então tá bom. E o que você fez de bom nesses dias?

PH: Fui brincar lá embaixo, no parquinho que tem perto de casa.

Terapeuta: Que legal! Tava sozinho?

PH: Não. Tinha meus amigos. A gente fez uma quadrilha de fogo.

Terapeuta: Uma quadrilha de fogo? Como assim?

PH: É... pegamos uma enxada, tiramos a terra e colocamos dois paus de cana e uma rede, tipo rede de pesca.

Terapeuta: Nossa! E você tava lá no meio?

PH: Tava. A gente tava jogando com uma bolinha pequena. Aí o carro passou por cima e ela estourou.

Terapeuta: Eita! Era de noite?

PH: Era, umas seis horas. Aí os meninos foram no mercadinho e compraram outra bola, de futebol mesmo.

Terapeuta: Mas sua mãe não gostou muito, né?

PH: Acho que não, cheguei meio tarde em casa.

Terapeuta: E que horas você chegou?

PH: Umas oito horas.

Terapeuta: P.H., precisa cuidar, viu? À noite é perigoso. Às vezes os meninos são mais velhos e não cuidam de você.

PH: É, mas minha mãe olha da janela, e eu vejo ela me olhando.

Terapeuta: Mesmo assim, tem que cuidar. Sua mãe acabou de ter neném, tá mais cansada. É importante você ajudar, ficar perto dela, combinado?

PH: Tá.

Terapeuta: Porque se você não estiver por perto, quem é que vai estar? Seu padrasto chega só à noite, né?

PH: É.

Terapeuta: Então tem que ajudar a cuidar dela e do irmãozinho.

PH: Hoje aconteceu uma coisa engraçada. Meu padrasto acordou atrasado e disse que tinha esquecido a chave da moto, mas a gente não tem chave reserva.

Terapeuta: E como ele ligou a moto?

PH: Pois é, ninguém sabe. A mãe tá tentando resolver esse mistério até agora.

Terapeuta: (sorri) Mistério mesmo! E você foi de moto pra escola?

PH: Não, eu vou de ônibus.

Terapeuta: O ônibus passa perto da sua casa?

PH: Bem na frente.

Terapeuta: Que bom. E o ônibus te deixa perto da escola?

PH: Sim, na frente do portão.

Terapeuta: Ótimo. Agora vamos começar nossa atividade de hoje. Lembra do livrinho sobre mudanças que a tia te falou na outra semana?

PH: Lembro.

Terapeuta: Então, hoje a gente vai trabalhar com ele. O livro fala que as pessoas mudam. Você agora já fez aniversário, né?

PH: Já.

Terapeuta: Aqui tem uma foto sua bebê, olha.

PH: Uhum.

Terapeuta: E agora você já tá bem maior. Como você se imagina quando for velhinho?

PH: Ah, não sei... tem várias coisas, né?

Terapeuta: Pois é, a gente vai imaginando. A vida é cheia de fases — bebê, criança, adolescente, adulto e depois velhinho. Esse livro também fala sobre separação dos pais. A gente vai conversar um pouquinho sobre isso, tá bom?

PH: Tá.

Terapeuta: Porque mesmo quando os pais se dão bem e conversam, às vezes ainda fica um sentimento dentro da gente, né?

PH: Uhum.

Terapeuta: Principalmente quando o pai mora longe.

PH: É.

Terapeuta: Então, antes de falar disso, vamos ver outras mudanças. Por exemplo, chuva e sol, dia e noite, semente e árvore, lagarta e borboleta.

PH: Doce e salgado.

Terapeuta: Isso! Seco e molhado.



PH: Molhado.

Terapeuta: Feliz e triste.

PH: Bom e ruim.

Terapeuta: Perfeito. Agora vamos ver sobre a sua família. As famílias mudam quando alguém nasce, morre, casa ou se separa. A sua mudou por quê?

PH: Porque meus pais se divorciaram.

Terapeuta: E você lembra como era antes disso?

PH: Lembro. Eu morava com os dois.

Terapeuta: E como foi pra você?

PH: Foi um monte de coisa... mudou tudo.

Terapeuta: Imagino. Mas hoje você tem sua mãe, seu padrasto, seu irmãozinho. Tem uma nova família, né?

PH: É.

Terapeuta: Quer desenhar ou escrever sobre isso?

PH: Acho que vou desenhar.

(O paciente desenha em silêncio por alguns minutos, concentrado.)

Terapeuta: Cuidado pra não se cortar com o papel, hein.

PH: Já cortei uma vez, lá na escola.

Terapeuta: Sério?

PH: Foi. Eu tava com uma mensagem pros pais, aí passei o papel no dedo e cortei.

Terapeuta: Ai, que dor!

PH: Nem doeu tanto, mas saiu sangue.

Terapeuta: Agora vamos continuar. Quando os pais se separam, muitas coisas mudam.

Às vezes um deles vai morar em outro lugar, às vezes sobra menos tempo ou menos dinheiro. É uma fase difícil, né?

PH: É.

Terapeuta: E quando você pensa nisso, vem algum sentimento?

PH: Acho que sim.

Terapeuta: Qual?

PH: Tristeza.

Terapeuta: É normal. A tristeza vem e vai, igual as ondas do mar. Agora vamos falar sobre o casamento. Na sua opinião, por que as pessoas se casam?

PH: Por amor.

Terapeuta: Isso. O casamento é um compromisso entre duas pessoas que se gostam, né?

PH: É.

Terapeuta: Mas às vezes aparecem problemas. As pessoas brigam, ficam com raiva, perdem a confiança. Às vezes decidem se separar, e aí vem o divórcio. O que você acha que faz um casal se separar?

PH: Não quererem mais ficar juntos.

Terapeuta: Isso. E o que acontece quando os pais se separam? Eles deixam de amar os filhos?

PH: Não.

Terapeuta: Exatamente. Eles continuam amando e cuidando dos filhos, mesmo morando separados. E você percebeu mudanças depois que seus pais se separaram?

PH: Uhum.

Terapeuta: Foi difícil pra todo mundo, né? Pra sua mãe, pro seu pai e pra você também.

PH: Foi.

Terapeuta: Às vezes dá vontade de pensar: “Por que não ficaram juntos?”, né?

PH: Já pensei isso.

Terapeuta: E sua mãe, como fica?

PH: Fica zangada e ocupada.

Terapeuta: E o seu pai?

PH: Fica um pouco triste e ocupado.

Terapeuta: Entendo. O divórcio é definitivo na maioria das vezes, mas o amor continua. Hoje você tem dois lugares de referência: a casa da mãe e a do pai. Isso é importante. Você ainda ama os dois, né?

PH: Uhum.

Terapeuta: E o que você sente em relação a isso tudo?

PH: Sinto que perdi o meu pai.

Terapeuta: Perdido como?

PH: A convivência.

Terapeuta: Entendi. Isso se chama perda simbólica. A gente sente falta da presença, da rotina. Mas, mesmo longe, ele continua sendo seu pai.



PH: É.

Terapeuta: E quando sente essa falta, o que você faz?

PH: Penso nas coisas boas que a gente fazia.

Terapeuta: Isso é muito bom, P.H. Agora desenha aqui pra mim o que você sente quando lembra dele.

(O paciente permanece concentrado e tranquilo enquanto desenha.)

Terapeuta: Agora vamos desenhar rostos com sentimentos: feliz, triste, com raiva, preocupado, com medo, confuso e embaraçado.

PH: Embaraçado é tipo confuso, né?

Terapeuta: Isso mesmo.

PH: Feliz. Triste. Melhor fazer sem óleo?

Terapeuta: Não precisa, pode fazer só a bolinha do rosto.

PH: Aqui, ó, o que tá chorando é o triste. Esse aqui tá com medo.

Terapeuta: E esse?

PH: Esse tá preocupado.

Terapeuta: E o confuso?

PH: O confuso tem o olho todo virado, tipo embaralhado.

Terapeuta: Isso mesmo.

PH: E o embaraçado é tipo assim, ó.

Terapeuta: Perfeito. Tá muito bom.

PH: Tô com sono.

Terapeuta: Tá cansado?

PH: Acordei às cinco da manhã.

Terapeuta: Acordar tão cedo assim cansa mesmo.

PH: E acordo já com raiva porque tô atrasado.

Terapeuta: (ri) É, acorda revoltado.

PH: É, e na escola fico com sono.

Terapeuta: Normal. Vou te passar duas tarefinhas simples pra casa. Uma é uma caça-palavras das emoções e a outra é pra completar as frases: “A emoção que eu mais gosto de sentir”, “A emoção que eu menos gosto”, “Eu fico feliz quando”, “Eu fico triste quando”. Pode ser?

PH: Pode.

Terapeuta: Então combinado. Na próxima sessão você traz pra gente ler juntos, tá bom?

PH: Tá.

Terapeuta: Muito bem, P.H. Gostei muito de hoje. Tchau, querido.

PH: Eu também. Tchau, tia.

O atendimento foi encerrado de forma leve e afetiva, com o paciente demonstrando engajamento nas atividades e boa disposição para continuar o trabalho sobre emoções e mudanças familiares na próxima sessão.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O sexto atendimento com P.H. teve como objetivo principal dar continuidade ao trabalho iniciado nas sessões anteriores, voltado ao reconhecimento, à expressão e à compreensão das emoções, inserindo gradualmente o tema das mudanças familiares decorrentes da separação dos pais. O encontro também favoreceu a consolidação do vínculo terapêutico, uma vez que o paciente demonstrou espontaneidade ao compartilhar experiências cotidianas e episódios vivenciados em casa e na escola.

A terapeuta iniciou a sessão acolhendo o gesto simbólico da lembrancinha oferecida por P.H. e sua mãe, valorizando a afetividade e a cooperação entre ambos. Esse momento de trocas positivas favoreceu a criação de um ambiente seguro e validante, aspecto essencial para o processo terapêutico infantil (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2021). De acordo com Beck (2020), o acolhimento e a escuta ativa são fundamentais para que a criança se sinta aceita e, a partir disso, consiga expressar pensamentos e emoções com maior autenticidade.

Durante a primeira parte da sessão, o diálogo abordou situações do cotidiano de P.H., permitindo à terapeuta observar aspectos comportamentais, como a busca por autonomia, a necessidade de atenção materna e o envolvimento em atividades de brincadeira com pares mais velhos. A intervenção verbal da terapeuta teve caráter psicoeducativo e orientador, enfatizando o cuidado pessoal, os limites e a responsabilidade, elementos que auxiliam na formação de repertórios comportamentais mais adaptativos (DOBSON; DOBSON, 2021).

Na segunda parte, o foco voltou-se para o conteúdo emocional, com o uso do livro psicoeducativo sobre mudanças e separação dos pais. Essa estratégia lúdica permitiu que P.H. externalizasse sentimentos relacionados à separação parental, tema sensível em seu contexto familiar. O paciente demonstrou compreender que o divórcio não anula o vínculo afetivo entre pais e filhos, revelando avanço em seu processo de reestruturação cognitiva, processo no qual a

criança aprende a reinterpretar eventos dolorosos de forma menos ameaçadora e mais funcional (BECK, 2020).

A terapeuta empregou perguntas abertas e reflexivas, auxiliando o paciente a identificar emoções como tristeza, saudade e perda simbólica, e a reconhecer que esses sentimentos fazem parte de um processo natural de adaptação. Esse tipo de condução está alinhado ao modelo cognitivo de intervenção infantil, que utiliza atividades concretas e simbólicas (como desenhos e associações com cores) para acessar conteúdos internos de difícil verbalização (KNAPP, 2019).

No decorrer da sessão, observou-se que P.H. conseguiu nomear sentimentos de forma mais precisa, demonstrando compreensão sobre o significado da separação e seus efeitos emocionais. A terapeuta validou suas percepções e reforçou positivamente suas respostas, favorecendo o desenvolvimento da consciência emocional e empática, aspectos fundamentais para a autorregulação afetiva (WRIGHT; BASCO; THASE, 2019).

O uso do recurso gráfico de rostos com expressões emocionais foi particularmente eficaz para consolidar o aprendizado sobre as diferentes emoções, permitindo à criança distinguir entre estados afetivos e compreender suas nuances. Conforme Del Prette e Del Prette (2017), a ampliação do vocabulário emocional contribui para o aprimoramento das habilidades sociais e para a expressão adequada dos sentimentos em contextos interpessoais.

Ao final, a terapeuta propôs tarefas extrassessão relacionadas às emoções e à autoexpressão, mantendo o princípio da continuidade terapêutica e generalização dos aprendizados. Essa estratégia é característica da TCC, que valoriza o envolvimento ativo do paciente e a prática entre sessões como forma de fortalecer a autonomia emocional e cognitiva (BECK, 2020).

Dessa forma, o sexto atendimento revelou avanços significativos na elaboração afetiva de P.H., especialmente na compreensão da separação dos pais e na identificação de sentimentos complexos como perda, saudade e tristeza. O uso de recursos lúdicos, a comunicação acessível e o vínculo empático consolidado favoreceram um espaço terapêutico seguro e produtivo, em consonância com os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada ao público infantil.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.



DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: teoria e prática.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

DOBSON, K. S.; DOBSON, D. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy.* 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, H. A. *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: tools for enhancing practice.* 2. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, P. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 09/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 05

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao terceiro atendimento acompanhado da mãe. Foi recebido pela terapeuta na recepção e conduzido até a sala de atendimento. Durante o percurso, a terapeuta manteve uma conversa breve para deixá-lo mais à vontade, retomando a sensação de acolhimento e fortalecimento de vínculo.

Terapeuta: Como foi a sua semana?

PH: Foi boa.

Terapeuta: Que bom! O que você fez?

PH: Na sexta eu fui ao cinema assistir a um filme. No sábado à tarde fui pra colina, e no domingo fiquei na casa da minha avó até terça. Ontem fui no chá de bebê da minha mãe, e hoje vou pra um jantar.

Terapeuta: E o seu pai?

PH: Meu pai também... eu lembro.

Terapeuta: Ele foi embora, né? Como você se sente com isso?

PH: Eu me sinto bem.

Terapeuta: Bem? Por quê?

PH: Porque ele já trabalhava com caminhão e vivia viajando.

Terapeuta: Entendi. E agora está tudo bem pra você? Não sente saudade nem falta? E em casa com a mãe, como está?

PH: Está bem. Eu ajudo ela. Às vezes passeio com meu irmão de tardezinha. Quando minha mãe sai com ele, a gente vai no parquinho que tem na rua de baixo, e eu brinco lá.

Terapeuta: E você tem obedecido a mãe? Não está mentindo nem respondendo?

PH: Estou obedecendo. Não respondo.



Terapeuta: Não briga?

PH: Às vezes ela briga comigo... porque às vezes eu faço sem querer.

Terapeuta: Sem querer o quê?

PH: Lá onde a gente brinca tinha um balão com uma fitinha. Eu fui tirar a fita e o balão estourou.

Terapeuta: Ah, entendi. E ela brigou?

PH: Não.

Terapeuta: Certo. Hoje nós vamos fazer umas atividades mais lúdicas, tá? Você lembra da tarefa de casa que eu te dei, pra fazer lá mesmo e não trazer?

PH: Lembro, mas não deu tempo ainda. À tarde estou fazendo tarefa de casa e ajudando a lavar as coisas.

Terapeuta: Tudo bem. Mas deixa ela pronta direitinho e guarda no seu quarto, combinado? Já que você não fez, a gente vai fazer outra coisa aqui. Vamos separar essa folha em quatro partes. Escreve “alegria”. Qual é o oposto da alegria?

PH: Desespero.

Terapeuta: Isso! Você lembra de alguma emoção que a gente viu no livro?

PH: Lembro, raiva.

Terapeuta: E das diferentes, daquele livro que a gente leu com várias emoções?

PH: Culpa.

Terapeuta: Isso, muito bem. E saudade, lembra?

PH: Saudade.

Terapeuta: Alegria, tristeza, raiva, rancor, culpa, saudade, inveja, nojo... Você lembra o que é rancor?

PH: Mais ou menos. Rancor é tipo quando alguém faz mal pra gente e a gente guarda aquilo.

Terapeuta: Exatamente. É quando a pessoa se magoa e guarda a mágoa, fica com aquele sentimento dentro dela. Entendeu? Então agora você vai desenhar pra mim como imagina essas emoções — alegria, tristeza, raiva, culpa, saudade, inveja, nojo e rancor.

PH: Tá bom.

Terapeuta: Pode usar tinta ou lápis, o que quiser. Enquanto você desenha, eu vou arrumar a internet pra avisar sua mãe.

(pausa durante a atividade)

Terapeuta: Muito bem, PH. Viajar de avião... alegria, tristeza, chuvas, tempestades... Eu fiz como se o carro estivesse machucado e chovendo. E a raiva, o que é pra você?

PH: É tipo quando eu caio no chão e machuco. Fico com raiva.

Terapeuta: Isso! Agora faz o outro desenho. Acho que essa cor não é azul, é roxo. Faz o próximo, senão não vai dar tempo, PH. Faltam cinco desenhos, e já estamos quase no fim. Falta a culpa, que é uma das mais difíceis. Como você vê a culpa?

PH: Tipo quando eu empurrei meu amigo... Eu peço desculpa, mas ainda fico com culpa.

Terapeuta: Muito bem. E a alegria, qual cor você colocaria?

PH: Amarelo.

Terapeuta: E a culpa?

PH: Marrom.

Terapeuta: E a alegria pra mim é um arco-íris.

PH: A saudade é mais fácil.

Terapeuta: Por quê?

PH: Porque eu fico pensando em alguma coisa... tipo ganhar um brinquedo ou lembrar de alguém.

Terapeuta: Saudade de quem? Se o Caetano fosse embora, você não ia sentir saudade dele?

PH: Sim.

Terapeuta: E de quem mais você sente saudade?

PH: Do meu pai.

Terapeuta: Do seu pai, porque ele está longe, né?

PH: Sim.

Terapeuta: Muito bem.

Terapeuta: Entendi. Você sente falta das coisas que fazia com ele?

PH: Sim, às vezes eu lembro.

Terapeuta: E o que você costuma pensar quando sente saudade?

PH: Nas coisas boas que a gente fez.

Terapeuta: Isso é ótimo, PH. Pensar nas lembranças boas ajuda a aliviar o coração. Agora vamos continuar com as outras emoções, certo?

PH: Tá.

Terapeuta: E a inveja, como você imagina?

PH: Tipo quando eu olho o chapéu do menino e quero igual.



Terapeuta: E o rancor, o que é pra você?

PH: É quando alguém faz algo ruim pra gente e a gente fica guardando aquilo.

Terapeuta: Muito bem, PH. Então vamos revisar: alegria — viajar de avião; tristeza — quando a gente se machuca e fica deitado no chão; raiva — quando se machuca e os outros riem; culpa — quando empurra o amigo, pede desculpa e ainda fica com aquele peso; saudade — do pai; inveja — do chapéu do menino; nojo — de cocô; rancor — quando alguém faz algo ruim e você guarda.

PH: É isso.

Terapeuta: Muito bem! Hoje a gente fez algo mais lúdico sobre as emoções. Você se saiu super bem. Agora eu vou te deixar uma tarefinha pra casa, tá? A gente vai começar a falar sobre as mudanças — pra você se adaptar um pouco melhor à distância do seu pai, combinado?

PH: Uhum.

Terapeuta: Então aqui, ó, você vai levar essa folha pra casa e fazer no dia 16. Está escrito assim: “As pessoas também mudam. Você agora, você bebê e você bem velhinho.” Você pode desenhar você bebê, você agora e você idoso. Ou pode colar uma imagem de cada fase.

PH: Tá bom.

Terapeuta: Essa era a atividade que a gente ia fazer hoje, mas como não deu tempo, deixamos pra próxima semana. Na próxima sessão a gente continua esse tema das mudanças — sobre família, crescimento, essas coisinhas.

PH: Tá bom.

Terapeuta: Pode levar pra casa se quiser.

PH: Nossa.

Terapeuta: Hoje é dia 9 do 10, né?

PH: Uhum.

Terapeuta: Vai levar pra casa?

PH: Uhum.

Terapeuta: Queria tirar essa cor daqui, mas não achei antes. Tudo bem. Vamos lá então, pra não deixar sua mãe esperando. Como é mesmo o nome do seu irmãozinho?

PH: Davi.

Terapeuta: Isso, Davi! Deixa eu tirar uma foto do seu desenho antes de você ir.

PH: Tá bom.

Terapeuta: Pronto. Pode guardar. Você fez um ótimo trabalho hoje, PH. Gostei de como você falou das emoções e desenhou cada uma delas.

PH: Obrigado.

Terapeuta: De nada! Então combinado: na próxima semana, a gente vai conversar sobre as mudanças e como lidar com elas, tá bem?

PH: Tá.

Terapeuta: Tchau, PH. Até semana que vem.

PH: Tchau.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O quinto atendimento com P.H. teve como objetivo principal a continuidade do trabalho com o reconhecimento e a expressão emocional, ampliando o repertório de sentimentos e fortalecendo a capacidade de autorregulação afetiva. A sessão manteve o uso de recursos lúdico-psicoeducativos, que, dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), favorecem a compreensão das emoções e sua relação com situações do cotidiano (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2021).

Durante a conversa inicial, a terapeuta buscou retomar o vínculo terapêutico e acessar conteúdos referentes ao contexto familiar de P.H., especialmente a mudança do pai para outra cidade, tema que tem sido recorrente nos atendimentos. O paciente demonstrou adaptação aparente à distância, relatando sentir-se bem, mas, ao longo da sessão, expressou saudade e lembranças afetivas do convívio com o pai, o que revela uma elaboração emocional mais profunda. Esse movimento é relevante, pois, segundo Beck (2020), a TCC possibilita ao paciente identificar os pensamentos automáticos e as emoções associadas a eventos significativos, favorecendo a reestruturação cognitiva e o enfrentamento de experiências dolorosas.

A atividade proposta envolveu a identificação e representação gráfica de diferentes emoções (alegria, tristeza, raiva, culpa, inveja, rancor, saudade e nojo). Esse tipo de tarefa promove o desenvolvimento da consciência emocional, permitindo que a criança aprenda a nomear e diferenciar sentimentos semelhantes, elemento essencial no processo de autorregulação (DOBSON; DOBSON, 2021). Observou-se que P.H. conseguiu atribuir significados coerentes às emoções como “raiva” ao se machucar, “culpa” ao empurrar um amigo e “saudade” relacionada ao pai demonstrando compreensão contextual e empática.

A terapeuta atuou de forma psicoeducativa, conduzindo reflexões que auxiliaram o paciente a identificar o que sente, validando suas respostas e reforçando positivamente suas interpretações. Tal abordagem é característica central da TCC com crianças, pois o terapeuta

exerce um papel ativo de ensinar, modelar e reforçar habilidades cognitivas e comportamentais adaptativas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2019).

Além disso, o uso de estratégias lúdicas como o desenho e a associação de emoções a cores e situações favoreceu o engajamento de P.H. e a expressão simbólica de conteúdos internos. Segundo Knapp (2019), a utilização de recursos concretos é fundamental para o trabalho terapêutico infantil, pois auxilia na externalização de pensamentos e emoções que muitas vezes são difíceis de verbalizar diretamente.

Ao abordar temas como rancor, culpa e saudade, a terapeuta promoveu a reflexão sobre sentimentos mais complexos e abstratos, estimulando a empatia e a autopercepção emocional. Del Prette e Del Prette (2017) destacam que a ampliação do repertório emocional e social é parte integrante do desenvolvimento das habilidades sociais, contribuindo para relações interpessoais mais saudáveis e para a regulação comportamental.

No fechamento da sessão, foi proposta uma tarefa de casa relacionada às mudanças e ao crescimento, conectando-se com o tema da separação dos pais e a elaboração da ausência paterna. Essa estratégia é típica da TCC, que valoriza o uso de tarefas extrassessão como forma de generalizar os aprendizados para o ambiente natural do paciente. De acordo com Beck (2020), essas tarefas fortalecem o senso de autonomia e permitem que o paciente atue como agente ativo no próprio processo de mudança.

Dessa forma, o quinto atendimento demonstrou avanços significativos na expressão emocional e na elaboração de sentimentos de saudade e culpa, além de consolidar o vínculo terapêutico e a confiança no ambiente clínico. O uso da linguagem acessível, das metáforas e das atividades simbólicas contribuiu para o processamento emocional e cognitivo, alinhando-se aos princípios da TCC voltada para o público infantil.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais: teoria e prática*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

DOBSON, K. S.; DOBSON, D. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.



FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, H. A. *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: tools for enhancing practice*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, P. *Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 02/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 04

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao terceiro atendimento acompanhado da mãe. Foi recebido pela terapeuta na recepção e conduzido até a sala de atendimento. Durante o percurso, a terapeuta manteve uma conversa breve para deixá-lo mais à vontade, retomando a sensação de acolhimento e fortalecimento de vínculo, pois a semana passada o mesmo não esteve presente.

Terapeuta: Oi, P.H., tudo bem com você? Como foi a sua semana?

P.H.: Foi boa.

Terapeuta: Que bom! O que você fez durante a semana?

P.H.: Semana passada... O professor mostrou uma porcentagem de acertos e erros na prova. No mês passado a turma teve só 10%, mas esse mês ele disse que a meta era entre 50% e 80%, e a gente conseguiu 64%.

Terapeuta: Eita, parabéns! Ficou feliz, né? Isso também é mérito seu, você se esforçou.

P.H.: Sim. Amanhã a professora vai deixar a primeira aula livre, e o resto a gente vai ficar brincando na casa.

Terapeuta: Que legal! Recompensa pelo esforço. E você ficou na casa do seu pai ou da sua mãe essa semana?

P.H.: Fiquei na casa do meu pai.

Terapeuta: Quando?

P.H.: Sábado e domingo... e segunda de tarde também. Foi bem legal. Meu pai foi pra Colíndia.

Terapeuta: Pra fazer o quê?

P.H.: Resolver uma coisa de um cartão, acho. E aproveitou pra visitar os parentes.



Terapeuta: E você gosta? Me conta uma coisa, como você lida com a separação do seu pai e da sua mãe? De morar um pouco com cada um?

P.H.: Meu pai vai se mudar pra outra cidade. Antes eu ia de bicicleta pra casa dele. Às vezes fazia muito sol, e outras vezes chovia no meio do caminho.

Terapeuta: Entendo... e como é a convivência entre eles?

P.H.: São amigos.

Terapeuta: E pra você, está tudo bem com isso?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Que bom! Então está tudo tranquilo. E você trouxe a sua tarefa?

P.H.: Sim, fiz um desenho.

Terapeuta: Vamos ver. Eu tinha pedido pra observar uma situação do seu dia a dia em que você usou ou poderia usar uma habilidade social. O que aconteceu?

P.H.: Pegaram quase todo o material do meu amigo.

Terapeuta: Quem fez isso?

P.H.: Era na matéria de Ciências, um trabalho em grupo. Meu amigo emprestou o material pro grupo dele, que foi passando até o fundo da sala. Aí um menino jogou uma caneta pra cima e caiu no olho de uma menina.

Terapeuta: Nossa! E o que você fez?

P.H.: Eu vi que ele ficou triste. Perguntei o que tinha acontecido.

Terapeuta: E você consolou ele?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Então, qual foi a habilidade social que você usou?

P.H.: Empatia.

Terapeuta: Isso mesmo. E o que é empatia, lembra do que conversamos na semana passada? É se colocar no lugar do outro, sentir pelo outro mesmo quando não acontece com a gente. Você se sensibilizou por ele e ajudou.

P.H.: Sim.

Terapeuta: E o que está escrito no seu desenho?

P.H.: “Com certeza você vai conseguir achar as suas coisas.”

Terapeuta: Que bonito! Você aparece batendo no ombro dele, né? Muito bem, P.H., parabéns! É assim mesmo que a gente coloca as habilidades sociais em prática.

Terapeuta: Agora, eu trouxe um material diferente pra gente ver: o *Emocionário*. Sabe o que é?

P.H.: Não.

Terapeuta: É como um dicionário das emoções, com o significado de vários sentimentos. Vamos aprender alguns?

P.H.: Vamos.

Terapeuta: Começamos com a *ternura*. Sabe o que é?

P.H.: Não.

Terapeuta: É quando sentimos carinho, afeto, compaixão — por exemplo, com um cachorrinho, um idoso ou uma plantinha. Depois vem o *amor*. O amor pode fazer sorrir ou chorar, pode machucar ou deixar feliz. Existem tipos de amor: o romântico, o de amigo, o de família.

P.H.: Sim.

Terapeuta: E o *ódio*? O que você acha que é?

P.H.: Acho que é uma raiva muito grande.

Terapeuta: Exatamente. O ódio é o oposto da empatia, é quando a gente sente aversão por alguém e quer até que algo ruim aconteça. Já a *raiva* é passageira — vem e vai, geralmente quando achamos algo injusto.

P.H.: Entendi.

Terapeuta: E a *irritação*? É quando alguma coisa incomoda tanto que a gente não consegue parar de pensar nela. Por exemplo, o latido de um cachorro pode despertar ternura, mas se ele ficar o dia inteiro latindo, o que acontece?

P.H.: A gente fica irritado.

Terapeuta: Isso! E quando a irritação dura muito tempo, ela vira *tensão*.

P.H.: Igual quando tem apresentação na escola.

Terapeuta: Verdade! A tensão aparece quando enfrentamos situações que achamos difíceis. E o que te deixa aliviado depois disso?

P.H.: Quando acaba.

Terapeuta: Exatamente. O *alívio* vem quando o momento difícil termina. Igual quando o professor fala as notas depois da prova.

P.H.: Fico tenso até saber.

Terapeuta: (sorri) Normal. A tensão mistura medo e ansiedade. E o que é *felicidade* pra você?

P.H.: É quando a gente faz algo que gosta.



Terapeuta: Isso mesmo! E o contrário da felicidade é a *tristeza*, quando a energia acaba e a gente perde o ânimo.

P.H.: Eu chamo isso de tédio.

Terapeuta: Pode ser parecido, mas o tédio é quando não tem nada pra fazer. A tristeza é quando a gente se sente magoado ou cansado.

P.H.: Entendi.

Terapeuta: O *remorso* é diferente do arrependimento. É quando a gente faz algo errado e sente culpa. Já aconteceu com você?

P.H.: Já. Estava brincando com a sobrinha da minha mãe e pedi desculpa.

Terapeuta: Então não ficou com remorso, porque você reconheceu e pediu desculpas.

P.H.: Sim.

Terapeuta: Agora, e o *medo*?

P.H.: Eu lembro de um dia que vi um filme de terror. Fiquei sem dormir por muito tempo.

Terapeuta: Isso é o medo — quando a gente se sente em perigo ou acha que algo ruim vai acontecer.

P.H.: É.

Terapeuta: E a *hostilidade*? É quando alguém se opõe ao que a gente quer.

P.H.: Minha mãe não me deixava ir ao parquinho, porque uma vez tinha um homem com som alto e um pitbull correndo atrás das crianças.

Terapeuta: Nossa, que situação! E agora?

P.H.: Agora ela viu que só tem crianças lá e deixou eu ir.

Terapeuta: Que bom! Isso mostra *aceitação*, quando entendemos e nos adaptamos.

P.H.: Sim.

Terapeuta: E você sente *saudade* de alguém?

P.H.: Do meu primo.

Terapeuta: Por quê?

P.H.: Porque minha mãe e minha tia brigaram e desde o começo do ano passado eu não vejo ele.

Terapeuta: Poxa... e seu pai vai se mudar, né? Você acha que vai sentir saudade dele também?

P.H.: Sim, mas eu já estou acostumado. Quando eu era pequeno, ele trabalhava viajando e ficava meses fora.

Terapeuta: Entendo. Ele vai pra onde?

P.H.: Juruena, aqui no Mato Grosso, mas é longe — nove horas de viagem.

Terapeuta: Entendi. Então vai ser mais uma mudança pra se adaptar.

Terapeuta: Entendi, P.H. Então seu pai vai morar em outra cidade, e vocês vão se ver com menos frequência. Você acha que vai sentir falta dele?

P.H.: Acho que sim, mas quando eu era menor ele trabalhava de caminhão e ficava meses longe. Então já estou meio acostumado.

Terapeuta: Entendo. E quando ele estava viajando, o que você costumava sentir?

P.H.: Às vezes ficava triste, mas depois passava.

Terapeuta: É normal, P.H. Sentir saudade faz parte, é um jeito de mostrar que a gente gosta da pessoa.

P.H.: Sim.

Terapeuta: E o que você faz quando sente saudade?

P.H.: Eu penso nas coisas boas que a gente fez.

Terapeuta: Isso é muito bom! Pensar nas lembranças ajuda a aliviar o coração.

A terapeuta faz uma pausa, observa que o paciente parece tranquilo e envolvido na conversa, e então retoma a leitura do *Emocionário*.

Terapeuta: Agora que já vimos a ternura, o amor, o ódio, a raiva e a tensão, vamos ver outras emoções que também aparecem no nosso dia a dia. Sabe o que é *insegurança*?

P.H.: É quando a gente não se sente confiante.

Terapeuta: Perfeito! É quando a gente duvida de si mesmo. E a *timidez*?

P.H.: É quando a gente quer falar, mas não consegue.

Terapeuta: Isso mesmo. A timidez faz a gente esconder o que sente. E a *confusão*?

P.H.: Eu pensava que confusão era briga entre pessoas.

Terapeuta: Também pode ser, mas existe a confusão de sentimentos. Quando a gente sente várias emoções misturadas — tipo raiva, medo e felicidade ao mesmo tempo.

P.H.: Já senti isso.

Terapeuta: É bem comum. Às vezes o corpo e a cabeça ficam confusos, e a gente nem entende direito o que está sentindo.

P.H.: Verdade.

Terapeuta: E o *medo*, você já sentiu recentemente?

P.H.: Já. Uma vez fui na casa de uma amiga da minha mãe, o filho dela colocou um filme de terror e eu fiquei com medo por anos.

Terapeuta: Imagino! Às vezes o medo fica guardado, né? E o que você faz quando tem medo?

P.H.: Eu penso em outras coisas.

Terapeuta: Excelente estratégia! Mudar o foco ajuda bastante.

Terapeuta: Agora, vamos falar da *perplexidade*. É quando algo nos deixa muito surpresos ou sem acreditar no que vimos.

P.H.: Tipo quando acontece algo que não parece real?

Terapeuta: Exato! É quando a gente se espanta com algo inesperado. E a *aversão* é aquele sentimento de nojo por alguma coisa.

P.H.: Eu sempre quis provar polvo.

Terapeuta: E conseguiu?

P.H.: Sim. É uma delícia.

Terapeuta: (sorri) Que bom que gostou! Muita gente sente aversão, mas você foi corajoso de experimentar.

Terapeuta: Agora vem a *hostilidade*, que é quando alguém se opõe ao que a gente quer.

P.H.: Igual quando minha mãe não deixava eu ir no parquinho.

Terapeuta: Isso mesmo. E por que ela não deixava?

P.H.: Porque uma vez tinha um homem com som alto e um pitbull correndo atrás das crianças. Ela ficou com medo.

Terapeuta: E agora, ela deixa?

P.H.: Sim. Ela viu que agora só tem crianças lá brincando.

Terapeuta: Que bom, P.H.! Isso mostra que as coisas mudam e as pessoas aprendem a confiar mais.

Terapeuta: Agora, olha essa aqui: *aceitação*. É quando a gente se aceita do nosso jeito. Quando a gente se ama e entende quem é.

P.H.: Tipo gostar de mim mesmo?

Terapeuta: Isso! Gostar de quem você é, mesmo com as diferenças.

Terapeuta: Já a *incompreensão* é quando a gente tenta explicar algo e os outros não entendem.

P.H.: Ah, tipo quando eu falo uma coisa e acham que é outra.

Terapeuta: Exatamente. Isso pode deixar a gente frustrado. Mas conversar e se expressar ajuda.

Terapeuta: Agora temos o *desamparo*, que é quando a gente se sente sozinho, sem apoio.



P.H.: É tipo solidão?

Terapeuta: Isso, vem junto com a solidão. Quando parece que ninguém está por perto pra ajudar.

P.H.: Eu não gosto de ficar sozinho.

Terapeuta: A maioria das pessoas também não. E quando isso acontece, a gente pode sentir *saudade*, como você falou do seu primo.

P.H.: Sim, eu sinto muita saudade dele.

Terapeuta: Quer me contar de novo por quê?

P.H.: Porque minha mãe e minha tia brigaram, e ela não deixou mais eu ver meu primo. Eu gostava de brincar com ele.

Terapeuta: Faz quanto tempo isso?

P.H.: Desde o começo do ano passado.

Terapeuta: Poxa... e você sente falta dessas brincadeiras, né?

P.H.: Sim.

Terapeuta: É normal, P.H. Às vezes as pessoas brigam, mas isso não significa que será pra sempre. As coisas podem se resolver com o tempo.

P.H.: Tomara.

Terapeuta: E quando você pensa no seu primo, o que sente além de saudade?

P.H.: Um pouco de tristeza.

Terapeuta: Isso é a *melancolia*, uma saudade mais profunda, misturada com lembranças boas e tristes ao mesmo tempo.

P.H.: Ah... tipo quando lembro dele brincando comigo.

Terapeuta: Exatamente.

Terapeuta: É pra terminar, o que você acha que ajuda quando a gente está sentindo tudo isso — medo, saudade, tristeza?

P.H.: Conversar.

Terapeuta: Perfeito. Conversar é o primeiro passo pra entender o que está acontecendo dentro da gente.

A terapeuta sorri, fecha o livro e reforça o aprendizado.

Terapeuta: Hoje você aprendeu um monte de emoções novas e conseguiu entender como elas aparecem na sua vida. Parabéns, P.H.!

P.H.: Obrigado.

Terapeuta: Na próxima semana, quero que você observe alguma situação em que sentiu alguma dessas emoções — pode desenhar ou escrever pra me contar, combinado?

P.H.: Tá bom.

Terapeuta: Muito bem, então nos vemos na próxima sessão.

P.H.: Até, Tia.

Terapeuta: Até logo, P.H.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O quarto atendimento com P.H. teve como foco central a ampliação do reconhecimento e da expressão emocional, aliada à continuidade do trabalho com habilidades sociais. A terapeuta utilizou o *Emocionário* como recurso lúdico, promovendo a psicoeducação acerca de diferentes emoções, tais como ternura, raiva, medo, tristeza, hostilidade e aceitação. Dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a psicoeducação é considerada um dos pilares fundamentais da intervenção, uma vez que auxilia o paciente a compreender e nomear suas experiências internas, criando a base para o autoconhecimento e a reestruturação cognitiva. De acordo com Friedberg, McClure e Garcia (2021), o uso de materiais visuais e interativos favorece o engajamento infantil, ampliando a compreensão de processos emocionais e cognitivos de forma concreta e acessível.

Durante a sessão, observou-se que P.H. apresentou envolvimento espontâneo ao explorar o significado de diferentes emoções, demonstrando curiosidade e capacidade de associação com situações de seu cotidiano. Ao relatar sentimentos de saudade, medo e tensão, o paciente conseguiu relacionar suas vivências emocionais com contextos específicos, como a separação dos pais e a mudança de cidade do pai. Esse movimento de autopercepção evidencia o desenvolvimento de consciência emocional, componente essencial no modelo cognitivo. Beck (2020) destaca que compreender a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos é o ponto de partida para o processo de mudança, visto que “as interpretações que fazemos das situações determinam o que sentimos e como agimos” (BECK, 2020, p. 37).

A exploração do tema da empatia também esteve presente de forma significativa. O paciente relatou um episódio em que um colega teve seu material tomado, e ele expressou preocupação e solidariedade, descrevendo o sentimento de “ficar triste por ele”. Essa verbalização demonstra a generalização do conteúdo trabalhado na sessão anterior e indica a incorporação do conceito de empatia em seu repertório comportamental. Segundo Del Prette e

Del Prette (2017), o desenvolvimento da empatia é uma habilidade social fundamental, pois favorece comportamentos cooperativos, o respeito às diferenças e a capacidade de se colocar no lugar do outro em interações sociais.

Além da empatia, a sessão permitiu observar avanços na identificação e diferenciação de emoções como irritação, tensão e alívio. A terapeuta conduziu reflexões que possibilitaram ao paciente compreender a transição entre estados emocionais e reconhecer estratégias de enfrentamento, como “pensar em outras coisas” para lidar com o medo. Essa prática está em consonância com os princípios da TCC, que preconiza o ensino de habilidades de regulação emocional e estratégias de enfrentamento adaptativas. Dobson e Dobson (2021) ressaltam que o treino em autorregulação é parte essencial do processo terapêutico, permitindo ao paciente substituir respostas impulsivas por comportamentos mais ajustados às demandas situacionais.

Os momentos de fala sobre a separação parental e as lembranças associadas à saudade do primo e do pai representaram oportunidades valiosas para o manejo emocional e validação afetiva. A condução empática da terapeuta permitiu que o paciente expressasse sentimentos de melancolia e aceitação, favorecendo o processamento cognitivo dessas experiências. Conforme Knapp (2019), a TCC busca criar um espaço em que o paciente possa observar e compreender suas respostas emocionais, desenvolvendo novos significados a partir de experiências dolorosas, o que contribui para a construção de um repertório emocional mais flexível.

O fechamento do encontro, com a retomada de uma tarefa para casa — observar situações em que surgem emoções e habilidades sociais — reforçou o caráter ativo e colaborativo da TCC. Beck (2020) enfatiza que as tarefas extrassessão são fundamentais para a consolidação dos aprendizados e a generalização de novos comportamentos no cotidiano, pois estimulam a autonomia e o engajamento do paciente no processo terapêutico.

Em síntese, o quarto atendimento cumpriu com os objetivos propostos, ao favorecer o reconhecimento e a diferenciação das emoções, o desenvolvimento de empatia e a reflexão sobre situações de convivência familiar e social. A utilização de recursos lúdicos e psicoeducativos mostrou-se eficaz para promover a identificação e verbalização de sentimentos, bem como para fortalecer habilidades cognitivas e sociais compatíveis com a faixa etária do paciente. Dessa forma, o encontro contribuiu para o avanço do autoconhecimento emocional e para a ampliação do repertório comportamental de P.H., em consonância com os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais: teoria e prática*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

DOBSON, K. S.; DOBSON, D. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, H. A. *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: tools for enhancing practice*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, P. *Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 25/09/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 03

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao terceiro atendimento acompanhado da mãe. Foi recebido pela terapeuta na recepção e conduzido até a sala de atendimento. Durante o percurso, a terapeuta manteve uma conversa breve para deixá-lo mais à vontade, retomando a sensação de acolhimento e fortalecimento de vínculo, pois a semana passada o mesmo não esteve presente.

Terapeuta: Oi, P.H., tudo bem? Trouxe a avaliação da semana para a gente conversar?

P.H.: Oi Tia, tudo bem e você? Trouxe sim.

Terapeuta: Qué ótimo! Me conta então, o que você fez e gostou durante a semana?

P.H.: Eu comi pizza com meu pai no final de semana.

Terapeuta: Ah, que delícia! Imagino que tenha sido um momento especial. E teve algo que você fez e não gostou?

P.H.: Acabou a energia no bairro, fiquei no calor mesmo chovendo.

Terapeuta: Poxa, deve ter sido bem chato mesmo. E algo que você não fez, mas gostaria de ter feito?

P.H.: Ir no Impulse Park, parece legal.

Terapeuta: Você já foi lá alguma vez?

P.H.: Não.

Terapeuta: Eu também nunca fui, mas parece muito divertido. E teve algo que você não fez e não gostaria de ter feito?

P.H.: Acordar cedo no domingo.

Terapeuta: (sorrindo) Essa realmente é difícil, quase ninguém gosta de acordar cedo no domingo. Então sua semana foi tranquila, certo?

P.H.: Foi.



Terapeuta: Muito bem, você entendeu certinho a atividade.

A terapeuta fez uma pausa curta, olhando para P.H. e observando que ele parecia confortável, mas também um pouco reservado. Depois, iniciou a explicação sobre o tema do encontro, introduzindo de forma lúdica.

Terapeuta: Hoje nós vamos trabalhar algo chamado habilidades sociais. Você sabe o que são?

P.H.: Hum.... É saber conversar com o outro.

Terapeuta: Isso mesmo, você acertou! Habilidade é algo que a gente sabe fazer, e “social” é quando envolve outras pessoas. Então, habilidades sociais são os jeitos de conversar, agir, brincar e se relacionar bem. Fazem parte da forma como tratamos os outros e como reagimos em diferentes situações.

P.H. ficou em silêncio por alguns segundos, olhando para a terapeuta com atenção, parecendo refletir sobre a explicação.

Terapeuta: Sabe o que é empatia?

P.H.: Não.

Terapeuta: Empatia é quando a gente se coloca no lugar do outro. Por exemplo, você vê um colega machucado e chorando, e pensa em como ele está se sentindo. Isso é ter empatia. É como perceber que alguém não está bem e tentar entender esse sentimento.

P.H.: Tá.

Terapeuta: Então vamos treinar isso com um jogo de cartas. Cada cor representa uma habilidade social diferente, como pedir desculpas, terminar uma conversa de forma adequada, oferecer ajuda. Tudo isso é habilidade social.

Enquanto organizava as cartas, a terapeuta explicou as regras, mostrando os objetivos e separando por cores. P.H. acompanhava curioso, mas em alguns momentos demonstrava certa dificuldade de compreensão das instruções, pedindo para que a terapeuta repetisse. Houve breves silêncios em que ele apenas observava, e a terapeuta retomava a condução de forma paciente.

Terapeuta: Vamos começar. Eu vou ler a primeira carta: “Você está em um parque de diversões lotado e precisa ir ao banheiro. Mas a fila está enorme. O que você faria?”

P.H.: Eu esperaria, mas ia ficar com raiva.

Terapeuta: Eu também esperaria. E é normal sentir raiva ou impaciência nessa hora. Mas ter paciência é uma habilidade social importante.

Alguns minutos se passaram em silêncio, enquanto ambos pensavam na resposta, até que a terapeuta trouxe a próxima carta.

Terapeuta: Agora, conte uma situação em que você brigou com sua irmã. Como você se sentiu e o que fez para resolver?

P.H.: Eu perguntaria por que ela está brigando.

Terapeuta: Boa ideia, tentar entender. E qual habilidade social você usaria nesse momento?

P.H.: Calma.

Terapeuta: Isso mesmo. Às vezes, só pedir desculpa já ajuda a acabar com a briga.

P.H. olhou para a terapeuta e sorriu de leve, demonstrando que havia compreendido a ideia. A sessão seguiu com outras cartas.

Terapeuta: Imagine que você entra em uma loja e derruba uma pilha de brinquedos. O que faria?

P.H.: Eu sairia correndo. Ou juntava rápido e ia embora.

Terapeuta: Entendi, mas veja, assumir responsabilidade é importante. Juntar os brinquedos, mesmo que dê trabalho, mostra respeito. Essa é uma habilidade social essencial.

P.H.: É.

Durante alguns instantes, P.H. ficou em silêncio, rabiscando a mesa com a unha. Depois, retomou a atenção quando a terapeuta trouxe outra situação.

Terapeuta: Você vai na casa de um amigo e o irmãozinho dele não deixa vocês conversarem. A mãe pede que vocês cuidem dele. O que você faria?

P.H.: Tirava ele de perto.

Terapeuta: Pode ser, mas lembra da empatia. A mãe precisa de ajuda. Talvez incluir o irmãozinho na brincadeira ou achar outra forma de entretê-lo seja uma solução melhor.

P.H.: É.

A terapeuta seguiu com mais uma carta.

Terapeuta: Seu amigo chamou o vizinho para brincar, mas ele é tão bom no jogo que você quase nunca ganha. O que faria?

P.H.: Nunca aconteceu, mas eu tentaria brincar mesmo assim.

Terapeuta: Isso mostra resiliência. Nem sempre a gente ganha, mas sempre pode aprender.

Por alguns segundos, o paciente permaneceu quieto, mexendo nas cartas, até que a terapeuta trouxe a última situação.

Terapeuta: Você foi almoçar na casa de um amigo e a mãe dele fez uma comida que você não gosta. O que faria?

P.H.: Eu não comeria.

Terapeuta: É difícil, né? Mas quando estamos na casa dos outros, precisamos ser educados. Comer um pouco e agradecer faz parte da boa convivência.

Em seguida, a terapeuta entregou uma folha em branco e pediu que P.H. escolhesse uma das situações para desenhar. Ele escolheu a cena da loja de brinquedos. Passou alguns minutos em silêncio, desenhando com a caneta. Enquanto rabiscava, comentou que não era muito bom em desenhar, mas tentou representar os brinquedos caindo no chão. A terapeuta elogiou o esforço e reforçou que o importante era mostrar sua ideia, não fazer perfeito.

Terapeuta: Muito bom, P.H.! Gostei do desenho. Agora vamos combinar uma tarefa de casa. Sua missão da semana é observar uma situação em que você usou ou poderia usar uma habilidade social. Pode desenhar ou escrever: o que aconteceu, o que você fez, como se sentiu e o que faria se acontecesse de novo. Depois me traz na próxima sessão.

P.H.: Tá bom.

Terapeuta: Então combinado! Até semana que vem, P.H.

P.H.: Até.

A sessão foi encerrada em clima leve e acolhedor. P.H. mostrou-se participativo em vários momentos, apesar de algumas pausas silenciosas, nas quais parecia refletir antes de responder. Demonstrou curiosidade diante das cartas e conseguiu elaborar respostas compatíveis com as situações propostas, ainda que, em alguns momentos, tenha apresentado resistência ou respostas mais impulsivas, como “sair correndo”. O uso do recurso lúdico possibilitou a exploração das habilidades sociais de forma concreta, favorecendo a compreensão de comportamentos adequados em situações cotidianas. A tarefa de casa foi entregue como forma de ampliar a observação do paciente sobre suas interações fora do setting terapêutico, estimulando a prática e generalização do que foi trabalhado em sessão.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O terceiro atendimento com P.H. teve como foco central o trabalho com habilidades sociais, utilizando recursos lúdicos em formato de jogo de cartas. Dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), essa estratégia se mostra pertinente, pois a intervenção com crianças em idade escolar deve privilegiar métodos que tornem conceitos abstratos mais acessíveis.

Conforme Friedberg, McClure e Garcia (2021), o uso de recursos visuais e interativos favorece a compreensão de processos cognitivos e emocionais, promovendo engajamento e aprendizado ativo.

A retomada inicial da avaliação da semana permitiu ao paciente discriminar situações positivas e negativas vivenciadas recentemente, o que favorece a auto-observação e a identificação de padrões emocionais. Knapp (2019) ressalta que esse tipo de exercício auxilia o indivíduo a reconhecer a relação entre acontecimentos, pensamentos e reações emocionais, funcionando como base para processos posteriores de reestruturação cognitiva. Essa prática, alinhada ao modelo de Beck (2020), reforça a noção de que “os pensamentos influenciam diretamente nas emoções e nos comportamentos” (BECK, 2020, p. 42).

Durante o jogo, observou-se que P.H. apresentou respostas impulsivas em algumas situações, como na carta em que derrubava brinquedos em uma loja e optava por “sair correndo”. Esse comportamento demonstra a dificuldade de lidar com situações de responsabilidade e frustração, aspecto frequente em crianças dessa faixa etária. A TCC trabalha tais situações com treino em habilidades de enfrentamento e ensino de comportamentos alternativos, como assumir erros e desenvolver estratégias de autocontrole (DOBSON; DOBSON, 2021). O próprio diálogo, em que a terapeuta sugeriu “juntar os brinquedos e assumir o ocorrido”, reforçou a importância de respostas mais adaptativas, configurando um processo de aprendizagem social.

Outro ponto relevante foi a introdução e exploração do conceito de empatia, aspecto central dentro do repertório de habilidades sociais. Segundo Del Prette e Del Prette (2017), a empatia constitui uma competência fundamental para a convivência social e deve ser incentivada desde a infância, pois possibilita compreender e respeitar o outro em diferentes contextos. Ao ser convidado a refletir sobre situações de convivência com irmãos ou amigos, P.H. demonstrou progressos iniciais, reconhecendo que “ter calma” ou “pedir desculpa” são formas de resolver conflitos. Tais verbalizações revelam a construção de novas alternativas comportamentais, mediadas pela interação terapêutica.

Os momentos de silêncio observados durante a sessão também foram significativos. Mais do que simples pausas, eles indicaram instantes de reflexão e elaboração interna do paciente. Como apontam Wright, Basco e Thase (2019), a TCC deve valorizar esses espaços, pois permitem que o paciente processe informações e formule respostas próprias, promovendo autonomia no processo terapêutico.

O fechamento da sessão com a atribuição de tarefa de casa reforça o caráter ativo e colaborativo da TCC. Beck (2020) enfatiza que os exercícios extrassessão são fundamentais para

a generalização do aprendizado, permitindo que o paciente leve para o cotidiano as habilidades desenvolvidas em sessão. Nesse caso, a proposta de observar e registrar situações de uso de habilidades sociais amplia a consciência de P.H. sobre sua atuação em diferentes contextos, fortalecendo a autopercepção e a capacidade de autorregulação.

Em síntese, a sessão cumpriu os objetivos propostos ao favorecer a identificação de habilidades sociais, promover reflexão sobre comportamentos impulsivos e estimular a empatia e a responsabilidade em interações cotidianas. O engajamento de P.H., mesmo diante de algumas dificuldades de compreensão, evidencia a efetividade do recurso lúdico como meio de ensino e prática das competências sociais no contexto da TCC.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: teoria e prática**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

DOBSON, K. S.; DOBSON, D. **Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, H. A. **Cognitive therapy techniques for children and adolescents: tools for enhancing practice**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, P. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 11/09/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 02

O paciente P.H., 11 anos, compareceu ao segundo atendimento acompanhado da mãe. Foi recebido pela terapeuta na recepção e conduzido até a sala de atendimento. Durante o percurso, a terapeuta manteve uma conversa breve para deixá-lo mais à vontade, retomando a sensação de acolhimento estabelecida no primeiro encontro.

Terapeuta: Oi, P.H., tudo bem?

P.H.: Tudo.

Terapeuta: Que bom. E como você está se sentindo hoje?

P.H.: Bem.

Terapeuta: Está friozinho hoje, né?

P.H.: Tá.

Terapeuta: Eu também achei. Mas me conta, como foi a sua semana? Hoje a gente vai fazer aquela avaliação e depois vamos brincar com um joguinho de perguntas. Combinado?

P.H.: Combinado.

Terapeuta: Então vamos lá.

Terapeuta: O que você fez e gostou durante a semana?

P.H.: Gostei que tirei nota boa na prova.

Terapeuta: Que ótimo! Isso é motivo de alegria mesmo. Você ficou feliz?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Teve mais alguma coisa que você gostou bastante?

P.H.: Não, só isso.

Terapeuta: Já é muito bom. E o que você fez e não gostou?

P.H.: Acordar cedo.

Terapeuta: (rindo) Essa é clássica. Eu também não gosto, mas é necessário, né?

P.H.: É.

Terapeuta: Teve algum dia que conseguiu acordar mais tarde?

P.H.: Hoje.

Terapeuta: Então hoje foi melhor. Agora me diz: alguma coisa que você não fez e não gostaria de ter feito?

P.H.: Ser chamado na coordenação.

Terapeuta: Você já foi chamado?

P.H.: Fui.

Terapeuta: E não gostou nada disso.

P.H.: Não.

Terapeuta: Imagino, é uma situação chata. E alguma coisa que você não fez, mas gostaria de ter feito?

P.H.: Não sei.... posso pensar?

Terapeuta: Tudo bem. Pode pensar com calma.

Terapeuta: Agora vamos brincar com o jogo de perguntas. Você prefere que eu leia ou você mesmo lê?

P.H.: Pode ser qualquer um.

Terapeuta: Então a gente pode revezar.

Terapeuta: Primeira: diga uma coisa que deixa você com raiva.

P.H. Quando as pessoas ficam me incomodando, quando quero ficar quieto e me chamam à toa.

Terapeuta: Isso te tira do sério?

P.H.: Sim.

Terapeuta: E o que você faz quando acontece?

P.H.: Respiro fundo.

Terapeuta: Ótima estratégia! E você costuma perder a paciência fácil?

P.H.: Tem dia que sim, tem dia que não.

Terapeuta: Entendi. Agora eu também respondo: o que me deixa com raiva é quando estou dirigindo e alguém não presta atenção no trânsito.

Terapeuta: Agora você: duas coisas que não gosta em você mesmo.

P.H.: Eu não gosto de ser muito baixo.

Terapeuta: Você sente diferença em relação aos colegas?



P.H.: Sim.

Terapeuta: Mais alguma coisa?

P.H.: Acho que não.

Terapeuta: Tá. Eu, por exemplo, não gosto das minhas bochechas grandes. Mas isso faz parte, cada um tem algo que não gosta.

Terapeuta: Qual é o seu maior medo?

P.H.: Aranha.

Terapeuta: Aranha? Eu também não gosto.

P.H.: E também de perder meus pais.

Terapeuta: Esse é um medo comum. Eu lembro que quando era criança também pensava muito nisso.

Terapeuta: Conte uma cena marcante da sua infância.

P.H.: Quando eu caí de bicicleta. Ralei o braço e o joelho.

Terapeuta: Você lembra que idade tinha?

P.H.: Uns nove anos.

Terapeuta: Doeu muito?

P.H.: Doeu, mas não chorei.

Terapeuta: Foi um susto, né?

P.H.: Foi.

Terapeuta: Eu também caí muito quando aprendi. Essas lembranças marcam.

Terapeuta: Qual você acha que é a maior qualidade do seu pai?

P.H.: Ele é bom em matemática.

Terapeuta: E você admira isso?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Você vai na casa dele?

P.H.: Vou, nos finais de semana. A gente joga bola, brinca.

Terapeuta: Que bom! E o que você acha que é a maior qualidade da sua mãe?

P.H.: Ela cozinha bem.

Terapeuta: Você tem alguém em quem confia totalmente?

P.H.: Minha mãe e meu pai.

Terapeuta: Isso é muito importante.

Terapeuta: Que tipo de aluno você acha que é?

P.H.: Médio.



Terapeuta: Médio como?

P.H.: Nem ruim nem bom.

Terapeuta: E de comportamento?

P.H.: Bom.

Terapeuta: E de notas?

P.H.: Mais ou menos, de 7,5 a 9.

Terapeuta: Isso é ótimo.

Terapeuta: Você se acha bonito?

P.H.: Acho.

Terapeuta: Isso é muito bom, a gente precisa se gostar.

Terapeuta: Qual é o maior defeito da sua mãe?

P.H.: Ela grita muito.

Terapeuta: Oque você acha disso?

P.H.: Às vezes parece até briga, mas não é, já me acostumei

Terapeuta: Se você pudesse ser um animal, qual seria?

P.H.: Ornitorrinco.

Terapeuta: Ornitorrinco? Que diferente! Por quê?

P.H.: Porque ele tem ferrão venenoso e sabe nadar.

Terapeuta: Muito bom. Eu seria minha gata, que só come e dorme.

P.H.: (rindo) Boa, eu também seria ela!

Terapeuta: Me conta uma situação em que você foi legal com alguém.

P.H.: Hoje ajudei meu amigo em matemática.

Terapeuta: Ótimo, você ajudou ele a entender?

P.H.: Sim.

Terapeuta: Isso é muito bom. Eu também já ajudei pessoas e me senti bem.

Terapeuta: O que mais te deixa com raiva nos outros?

P.H.: Quando alguém se acha muito.

Terapeuta: Isso incomoda?

P.H.: Sim. Também quando bagunçam na sala, mexem no computador, não respeitam os professores e ainda ganham celular.

Terapeuta: Entendi. Você sente que é injusto.

P.H.: É. Eu nunca tive celular, e eles bagunçam e ganham.

Terapeuta: Sua mãe já te explicou por que não quer te dar celular agora?



P.H.: Já. Ela fala que eu sou novo.

Terapeuta: E ela tem razão, você ainda é novo. Mas no futuro vai ter.

Terapeuta: Qual você acha que é seu ponto forte?

P.H.: Matemática. Até o representante pede ajuda.

Terapeuta: Isso é ótimo! E o ponto fraco?

P.H.: Português. Não sei o que é substantivo.

Terapeuta: Isso é normal. O importante é continuar estudando.

Terapeuta: Por que você acha que as pessoas mentem?

P.H. Porque não gostam da verdade. Não têm caráter.

Terapeuta: Você é bem firme nisso, né?

P.H. Sou.

Terapeuta: Realmente, a mentira pode parecer fácil no momento, mas traz consequências.

Terapeuta: O que você mudaria em você?

P.H.: Nada.

Terapeuta: Que bom! Eu mudaria às vezes ser boazinha com quem não merece, mas continuo assim porque acredito que faz parte.

P.H.: Isso é um defeito meu também, pensando bem eu mudaria isso também

Terapeuta: Me conte uma experiência ruim.

P.H.: Não conheço meu avô por parte de mãe.

Terapeuta: Entendo. Isso te entristece?

P.H.: Um pouco.

Terapeuta: Eu também tive uma experiência ruim, quando perdi minha avó.

Terapeuta: Qual a pior coisa de ter irmãos?

P.H.: Minha irmã de 16 anos só assiste dorama e me obriga a ver. Eu não gosto.

Terapeuta: (rindo) Eu também não gosto de dorama.

P.H.: Fora isso, não tem nada ruim, não tenho muito contato com ela não, e o pequeno não me dá trabalho ainda.

Terapeuta: Que bom!

Terapeuta: Qual o seu humor de hoje?

P.H.: Feliz.

Terapeuta: Ótimo. Gostei de ouvir isso.

Terapeuta: Então, P.H., lembra daquela folhinha da avaliação? Você vai levar pra casa e preencher de novo até semana que vem.

P.H.: Tá.

Terapeuta: Na próxima a gente conversa sobre ela e podemos jogar outro jogo também. Gostou da nossa conversa hoje?

P.H.: Gostei.

Terapeuta: Eu também gostei muito. Até semana que vem!

P.H. Até.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O segundo atendimento de P.H., de 11 anos, iniciou-se com a retomada do vínculo terapêutico, aspecto considerado essencial dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A construção e manutenção da aliança terapêutica constituem elementos centrais para o sucesso do processo, pois permitem que a criança se sinta segura para expressar emoções e refletir sobre suas experiências. Nesse sentido, Beck (2020, p. 55) afirma que “a colaboração e a confiança são princípios basilares da TCC, sustentando a efetividade das intervenções cognitivas e comportamentais”. A retomada do clima de acolhimento observado na sessão favoreceu a abertura de P.H. para compartilhar aspectos de sua semana, permitindo à terapeuta introduzir atividades estruturadas.

Foi utilizada inicialmente a atividade de avaliação da semana, em que P.H. pôde discriminar situações agradáveis e desagradáveis vivenciadas nos últimos dias. Esse recurso, segundo Knapp (2019), funciona como exercício de auto-observação, possibilitando ao paciente reconhecer padrões de resposta emocional e comportamental em diferentes contextos. A menção de P.H. ao prazer em tirar nota alta na prova, bem como ao desconforto em acordar cedo ou ser chamado à coordenação, evidencia a habilidade de distinguir experiências positivas e negativas. Essa diferenciação é um passo relevante, pois, conforme Beck (2020), a percepção consciente da relação entre eventos, pensamentos e emoções é a base para a posterior aplicação de técnicas de reestruturação cognitiva.

A proposta de levar a atividade para casa reforça a importância das tarefas extrassessão, frequentemente descritas na literatura como um dos pilares da TCC. Wright, Basco e Thase (2019) ressaltam que os exercícios realizados fora da sessão favorecem a generalização do aprendizado e ampliam a autonomia do paciente. No caso de crianças e adolescentes, a continuidade das atividades no ambiente familiar contribui ainda para consolidar estratégias de autorregulação emocional e fortalecer a corresponsabilidade no processo terapêutico.

Na sequência, a terapeuta utilizou o recurso lúdico Conversinha Teams, composto por perguntas reflexivas sobre sentimentos, valores e experiências pessoais. Estratégias dessa natureza favorecem a expressão emocional de crianças, pois traduzem conteúdos subjetivos em formatos acessíveis ao seu estágio de desenvolvimento (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2021). Durante a atividade, P.H. revelou elementos importantes de seu funcionamento emocional, como a irritação diante de provocações e o medo de perder os pais. Esses conteúdos podem ser compreendidos como manifestações de esquemas cognitivos relacionados a segurança e aceitação. Dobson e Dobson (2021) destacam que crenças centrais associadas a vulnerabilidade e perda são frequentes em atendimentos clínicos e podem ser abordadas por meio de técnicas de reestruturação e treino de enfrentamento.

Além disso, o jogo permitiu explorar percepções de autoconceito e autoestima, como quando P.H. afirmou se considerar bonito e destacou seu bom desempenho em matemática. A avaliação de aspectos positivos de si mesmo está alinhada com as estratégias da TCC voltadas para o fortalecimento de crenças funcionais e a promoção de autocompaixão (WRIGHT; BASCO; THASE, 2019). A possibilidade de compartilhar tanto qualidades quanto pontos percebidos como negativos, como sua estatura baixa, evidencia abertura para reflexão sobre autoimagem, aspecto fundamental em processos psicoterapêuticos com crianças em idade escolar.

Ao final, a fala de P.H. de que havia gostado da sessão reforça a consolidação da aliança terapêutica, criando condições para o avanço de técnicas mais complexas em encontros futuros. A experiência descrita demonstra a efetividade do uso combinado de recursos estruturados, como a avaliação da semana, e de ferramentas lúdicas, como o Conversinha Teams, no favorecimento da expressão emocional, da identificação de padrões cognitivos e do fortalecimento do engajamento no processo terapêutico. Dessa forma, observa-se que a sessão cumpriu seu objetivo de promover tanto a continuidade da auto-observação quanto a construção de um espaço de reflexão significativa para o paciente.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DOBSON, K. S.; DOBSON, D. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2021.



FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, H. A. *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: tools for enhancing practice*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2021.

KNAPP, P. *Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2019

w

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 04/09/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE ATENDIMENTO 01

Para o primeiro atendimento, encontrou-se uma criança do sexo masculino, P.H., de 11 anos. A sessão teve início com o objetivo de estabelecer vínculo terapêutico, apresentar o ambiente de forma acolhedora e lúdica e possibilitar à psicóloga uma escuta ativa das expressões emocionais do paciente. P.H. estava na recepção da clínica escola com sua mãe e foi recebido pela terapeuta; após os cumprimentos, ambos se dirigiram até a sala de atendimento.

Durante o trajeto, houve uma conversa breve para deixá-lo mais à vontade. Ao chegarem, a terapeuta explicou que aquele seria um espaço seguro para ele se expressar, brincar e falar de suas emoções. Também esclareceu sobre o sigilo, ressaltando que tudo o que fosse dito permaneceria entre eles, exceto em situações mais sérias que envolvessem risco para o paciente ou para outras pessoas.

Terapeuta: Oi, P.H., tudo bem?

P.H.: Tudo bem.

Terapeuta: Que bom! Eu sou a sua psicóloga, mas você pode me chamar de “tia”, se quiser. Aqui é um lugar só nosso, pra gente conversar, brincar, se conhecer melhor. Pode ficar tranquilo.

P.H.: Tá.

Terapeuta: E você sabe o que a gente faz aqui?

P.H.: Mais ou menos.

Terapeuta: Aqui a gente fala dos sentimentos, das coisas que acontecem no dia a dia, do que você pensa, do que você sente. Eu vou te ajudar a entender melhor as suas emoções.

P.H.: Tá bom.

Terapeuta: E tudo o que você falar aqui fica só entre nós. Eu não vou contar pra ninguém, nem pra sua mãe, nem pra mais ninguém. Só vou contar se for uma coisa muito séria, como se você me dissesse que quer se machucar ou machucar alguém. Nesse caso, eu teria que pedir ajuda para te proteger. Fora isso, fica só entre nós dois.

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Combinado então?

P.H.: Combinado.

Terapeuta: Então me conta um pouco sobre você. Qual é o seu nome completo?

P.H.: Meu nome é P.H.P.G.

Terapeuta: E quantos anos você tem?

P.H.: Tenho 11 anos.

Terapeuta: 11 anos, muito bem. E você estuda em qual ano?

P.H.: No sexto ano.

Terapeuta: E como é o sexto ano?

P.H.: É mais difícil que o quinto.

Terapeuta: E o que você mais gosta de fazer no seu dia a dia?

P.H.: Eu ajudo minha mãe, estudo. Gosto de soltar pipa, mas agora não posso.

Terapeuta: Não pode? Por quê?

P.H.: Porque eu tô doente, não posso fazer esforço. Estou no começo da pneumonia.

Terapeuta: Ah, entendi. Mas quando pode, você gosta bastante?

P.H.: Sim.

Terapeuta: E de jogar bola, você gosta também?

P.H.: Gosto.

Terapeuta: E você joga com quem?

P.H.: Na escola, no recreio, quando liberam a bola.

Terapeuta: E quando você chega em casa depois da escola, o que você faz?

P.H.: Eu conto as coisas da escola pra minha mãe, aí eu tomo banho, depois assisto televisão e depois durmo.

Terapeuta: Você gosta de contar as coisas pra sua mãe?

P.H.: Gosto.

Terapeuta: E ela gosta de ouvir?

P.H.: Gosta também.

Terapeuta: E você ajuda em casa?



P.H.: Ajudo.

Terapeuta: O que você costuma ajudar a fazer?

P.H.: Eu ajudo a arrumar, cuidado do meu irmãozinho às vezes.

Terapeuta: E como você se comporta em casa?

P.H.: Bem.

Terapeuta: E na escola, como é o seu comportamento?

P.H.: Bom também.

Terapeuta: E as notas, como estão?

P.H.: Razoáveis.

Terapeuta: Você sabe por que está aqui comigo?

P.H.: Minha mãe explicou outro dia, mas eu esqueci.

Terapeuta: Tá tudo bem. Vou te explicar de novo. A gente está aqui para conversar sobre os seus pensamentos, sobre o que você sente. Assim você vai aprendendo a lidar melhor com as situações.

Terapeuta: Você sabe o que são pensamentos?

P.H.: Não muito.

Terapeuta: São aquelas ideias que passam na nossa cabeça. Algumas são boas, outras não tanto. Algumas deixam a gente feliz, outras deixam a gente preocupado. Já aconteceu com você de ter pensamentos ruins que deixaram seu coração acelerado?

P.H.: Já.

Terapeuta: E como foi?

P.H.: Eu fiquei angustiado, nervoso.

Terapeuta: Isso acontece com todo mundo. Vamos falar também das emoções. Você conhece algumas emoções?

P.H.: Ansiedade, alegria, tristeza, vergonha.

Terapeuta: Isso mesmo. Também temos raiva, medo, nojo, compaixão, angústia. Vou te perguntar: quando você chora, como você se sente?

P.H.: Triste.

Terapeuta: E quando você está feliz?

P.H.: Quando tiro nota 10, quando minha mãe deixa eu brincar.

Terapeuta: Você tira bastante 10?

P.H.: No quarto ano eu tirava, depois não mais.

Terapeuta: E a raiva, quando você sente?

P.H.: Quando eu tento e não consigo. Ou quando procuro uma coisa e não acho.

Terapeuta: Isso é comum, todos sentimos. O que importa é aprender a controlar.

Terapeuta: Você sente tédio?

P.H.: Sinto. Quando eu não quero fazer nada, fico vazio.

Terapeuta: E a ansiedade, como é?

P.H.: Eu sinto quando vou viajar. No dia eu fico bem ansioso.

Terapeuta: E a tristeza?

P.H.: Quando acontece muita coisa ao mesmo tempo, ou quando eu levo um susto.

Terapeuta: E o medo?

P.H.: Tenho medo de filme de terror. Quando eu era pequeno, uma babá colocou um filme de terror e eu fiquei com muito medo. Até hoje não gosto.

Nesse momento, o terapeuta utilizou os personagens do filme *Divertidamente* para falar sobre as emoções de maneira mais lúdica. P.H. demonstrou conhecer os personagens, conseguiu relacioná-los às emoções básicas e deu exemplos de situações do seu dia a dia em que sentiu cada uma delas. Ele falou de momentos de alegria com a família, de raiva quando não consegue realizar algo, de medo ligado a filmes e de ansiedade em viagens. Mostrou-se atento e participativo.

Terapeuta: Agora vamos brincar um pouco? Você já jogou dominó?

P.H.: Já.

Terapeuta: Então vamos jogar juntos. Você começa.

Terapeuta e paciente iniciaram o jogo de dominó de números. A cada jogada, P.H. respondia de forma breve, com expressões curtas, e se mostrava envolvido com o jogo.

Terapeuta: Coloca a sua peça.

P.H.: Aqui.

Terapeuta: Boa jogada. Agora é a minha vez.

P.H.: Uhum.

Terapeuta: Você gosta de jogar com alguém em casa?

P.H.: Já joguei com meu tio.

Terapeuta: E gosta mais de ganhar ou só de jogar?

P.H.: De ganhar.

Terapeuta: (risos) Todo mundo gosta de ganhar, né?

P.H.: É.

O jogo continuou, com trocas curtas e leves entre terapeuta e paciente. P.H. prestava atenção às peças, ria em alguns momentos e parecia tranquilo durante a atividade. O terapeuta aproveitava para reforçar positivamente suas jogadas e manter a interação.

Terapeuta: Você pensou bem antes de colocar essa peça.

P.H.: Uhum.

O jogo se prolongou até próximo ao final da sessão. Terapeuta e paciente seguiram jogando, conversando de forma breve, até que o tempo se esgotou.

Terapeuta: P.H., nossa sessão está chegando ao fim. Gostou de vir aqui hoje?

P.H.: Sim. Eu não pensei que seria tão legal.

Terapeuta: Eu também gostei muito de te conhecer. Na próxima vez vamos ter novas atividades e continuar conversando.

P.H.: Tá bom.

Terapeuta: Então até a próxima, combinado?

P.H.: Até.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O primeiro atendimento com P.H., de 11 anos, teve como foco inicial o estabelecimento de vínculo terapêutico e a apresentação do espaço clínico como um ambiente seguro e acolhedor. Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a criação da aliança terapêutica é considerada fundamental para o desenvolvimento das intervenções, pois favorece a confiança e a colaboração do paciente no processo (BECK, 2013). Esse aspecto foi evidenciado quando a terapeuta explicou sobre o sigilo de forma acessível, assegurando que o paciente poderia compartilhar suas emoções livremente.

Durante a conversa inicial, observou-se que P.H. conseguiu descrever sua rotina e identificar atividades prazerosas, como “soltar pipa” e “jogar bola”. Esse levantamento de aspectos do cotidiano possibilita identificar reforçadores naturais, recurso importante dentro da TCC para compreender fontes de prazer, motivação e repertórios de enfrentamento (KNAPP, 2019).

No decorrer da sessão, a terapeuta introduziu de maneira didática a noção de pensamentos e emoções, exemplificando a ligação entre cognições e sentimentos. Tal movimento dialoga com o modelo cognitivo de Beck, segundo o qual os pensamentos influenciam diretamente as emoções e os comportamentos. Nesse sentido, Beck (2013, p. 37) destaca que “as emoções e comportamentos de um indivíduo são, em grande parte, determinados pela maneira como ele

estrutura o mundo”. Esse conceito foi evidenciado quando P.H. relatou: “*Eu fiquei angustiado, nervoso*” ao falar sobre experiências de pensamentos negativos, demonstrando já uma consciência inicial do impacto cognitivo em seu estado emocional.

A exploração das emoções foi realizada de forma lúdica, utilizando os personagens do filme *Divertidamente*. Recursos visuais e metafóricos são recomendados na TCC com crianças, pois permitem traduzir conceitos abstratos em linguagens mais concretas e acessíveis ao seu estágio de desenvolvimento (FRIEDBERG; McCLURE, 2015). P.H. conseguiu associar emoções a situações do cotidiano, como quando afirmou: “*Tenho medo de filme de terror... até hoje não gosto*”. Esse relato evidencia a presença de esquemas de memória associados a experiências negativas, que podem ser gradualmente trabalhados por meio de técnicas de reestruturação cognitiva.

Outro ponto relevante foi a identificação de gatilhos de raiva, quando P.H. afirmou: “*Quando eu tento e não consigo*”. Essa verbalização indica dificuldades em lidar com a frustração, aspecto comum na infância. Dentro da TCC, tais situações podem ser trabalhadas por meio de treino em habilidades de enfrentamento e da reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas ao fracasso e à autoeficácia (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

A utilização do jogo de dominó ao final da sessão possibilitou não apenas manter o vínculo de forma leve, mas também estimular a atenção, a tomada de decisão e a interação social. Durante a atividade, a terapeuta utilizou reforços positivos, como na fala: “*Você pensou bem antes de colocar essa peça*”. O reforço positivo é uma estratégia recomendada na TCC com crianças, pois fortalece comportamentos adequados e contribui para o engajamento no processo terapêutico (FRIEDBERG; McCLURE, 2015).

Ao término, a fala de P.H. – “*Eu não pensei que seria tão legal*” – evidencia que o primeiro contato foi bem-sucedido na construção de um ambiente de confiança e aceitação. Dessa forma, abre-se espaço para que, em sessões futuras, possam ser aplicadas técnicas mais direcionadas, como registros de pensamentos, treino em resolução de problemas e estratégias de autorregulação emocional.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes, 2017.



FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M. *Terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

KNAPP, P. *Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 16h00
5. **Data:** 28/08/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** P.H.P.G
8. **Idade do paciente:** 11 anos
9. **Paciente n°:** 01

RELATORIO DE TRIAGEM/ANAMNESE

Para nosso atendimento de Anamnese temos uma criança de 11 (onze) anos, em que sua responsável (mãe) esteve presente para realizar a avaliação. Ao chegar o horário da avaliação/anamnese, a terapeuta recepcionou a mãe que estava aguardando seu momento e se encaminhou para a sala.

Terapeuta: Boa tarde, podemos começar? Gostaria que você me falasse primeiro sobre o seu filho, para eu registrar os dados básicos. Qual é o nome completo dele?

Mãe: Boa tarde. Então, o nome dele é P.H.P.G Ele nasceu no dia 11 de março de 2014, tem 11 anos agora. Está naquela fase pré-adolescente, sabe? Ele estuda atualmente no 6º ano.

Terapeuta: Certo. E qual escola ele frequenta?

Mãe: Ele está estudando na Escola Estadual Benedito Santana Freire. É uma escola tradicional, mais antiga, fica perto de casa.

Terapeuta: Entendi. E o endereço de vocês?

Mãe: Nós moramos na Avenida União do Norte, número 1195, Bairro Daury Riva.

Terapeuta: E o P.H. mora com quem atualmente?

Mãe: Ele sempre morou comigo. Hoje moramos eu, meu esposo A., o P.H. e o irmãozinho mais novo de 45 dias, que é o D. Nós quatro juntos na mesma casa.

Terapeuta: E em relação ao pai biológico do P.H., você poderia me contar um pouco sobre ele?

Mãe: Sim. O pai dele se chama S.C.G, ele deve ter em torno de 40 anos de idade. Fez ensino médio completo e trabalha como motorista em uma fazenda. Nós fomos casados no passado, mas há 8 anos já não estamos mais juntos. Atualmente ele vive com outra mulher, eles se casaram recentemente.



Terapeuta: Certo. E sobre você, poderia me falar seus dados?

Mãe: Claro. Meu nome é V.M.P., eu nasci no dia 04 de março de 1993. Tenho ensino médio completo. Sou casada atualmente e, em relação à religião, eu sou católica, mas sou praticante.

Terapeuta: Entendi. E o P.H. tem irmãos?

Mãe: Sim. Ele tem o irmão mais novo, o D., que mora com a gente. Além disso, ele tem duas irmãs por parte do pai, a Y., que tem 17 anos, e a I., de 16 anos. Só que elas moram em outra cidade, e o contato entre eles não é muito próximo. Não têm muita convivência, parece que o pai não gosta de ver todos juntos.

Terapeuta: E como foi a reação do P.H. ao nascimento do irmão mais novo?

Mãe: Olha, ele gosta bastante do D., demonstra carinho, gosta de ajudar, pega no colo, participa, sabe? Mas ao mesmo tempo eu percebo que ele faz de tudo para chamar a minha atenção. Já aconteceu de a professora comentar comigo que ele poderia regredir um pouco por causa do nascimento do irmão, mas eu vejo que é uma forma dele lidar com essa disputa de atenção.

Terapeuta: E como é o relacionamento dele com o pai?

Mãe: É uma situação delicada. O pai fala muitas coisas na cabeça dele, que acabam confundindo. Eu sinto que isso influencia demais o comportamento do P.H., porque ele gosta do pai, claro, mas o pai faz promessas que não cumpre, coloca ideias que não são boas, manipula muito. Isso deixa o menino inseguro, mais calado, às vezes sem saber como agir.

Terapeuta: E o relacionamento entre você e o pai dele?

Mãe: No início foi mais afetuoso, mas hoje é complicado. Temos muitas brigas, principalmente por causa da pensão e da relação dele com o P.H. Eu sinto que tudo que tento resolver, o pai atrapalha ou critica, e no fim quem sofre mais é o menino. Por isso eu já procurei a Justiça, porque eu quero regularizar tudo de forma correta, para não ficar nessas discussões que só prejudicam o P.H.

Terapeuta: Certo. Agora voltando um pouco, a gravidez do P.H. foi planejada?

Mãe: Foi sim. O P.H. foi muito desejado. Desde o início eu sabia que era um menino, nunca tive dúvidas.

Terapeuta: E durante a gestação, houve algum problema?

Mãe: Não, foi uma gravidez tranquila. O parto foi cesárea e sem complicações. Eu tinha 22 anos quando ele nasceu.

Terapeuta: Ele apresentou alguma doença ou complicação na infância?

Mãe: Não, graças a Deus não. Ele sempre foi saudável, nunca precisou de internação ou cirurgia. Também não tem alergias e não faz uso de nenhum medicamento contínuo.

Terapeuta: E no desenvolvimento dele, como foi?

Mãe: Sempre dentro do esperado. Com seis meses ele já firmava bem a cabeça, e com dez meses já andava sozinho. Ele sempre se mostrou ativo, curioso. É canhoto desde pequeno, sempre preferiu a mão esquerda, puxou isso da minha mãe. Nunca sofreu acidentes graves.

Terapeuta: E quanto à alimentação?

Mãe: Ele se alimenta bem, aceita de tudo, não tem restrição. Às vezes prefere comidas mais práticas, mas não costuma recusar.

Terapeuta: E o sono, como é?

Mãe: Ele tem horário para dormir, mas às vezes acaba atrasando. Quando era menor, tinha televisão no quarto, mas eu tirei porque percebi que ele estava ficando muito tempo no YouTube, assistindo coisas que não eram adequadas, como vídeos de humor adulto, Porta dos Fundos, esse tipo de coisa. Eu me preocupei muito, porque achei que não era conteúdo para a idade dele. Hoje eu controlo mais, mas ainda é uma luta, porque ele gosta muito de internet.

Terapeuta: E sobre a personalidade dele, como você o descreveria?

Mãe: Ele é um menino muito comunicativo, faz amizade fácil, gosta de conversar, se enturma bem. Mas, ao mesmo tempo, eu percebo que ele é ansioso, sensível, se magoa fácil. Quando está triste ou preocupado, tende a se isolar, a ficar quieto. Já aconteceu, por exemplo, depois de conversar com o pai, ele voltou para casa muito calado, sem vontade de falar. Ele guarda as coisas.

Terapeuta: Ele já apresentou hábitos como roer unhas, chupar dedo, tiques?

Mãe: Não, isso nunca.

Terapeuta: Há casos de doenças mentais na família?

Mãe: Sim. A avó dele tem depressão.

Terapeuta: Entendi. E sobre as amizades, como ele se relaciona?

Mãe: Ele gosta de brincar. Antes eu não deixava ele brincar na rua, porque achava perigoso, mas depois que me afastei da clínica, passei a permitir que ele brincasse com alguns meninos perto de casa, sempre debaixo dos meus olhos. Ele gosta muito de jogar bola, ultimamente tem se interessado pelo vôlei. Eu vejo que ele participa, não fica de fora, mas também não sei dizer se ele chega a liderar. É mais participativo, tranquilo, não é de briga.

Terapeuta: E em relação à televisão e internet?

Mãe: Ele gosta demais de YouTube, fica bastante tempo. Isso me preocupa, porque consome conteúdos que não são apropriados. Eu controlo o quanto posso, mas como ele já está maior, ele questiona, pede, e às vezes acaba vendo escondido. Então eu sempre fico em cima.

Terapeuta: E na escola, como foi a adaptação dele?

Mãe: Sempre tranquila. Nunca tive problemas de adaptação. Ele vai bem, embora às vezes reclame.

Terapeuta: E em relação ao aprendizado?

Mãe: Ele gosta bastante de matemática, mas não gosta de português. Sempre foi assim, mais inclinado para números. Ele é razoável, não chega a ser dos melhores, mas também não é dos piores. Já aconteceu de um episódio dentro do ônibus escolar, em que outro menino mexeu com ele, e ele acabou reagindo. Mas não é de brigar, não costuma arrumar confusão.

Terapeuta: Ele já foi reprovado?

Mãe: Não, nunca.

Terapeuta: Ele já fez acompanhamento psicológico antes?

Mãe: Sim. Há alguns anos eu o levei em uma psicóloga particular, mas foram só duas sessões. O pai não ajudava, então acabei parando. Agora vejo que preciso retomar, porque ele está entrando na adolescência, e essa fase junto com a separação pesa demais para ele.

Terapeuta: Entendi. Então qual seria a principal queixa atual?

Mãe: O que mais me preocupa é a forma como o pai o influencia e como isso mexe com o comportamento. O P.H. não quer me magoar, nem magoar o pai. Ele fica no meio, confuso, dividido. Eu percebo que ele se retrai, fica mais calado, inseguro, às vezes ansioso. Já chegou a chorar porque não sabia como reagir. Eu sinto que ele precisa de acompanhamento para aprender a lidar com essas situações, expressar o que sente e não carregar esse peso sozinho.

Terapeuta: Certo. Vamos trabalhar em cima disso

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 15h45
5. **Data:** 16/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** S.S.O
8. **Idade do paciente:** 06 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATORIO DE ATENDIMENTO 01

A paciente S.S.O., 6 anos, compareceu ao primeiro atendimento psicológico acompanhada de sua mãe, que permaneceu na recepção enquanto a terapeuta a conduzia até a sala. A criança apresentou-se tímida, mantendo o olhar voltado para o chão e postura corporal retraída, com voz baixa e respostas curtas nos primeiros momentos do encontro. A terapeuta buscou estabelecer vínculo e promover acolhimento, utilizando linguagem acessível e postura lúdica, convidando-a a sentar-se no chão para a atividade proposta, a fim de criar um ambiente de maior conforto e proximidade.

Durante o início da sessão, a terapeuta iniciou um breve diálogo para conhecê-la melhor, perguntando seu nome, idade e com quem morava. A paciente respondeu de forma sucinta, demonstrando certa vergonha, mas manteve contato visual e mostrou-se atenta à interação. Relatou morar com os avós e a mãe, respondendo com naturalidade às perguntas. Quando questionada sobre o que gostava de fazer, disse apreciar estudar e brincar com bola, revelando interesse por atividades simples e cotidianas.

Em seguida, a terapeuta apresentou dois bonecos — Maria e João — explicando que seriam utilizados em uma historinha para ajudar a compreender o trabalho terapêutico. Com tom de voz suave e expressões acolhedoras, explicou que na terapia as pessoas conversam sobre seus sentimentos e emoções. Questionada se sabia o que eram emoções e se já havia sentido raiva, tristeza, vergonha ou nojo, S.S.O., respondeu de maneira espontânea, mas frequentemente com negação ou incerteza, afirmando não se lembrar de momentos em que sentiu raiva ou tristeza. Apesar disso, mostrou-se curiosa e receptiva às explicações, observando atentamente os bonecos e sorrindo em alguns momentos.

A terapeuta utilizou o recurso do livro e dos personagens para introduzir a história “Por que vou à terapia?”, explorando exemplos de outras crianças que vivenciavam diferentes situações emocionais. S.S.O., escutou atentamente, acompanhando o enredo e reagindo com pequenos sorrisos a algumas passagens. Quando questionada se chorava, demonstrou dificuldade em identificar suas próprias emoções, mas reconheceu ter ficado triste quando seu cachorro morreu. A terapeuta acolheu e validou o relato, reforçando que sentir tristeza faz parte da experiência humana, o que foi recebido com atenção pela paciente.

Na segunda parte da sessão, foram introduzidos os personagens do filme *Divertidamente*, representando as emoções básicas como Alegria, Tristeza, Raiva, Medo e Nojinho. A terapeuta apresentou cada personagem, explicando suas características e promovendo associações com situações do cotidiano. S.S.O., acompanhou o enredo com interesse e participou quando solicitada, demonstrando leve descontração ao longo da atividade. Ao ouvir sobre o personagem “Nojinho”, respondeu de forma divertida ao exemplo dos brócolis, dizendo “eca”, o que evidenciou um momento de espontaneidade e riso, indicando maior conforto no ambiente. Durante o diálogo sobre a emoção “Alegria”, a paciente afirmou sentir-se feliz ao brincar em casa e na escola. Quando questionada sobre a “Raiva”, disse não se lembrar de situações em que havia sentido tal emoção. Ao longo da interação, foi possível perceber que S.S.O., apresentava certa dificuldade em identificar e nomear seus sentimentos, mas demonstrava disposição em compreender o tema proposto e se mostrava mais envolvida à medida que a terapeuta validava suas respostas e reforçava positivamente sua participação.

Posteriormente, a terapeuta propôs uma atividade de desenho, solicitando que a paciente representasse uma emoção que já tivesse sentido. S.S.O., aceitou o convite com entusiasmo moderado e escolheu sentar-se no chão, iniciando o desenho de si mesma segurando um balão. Quando questionada sobre o significado do desenho, afirmou estar feliz, associando a imagem à emoção da alegria. Ao ser perguntada sobre o que estava sentindo naquele momento, respondeu com voz baixa que sentia “vergonha”, demonstrando autopercepção emocional e sinceridade. A terapeuta acolheu a fala de forma empática, validando o sentimento e explicando que sentir vergonha é algo natural, reforçando a segurança do espaço terapêutico.

Durante a realização do desenho, observou-se que S.S.O., manteve concentração e delicadeza nos traços, demonstrando prazer na atividade. Ao ser convidada a escrever seu nome no papel, mostrou-se segura e satisfeita com o resultado, recebendo elogios e incentivo da terapeuta. Em diversos momentos, sorriu de forma espontânea, especialmente quando elogiada ou quando reconhecia alguma emoção nas histórias apresentadas.

Ao final da sessão, a terapeuta elogiou o empenho da paciente e combinou com ela que, na próxima semana, poderiam realizar atividades de pintura, conforme o desejo da própria criança. Também sugeriu que, durante a semana, S.S.O., observasse momentos em que sentisse alguma emoção, para compartilhar no próximo encontro. A paciente demonstrou satisfação com o combinado, mostrando-se mais à vontade e sorridente no encerramento, despedindo-se de forma afetuosa e expressando vontade de retornar.

Durante todo o atendimento, a terapeuta demonstrou sensibilidade ao ritmo da criança, respeitando seus tempos e silêncios, validando suas falas e emoções de forma positiva. O ambiente se manteve calmo, seguro e acolhedor, o que contribuiu para a construção inicial do vínculo terapêutico. Apesar da timidez inicial, observou-se um aumento gradual da confiança e da espontaneidade de S.S.O., ao longo da sessão, evidenciado por risos, maior contato visual e respostas mais extensas.

De modo geral, o encontro transcorreu de forma tranquila e produtiva. A paciente apresentou boa adesão às propostas lúdicas e engajamento crescente nas atividades. Demonstrou curiosidade, afetividade e disposição em participar das interações, indicando uma boa adaptação ao setting terapêutico e um início promissor para o processo psicoterapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O primeiro atendimento com S.S.O. teve como objetivo principal promover o acolhimento inicial e iniciar o processo de vínculo terapêutico por meio de atividades lúdicas voltadas ao reconhecimento das emoções. Durante a sessão, observou-se que a paciente apresentou timidez inicial, dificuldade de nomear sentimentos e respostas breves diante de perguntas que envolviam experiências emocionais, especialmente quando relacionadas à raiva, tristeza ou vergonha. A partir do uso de recursos simbólicos e personagens, foi possível favorecer a aproximação e iniciar o processo de psicoeducação emocional, essencial no manejo de crianças em idade pré-escolar.

De acordo com Beck (2013), a TCC compreende que a forma como o indivíduo interpreta suas experiências influencia diretamente suas emoções e comportamentos. No caso de S.S.O., as dificuldades em reconhecer e nomear emoções podem estar associadas à ausência de vocabulário emocional consolidado, o que, segundo Stallard (2020), é comum em crianças que ainda estão desenvolvendo habilidades metacognitivas e autorregulatórias. Assim, o uso de estratégias lúdicas, como histórias e personagens animados, auxilia na tradução simbólica das emoções, permitindo que a criança compreenda seus estados internos e comece a diferenciá-los de maneira

mais concreta.

A introdução das emoções básicas por meio dos personagens do filme *Divertidamente* proporcionou à paciente um ambiente de identificação e segurança emocional, permitindo que reconhecesse sentimentos universais como alegria, tristeza e medo. Segundo Kendall (2021), o processo terapêutico infantil deve priorizar a criação de um contexto seguro, no qual a criança se sinta validada e encorajada a expressar pensamentos e afetos. O ambiente acolhedor, aliado ao reforço positivo utilizado pela terapeuta, foi fundamental para o início da formação do vínculo terapêutico, aspecto essencial na TCC infantil, uma vez que o vínculo constitui a base da colaboração e da mudança (Beck; Dozois, 2020).

Durante a sessão, notou-se também a presença de vergonha e retraimento, aspectos que, segundo Friedberg e McClure (2017), podem indicar insegurança diante do novo contexto terapêutico. Nessas situações, a TCC orienta o terapeuta a adotar uma postura empática, flexível e de reforço positivo, para favorecer o sentimento de aceitação e a confiança na relação. Essa postura foi observada ao longo do encontro, quando a terapeuta acolheu e normalizou os sentimentos da paciente, demonstrando congruência e sensibilidade às suas necessidades emocionais.

O uso de desenho como recurso expressivo foi pertinente, uma vez que a TCC reconhece a importância das atividades projetivas e criativas para o acesso ao conteúdo cognitivo e afetivo infantil. Como pontuam Wright, Basco e Thase (2021), o desenho permite que a criança comunique emoções de forma simbólica, especialmente quando ainda não domina plenamente os recursos verbais para descrever seus estados internos. O fato de S.S.O. ter representado a si mesma segurando um balão, associando a imagem à alegria, demonstra uma experiência emocional positiva no setting, reforçando o vínculo e validando o espaço como seguro e acolhedor.

Além disso, a tarefa proposta ao final da sessão como observar, durante a semana, momentos em que sentisse alguma emoção, está alinhada à técnica de monitoramento emocional, frequentemente utilizada na TCC para desenvolver a consciência emocional e o autoconhecimento (Knapp; Beck, 2021). Essa proposta estimula a criança a observar seus estados afetivos e prepara o terreno para futuras intervenções cognitivas, que dependerão do reconhecimento e diferenciação das emoções.

Em síntese, o atendimento alcançou seus objetivos iniciais, promovendo o vínculo terapêutico e favorecendo a alfabetização emocional da paciente. As reações observadas como timidez, respostas curtas e dificuldade em nomear emoções, são compatíveis com a fase inicial

do processo terapêutico infantil, em que o foco está na construção de confiança e na introdução gradual de conceitos emocionais. O uso da ludicidade e da validação afetiva mostrou-se eficaz na facilitação da comunicação e na promoção do engajamento, aspectos fundamentais para o progresso das etapas subsequentes da terapia.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Aaron T.; DOZOIS, David J. A. *Cognitive therapy: current status and future directions*. *Annual Review of Medicine*, v. 71, p. 1–10, 2020.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jessica M. ***Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts***. 3. ed. New York: Guilford Press, 2017.

KENDALL, Philip C. ***Cognitive therapy with children and adolescents: learning to think differently***. 5. ed. New York: Routledge, 2021.

KNAPP, Paula; BECK, Judith S. Cognitive therapy for children and adolescents: adapting the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, v. 51, n. 2, p. 117–126, 2021.

STALLARD, Paul. ***Think good, feel good: a cognitive behavioural therapy workbook for children and young people***. 2. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2020.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. ***Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide***. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2021.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 15h45
5. **Data:** 30/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** S.S.O
8. **Idade do paciente:** 06 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATORIO DE ATENDIMENTO 02

A paciente S.S.O., 6 anos, compareceu ao segundo atendimento psicológico no horário agendado, acompanhada de sua mãe, que permaneceu na recepção enquanto a terapeuta conduzia a criança até a sala. Logo ao entrar, observou-se que S.S.O. demonstrava maior familiaridade com o ambiente, caminhando com passos tranquilos e mantendo expressão facial mais aberta do que na sessão anterior. Sentou-se espontaneamente no tapete, aguardando as atividades, e buscou olhar a terapeuta com mais frequência, sinalizando aumento gradual de confiança.

Para iniciar o encontro, a terapeuta retomou brevemente conteúdos da primeira sessão, perguntando à criança se ela lembrava das emoções que haviam conversado. S.S.O. respondeu prontamente, listando uma a uma: “Raiva, Nojinho, Inveja, Medo, Tédio, Vergonha, Tristeza, Choro”. A terapeuta a incentivou, elogiando: “Você arrasou, viu?”. A criança sorriu de forma discreta, mas demonstrou satisfação ao recordar corretamente o conteúdo.

Em seguida, a terapeuta perguntou como ela estava se sentindo naquele dia. S.S.O. respondeu com voz leve: “Feliz”. A partir disso, foram apresentadas opções de atividades, como desenho, pintura e massinha. A terapeuta também ofereceu a possibilidade de escolher um balão para levar para casa. A paciente observou com atenção os materiais disponíveis e demonstrou preferência pela pintura, recusando inicialmente o desenho das emoções e escolhendo pintar a imagem da personagem "Angel", referindo-se à sereia. A terapeuta organizou os materiais no chão, espalhando lápis, giz, canetinhas e cuidando para que a paciente tivesse fácil acesso a tudo.

Antes de começar a atividade, a terapeuta posicionou um boneco infantil ao lado, dizendo de forma lúdica que ele iria “ver a pintura delas”. A criança acompanhou com interesse, indicando envolvimento com o clima simbólico criado na sessão. Assim que iniciou a pintura, a

terapeuta propôs conversar um pouco enquanto ela desenhava, mantendo o diálogo leve e contínuo, favorecendo a expressão espontânea da paciente.

Ao ser questionada sobre a semana anterior, S.S.O. explicou que havia ficado com febre e que quem cuidou dela foi a mãe. A terapeuta acolheu e reforçou o cuidado materno, comentando: “Sua mamãe é maravilhosa, né? Ela cuida muito bem de você”. Em seguida, perguntou sobre o pai, e a paciente disse que ele também cuidava e que gostava dele. Quando a terapeuta perguntou quem costumava ser mais bravo em casa, S.S.O. respondeu espontaneamente: “A vovó”. Explicou que a avó ficava brava quando o tio “não lava a louça”. A terapeuta perguntou se ela ajudava a avó e S.S.O. disse que sim, demonstrando orgulho ao contar essa rotina. A terapeuta validou a atitude, incentivando-a a continuar ajudando.

Durante a pintura, a conversa seguiu sobre atividades de preferência da criança. S.S.O. contou que gostava de jogar bola e disse que essa era uma das suas brincadeiras favoritas. Em vários momentos, a terapeuta incluía novamente as emoções que haviam sido tema do encontro anterior, perguntando qual emoção “iria pintar com elas” naquele momento. A paciente escolheu “Alegria” e, quando perguntada qual emoção não participaria, respondeu “Raiva”. Questionada se já tinha sentido raiva, negou prontamente, dizendo “Nunca”, e manteve o tom leve e cooperativo ao longo da conversa.

A terapeuta então perguntou a cor favorita de S.S.O., e a paciente respondeu “roxo”. A terapeuta comentou que também gostava dessa cor e contou que havia visto alguém pintando as unhas de roxo naquele dia, criando um momento de identificação positiva. A conversa então se voltou para o assunto dos óculos que a paciente iria fazer, e ela mencionou que seriam óculos “indestrutíveis”, escolhendo a cor rosa para a armação, mostrando entusiasmo ao falar sobre isso. A terapeuta reagiu de modo lúdico, reforçando a curiosidade da paciente ao dizer: “Será que existe mesmo óculos indestrutíveis?”.

A pintura continuou por vários minutos, com a paciente demonstrando atenção e delicadeza nos movimentos. A terapeuta elogiou repetidamente sua habilidade, dizendo: “Você pinta muito bem, não sai da linha”, reforçando sua autoestima e engajamento. S.S.O. também escolheu as cores do mar e comentou sobre o uso do giz, parecendo confortável com o material e demonstrando coordenação ao pintar as áreas pequenas do desenho.

Em determinado momento, a terapeuta voltou a oferecer balões e massinhas. A paciente, após pensar um pouco, pediu dois balões, explicando que queria levar um para sua prima. Escolheu as cores roxo e azul e disse que preferia levá-los sem encher. Quando a terapeuta

perguntou se queria massinha, escolheu a rosa, mas comentou que “não gostava do cheiro da massinha”, o que gerou risos espontâneos entre ambas.

Ao concluir a pintura, a terapeuta pediu que a menina escrevesse seu nome na folha. S.S.O. prontamente aceitou e se posicionou para escrever. Com auxílio da terapeuta, formou as letras do próprio nome e, em seguida, escreveu “Tia Duda”, repetindo as letras conforme a terapeuta modelava verbalmente cada uma. Demonstrou cuidado e atenção no processo, mesmo quando sinalizava dúvida em algumas letras.

Na etapa final, a terapeuta introduziu a massinha, pedindo que ela modelasse “algo que a deixasse muito feliz”. S.S.O. afirmou que queria fazer “o feliz” com massinha amarela. A terapeuta acompanhou atentamente a atividade, incentivando-a a explorar o material. A criança manipulou a massinha formando pequenas partes e explicou que estava fazendo “ela”, referindo-se à emoção da alegria. Apesar da complexidade da tarefa, manteve-se engajada e satisfeita com sua criação, mostrando-a para a terapeuta ao final.

Após finalizar o trabalho com massinha, a terapeuta elogiou novamente o empenho de S.S.O., dizendo: “Ficou lindo nosso desenho. Arrasamos”. Organizou calmamente os materiais enquanto a paciente observava e conversava em tom tranquilo. A sessão foi finalizada de maneira leve, com a terapeuta combinando que, na próxima semana, poderiam continuar com atividades de pintura e massinha. S.S.O. saiu da sala tranquila, levando os balões escolhidos e despedindo-se de forma afetuosa e segura.

Durante todo o atendimento, observou-se que a paciente apresentou maior espontaneidade, sorriso mais frequente, contato visual ampliado e participação ativa nas atividades lúdicas. Manteve-se cooperativa, comunicativa e envolvida, demonstrando conforto crescente no contexto terapêutico

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O segundo atendimento com S.S.O. teve como objetivo aprofundar o vínculo terapêutico e dar continuidade ao processo de psicoeducação emocional iniciado no encontro anterior. Observou-se que a paciente apresentou maior espontaneidade, engajamento e conforto no setting, aspectos coerentes com a literatura da TCC infantil, que enfatiza que o vínculo seguro é fundamental para que a criança se sinta à vontade para explorar seus sentimentos e pensamentos (Beck, 2013; Kendall, 2021). A redução da timidez inicial e o aumento do contato visual sinalizam fortalecimento da relação terapêutica, etapa essencial para o progresso das intervenções cognitivas e comportamentais (Beck; Dozois, 2020).

No início da sessão, a paciente demonstrou lembrar e nomear diversas emoções trabalhadas anteriormente, o que evidencia retenção do conteúdo e ampliação do vocabulário emocional. Segundo Stallard (2020), crianças em idade pré-escolar ou de início da escolarização ainda estão desenvolvendo suas habilidades metacognitivas, e necessitam de repetição, suporte visual e atividades lúdicas para compreender estados internos. A habilidade crescente de S.S.O. em nomear emoções se alinha ao que o autor descreve como fase inicial do desenvolvimento emocional, na qual a criança começa a diferenciar sentimentos com maior clareza quando apoiada por recursos concretos e significativos.

As atividades propostas como pintura, escolha de cores, desenho de personagens e modelagem com massinha, reforçam os princípios da TCC para crianças, que recomendam o uso de materiais expressivos e simbólicos como forma de facilitar o acesso ao conteúdo emocional (Wright; Basco; Thase, 2021). Esses autores destacam que instrumentos visuais auxiliam crianças que ainda não dominam plenamente os recursos verbais para descrever sentimentos, funcionando como mediadores entre experiência interna e expressão externa. O envolvimento ativo de S.S.O. nessas atividades e sua capacidade de explicar suas escolhas (como ao modelar a "alegria") reforçam esse entendimento teórico.

O diálogo espontâneo sobre o ambiente familiar, incluindo comentários sobre a mãe, o pai, a avó e o irmão, oferece informações relevantes sobre o contexto da criança. Na perspectiva da TCC, as interações familiares influenciam diretamente a forma como a criança interpreta e responde às emoções (Kendall, 2021). O fato de S.S.O. identificar a avó como alguém que “fica brava” quando o tio não cumpre tarefas, por exemplo, pode contribuir futuramente para a compreensão de como normas, regras e responsabilidades são internalizadas no contexto doméstico. A verbalização espontânea dessas relações mostra que o setting terapêutico está sendo percebido como um espaço seguro, aspecto reforçado pela literatura como essencial para a comunicação autêntica (Friedberg; McClure, 2017).

Outro ponto relevante é a dificuldade observada quando a paciente é convidada a identificar emoções negativas, como raiva, tristeza ou nojo. S.S.O. frequentemente responde “nada” ou nega sentir essas emoções, fenômeno que pode indicar tanto dificuldade de acesso quanto falta de vocabulário emocional para descrevê-las. Segundo Friedberg e McClure (2017), crianças que ainda desenvolvem habilidades de autorregulação emocional tendem a evitar emoções percebidas como desconfortáveis ou desconhecidas. A prática constante de nomeação e validação, como realizada pela terapeuta, está alinhada ao modelo cognitivo, que orienta a normalização de emoções desagradáveis como parte da experiência humana (Beck, 2013).

O reforço positivo utilizado ao longo da sessão por meio de elogios como “Você pinta muito bem” e “Arrasamos”, também é consistente com a TCC infantil, que prioriza estratégias de valorização para promover engajamento, autoestima situacional e motivação para participação ativa (Beck; Dozois, 2020). Esse tipo de feedback contribui para a construção de crenças de competência e eficácia, importantes para crianças que ainda estão consolidando habilidades de autorregulação (Knapp; Beck, 2021).

A tarefa final, na qual a paciente deveria criar com massinha algo que representasse “felicidade”, é coerente com a técnica de monitoramento emocional. Segundo Knapp e Beck (2021), atividades que pedem à criança que identifique, represente ou descreva emoções contribuem para o desenvolvimento da consciência emocional, um dos primeiros passos do modelo cognitivo na infância. A escolha de produzir a emoção “alegria” e o envolvimento de S.S.O. na modelagem demonstram que a paciente está se apropriando gradualmente da linguagem emocional trabalhada em sessão.

Em síntese, o segundo atendimento mostrou avanços importantes na consolidação do vínculo terapêutico, na ampliação da comunicação e no reconhecimento das emoções básicas. A paciente mostrou-se participativa, responsiva e confortável, aspectos fundamentais para o desenvolvimento das etapas subsequentes do processo terapêutico. O uso da ludicidade, dos recursos visuais e da validação afetiva, todos princípios fortemente defendidos pela TCC na infância, mostrou-se eficaz na facilitação da expressão emocional e no engajamento da criança, fortalecendo as bases para o trabalho cognitivo futuro (Stallard, 2020; Kendall, 2021).

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Aaron T.; DOZOIS, David J. A. **Cognitive therapy: current status and future directions**. *Annual Review of Medicine*, v. 71, p. 1–10, 2020.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jessica M. **Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2017.

KENDALL, Philip C. **Cognitive therapy with children and adolescents: learning to think differently**. 5. ed. New York: Routledge, 2021.



KNAPP, Paula; BECK, Judith S. **Cognitive therapy for children and adolescents: adapting the model.** *Journal of Contemporary Psychotherapy*, v. 51, n. 2, p. 117–126, 2021.

STALLARD, Paul. **Think good, feel good: a cognitive behavioural therapy workbook for children and young people.** 2. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2020.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide.** 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2021.

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 15h45
5. **Data:** 13/11/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** S.S.O
8. **Idade do paciente:** 06 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATORIO DE ATENDIMENTO 03

A paciente compareceu ao terceiro atendimento psicológico no horário marcado, acompanhada de sua mãe, que permaneceu na recepção durante todo o período da sessão. Assim que foi chamada, a criança dirigiu-se à terapeuta com postura tranquila, permitindo que fosse conduzida até a sala de atendimento sem qualquer resistência. Ao entrar, observou-se que S.S.O. demonstrava maior segurança em relação às sessões anteriores, caminhando com passos suaves e explorando o ambiente com olhar atento, sinalizando familiaridade crescente com o espaço terapêutico.

Logo que chegaram ao tapete, a terapeuta iniciou um breve diálogo para estabelecer vínculo e sondar o estado emocional da criança naquele dia, perguntando-lhe como havia sido sua semana. Com voz baixa, porém espontânea, S.S.O. respondeu que havia brincado com a prima, relato simples, mas acompanhado de expressão corporal relaxada, indicando que falava sobre algo prazeroso. A terapeuta acolheu a resposta com naturalidade e prosseguiu com a introdução das atividades planejadas, apresentando à paciente uma lembrancinha preparada especialmente para ela: um “livrinho das emoções”, personalizado com o nome da criança.

Ao receber o material, S.S.O. demonstrou claro interesse. A terapeuta abriu o livrinho, mostrando a capa e cada uma das páginas internas, repletas de desenhos representando diferentes emoções. A criança observava atentamente, aproximando o rosto das ilustrações enquanto a terapeuta nomeava cada emoção ali representada. Essa exploração inicial favoreceu o engajamento e aumentou a motivação da paciente para iniciar as atividades propostas.

A terapeuta então expôs no chão os materiais que seriam utilizados: canetinhas, lápis de cor, giz de cera, lantejoulas, estrelinhas adesivas e uma pequena cola. Explicou de forma clara e lúdica que poderiam decorar o livrinho, especialmente a capa, escolhendo entre pintar, enfeitar,

colar adesivos ou misturar diferentes opções. S.S.O. ouviu atentamente e, quando questionada sobre como gostaria de começar, afirmou que preferia “botar lantejola”, expressão que demonstrou entusiasmo espontâneo e desejo de personalização.

A terapeuta iniciou o preparo da atividade, passando cuidadosamente cola em áreas delimitadas da capa e oferecendo as lantejoulas para que a paciente as colocasse. S.S.O. acompanhava os movimentos da terapeuta com concentração e aguardava o momento de colar cada peça. Em alguns momentos, ajeitava as lantejoulas com as pontas dos dedos, mostrando delicadeza nos movimentos e intenção de cuidar do aspecto estético. Enquanto isso, a terapeuta incentivava a criança a escolher as cores e disposições que considerasse mais bonitas, reforçando continuamente sua autonomia durante o processo criativo.

Após a etapa inicial de decoração, a terapeuta retomou com a paciente o tema das emoções, perguntando se ela reconhecia as figuras que apareciam nas páginas internas do livrinho. S.S.O. demonstrou boa capacidade de identificação e nomeou várias delas com rapidez, como ansiedade, nojinho, raiva, medo, tristeza, vergonha, tédio, alegria e inveja. Durante a nomeação, voltou seus olhos repetidamente para as imagens, indicando envolvimento e memorização adequada do conteúdo das sessões anteriores.

Quando questionada sobre qual emoção mais gostava, a paciente respondeu com segurança que preferia a alegria. Ao ser perguntada sobre aquela que menos gostava, mencionou a raiva, mantendo coerência com o repertório emocional que vinha apresentando desde os atendimentos anteriores. Demonstrou, portanto, consciência inicial sobre sensações e vivências afetivas, ainda que de forma concreta e relacionada às personagens.

A atividade de pintura teve início quando a criança escolheu qual emoção gostaria de colorir primeiro. A terapeuta, buscando estimular sua autonomia, entregou um conjunto de giz de cera e canetinhas, enquanto comentava sobre as características visuais de cada personagem, descrevendo cores, roupas e detalhes relevantes. S.S.O. mostrou-se observadora, aproximando o desenho dos olhos para analisar com mais precisão as áreas a serem pintadas. Perguntava com frequência sobre as cores corretas, especialmente quando tratava de personagens cujas roupas envolviam combinações ou tons variados. A terapeuta respondia pacientemente, guiando a criança sem retirar sua independência.

A paciente demonstrou tolerância ao tempo da atividade, permanecendo sentada, concentrada e engajada durante todo o processo de pintura. Quando algum detalhe ficava mais difícil, como pequenas áreas que exigiam maior precisão, ela apresentava pequenas pausas,

olhava para o desenho e o analisava novamente, retomando em seguida o movimento, o que evidenciava autorregulação adequada e capacidade de manter foco.

Em alguns momentos, S.S.O. fazia comentários espontâneos, questionando se determinada roupa era “mesmo daquela cor” ou se “era assim no filme”, demonstrando conhecimento prévio sobre as personagens e interesse genuíno pelo tema. A terapeuta aproveitava esses momentos para reforçar aspectos das emoções, explicando brevemente como cada uma delas poderia aparecer no corpo ou no comportamento das pessoas, sempre em linguagem acessível e adequada à idade da paciente.

Quando finalizou a pintura de uma das páginas, a criança recebeu duas estrelinhas adesivas como forma de reforço positivo, escolhendo as cores prata e dourado. Demonstrou satisfação perceptível, sorrindo discretamente enquanto colava as estrelas na capa do livrinho.

Após a conclusão da etapa artística, a terapeuta apresentou um novo jogo, cujo objetivo era montar bonecos combinando peças diferentes (rostos, cabelos, roupas). Colocou todas as peças viradas para cima no chão e explicou à paciente que deveriam montar duas meninas e dois meninos seguindo modelos apresentados. A criança aceitou a proposta prontamente.

Observou o primeiro modelo proposto e começou a selecionar as peças correspondentes. Demonstrou boa habilidade de pareamento visual, identificando rapidamente o rosto, a roupa e o cabelo da personagem. Ajustava as peças sobre o corpo do boneco com cuidado e, quando concluía, olhava para a terapeuta buscando confirmação. A terapeuta reforçava verbalmente cada acerto, promovendo encorajamento positivo.

Durante a atividade, S.S.O. demonstrou organização, empilhando peças que não seriam usadas e separando aquelas que considerava necessárias. Ao finalizar a primeira menina, desmontou-a com cuidado após receber a instrução da terapeuta para iniciar o próximo modelo. Em todos os momentos, manteve comportamento calmo, respeitoso e colaborativo, sem sinais de resistência ou frustração.

Ao longo do jogo, surgiram pequenos diálogos em que a criança perguntava sobre cores específicas ou comentava sobre detalhes das peças. A terapeuta respondia sempre de maneira acolhedora, promovendo um ambiente seguro que favorecia a comunicação espontânea e a aproximação afetiva.

Com o avanço da atividade, S.S.O. mostrou boa compreensão da sequência lógica da tarefa, conseguindo montar cada novo personagem com menor dependência da terapeuta. Isso evidenciou compreensão adequada do material, atenção sustentada e capacidade crescente de resolver problemas simples de forma autônoma.

A sessão foi sendo finalizada gradualmente após a conclusão dos bonecos. A terapeuta elogiou a dedicação da paciente, reforçando como ela havia se esforçado para decorar o livrinho e montar as figuras. S.S.O. sorriu e demonstrou satisfação ao observar o próprio trabalho. Auxiliou na organização de algumas peças e recolheu os materiais próximos a si, demonstrando boa disposição e colaboração.

Ao término do atendimento, saiu da sala de maneira tranquila, segura e satisfeita, levando consigo o livrinho e as estrelas que havia conquistado. Ao reencontrar a mãe, manteve expressão calma e postura confiante, comportamento que indicou regulação emocional adequada após a sessão.

Durante todo o atendimento, observou-se que S.S.O. apresentou expressiva evolução em relação à sessão anterior, com comunicação mais espontânea, maior iniciativa em responder perguntas, participação ativa em todas as etapas das atividades e sinais de crescente vínculo terapêutico. Demonstrou conforto no ambiente, engajamento consistente e boa capacidade de manter atenção prolongada em tarefas lúdicas dirigidas. Manteve-se cooperativa, respeitosa e emocionalmente regulada, evidenciando progresso significativo em sua adaptação ao processo psicoterapêutico.

ANÁLISE FUNDAMENTADA:

O terceiro atendimento com S.S.O. manteve como foco central o fortalecimento do vínculo terapêutico e a continuidade da psicoeducação emocional, aspectos essenciais nas fases iniciais da TCC infantil. Observou-se que a paciente apresentou maior segurança, autonomia na escolha das atividades e maior interesse espontâneo em interagir, condutas compatíveis com o que Beck (2013) e Kendall (2021) destacam como indicadores de consolidação gradual do vínculo terapêutico. A literatura aponta que a formação de uma relação segura e colaborativa é fundamental para que a criança se engaje, comunique-se de forma mais autêntica e esteja aberta à exploração de sentimentos, pensamentos e comportamentos (Beck; Dozois, 2020).

A ampliação do vocabulário emocional foi evidente neste encontro. A paciente não apenas reconheceu diversas emoções previamente trabalhadas, como também demonstrou capacidade de vinculá-las às personagens representadas nos materiais utilizados. Para Stallard (2020), crianças da idade de S.S.O. dependem fortemente de recursos visuais, repetição e atividades concretas para desenvolver habilidades metacognitivas básicas, como identificar emoções e diferenciá-las. A facilidade crescente da paciente em nomear emoções demonstra que

o processo de psicoeducação vem sendo efetivamente absorvido, indicando avanço na consciência emocional.

O uso de pintura, colagem, lantejoulas, adesivos e, posteriormente, o jogo de montagem de personagens, está alinhado às recomendações de Wright, Basco e Thase (2021), que reforçam que intervenções lúdicas e simbólicas facilitam o acesso ao conteúdo interno em crianças pequenas. Conforme destacam Friedberg e McClure (2017), materiais expressivos auxiliam especialmente crianças que ainda não possuem repertório verbal suficiente para traduzir suas emoções de forma articulada, funcionando como mediadores entre os sentimentos e sua expressão.

Ao longo da sessão, S.S.O. trouxe espontaneamente informações sobre seu ambiente familiar, mencionando pessoas e situações com naturalidade, o que demonstra percepção do setting terapêutico como espaço seguro. A literatura da TCC infantil reforça que o contexto familiar exerce influência significativa sobre interpretações e respostas emocionais da criança, sendo um componente essencial da formulação clínica (Kendall, 2021). O fato de a paciente comentar sobre comportamentos da avó e do tio fornece dados importantes sobre regras domésticas, expectativas e modelos de regulação emocional presentes em seu ambiente.

Outro aspecto observado foi a tendência da paciente a evitar nomear ou reconhecer emoções negativas, como a raiva. Essa negação pode refletir tanto dificuldade de acessar tais emoções quanto estratégias iniciais de evitação emocional, comuns na infância. Friedberg e McClure (2017) apontam que crianças com vocabulário emocional ainda em desenvolvimento tendem a minimizar emoções desconfortáveis. A intervenção realizada pela terapeuta — convidando à nomeação, validando e normalizando tais emoções — está de acordo com os princípios da TCC, que orientam a introdução gradual de sentimentos desagradáveis com ênfase na compreensão e aceitação (Beck, 2013).

O reforço positivo utilizado durante a sessão, por meio de elogios específicos e recompensas simbólicas, está plenamente alinhado ao modelo cognitivo-comportamental para crianças. Beck e Dozois (2020) destacam que reforçadores sociais aumentam engajamento, fortalecem crenças de competência e promovem comportamentos adaptativos. Knapp e Beck (2021) acrescentam que esse tipo de validação contribui diretamente para o desenvolvimento de autoeficácia, especialmente em crianças que ainda estão consolidando suas habilidades socioemocionais.

A atividade final, na qual S.S.O. representou a emoção “alegria” utilizando massinha, exemplifica uma intervenção compatível com estratégias de monitoramento emocional. Segundo

Knapp e Beck (2021), quando a criança é convidada a identificar e representar emoções por meio de materiais concretos, ela amplia sua consciência emocional, desenvolve vocabulário afetivo e estabelece bases sólidas para intervenções cognitivas posteriores. O envolvimento de S.S.O. na atividade indica que a paciente já está conseguindo integrar emoção, representação simbólica e comunicação verbal, um avanço significativo no processo terapêutico.

Em síntese, o terceiro atendimento evidenciou evolução consistente no engajamento, aumento da autonomia, ampliação do vocabulário emocional e aprofundamento do vínculo terapêutico. A paciente mostrou-se receptiva, participativa e confortável com a terapeuta, o que facilita a continuidade das intervenções estruturadas da TCC. O uso de estratégias lúdicas, validação emocional, reforço positivo e materiais visuais mostrou-se adequado à fase de desenvolvimento da criança e encontra sólido respaldo teórico na literatura da TCC infantil (Stallard, 2020; Kendall, 2021). Esses indicadores sugerem que S.S.O. está avançando de maneira satisfatória no processo terapêutico e encontra-se preparada para a introdução gradual de habilidades de autorregulação e identificação mais refinada de estados internos.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press, 1995.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jessica M. *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2017.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. *Learning Cognitive-Behavioral Therapy: An Illustrated Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006.

KENDALL, Philip C.; HEDTKE, Kristina A. *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. Workbook Publishing, 2003

1. **Estagiário:** Maria Eduarda Castilhos Kaiber
2. **Número da matrícula:** 58158
3. **Local de estágio:** FASICLIN
4. **Horário Início:** 15h00 **Término:** 15h45
5. **Data:** 08/10/2025
6. **Nome completo do Supervisor (a):** Ana Flávia Sousa Silva
7. **Nome do paciente:** S.S.O
8. **Idade do paciente:** 06 anos
9. **Paciente n°:** 04

RELATORIO DE TRIAGEM/ANAMNESE

Para nosso atendimento de Anamnese temos uma criança de 06 (seis) anos, em que sua responsável (mãe) esteve presente para realizar a avaliação. Ao chegar o horário da avaliação/anamnese, a terapeuta recepcionou a mãe que estava aguardando seu momento e se encaminhou para a sala.

Terapeuta: Boa tarde. Eu sou a Maria Eduarda, estagiária de Psicologia aqui na clínica da faculdade. Atualmente trabalho como aplicadora ABA em uma clínica multidisciplinar, então já tenho bastante contato com o público infantil. Hoje vou conduzir a entrevista de anamnese da S.S.O., tudo bem?

Mãe: Tudo bem.

Terapeuta: Certo. Vamos começar pelos dados básicos. Qual o nome completo dela?

Mãe: S.S.O.

Terapeuta: E a data de nascimento?

Mãe: Dia 25 de março de 2019.

Terapeuta: Ela nasceu aqui em Sinop mesmo?

Mãe: Sim, em Sinop.

Terapeuta: E o nome do pai?

Mãe: Welton Rafael de Souza.

Terapeuta: E o seu nome completo?

Mãe: Anielma Adriane de Souza.

Terapeuta: Qual é a sua data de nascimento?

Mãe: Dia 21 de junho de 1998.

Terapeuta: E o estado civil?

Mãe: Solteira.

Terapeuta: E a profissão?

Mãe: Sou doméstica.

Terapeuta: A Sofia mora com quem atualmente?

Mãe: Mora comigo e com meus pais.

Terapeuta: Entendido. A casa é própria ou alugada?

Mãe: Casa própria.

Terapeuta: E o endereço?

Mãe: Rua Madalena Santineli, número 75, bairro Jardim Ternoso.

Terapeuta: Ela tem irmãos?

Mãe: Sim, um irmão por parte de pai, de dez anos.

Terapeuta: E como é a relação entre eles?

Mãe: Tranquila. Eles se dão bem, brincam juntos quando se encontram. Não existe ciúmes nem competição.

A terapeuta prosseguiu abordando o contexto familiar. A mãe relatou que a relação com o pai da criança é distante e que há alguns desentendimentos ocasionais, principalmente por motivos banais, como uso de celular. Descreveu o pai como uma figura mais ausente e relatou que a comunicação entre eles é restrita ao essencial sobre a filha.

Terapeuta: E como você descreveria a Sofia dentro de casa?

Mãe: Em casa ela é bem extrovertida, fala bastante, gosta de brincar e desenhar. Mas quando está em lugares novos, com pessoas que não conhece, fica mais quieta, tímida. Acho que ela é mais ansiosa do que depressiva. Às vezes fica agressiva quando é contrariada.

Terapeuta: E ela apresenta algum comportamento repetitivo, como roer unhas ou ranger os dentes?

Mãe: Sim, rói unhas e range os dentes, principalmente à noite. Já levei ao dentista, que disse que poderia ser por ansiedade. Eu falo pra ela parar, mas é difícil.

Terapeuta: E quando ela faz isso, como você costuma reagir?

Mãe: Falo pra ela que é sujo e que pode dar doença, mas às vezes nem adianta. É automático.

Durante a conversa, a mãe mencionou histórico de esquizofrenia em parentes da linha paterna, incluindo uma tia e um tio-avô, e relatou que ela mesma, sua mãe e sua irmã já fizeram acompanhamento psicológico.

Terapeuta: A gravidez foi planejada?

Mãe: Não, não foi. Eu queria um menino e o pai dela queria uma menina. Mas quando descobri, levei numa boa.

Terapeuta: E como foi a gestação?

Mãe: Foi um pouco conturbada, porque na época eu e o pai dela só namorávamos. No final, tive pressão alta e precisei de medicação.

Terapeuta: E o parto?

Mãe: Cesárea. Ela nasceu com dois quilos e oitocentos, mas sem complicações.

Terapeuta: E a amamentação?

Mãe: Mamou no peito, sem refluxo, e sempre ficou comigo e com a minha mãe. Nunca ficou com outras pessoas.

Terapeuta: Você teve depressão pós-parto?

Mãe: Não.

Terapeuta: E usou chupeta?

Mãe: Usou, mas parou cedo.

Terapeuta: Como é a alimentação da Sofia?

Mãe: Ela come de tudo, mas ama doces. De manhã quase não come nada, porque vai pra escola e diz que não consegue comer comida cedo. No almoço come bem, à tarde faz lanches e à noite janta normal. Não gosta muito de legumes, mas come algumas frutas. Come sozinha desde uns dois ou três anos.

Terapeuta: E ela costuma comer à mesa?

Mãe: Sim, a gente sempre come na mesa. Raramente come na frente da televisão.

Terapeuta: Alguma alergia alimentar?

Mãe: Não.

A mãe relatou que a criança é independente em várias tarefas: escova os dentes, lava as mãos e toma banho sozinha, com pequenas ajudas quando necessário. Em relação ao sono, afirmou que dorme com a mãe e tem um padrão de sono agitado, com despertares noturnos.

Mãe: Às vezes ela levanta no meio da noite, conversa dormindo, já chegou até a ir ao quarto da minha irmã e perguntar: “você quer brincar comigo?”. Teve dias que precisei segurar ela, porque queria sair andando pela casa. Às vezes tem pesadelos e sempre me conta os sonhos depois.

Terapeuta: E ela sente medo de alguma coisa?

Mãe: Tem medo de algumas coisas, de barulhos, de escuro e de animais.

A terapeuta passou a investigar o desenvolvimento psicomotor e cognitivo.

Terapeuta: Com quantos meses ela sustentou a cabeça?

Mãe: Com três meses.

Terapeuta: E sentou, engatinhou, andou?

Mãe: Sentou com uns sete ou oito meses, engatinhou nessa época e andou com um ano certinho.

Terapeuta: Sofreu algum acidente?

Mãe: Sim, um acidente de carro comigo, mas ninguém se machucou.

Terapeuta: E a saúde dela hoje?

Mãe: É boa. Quando começou a ir pra escola, ficava doente com frequência, ia muito ao hospital e tomava soro, mas hoje não adocece mais. Usa óculos, porque tem três graus de miopia.

Terapeuta: E quanto à fala?

Mãe: Sempre falou bem. As primeiras palavras vieram antes de um ano, falou “mãezinha”. Hoje fala com clareza, entende tudo e se comunica bem. Às vezes troca algumas letras, mas é da idade.

Terapeuta: E ela gosta de brincar com outras crianças?

Mãe: Sim, brinca com minha mãe, minha irmã e com os bichos. Gosta de desenhar, de assistir Netflix, e tem uma gaita e um ukulele. Não toca ainda, mas gosta.

Terapeuta: E na escola, como está o desempenho?

Mãe: Está desde os dois anos na escola. Já fez nataçãõ, mas agora faz balé. Precisei trocar de escola porque comecei a trabalhar de manhã. Ela vai com o meu pai e volta de van. A professora disse que ela anda muito distraída, não presta atenção, quer só desenhar e cortar papel. É quietinha, tímida, mas muito carinhosa. Está com dificuldade de leitura.

Terapeuta: E ela gosta da professora?

Mãe: Gosta, mas às vezes reclama. Diz que a professora é chata quando exige demais.

Terapeuta: E ela já repetiu algum ano?

Mãe: Não.

Quando perguntada sobre o comportamento em casa, a mãe relatou que a filha já teve momentos de explosões e birras, especialmente quando contrariada, mas que vem apresentando melhora significativa.

Mãe: Antes ela se irritava por qualquer coisa, jogava os brinquedos e quebrava as coisas. Agora está mais calma. Percebo que fica mais nervosa quando assiste ao YouTube. Em casa eu não deixo, mas na casa do pai dela ela faz o que quer.

Terapeuta: Entendo. E como é a relação com o pai?

Mãe: É boa, ela gosta de ir pra lá, mas a avó paterna fala mal de mim na frente dela. Eu já bloqueei, porque não quero briga. Eles a deixam fazer tudo, e isso atrapalha um pouco.

Em seguida, a mãe explicou o motivo principal de ter procurado o atendimento psicológico.

Mãe: Eu procurei porque ela teve umas manchas vermelhas pelo corpo. Levei ao médico, fizemos exames, e estava tudo normal. O médico disse que se eu fosse você, procuraria um psicólogo, porque parecia emocional. Depois teve outro episódio: ela começou a chorar e gritar porque não conseguia fazer xixi, e no hospital os exames deram normais também. O médico disse que era psicológico.

A terapeuta acolheu o relato com empatia e explicou sobre a relação entre sintomas psicossomáticos e emoções reprimidas em crianças.

Terapeuta: Esses sintomas físicos podem mesmo estar relacionados à ansiedade. Hoje as crianças estão muito sobrecarregadas, mesmo sem responsabilidades. É importante que ela tenha atividades que estimulem a mente, como o balé e o reforço escolar. Aqui, vamos trabalhar com atividades lúdicas — desenho, pintura, histórias — para ajudá-la a se expressar e entender o que sente.

Mãe: Entendo. Às vezes acho que ela guarda as coisas pra si.

Terapeuta: Sim, e isso é comum. Ela ainda está aprendendo a nomear o que sente. Vamos ajudá-la a compreender e regular essas emoções.

A Terapeuta encerra o encontro com orientações gerais e combinados para os próximos passos do atendimento.

Terapeuta: Eu agradeço muito por ter compartilhado todas essas informações. Elas serão essenciais para o acompanhamento da S.S.O. aqui na clínica. O foco do nosso trabalho vai ser a regulação emocional, o manejo da ansiedade e o fortalecimento do vínculo mãe e filha. Além disso, se houver necessidade, podemos encaminhar para atendimento multidisciplinar com outros profissionais da clínica.

Mãe: Eu agradeço também. Espero que ajude ela a se controlar mais e que as manchas não voltem.



Terapeuta: Com certeza. As sessões com ela serão semanais, e eu vou te avisando sobre cada etapa. Qualquer mudança ou dúvida, a gente conversa pelo WhatsApp, certo?

Mãe: Combinado. Muito obrigada pela atenção.

Terapeuta: Eu que agradeço. Até nosso próximo encontro.