



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO  
RELATO DE VIVÊNCIAS:  
ESTÁGIO CLÍNICO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**ADRIANA GARCIA VEIGA  
CRISTIANE DAS GRAÇAS PEREIRA  
ESTELA MACIEL RESENDE  
NATÁLIA BALDUINO SILVA  
PAULA BARBOSA PEREIRA**

**LAVRAS-MG  
2020**

**ADRIANA GARCIA VEIGA  
CRISTIANE DAS GRAÇAS PEREIRA  
ESTELA MACIEL RESENDE  
NATÁLIA BALDUINO SILVA  
PAULA BARBOSA PEREIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO  
RELATO DE VIVÊNCIAS:  
ESTÁGIO CLÍNICO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro  
Universitário de Lavras como parte das exigências da  
disciplina Seminário de Pesquisa, curso de graduação  
em Psicologia.

Orientador: Me. Murilo Freitas Bauth

**LAVRAS-MG  
2020**

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico da Biblioteca Central do UNILAVRAS

R382      Relato de Vivências: estágio clínico na abordagem cognitivo-comportamental/ Adriana Garcia Veiga... [et al.]. – Lavras: Unilavras, 2020.

44 f.: il.

Portfólio Acadêmico (Graduação em Psicologia) – Unilavras, Lavras, 2020.

Orientador: Prof. Murilo Freitas Bauth.

1. Cognitivo comportamental. 2. Clínica Escola Psicologia.

I. Pereira, Cristiane das Graças. II. Resende, Estela Maciel. III. Silva, Natália Balduino. IV. Pereira, Paula Barbosa. V. Bauth, Murilo Freitas (Orient.). VI. Título.


**ADRIANA GARCIA VEIGA  
CRISTIANE DAS GRAÇAS PEREIRA  
ESTELA MACIEL RESENDE  
NATÁLIA BALDUINO SILVA  
PAULA BARBOSA PEREIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO  
RELATO DE VIVÊNCIAS:  
ESTÁGIO CLÍNICO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras como parte das exigências da disciplina Seminário de pesquisa, do curso de graduação em Psicologia.

Orientador: Me. Murilo Freitas Bauth

**Aprovado em 01/12/2020**



---

**ORIENTADOR**

Prof. Me. Murilo Freitas Bauth /Centro Universitário de Lavras



---

**PRESIDENTE DA BANCA**

Prof. M. Cleonice de Faria Barbosa/Centro Universitário de Lavras

**LAVRAS-MG  
2020**

## **DEDICATÓRIA**

*Dedicamos o presente portfólio a todas as pessoas que de certa forma contribuíram para que pudéssemos aproveitar ao máximo e absorver o que a Clínica-Escola de Psicologia ofereceu a cada uma de nós.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, à Deus que nos concedeu saúde e nos ajudou a superar as dificuldades que se apresentaram na nossa jornada. Ao UNILAVRAS, professores, coordenadores, pela oportunidade de aprendizado e crescimento, em especial ao nosso orientador Murilo Freitas Bauth, pelas orientações e correções, e a professora Kênia Izabel por compartilharem do conhecimento e experiência na Terapia Cognitivo-Comportamental ao longo da nossa trajetória. Aos nossos pais e familiares, pelo investimento, apoio, torcida, por sonhar o nosso sonho e pelo amor incondicional.

À Clínica-Escola de Psicologia, que nos proporcionou vivências, aprendizados, desafios e crescimento.

Aos colegas que fizeram parte deste processo, pela amizade, respeito, carinho e companheirismo.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para nosso crescimento profissional e pessoal, nosso muito obrigada!

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Primeira Clínica-Escola de Psicologia.....	14
Figura 2 - Fachada da atual Clínica-Escola de Psicologia.....	15
Figura 3 - Salas individuais de atendimentos aos adultos. ....	15
Figura 4 - Sala de ludoterapia.....	17
Figura 5 - Salas de supervisões. ....	17
Figura 6 - Recepção onde acontecem os primeiros contatos.....	18
Figura 7 - Sala de espera para a população. ....	19
Figura 8 - Sala de convivência para os alunos.....	19

## LISTA DE SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
BDI	Inventário de Depressão de Beck
DCC	Diagrama de Conceitualização Cognitiva
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FUMEC	Fundação Mineira de Educação e Cultura
NIAP	Núcleo de Inclusão e Apoio Psicopedagógico
PEI	Plano Educacional Individual
ProUni	Programa Universidade para todos
RH	Recursos Humanos
RP	Registro de Pensamentos
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 SOBRE OS AUTORES.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	13
<b>1.2.1 Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	14
2.2 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA.....	21
2.3 CONCEITOS BÁSICOS DA PSICOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	22
<b>2.3.1 Histórico da Terapia Cognitivo-Comportamental .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 Modelo cognitivo da depressão.....</b>	<b>23</b>
2.4 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO NA CLÍNICA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL .....	25
2.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUA EFICÁCIA.....	27
2.6 HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	29
<b>3 AUTOAVALIAÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO A – Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC).....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer do curso de Psicologia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), tivemos a oportunidade de conhecer teoricamente e vivenciar na prática, por meio de estágios obrigatórios, diversas áreas da psicologia. Dentre elas nós, Adriana, Cristiane, Estela, Natália e Paula, nos identificamos e tivemos muita afinidade com o estágio clínico. Dessa forma, o presente trabalho visa relatar sobre a nossa experiência e aprendizados que a atuação na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS nos proporcionou, durante o estágio na abordagem Cognitivo-Comportamental. Quanto a essa abordagem, apresentamos uma breve descrição sobre seu desenvolvimento, a teoria subjacente e, ao final, um relato das nossas vivências enquanto estagiárias na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS. Contamos com a orientação e supervisão do professor Mestre Murilo Freitas Bauth, que possui vasta experiência na área clínica, compartilhando seus conhecimentos e facilitando, assim, a realização deste trabalho.

De acordo com Amaral, *et al.* (2012), os serviços-escola surgiram pouco depois que a profissão de psicólogo foi estabelecida, em 1962, devido a demanda para a formação de psicólogos nos cursos de graduação. Diante disso, os objetivos primordiais foram a aplicação do material teórico aprendido em sala de aula, o aprimoramento das técnicas de atendimento psicológico para a prática clínica e o desenvolvimento de habilidades para direção e compreensão de caso clínico.

Segundo Peres *et al.* (2003), a intenção das clínicas-escola de Psicologia é de proporcionar aos alunos um treinamento através da utilização prática dos conhecimentos aprendidos na sala de aula. Dessa forma, contribui para a formação de profissionais devidamente competentes, que estejam apropriados para ampliar as demandas psicológicas de acordo com as novas realidades e necessidades sociais, culturais e políticas. Além disso, por meio de um serviço gratuito ou que possui um baixo custo financeiro, as clínicas-escola de Psicologia possibilitam à população desprovida economicamente, o acesso ao atendimento psicológico.

No que se refere à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Bahls e Navolar (2004), ressaltaram a existência da diversidade de terapias dentro desta abordagem psicoterápica. Não obstante, elas compartilham da mesma conjectura no que diz respeito à teoria, visto que, é através das correções nos pensamentos disfuncionais que vão ocorrendo as mudanças terapêuticas. Para essas terapias, uma série de eventos no mundo podem ser considerados neutros, positivos ou negativos, sendo a análise cognitiva do indivíduo frente a esses eventos,

a determinante da maneira como ele irá vivenciar seus sentimentos e comportamentos. Nesse sentido, é de suma importância para a TCC observar os pensamentos e a forma como o paciente interpreta o mundo.

A partir disso, as mudanças necessárias ocorram, o objetivo da TCC baseia-se em auxiliar o paciente para que ele possa aprender novas técnicas para atuar no ambiente. “A metodologia utilizada na terapia é de uma cooperação entre o terapeuta e o paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto” (LIMA; WIELENSKA, 1993 *apud* BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 9).

### 1.1 SOBRE OS AUTORES

Eu, Adriana Garcia Veiga, sou Bacharel em Administração de Empresas pela Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC) e possuo pós-graduação em Gestão de Pessoas. Sempre almejei cursar Psicologia, diante disso, ingressei no curso de Psicologia do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, no primeiro semestre de 2015, com o objetivo de adquirir conhecimentos em relação a essa ciência e também para auxiliar o meu trabalho no Supera, primeira empresa brasileira dedicada exclusivamente ao desenvolvimento das capacidades do cérebro e à saúde mental. Com o curso de Psicologia, desejei compreender de uma forma mais abrangente o ser humano, no que diz respeito aos seus aspectos cognitivos, comportamentais bem como sua constituição subjetiva como indivíduo sócio histórico. O curso foi um grande desafio, ter que conciliar a maternidade, trabalho, estágios e faculdade, de fato me exigiu muita determinação, mas em momento algum me arrependo, tenho certeza de que estou no caminho certo. A Psicologia tem contribuído muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, dentre os inúmeros estágios realizados, a atuação clínica foi a que mais me identifiquei, aprendi a ter uma escuta mais apurada do outro, identificar traços da história de vida e conhecer a subjetividade de cada pessoa enxergando-a sem julgamento, foi uma experiência enriquecedora. Diante disso pretendo dar continuidade nos meus estudos, tenho pretensão de pleitear vagas em cursos de especialização voltados para a psicologia cognitivo-comportamental. Desejo conciliar o meu atual trabalho com a psicologia clínica.

Eu, Cristiane das Graças Pereira, digo que não escolhi o curso, mas fui escolhida por ele. Sempre me interessei pela área de humanas, porém não sabia ao certo qual curso fazer, pois acreditava que somente com a experiência de cursar uma graduação que iria descobrir se realmente era a profissão que desejava seguir. Dessa forma, após realizar o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) consegui uma bolsa de estudo integral ofertada pelo Programa Universidade para Todos (ProUni), a qual proporcionou a realização da graduação. Atualmente,

cursando o 9º período do curso, percebo o quanto me identifiquei com a Psicologia, pois descobri que realmente gosto de ouvir e poder auxiliar uma pessoa em sofrimento, o que me desperta o interesse em seguir a área clínica. Também destaco a área de Recursos Humanos (RH), devido às experiências com palestras e treinamentos no estágio psicossocial/organizacional durante o curso. Entretanto, não me atenho somente a essas duas áreas, estando disposta a aprender, dedicar e aceitar oportunidades do mercado de trabalho. A Clínica-Escola de Psicologia, local de vivência, representa o aprendizado visualizado na prática. Foi uma experiência fantástica desde o quarto período, pois foi possível o contato direto com pacientes, além de agregar muito conhecimento, tanto com a prática quanto com as supervisões.

Eu, Estela Maciel Resende, escolhi a Psicologia ainda criança durante um processo psicoterapêutico, no qual consegui experimentar os efeitos e o crescimento oferecido pela profissão. A minha admiração pela área clínica é enorme, porém era muito insegura e criava milhares de planos para fugir desse propósito. No entanto, com as vivências na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS, a insegurança foi desaparecendo, abrindo espaço para experiências únicas.

Eu, Natália Balduino Silva, sempre me interessei pela área de humanas e foi pelo anseio de compreender o outro e os processos mentais, que tive interesse pelo curso de Psicologia desde o início do ensino médio. Quando iniciei o curso, tive uma nova perspectiva, novas pessoas, professores e um ambiente diferente, tudo isso, foi fundamental para o meu amadurecimento acadêmico e pessoal. A cada período eu me surpreendia cada vez mais, novas áreas, abordagens e novos aprendizados. A cada novo período, eu me apaixonava cada vez mais pela Psicologia. Dessa forma, meus interesses no curso mudavam a cada dia, visto que, eu queria ter experiência em todas as áreas que fossem possíveis e com isso, transitei por estágios e abordagens diferentes. Dentre essas experiências, dois estágios despertaram mais o meu interesse, os quais foram o estágio clínico e o estágio psicossocial na área de RH. Com isso, minhas perspectivas futuras estão voltadas para trabalhar nessas áreas, mas estou aberta a novas oportunidades, visto que, a profissão tem uma vasta opção de caminhos a serem seguidos e explorados. O estágio clínico foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal, pois estar lá com e pelo outro na sua própria essência, me proporcionou uma construção e uma desconstrução do meu eu. Sendo que, pude contribuir para o bem-estar e o desenvolvimento do outro, e isso, conseqüentemente, contribuiu para o meu autoconhecimento e mudanças constantes dentro de mim.

Eu, Paula Barbosa Pereira, fiz a escolha pelo curso desde mais nova, pois me encaixava no perfil de uma estudante curiosa e corajosa. Meu interesse pela área é amplo, pois me identifico bastante com a área clínica, na qual possa trabalhar com pacientes suicidas. Também tenho grande apreço pela área prisional, pois me sinto realizada em poder fazer o mínimo para aqueles que estão de certa forma em vulnerabilidade, mas estou aberta ao que o mercado de trabalho me oferecer. Quanto ao local de vivência, o estágio na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS me fez ver o mundo com outros olhos, me fez olhar com mais empatia diante da dor do outro. Aprendi que a cada atendimento deixava com o paciente um pouco de mim e carregava um pouco dele. Foi de suma importância para o meu crescimento pessoal e profissional.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Relatar as experiências do estágio clínico através da abordagem cognitivo-comportamental.

### 1.2.2 Específicos

Apresentar um breve histórico da psicologia clínica.

Apresentar os pressupostos teóricos da TCC, abordando também o histórico, a eficácia e a estrutura de tratamento. Bem como, as habilidades necessárias para o desenvolvimento do terapeuta cognitivo-comportamental.

Fazer uma análise sobre a atuação na Clínica-Escola de Psicologia.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O curso de Psicologia do UNILAVRAS conta com uma Clínica-Escola bem estruturada para o atendimento à população, onde os alunos trabalham com o atendimento clínico sob orientação dos professores-orientadores como parte da prática do curso. A clínica foi inaugurada em 22/10/2007, localizada inicialmente em um ambiente menor que o atual, sendo necessária a mudança de local, a fim de ter mais salas disponíveis tanto para supervisões quanto para atendimentos. A Clínica-Escola surgiu devido a uma grande necessidade de um espaço de ensino, no qual todos os alunos pudessem adquirir conhecimento através de estágios específicos e diferentes abordagens do curso de Psicologia. O intuito da clínica é capacitar os alunos para o atendimento clínico, a partir do acesso à prática dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, e que também possa prestar um serviço importante para a comunidade local. As figuras 1 e 2 referem-se, respectivamente, à primeira e atual Clínica-Escola do UNILAVRAS.

Figura 1 - Primeira Clínica-Escola de Psicologia.



Fonte: Foto retirada do Google Maps.

Figura 2 - Fachada da atual Clínica-Escola de Psicologia.



Fonte: Fotografia disponibilizada pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

A clínica-escola atual conta com salas individuais de atendimento, sala lúdica para que possamos trabalhar com o público infantil, salas de supervisões clínicas conduzidas por professores para os alunos, sala de espera com toda estrutura para que possamos receber a população, banheiros, e sala de convivência para os alunos. Nesse espaço, temos um professor coordenador que supervisiona os trabalhos na clínica em tempo integral e, também, um suporte técnico para a manutenção do serviço à comunidade. A seguir estão as fotos da Clínica-Escola onde são realizados todos os procedimentos citados acima:

Figura 3 - Salas individuais de atendimentos aos adultos.







Fonte: (a), (b) (c) representam as salas individuais para atendimento aos adultos. Fotografias disponibilizadas pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Figura 4 - Sala de ludoterapia.



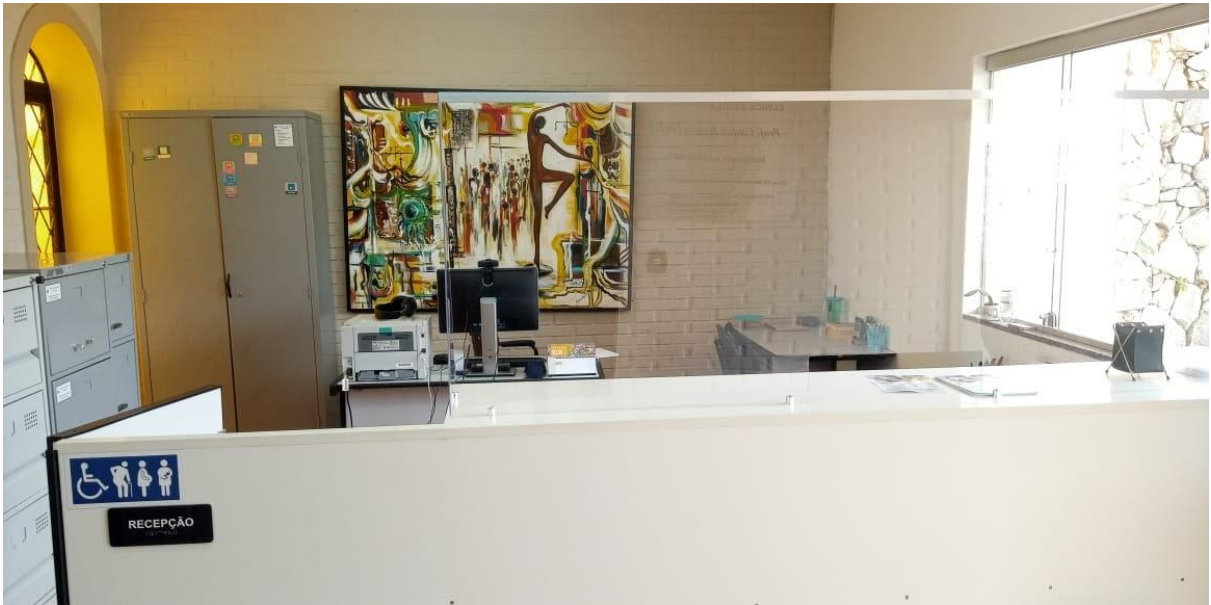
Fonte: Fotografia disponibilizada pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Figura 5 - Salas de supervisões.



Fonte: (a) e (b) representam as salas de supervisões. Fotografias disponibilizadas pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Figura 6 - Recepção onde acontecem os primeiros contatos.



Fonte: Fotografia disponibilizada pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Figura 7 - Sala de espera para a população.



Fonte: Fotografia disponibilizada pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Figura 8 - Sala de convivência para os alunos.



Fonte: (a), (b) fotos da sala de convivência. Fotografias disponibilizadas pelo Edmar, secretário da Clínica-Escola de Psicologia, em outubro de 2020.

Os atendimentos da Clínica-Escola abrangem os seguintes serviços:

**Intervenções Clínicas:** inclui a triagem e o encaminhamento de pacientes, atendimento em diferentes abordagens (Comportamental, Cognitivo-comportamental, Psicanalítica e

Humanista), psicodiagnóstico infantil com orientação aos pais, ludoterapia orientação profissional e plantão psicológico.

Segundo o professor Ismael Pereira de Siqueira, atual coordenador da clínica, a Clínica-Escola de Psicologia teve cinco coordenadores desde a sua existência, sendo eles: Profa. Cláudia Cássia de Oliveira, Prof. Rodrigo Otávio Fonseca, Prof. Ana Maria Junqueira Unes, Prof. Heron Laiber Bonadiman e no momento Prof. Ismael Pereira de Siqueira. De acordo com o Prof. Ismael Pereira de Siqueira, a Clínica-Escola realiza 40 atendimentos por dia, 240 atendimentos por semana, o que totaliza em torno de 9.600 atendimentos individuais por ano. Em 2019 foram atendidos 462 adultos e 63 crianças em atendimento individual. Além disso, oferece atendimento a alunos e funcionários por meio do Núcleo de Inclusão e Apoio Psicopedagógico (NIAP). No mesmo ano, foram realizados 18 acompanhamentos e elaboração de Plano Educacional Individual (PEI), para alunos de graduação que declararam necessitar de adaptações curriculares, em função de necessidades educacionais especiais e foram atendidos 35 alunos com problemas socioemocionais diversos.

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

De acordo com Dutra (2004), o termo clínica pode receber o significado de à beira do leito, demonstrando a influência da Medicina tanto no surgimento da Psicologia quanto na atuação do profissional clínico, tendo como objetivo o tratamento da doença e do sofrimento. Nesse sentido, a clínica psicológica estava, inicialmente, atrelada ao modelo médico, com o qual trabalhava de maneira individualista, por meio dos processos de observação e entrevista. Sendo assim, os profissionais dessa área trabalhavam com demandas subjetivas sem considerarem as questões sociais (MOREIRA; NEVES; ROMAGNOLI, 2007).

Moreira, Neves e Romagnoli (2007), relatam com embasamento nos estudos de Guerra (2002) que "[...] a história da Psicologia nos evidencia uma tradição de trabalho associada ao controle, à higienização e à diferenciação que, desde os primórdios de seu nascimento, associaram às práticas sociais e políticas a manutenção do *status quo*" (GUERRA, 2002 *apud* MOREIRA; NEVES; ROMAGNOLI 2007, p.29). A prática clínica atendia apenas as pessoas que possuíam algum poder, ou seja, somente uma parte da população era capaz de ter o atendimento psicológico.

Ao seguir o modelo médico, com o objetivo de ser reconhecida como ciência, a psicoterapia passa a ser vista como a profissão adequada para compreender o abstrato presente no ser humano. Sendo assim, o psicólogo que trabalhava de forma individualista em seu consultório é convidado a lidar com o contexto social. Em outras palavras, o profissional

começa a considerar a realidade e os acontecimentos da sociedade como constituintes do indivíduo (MOREIRA; NEVES; ROMAGNOLI, 2007).

Segundo Moreira *et al.* (2007), ao analisar essa evolução da psicologia, de um trabalho individualista para a visão do contexto social, é observável que tal profissão se expandiu e passou a fazer parte não só dos consultórios, como também de outros locais, como hospitais e penitenciárias. Além disso, o autor ressalta o surgimento de outras maneiras da psicologia enxergar o indivíduo, através das abordagens psicológicas. A psicanálise, inicialmente predominante, começa a dividir espaço com várias abordagens, como a humanista, a comportamental e a cognitivo-comportamental.

A ênfase clínica consiste na aprendizagem de competências específicas das práticas psicoterápicas, de acordo com a abordagem escolhida pelo profissional. Destina-se, ainda, à articulação dos principais conceitos teórico-práticos da Psicologia e aos estudos e relatos de casos em práticas psicoterápicas, nas suas diferentes abordagens teórico-conceituais. No caso da cognitivo-comportamental, o psicólogo busca compreender o modelo cognitivo, a fim de facilitar e identificar o modo de funcionamento de cada pessoa (MEIRA; NUNES, 2005).

## 2.3 CONCEITOS BÁSICOS DA PSICOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

### 2.3.1 Histórico da Terapia Cognitivo-Comportamental

A expressão Terapia Cognitivo-Comportamental é utilizada “para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo” (KNAPP; BECK, 2008, p. 55). Esse termo começou a aparecer por volta de 1960 e 1970, quando vários teóricos começaram a estudar e publicar sobre o tema cognição.

Pesquisa como a de Albert Bandura, aponta para uma limitação na forma como a abordagem comportamental explica o comportamento humano, e traz a proposta de que a cognição é um conceito mediador entre o ambiente e o comportamento, impulsionando o desenvolvimento da Terapia Cognitiva (TC). Ao mesmo tempo, autores como Aaron Beck, Albert Ellis, J.R. Cautela e John Mahoney rompiam com suas teorias e denominavam-se cognitivo-comportamentais (KNAPP; BECK, 2008).

A partir do estudo com pacientes depressivos, Aaron Beck criou o modelo cognitivo da depressão. De acordo com esse modelo, “o humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana” (POWELL *et al.*, 2008, p.74).

Tempos depois, esse modelo evoluiu e deu origem a uma nova forma de psicoterapia, a Terapia Cognitiva. Trata-se de uma terapia breve, estruturada e com foco no presente. O processo terapêutico é voltado para a solução das questões atuais, conduzindo a modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013).

A fundamentação teórica da TCC é baseada no modelo cognitivo, como citado por Knapp e Beck (2008). Esse modelo parte do pressuposto que “as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos” (BECK, 2013, p.50). Diante disso, a melhora acontece quando a pessoa tem maior compreensão dos seus pensamentos e os avalia de forma mais adaptativa e realista, como pontuado por Beck (2013). Porém, para a melhora ser mais efetiva é necessário trabalhar os níveis mais profundos da cognição, ou seja, as crenças básicas do indivíduo sobre ele mesmo, o mundo e as outras pessoas.

Também é importante mencionar que, o modelo cognitivo se encaixa em uma visão de homem construtivista, isto é, o sujeito participa ativamente da elaboração das suas teorias sobre si, o outro e o mundo. E de acordo com Castañon (2005), o homem constrói suas ideias e opiniões, não recebe de forma passiva a influência causada pelo objeto.

### **2.3.2 Modelo cognitivo da depressão**

Segundo Powell *et al.* (2008), a construção teórica e prática das terapias cognitivas comportamentais foram elaboradas inicialmente com pacientes diagnosticados em quadros depressivos. Vale ressaltar que o modelo cognitivo da TCC pode ser aplicado em inúmeros transtornos mentais e não apenas em pacientes com depressão.

De acordo com Powell *et al.* (2008), esta nova concepção de compreensão do indivíduo, onde o foco é o pensamento, foi denominada por Beck em 1963, em seu artigo ‘*Thinking and depression*’, de ‘Terapia Cognitiva’. Conforme os últimos estudos em metanálises, a maneira de conceber o indivíduo por meio da TCC tem se mostrado mais eficiente no manejo e tratamento de quadros depressivos, até mesmo em comparação a tratamentos de farmacoterapia e outras formas de intervenções psicológicas.

Dentre a vasta literatura estudada, observamos a importância da TCC no tratamento de quadros depressivos. Desta forma, neste trabalho, optamos por evidenciar sua eficácia neste quadro, tendo em vista a recorrência do contato com pacientes que apresentavam essa condição, em nossa vivência no estágio da Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS. Além disso

trata-se de um modelo que pode ser generalizado para as demais demandas encontradas durante o estágio (BECK *et al.*, 1997).

De acordo com Powell *et al.* (2008), existem duas noções primordiais para o modelo de funcionamento cognitivo em relação a depressão: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. Em relação a tríade cognitiva em pacientes depressivos, observa-se que o indivíduo possui uma noção distorcida de si próprio, do seu futuro e do mundo ao seu redor.

Powell *et al.* (2008), discorrem a respeito das observações propostas por Beck *et al.* (1979), com as quais “observaram que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas” (POWELL *et al.* 2008, p.75). Além disso, “esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança” (POWELL *et al.* 2008, p. 75).

No que se refere às distorções cognitivas, elas podem ser caracterizadas segundo Wright; Basco; Thase. “Pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos (por ex. catastrofização, pensamento do tipo tudo-ou-nada, maximização), desesperança, autocrítica” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p.115).

A abstração seletiva se caracteriza, pelo indivíduo chegar a uma conclusão, examinando apenas uma pequena parcela das informações disponíveis, com isso, dados importantes são descartados ou ignorados, a fim de confirmar a visão tendenciosa que a pessoa tem da situação. A inferência arbitrária, acontece quando o indivíduo chega a conclusões positivas ou negativas a partir de evidências contraditórias, poucas ou até mesmo na ausência de evidências. Já a supergeneralização, se refere ao fato do indivíduo chegar a uma conclusão sobre determinado acontecimento e estendê-la, de maneira ilógica, a outras áreas do funcionamento (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A maximização e minimização, dizem da importância dada a um determinado evento ou sensação, sendo essa importância muito exagerada ou minimizada. O indivíduo pode avaliar a si mesmo, os outros e as situações, ampliando os pontos negativos e minimizando os pontos positivos. Na personalização, o indivíduo assume a responsabilidade e culpa por eventos negativos. Eventos externos são relacionados a si próprio quando há pouco ou nenhum fundamento para isso. Os pensamentos absolutistas são dicotômicos, no sentido de serem “tudo-ou-nada”. Os julgamentos do indivíduo sobre si mesmo, suas experiências pessoais ou em conjunto, são separados em dois grupos, categorizados como: totalmente bom ou totalmente mau, cheio de defeitos ou completamente perfeito (WAINER *et al.*, 2016).



Segundo Powell *et al.* (2008), um indivíduo que se encontra em um quadro depressivo, apresenta distorções cognitivas comuns a tipologia da condição, sendo essas distorções falhas no processamento cognitivo e interpretação da realidade, se expressando na forma absolutista e inflexível em relação ao desempenho pessoal.

#### 2.4 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO NA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O método de tratamento de pacientes que possuem diagnósticos depressivos, tem como finalidade, a reestruturação de crenças e desenvolvimento de novos padrões comportamentais, que eliciam determinadas variações de humor. O manejo clínico é subsidiado na estruturação de caso, exclusiva para cada paciente, uma vez que, apesar de apresentarem padrões cognitivos semelhantes, eles se manifestam em comportamentos distintos para cada paciente (BECK *et al.*, 1997).

Powell *et al.* (2008), descrevem que na abordagem cognitivo-comportamental da depressão, são trabalhadas três fases, sendo elas: “1) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; e 3) mudança de comportamentos, a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema” (POWELL, 2008, p. 75). De acordo com o autor, uma das vantagens do tratamento, é o paciente ter uma participação ativa. Além disso, orienta que o tratamento tenha como objetivo:

- a) identificar suas percepções distorcidas; b) reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; c) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e d) gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações-reestruturação cognitiva (POWELL, *et al.*, 2008, p.75).

Com relação à duração do tratamento, para pacientes que se enquadram nessa condição, normalmente, é recomendado um atendimento a curto-prazo, de 6 a 20 sessões. Vale destacar que em casos excepcionais há pacientes que carecem de um número maior de sessões (POWELL, *et al.*, 2008).

Segundo Powell *et al.* (2008), o terapeuta tem como função, possibilitar o alívio dos sintomas, auxiliar o paciente a solucionar suas demandas mais urgentes e ensiná-lo habilidades para evitar reincidências. As sessões são elaboradas de maneira estruturada, favorecendo para a habituação do paciente às técnicas aplicadas pelo terapeuta. Durante o processo de psicoterapia, o paciente aprende a monitorar suas cognições e padrões comportamentais tornando-se seu próprio terapeuta.

No que diz respeito à estrutura do tratamento, Beck (2013) descreve a TCC como uma modalidade de psicoterapia acompanhada por uma estrutura diretiva. De acordo com o autor, inicialmente, é realizado o *rapport*, atualização do estado mental do paciente. O principal objetivo do *rapport* é quebrar o gelo com o paciente no início da sessão, pois é de grande importância que se crie um ambiente agradável para que a entrevista seja bem desenvolvida e que tenha o interesse do entrevistado. É através do *rapport* que se constrói o vínculo entre o paciente e o terapeuta. Quanto à atualização do estado mental, examina-se a questão que foi apresentada como queixa pelo paciente, com o objetivo de identificar o que mudou quanto a frequência e permanência do problema relatado (BECK, 2013).

Ainda quanto à estrutura do tratamento, Beck (2013) ressalta que é pertinente averiguar quais as expectativas que o paciente tem diante do tratamento e se o que ele espera da terapia pode ser alcançado. Além disso, o autor pontua que é importante estabelecer junto ao paciente uma agenda, na qual são delineados os tópicos a serem discutidos na sessão. Dentre eles podem ser citados:

A. Verificação do humor: pode ser realizado por meio de inventários padronizados, tais como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ou perguntando-se diretamente ao paciente o quanto ele avalia o humor dele durante a semana.

B. Educação sobre o modelo cognitivo: o terapeuta ensina o paciente como é o funcionamento do modelo cognitivo, como são os nossos pensamentos, como eles afetam as emoções e como o sujeito possui a capacidade de mudar os pensamentos.

C. Enquadre: refere-se ao contrato de trabalho entre o paciente e terapeuta, onde se estabelecem parâmetros básicos relativos as normas e limites na relação entre terapeuta-paciente. São definidos no enquadre o valor das sessões, o tempo estimado de cada sessão, o horário e o limite de atrasos e faltas, formas de pagamento e a importância do sigilo e da ética.

D. Tarefas de casa: trata-se da oportunidade das tarefas como parte do processo da psicoterapia. Dentre as tarefas a serem trabalhadas, pode-se propor o monitoramento de pensamentos, assuntos a serem trabalhados na sessão seguinte, leitura de algum livro ou texto, ou até mesmo atividade física. O intuito da tarefa é fazer com que o paciente visualize melhor os problemas e que sinta prazer em identificar o que está disfuncional em seu organismo. Monitorar os pensamentos é o caminho que leva ao desenvolvimento na terapia. O paciente deve estar de acordo com a sugestão das tarefas de casa para que obtenha sucesso ao longo da semana e cumpra o que foi pedido.

E. Resumo e o *feedback* da sessão: o resumo é uma síntese de tudo que foi discutido na sessão. Pode-se reforçar as tarefas de casa e pedir para que o próprio paciente faça esse resumo.

Já o *feedback* tem grande importância nas sessões, pois demonstra que o que o paciente pensa é relevante. É uma oportunidade para o paciente expor as suas ideias e críticas, e mal entendidos (se houver). Todas as ferramentas mostradas acima, são parte tanto da primeira sessão como das demais, porém nem todas são utilizadas em cada sessão. Cabe ao psicólogo julgar o que é mais pertinente a ser utilizado (Beck, 2013).

Uma ferramenta importante para a avaliação e intervenção na clínica cognitivo-comportamental, é o Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC). De acordo com Beck (2013), a conceitualização cognitiva é uma forma de integralizar informações sobre a vida do paciente e a natureza de seus problemas. Possibilita assim, que o terapeuta conheça o modo de funcionamento do paciente de forma ampla, ou seja, como os problemas iniciaram, quais são os fatores que os mantêm, além da compreensão dos perfis cognitivo, emocional e comportamental. Isso tudo fornece um mapa cognitivo, o qual pode ser compreendido como um guia da terapia, com o objetivo de amenizar o sofrimento e fortalecer a resiliência do paciente. Além do DCC, utilizamos também o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), (ANEXO A) de acordo com Beck (2013), é utilizado para amparar e identificar pensamentos que foram acentuados através de situações, e que geram emoções e comportamentos posteriores. A atualização do RPD ajuda os pacientes a descobrirem, capacitarem e esclarecerem acontecimentos que atribuem a respostas automáticas. A meta é a identificação de erros cognitivos. O preenchimento do RPD é um excelente exercício para desenvolver como tarefa de casa.

Alguns itens são relevantes para construir uma boa elaboração de caso, tais como a sensibilidade, a empatia e uma boa escuta. Além disso, é preciso que o terapeuta possua domínio teórico, capacidade de síntese e de articulação. Desta forma, a elaboração do caso nada mais é que, uma compreensão de tudo o que está acontecendo com o paciente, ou seja, a forma como o terapeuta entende e explica o caso (Beck, 2013).

## 2.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUA EFICÁCIA

As terapias cognitivas comportamentais têm robustez e credibilidade no meio científico e para os profissionais em saúde. De acordo com Dewes *et al.* (2010), a aplicabilidade dos tratamentos de TCC juntamente com terapias medicamentosas, mostraram resultados positivos na eficácia do manejo clínico com pacientes em condições psicopatológicas, visto que, foi possível observar na literatura pesquisada que existem inúmeros estudos comprovando tal eficácia. Conforme Reyes e Fermann (2017), é possível notar que a TCC se mostra efetiva, por

exemplo, no manejo clínico do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), uma vez que estudos têm sido amplamente desenvolvidos a fim de verificar essa afirmação, a saber:

Alguns estudos denotam a efetividade da TCC para os sintomas de depressão e ansiedade do TAG, com baixa taxa de desistência (10,6%), denotando maior eficácia que a terapia farmacológica [...]. Também auxilia em melhora na qualidade de vida, apresentando maior efetividade que a terapia farmacológica, além de uma baixa taxa de desistência (9%). Outro estudo comparou a efetividade de 26 fármacos com a TCC, encontrando uma magnitude de associação mais significativa para a farmacoterapia do que para a TCC para ambos os sintomas [...] (DEWES *et al.*, 2010, p. 389).

Apesar dos resultados animadores, Dewes *et al.* (2010) aponta que não devemos afirmar que exista um modelo de manejo clínico superior a outros. Entretanto, não podemos descartar que a TCC demonstrou grandes eficácias em comparação a apenas o tratamento farmacológico. De acordo com Dewes *et al.* (2010), esses resultados positivos são notórios devido a eficiência no tratamento de vários transtornos, como por exemplo o humor bipolar, obsessivo compulsivo, depressivo e o de estresse pós-traumático.

Dewes *et al.* (2010), afirmam que uma vantagem que esse tipo de abordagem psicoterápica apresenta, em detrimento apenas do tratamento farmacológico, é que o segundo apresenta alguns efeitos colaterais que muitas vezes acarreta inúmeros prejuízos ao paciente, levando este ao abandono do tratamento. A TCC por sua vez não apresenta esses efeitos colaterais oriundos das mudanças químicas provocadas pelos medicamentos.

Powell *et al.* (2008), relatam que de acordo com alguns estudos, é notório que a TCC promove respostas mais prolongadas em relação aos farmacológicos, podendo resultar em um efeito protetor em relação às reincidências. Conforme Knapp e Beck (2008), a TCC demonstrou-se eficaz para vários transtornos psiquiátricos, com ou sem intermediação de medicamentos, tanto em relação a amenização de sintomas quanto a reincidência da doença. Além do mais, também foi verificado por meio das pesquisas, que os resultados da TCC permanecem a longo prazo.

Há evidências significativas para efetividade a longo prazo para depressão, ansiedade generalizada, pânico, fobia social, TOC, agressão sexual, esquizofrenia e transtornos internalizantes na infância. Nos casos de depressão e pânico, há evidências robustas e convergentes de metanálises de que a TC produz uma persistência de efeitos muito superior em longo prazo, com taxas de recorrência 50% menores que as de farmacoterapia (KNAPP; BECK, 2008, p.62).

Um outro aspecto positivo, característico da TCC, que auxilia no combate a recorrência de hipomania e mania, é a psicoeducação. Esta é uma característica da TC que consiste no ensino, por parte do terapeuta, de habilidades para modificações de cognições, controle de estados de humor e mudanças produtivas de comportamentos. Além disso, esses conhecimentos

transmitidos aos pacientes ajudarão a reduzir o risco de recaída. Pelo fato da TCC ter um caráter breve, a psicoeducação faz com que o paciente se torne seu próprio terapeuta, ou seja, após a conclusão da terapia, o paciente saberá como aplicar métodos cognitivos e comportamentais como forma de autoajuda (WRIGHT, BASCO; THASE, 2008).

Além disso, de acordo com Wright, Basco e Thase (2008), é possível perceber que a psicoeducação faz parte de um princípio fundamental da teoria cognitiva, o empirismo colaborativo. Os autores utilizam como base os estudos de Beck, para definirem como empirismo colaborativo, a situação em que o terapeuta e o paciente trabalham juntos, investigando e desenvolvendo hipóteses, buscando uma forma de pensamento mais saudável, além de criar habilidades de enfrentamento e reversão de padrões improdutivos de comportamento. Nessa colaboração, o terapeuta ajuda a estruturar as sessões, dá *feedback* e orienta o paciente (psicoeducação). Por outro lado, o paciente é incentivado a assumir a responsabilidade dessa relação terapêutica, dando *feedback* ao terapeuta, auxiliando na programação das sessões e trabalhando as intervenções no dia a dia.

## 2.6 HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A TCC, às vezes, pode dar a impressão de ser simples para alguns observadores não treinados. E isso se dá, devido ao fato do terapeuta cognitivo-comportamental experiente exercer muitas funções ao mesmo tempo: “Conceituam o caso, desenvolvem o *rapport*, familiarizam e educam o paciente, identificam problemas, coletam dados, testam hipóteses e fazem resumos periódicos” (BECK, 2013, p. 34). Entretanto, o terapeuta cognitivo-comportamental iniciante ainda não possui essa agilidade e habilidade necessárias, e dessa forma, deve ser mais cuidadoso ao estruturar o caso, focando em menos elementos por vez e realizando o processo de forma gradual (BECK, 2013).

Segundo Beck (2013), a agilidade do terapeuta cognitivo-comportamental pode ser desenvolvida a partir de três estágios. O primeiro estágio é baseado na aprendizagem das habilidades de desenvolvimento da relação terapêutica, da conceitualização e das técnicas da TCC. Neste estágio os terapeutas iniciantes desenvolvem conceitos como “escuta, empatia, preocupação, respeito e autenticidade, bem como compreensão adequada, reflexão e capacidade de resumir” (BECK, 2013, p. 34). Já no tópico referente às habilidades de conceitualização e as técnicas da TCC, o terapeuta irá desenvolver habilidades básicas para a conceitualização através da coleta de dados e avaliação inicial da sessão e através disso, realizar o planejamento

do tratamento. Além disso, o terapeuta aprenderá a utilizar técnicas cognitivas comportamentais básicas, estruturar a sessão, ajudar o paciente a ter um olhar diferente sobre seus pensamentos disfuncionais e auxiliar na resolução dos seus problemas.

No segundo estágio, o terapeuta cognitivo-comportamental estará mais habilidoso a assimilar a conceitualização ao conhecimento sobre as técnicas e isso, irá auxiliar no fortalecimento da habilidade de compreensão sobre o andamento da terapia. Além disso, o terapeuta se torna mais proficiente na conceitualização dos pacientes, melhorando-a durante a sessão e a utilizando nas decisões sobre as intervenções. Ademais, irá aumentar o repertório das técnicas e tornar-se mais experiente sobre a utilização delas nos momentos mais apropriados. No terceiro estágio, o terapeuta integrará novos dados à conceitualização com mais facilidade. Além disso, terá mais aptidão para confirmar ou corrigir hipóteses da sua visão sobre o paciente (BECK, 2013).

Embora adquirir as habilidades para se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental seja um processo gradual, faz-se necessário, primeiramente, a prática das técnicas pelo próprio terapeuta:

Você deve adquirir experiência com as técnicas básicas da terapia cognitivo-comportamental, praticando-as você mesmo antes de aplicá-las nos pacientes. Você mesmo experimentar a técnica permite corrigir dificuldades na aplicação; além disso, colocar-se no papel do paciente proporciona a oportunidade de identificar os obstáculos (práticos ou psicológicos) que interferem na execução dos exercícios (BECK, 2013, p. 377).

Algumas dessas técnicas para se tornar proficiente em terapia cognitivo-comportamental são:

Monitorar seu humor e identificar seus pensamentos automáticos [...]; anotar seus pensamentos automáticos [...]; começar a fazer um Registro de Pensamentos (RP) [...]; assistir a sessões reais de terapia cognitivo-comportamental conduzidas por profissionais experientes [...]; preencher o Diagrama de Conceituação Cognitiva [...]. Buscar oportunidades de treinamento e supervisão. (BECK, 2013, p. 377).

### 3 AUTOAVALIAÇÃO

A área clínica sempre trouxe a mim, Adriana Garcia Veiga, muita curiosidade, apesar de ser uma modalidade tradicional da psicologia enquanto ciência e profissão. O estágio clínico em Psicologia cognitiva me mostrou que existem muitos avanços e pesquisas recentes. Dentro da Psicologia clínica utilizei a teoria cognitivo-comportamental para realizar o manejo clínico, neste estágio tive como supervisores a professora Kênia Izabel e o professor Murilo Freitas Bauth. Fui acompanhada e supervisionada por esses professores capacitados e com vasta experiência em suas respectivas áreas de atuação, garantindo assim a qualidade dos atendimentos. Na supervisão tínhamos que apresentar, discutir, e analisar os casos, bem como buscar a literatura disponível, traçando e avaliando as intervenções.

Foi uma experiência enriquecedora, atuando com uma faixa etária diversificada, desde crianças a adultos, onde tive contato não apenas com a perspectiva teórica, mas também experimentei na prática o fazer do psicólogo clínico, como por exemplo, a elaboração da conceitualização de caso, o empirismo colaborativo, a aplicação do RPD, dar a devolutiva e elaborar os documentos necessários à gestão da prática clínica.

Para além da técnica tive a oportunidade de olhar para o outro com uma perspectiva mais empática, respeitosa e acolhedora. Acredito que essa experiência me proporcionou muito mais que um conhecimento teórico, mas também uma evolução enquanto pessoa, hoje consigo lidar com as pessoas com menos pré julgamentos e mais assertividade.

Desde o início do estágio clínico eu, Cristiane das Graças Pereira, escolhi conhecer como funcionava o atendimento com base na abordagem cognitivo comportamental. Os conhecimentos adquiridos através das aulas e supervisões conduzidos inicialmente pela professora Kênia Izabel e, posteriormente, pelo professor Murilo Freitas Bauth, foram de extrema importância para a escolha em compreender o funcionamento da TCC na prática. O estágio na área clínica foi extremamente enriquecedor, pois a cada período que se passava me identificava mais com o método da abordagem cognitivo-comportamental. Muitas técnicas e instrumentos foram ensinados e apresentados pelos professores, como o diálogo socrático, o empirismo colaborativo, o RPD, a linha do tempo e o DCC. Todo o aporte teórico é extremamente importante, mas a empatia e o saber ouvir são técnicas subjetivas que o psicólogo precisa desenvolver antes de qualquer outra técnica. Dessa forma, assim como já dizia a professora Kênia Izabel, “nós somos o nosso principal instrumento de trabalho”, e por isso além da preocupação em aprender os métodos, devemos inicialmente nos conhecer para descobrirmos nossa melhor maneira de exercer a profissão, além de executar o autocuidado

com nós antes de outra pessoa, ou seja, é preciso estar bem consigo para acolher o sofrimento do outro.

Pensando dessa forma, o estágio contribuiu tanto para a evolução profissional, quanto para o desenvolvimento pessoal, já que foi possível enxergar meu crescimento enquanto ser humano durante o curso. Muitos desafios foram e ainda estão sendo superados, como o de lidar com o medo do diferente, o da situação financeira, o da conciliação do trabalho com a faculdade e o da concentração na leitura, o qual ainda está sendo enfrentado com a realização desse portfólio. Contudo, entendo que são desafios necessários que geram crescimento e que com força de vontade são ultrapassados. Pretendo continuar estudando sobre a abordagem cognitivo-comportamental e fazer cursos de especialização nessa área.

Todos os estágios vividos por mim, Estela Maciel Resende, durante a graduação me tocaram de um jeito diferente. Mas nada se compara à prática no estágio clínico, foi uma verdadeira metamorfose. Escolhi a palavra metamorfose porque além de significar uma transformação, ela tem no meio outra palavra: amor. O amor foi o sentimento mais intenso durante todo esse processo. O amor pela profissão, pela prática, pelo outro e o amor empenhado em ajudar o outro.

Ao longo do curso fiquei muito dividida entre a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e a TCC. No primeiro estágio clínico escolhi a ACP e foi muito intensa por ter uma visão humanizada, semelhante à minha. Porém, no estágio seguinte, fui muito influenciada pela admiração à professora Kênia Izabel, que na época era supervisora de estágio na TCC.

Foi na TCC que eu me reconheci. Consegui acompanhar os resultados positivos de um processo terapêutico. Isso despertou em mim um maior interesse pela abordagem, tornando os estudos cada vez mais leves e prazerosos.

Quando eu, Natália Balduino Silva, entrei no curso, no início da primeira aula me perguntaram o porquê escolhi psicologia e por mais que estivesse com a resposta pronta, eu não conseguia ver realmente o sentido daquilo. Comecei a me questionar sobre essa pergunta, já que sempre fui uma pessoa muito curiosa e também indecisa. Dessa forma, através da necessidade de eu ter que responder e também de me encontrar em alguma área da psicologia, comecei a explorar a maioria das áreas práticas que a faculdade nos proporciona.

A partir do terceiro período iniciei os estágios em vários locais e, também, pude ter experiências nos projetos de extensão. Todas essas experiências foram indescritíveis e singulares, mas a experiência na Clínica-Escola de Psicologia foi especial. Por lá, transitei pela psicologia humanista, psicanálise e pela cognitivo-comportamental.



Foi através desse percurso, que pude repensar sobre a minha angústia em ter uma necessidade de responder ao porquê da escolha da psicologia, e hoje reflito que essa pergunta foi respondida por meio do ser e do sentir. Ser a construção e a desconstrução do meu eu e isso foi possível através de sentir o outro. Foi através da experiência na Clínica-Escola que tudo fez mais sentido e onde me encontrei na psicologia. No contato com o outro, há um universo de sentimentos, angústias e pensamentos, e compreender todas essas questões, é colocar o nosso universo de lado para que dê espaço ao do outro.

O estágio realizado na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS foi inicialmente dividido em abordagens, eu, Paula Barbosa, passei boa parte no estágio de comportamental com a professora Andrea. Inicialmente tive dificuldades com a abordagem, não encontrava sentido para mim e não conseguia enxergar onde estava me equivocando. Passei a ler mais sobre a abordagem, e o manejo com todo o material que a comportamental tinha para me oferecer, e no decorrer das sessões fui compreendendo o modelo de atendimento, a forma como eu deveria ver e intervir diante das situações. Foi muito proveitoso, pois a cada atendimento me sentia mais instigada pelos casos, disposta a ajudar os pacientes e a fazer a diferença na vida deles. Aprendi com muitos pacientes também, pois cada caso era uma vivência completamente diferente da minha, o que me fez enxergar mais sobre a TCC, foi quando decidi me mudar para a abordagem cognitivo-comportamental. Tive a oportunidade de aprender sobre outra abordagem com a qual me identificava melhor. As sessões estruturadas e as várias técnicas oferecidas pela TCC fizeram me encontrar ainda mais na Psicologia, pois me identifico bastante diante de pacientes suicidas e dos que sofrem de depressão e ansiedade. Com a abordagem cognitivo-comportamental me senti mais segura em ajudar na resolução de problemas das pessoas que atendi, superando cada dia mais os desafios propostos dentro do estágio. A Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS foi de grande importância na minha graduação, pois coloquei em prática todo o aprendizado teórico aprendido durante os anos do curso.

## 4 CONCLUSÃO

Através da realização deste estágio clínico muitos desafios e aprendizados foram superados, os quais contribuirão para nossa prática profissional como psicólogas. Foi um momento oportuno para vivenciar as perspectivas teóricas de uma maneira prática, além de proporcionarmos escuta aos pacientes que atendemos e melhoria na qualidade de vida de cada um.

A partir dessas considerações, acreditamos que novos trabalhos científicos que abarcam o fazer profissional do psicólogo clínico precisam ser realizados, com o objetivo de fornecer aos acadêmicos e futuros profissionais alicerces sólidos para a compreensão da Psicologia em sua práxis.

Ao final desta trajetória do curso de Psicologia nutro em mim, Adriana Garcia Veiga, sentimentos de alegria e realização, uma vez que concluí e executei o trabalho que me foi proposto de maneira proveitosa. O estágio na Clínica-Escola de Psicologia me propiciou uma ótica diferente em comparação com aquela que estava acostumada antes desta oportunidade, ou seja, construí em mim um novo olhar acerca do ser humano, compreendendo sua subjetividade e levando-o a ter uma melhor qualidade de vida e bem estar. Compreendi a importância de criar um ambiente acolhedor para que o indivíduo se sinta à vontade para expressar, apoiar ou validar sua dor, contribuindo assim para seu crescimento, fazendo-o se sentir protagonista de sua história.

As supervisões que ocorriam sob a orientação de um supervisor e presença de alguns colegas, proporcionaram trocas de experiências e conhecimentos, sendo assim uma oportunidade muito enriquecedora para minha formação profissional, com a aplicação das teorias cognitivas comportamentais na prática clínica.

Mais uma jornada concluída com o término do portfólio, foi necessário usar habilidades e adquirir outras, ter paciência, flexibilidade, empatia e persistência, entendo que é só mais uma etapa, sim, foi um desafio, mas vencemos! Durante o processo da construção deste portfólio para mim, Cristiane Pereira, foi possível observar que muitas teorias foram aprendidas durante a graduação, além de algumas abordagens, me identificando mais com a TCC. O aprendizado de todas foi de extrema importância para a prática clínica e, principalmente, para enxergar o ser humano com mais sensibilidade, auxiliando-o em como lidar com o seu sofrimento. O portfólio realizado foi inovador e desafiador, já que enquanto grupo não encontramos outros trabalhos que relataram experiências de estagiários na área clínica. Dessa forma, apesar da elaboração deste trabalho ter sido complexa, foi uma experiência relevante tanto para mim enquanto

estagiária, quanto para as pessoas que ainda vão passar por este processo e podem ter acesso a esse trabalho.

Para mim Estela Maciel Resende, o objetivo principal deste trabalho foi concluído. Apresentamos as nossas vivências na Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS fundamentadas pela teoria Cognitivo-Comportamental.

Durante esse percurso senti falta de arquivos sobre a história da Clínica-Escola de Psicologia do UNILAVRAS, o que tornou o nosso trabalho um pouco mais desafiador nesse aspecto. Diante disso, acredito que é necessário a criação de um documento que tenha toda a história da clínica, da fundação até os dias de hoje.

Agora, com o trabalho concluído, o sentimento é de alívio e felicidade por finalizar algo visto como muito trabalhoso. Além desses sentimentos, durante todo o processo, esse portfólio provocou em mim uma sensação de estar quase lá, desencadeando uma ansiedade, uma mistura de angústia com anseio para receber o título de Psicóloga.

A conclusão desse trabalho remete a mim, Natália Balduino Silva, sentimentos de profunda gratidão e amadurecimento. O percurso até aqui foi muito desafiador e nada fácil, mas repleto de muito desenvolvimento. O estágio clínico foi fator fundamental para o meu amadurecimento e desenvolvimento, visto que, pude lidar melhor com minhas inseguranças, superei medos, fiz escolhas e me permiti errar e aprender com esses erros.

A concretização da prática através do aprofundamento teórico, me proporcionou ter um olhar diferente sobre o ser humano e sua subjetividade, pude compreender sua dor, angústia e todo seu sofrimento psíquico. Através disso, fui me tornando uma pessoa mais empática e com isso, pude proporcionar um ambiente acolhedor e auxiliar no processo do paciente em busca do seu desenvolvimento. Esse portfólio representa todos esses sentimentos e experiências vivenciadas no estágio clínico e na graduação, e ter a oportunidade de realizar um trabalho como este ao lado de pessoas tão competentes, tornou o processo mais prazeroso.

Eu, Paula Barbosa Pereira, concluo esse percurso com um sentimento de dever cumprido. Aprendi e aperfeiçoei habilidades que jamais conseguiria ter se não fosse o curso de Psicologia. Superei medos e alcancei limites pessoais que me fizeram acreditar no poder que a Psicologia tem. A clínica foi fundamental para o aprendizado, escolhas e erros ao longo da graduação. Esse portfólio nada mais é que uma forma de agradecimento por todo o conhecimento adquirido através da Clínica-Escola, uma forma de mostrar a quão grata sou por cada vivência através dela. Concluo o portfólio com todas as expectativas alcançadas e o sentimento de aproveitamento por tudo aquilo que me foi ensinado!

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. E. V. *et al.* **Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura.** Boletim de Psicologia, São Paulo, v. LXII, n. 136, p. 37-52, jan. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n136/v62n136a05.pdf>> Acesso em: 23 out. 2020.
- BAHLS, S C.; NAVOLAR, A. B. B. **Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.** 2004. Revista Eletrônica de Psicologia. Disponível em: <<https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos>> Acesso em: 01 out. 2020.
- BECK, A. T.; *et al.* **An Inventory for Measuring Depression.** Archives of General Psychiatry, Philadelphia, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1 jun. 1961. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- BECK, A. T.; *et al.* **Terapia Cognitiva da Depressão** Porto Alegre: Artmed, 1997. 320 p
- BECK, J. **Terapia cognitiva: Teoria e prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2013
- CASTAÑON, G. A. **Construtivismo e terapia cognitiva: questões epistemológicas.** Rev. Bras.Ter. Cogn., Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 31-42, dez. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2020.
- CIZIL, M. J.; BELUCO, A. C. R. **As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão.** Uningá, Maringá, v. 56, n. 1, p. 33-42, mar. 2019.
- COSTA, C. B. *et al.* **Processos de saúde-doença: diálogos entre as teorias psicanalítica, cognitivo-comportamental e sistêmica.** Rev. SPAGESP. Ribeirão Preto. v.21, n. 2, p. 111-125, dez. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200009&lng=pt&nrm=iso)> acesso em: 17 out. 2020.
- DEWES, D.; OLIVEIRA, M. da S.; ANDRETTA, I.; VON MÜHLEN, B. K.; CAMARGO, J.; LEITE, J. C. de C.. **Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos do Humor e Ansiedade: Uma Revisão de Revisões Sistemáticas.** Revista de Psicologia da Imed, Passo Fundo, v. 2, n. 2, p. 3985-397, jan. 2010.
- DUTRA, E. **Considerações sobre as significações da Psicologia clínica na contemporaneidade.** Estudos de Psicologia, v. 9, n. 2, pp. 381-387, 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/261/26190221.pdf>> Acesso em 6 out. 2020.
- KNAPP, P.; BECK, A. T.; **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, p. 554-564, jan. 2008.

LEAHY, Robert L. **Terapia Cognitiva Contemporânea - teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEIRA, C. H. M. G; NUNES, M. L. T. **Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia**. Paidéia, vol.15 no.32 Ribeirão Preto Set./Dec. 2005.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2005000300003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2005000300003&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em 20 out. 2020.

MOREIRA, J. O; NEVES E. O; ROMAGNOLI, R. C. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v.27 n.4 Brasília dez. 2007.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004)> Acesso em 8 out. 2020.

PERES, R. S.; *et al.* **Atendimento psicológico a estudantes universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola**. Estud. psicol. Campinas, v. 20, n. 3, p. 47-57, dez. 2003.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2003000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000300004&lng=en&nrm=iso) acesso em 23 Oct.2020.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000300004>.

POWELL, V. B. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental da depressão**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 73-80, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600004](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004)>.

Acesso em: 01 set. 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000600004>.

REYES, A. N.; FERMANN, I. L. **Eficácia da Terapia Cognitivo- Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 49-54, jan. 2017.

WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WAINER, R., PAIM, K., ERDOS, R., ANDRIOLA, R. **Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M. R., THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## ANEXO A – Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC)

**Nome do Paciente:** J.

**Idade:** 31 anos

J. é uma mulher de 31 anos, casada, sem filhos, nível de educacional de especialização, professora de Português, Inglês e Literatura em escola pública. O marido é advogado e trabalha no escritório da família que é muito conceituado na cidade em que vivem.

---

**Diagnóstico/Sintomas:** Sintomas compatíveis com depressão (choro fácil, cansaço excessivo, falta de energia, pessimismo, tendência ao isolamento, sentimentos de inferioridade e desvalia) e de ansiedade (preocupação com o futuro distante, com eventos futuros próximos, sentimento de vulnerabilidade).

---

**Questões Situacionais:** J. procurou a terapia porque dizia sentir um aperto no peito e uma tristeza que vinha sem causa aparente. Relatou que em determinados dias sentia uma grande desmotivação – vontade de não fazer nada, dizia que tinha vontade de morrer e que quando olhava para o futuro tinha sensação de que nada daria certo. A paciente dizia que, às vezes, sentia que o mundo fazia uma pressão sobre ela, que sentia que seria esmagada. Pontuou que essas sensações não eram diárias, mas que vinham e voltavam e eram suficientes para causar-lhe sofrimento e impulsioná-la a buscar terapia. Relatou sentimento de culpa em relação ao marido. Segundo a paciente, o marido era uma pessoa educada e solícita, apoiava seus projetos, era companheiro e amigo. No entanto, J. relata que nos dias em que se sentia mal quase não dava atenção para ele ficando “*fechada em si mesma*” e que o comportamento do marido era de tentar ajudá-la. A paciente pontua que se sentia culpada, pois tinha um marido tão bom e que deixava a desejar enquanto esposa “*eu queria estar feliz mais vezes para criar um ambiente agradável para ele, afinal, ele merece*”

---

**Influências do Desenvolvimento:** A paciente é a mais velha entre três filhos. Descreve seu pai (engenheiro civil) como severo e distante e recorda-se que o pai tinha preferência pelo filho do meio com quem brincava e perdoava as travessuras. J. diz que recorda das surras que recebia do pai (puxão de cabelo), das obrigações domésticas que ele destinava a ela e da vergonha que ele a fazia passar na frente de suas amigas (repreensões verbais). A mãe é descrita como distante e severa também. J. relata que a mãe era professora e que não participava das suas atividades

escolares (dia das mães, teatrinhos, danças) e que era muito atarefada não dando muita atenção para os filhos. J também descreve a mãe como uma pessoa que comparava muito com os outros e quase nunca elogiava. Segundo J., as primas e as outras crianças eram sempre melhores em tudo e citadas como exemplo cotidianamente. J. relata que a mãe parecia sentir arrependimento por ter filhos. Segundo J., em várias ocasiões a mãe dizia que tinha vontade de sumir e deixá-los e dizia que filhos só servem para estragar a vida.

O pai faleceu de infarto quando J. tinha 15 anos e a mãe entrou em depressão. Segundo J., a mãe passou a dividir todas as dificuldades com ela o tempo todo. Nessa situação, J. passou a se preocupar com contas a pagar, o cuidado com os irmãos (dar banho, cozinhar, tomar conta) e outras atividades que eram antes atribuídas ao pai. Nesta época, J. relata que se preocupava muito com um futuro em que tudo daria errado. Neste mesmo período, alguns familiares começaram a observar que J. era muito magra, pálida e triste e influenciaram a mãe a levá-la ao psiquiatra. O psiquiatra receitou Ansitec e indicou psicoterapia. A mãe não gostou do psiquiatra, pois ele disse que *“ela estava destruindo a menina e que deveria procurar uma irmã para dividir seus sentimentos, que a menina era muito jovem para aguentar tudo aquilo”* Segundo J., a mãe não fez questão de pagar-lhe uma terapia e não deu continuidade ao tratamento psiquiátrico. A paciente relatou que, nesta época, chorava muito e escondido e começou a tomar Dramin para dormir o máximo que pudesse (em viagens J. tomava Dramin para evitar enjoos o que também lhe causava muito sono e aproveitou-se desse efeito para passar mais tempo dormindo) em uma clara estratégia de fuga do seu ambiente hostil.

J. relata que sempre foi estudiosa e na adolescência tornou-se uma verdadeira máquina de estudar. A paciente era movida por reforçadores (elogios de professores e colegas), pelo desejo de agradar a mãe (que não elogiava nada nunca) e pelo medo de não passar no vestibular, pois a mãe já havia sinalizado que não pagaria cursinhos pré-vestibulares. Nesta época, J. relata que só pensava em estudar e que até perdeu um namorado por causa (não só) disso. Aos 21 nos J. entrou na universidade para cursar Letras e também começou a trabalhar como secretária. Relatou problemas de relacionamento no trabalho e com a chefe, pontuando que sua imaturidade e jeito de ser (pensamentos dicotômicos – as pessoas ou são boas ou são ruins) contribuíram para os problemas vividos. J. procurou um psiquiatra novamente e afastou-se do trabalho por 15 dias para sair do ambiente descrito como hostil. J. relata que quando relembra sua adolescência vê uma menina cheia de complexos (muito magra, esquisita, diferente) e que sente que sua adolescência não foi bem vivida. J. está casada há quatro anos e classifica seu relacionamento com o marido como bom, mas que pergunta a si mesma por que seu marido a escolheu sendo que poderia ter escolhido mulheres melhores do que ela.

---

**Fatores biológicos, genéticos e médicos:** J. possui boa saúde física. Os familiares (tias e tios maternos e paternos) apresentam hipertensão controlada, porém o pai faleceu de infarto. Há relatos de casos de câncer na família. Sem relato de problemas psiquiátricos, com exceção da mãe que teve um episódio depressivo na ocasião do falecimento do pai de J.

---

**Pontos fortes/qualidades:** J. é uma mulher bonita, inteligente, com boa apresentação e culta (é professora de línguas e literatura). Gosta de aprender coisas novas e é muito dedicada (realmente aproveita as sessões) e parece genuinamente interessada em lidar com seu problema. Possui o apoio do marido.

---

#### **Principais Problemas apresentados:**

- 1). Humor deprimido: Há dias que está sem energia, pessimista em relação ao futuro, com tendência a se isolar, se fecha em si mesma (percebi alta frequência e intensidade de PNA sobre sua competência, suas habilidades e seu valor – comportamento de ruminação intenso).
  - 2). Humor ansioso: Há dias em que está preocupada com o futuro e em como as coisas vão ser, na perspectiva da paciente tudo vai dar errado. Toma decisões precipitadas e sem avaliar adequadamente (ex: compra pacotes de viagem sem consultar o marido, inicia obras em sua casa sem o devido planejamento, compra coisas que não tem local para ficar em sua casa – ex: leão de madeira).
  - 3). Dificuldade em falar e expressar seus sentimentos com outras pessoas: Guarda tudo para si, não dialoga, permanece com as ideias ruminantes em sua cabeça apenas. Não expressa desagrado quando o sente, não expressa sua opinião por medo de ser inadequada.
  - 4). Dificuldade de tentar coisas novas: Apesar da paciente ter um currículo muito bom e ter competências profissionais as suas crenças limitantes a mantem subempregada. Na perspectiva da paciente ela ainda não está pronta (ideias perfeccionistas e não admite falhar).
- 

#### **Metas do Tratamento:**

- 1). Reduzir a disforia: Diminuir a intensidade e a frequência dos PNA disfuncionais, das tendências de isolamento, desenvolver estratégias para lidar com a ruminação e aumentar a energia.



- 2). Reduzir a ansiedade: Diminuir a intensidade e a frequência dos PNA disfuncionais e desenvolver estratégias mais analíticas para a tomada de decisão.
- 3). Desenvolvimento de habilidades de comunicação de sentimentos, percepções e de comportamento assertivo.
- 4). Desenvolvimento de estratégias de empoderamento, confiança e auto estima com reestruturação das cognições acerca de suas competências para o trabalho.

---

**Registro de Pensamentos Negativos Automáticos de 1º Nível (RPD)**

<b>Situação 1</b>	<b>Cognição</b>	<b>Significado Cognição</b>	<b>Emoção</b>	<b>Comportamento</b>
Durante o almoço de domingo, a sogra comenta sobre uma sobrinha que é médica no Hospital Albert Einstein em SP e ressalta suas qualidades. Já fez o mesmo com outro sobrinho que é advogado e outra sobrinha que é fisioterapeuta.	<i>“Ninguém nunca elogiou a mim ou ao meu trabalho, apenas comentam que professores estão desvalorizados e mal pagos. Eu não represento nada”</i>	Inferioridade e	Tristeza.	Ruminação. Em seguida investe no estudo de línguas (já é fluente em inglês e espanhol), iniciou curso de francês e ainda deseja estudar italiano. Entre suas pretensões futuras está aprender piano e fazer um curso de História da Arte.
<b>Situação 2</b>	<b>Cognição</b>	<b>Significado Cognição</b>	<b>Emoção</b>	<b>Comportamento</b>
No baile de formatura da prima J. passou pela mesa por três vezes e não cumprimentou as pessoas apesar de conhecê-las. J disse	<i>Agora eles vão dizer ou que sou arrogante ou que sou mal educada, eu faço tudo errado mesmo. Agora também vão falar</i>	Inadequada	Tristeza, vergonha. Decepção consigo mesma.	Sentiu-se desconfortável e foi embora da festa. Segundo J, isso só aumentou o problema, pois teve que dar explicações para a

que fez isso, pois pensou que eles nem tinham reparado a presença dela.	<i>mal de mim para a minha sogra. Por que não fui até lá antes?"</i>			prima e especula que está sendo mal vista por ela (como uma pessoa estranha que não aproveita as coisas como uma festa). Ruminação.
<b>Situação 3</b>	<b>Cognição</b>	<b>Significado Cognição</b>	<b>Emoção</b>	<b>Comportamento</b>
O marido chega em casa e convida J. para ir ao shopping. Ela recusa por se sentir desanimada.	<i>"Eu sou muito mole mesmo! Custa ir no shopping? Ele merecia uma esposa mais animada com a vida como ele"</i>	Inadequada Inferior	Tristeza, vergonha, culpa. Decepção consigo mesma.	Ruminação sobre a questão. Ficou quieta no sofá sem falar como o marido. Sofria em silêncio.
<b>Situação 4</b>	<b>Cognição</b>	<b>Significado Cognição</b>	<b>Emoção</b>	<b>Comportamento</b>
Festa de confraternização do escritório onde o marido trabalha.	<i>"Como vai ser? Vou conversar sobre o que? Nunca sei o que dizer!"</i>	Inadequada Inferior	Vergonha, sentimento de inadequação	Vai a festa, sente-se "sufocada" o tempo todo, mas não pede ao marido para ir embora porque ele estava feliz e ela não queria estragar isso. Sofre silenciosamente.

### **Crenças Intermediárias:**

1). Regra: *Pessoas cultas e inteligentes são respeitadas.*

Pressuposto: *Se eu estudar muito e demonstrar conhecimento acerca de diversos temas, serei respeitada pelos outros.*

2). Regra: *Pessoas polidas e sensatas o tempo todo são vistas como exemplo.*

Pressuposto: *Devo ser uma pessoa polida e sensata o tempo todo, pois assim serei vista como exemplo.*

3). Regra: *Ser destaque na sua área profissional é uma forma de obter respeito.*

Pressuposto: *Preciso ser destaque na minha área, pois assim serei admirada e respeitada pela família e amigos.*

---

### **Estratégias Compensatórias:**

1). Estuda muito, lê sobre temas variados e deseja investir em temas eruditos como História da Arte e curso de piano.

2). Adota uma postura de mulher perfeita – o tom de voz, o modo de falar calmo, o conteúdo da fala, avalia todas as suas ações, tenta controlar emoção (não demonstra raiva, não se exalta, não altera tom de voz). Deseja ser vista como um exemplo de educação, simpatia e generosidade.

3). Estuda muito – investe em cursos e no aperfeiçoamento de línguas. Deseja ser a melhor possível para esconder a seu sentimento de inferioridade.

---

### **Esquemas**

#### **Inadequação - Inferioridade - Fracasso - Diferente**

*“Eu me sinto menos que os outros”* – Relativo aos familiares do marido.

*“Eu sinto que não tenho nada de interessante para falar e que se falasse as pessoas iriam rir de mim”* – Relativo a sair de casa com o marido e amigos e passar quase que a noite toda sem falar nada, sem participar das conversas.

*“Eu não teria coragem de encaminhar meu currículo para a escola X, por que eles me contratariam?”* – Relativo a procurar oportunidades de trabalho mais interessantes.

*“Se eu falasse o que se passa na minha cabeça acho que passaria a ideia de que sou problemática”* – Relativo a expressar seus sentimentos.

*“Não vejo problema em ficar sozinha, acho que sou tão desinteressante que ninguém daria falta”* – Relativo a se isolar em casa.

*“Não gosto de desagradar os outros”* – Relativo a não expressar a sua opinião e ficar em situações que na verdade não deseja ficar.

Excesso de comparações na infância, excesso de críticas, falta de reforçadores, pais afetivamente distantes, teve que lidar com responsabilidades que estavam para além das suas capacidades.

---

### **Hipóteses de Trabalho**

J. é uma mulher com boa apresentação e culta (é professora de línguas e literatura) e possui um relacionamento estável. A paciente apesar das boas qualidades e competências, possui autoestima baixa, insegurança e fortes pensamentos e sentimentos de inferioridade e desvalia.

A infância de J. foi caracterizada por relações parentais frias e distantes, com alto nível de críticas e comparações e pouco espaço para expressão de afetos e de apoio. Aparentemente, tal

contexto contribuiu para que a paciente crescesse com sentimentos de vulnerabilidade, incapacidade e desvalia (formação de crenças centrais). Além disso, com o falecimento de seu pai a paciente foi forçada a assumir responsabilidades severas para a sua idade em grande quantidade e intensidade. A mudança radical na vida da paciente parece ter contribuído para o desenvolvimento de uma visão de mundo ansiogênicas e catastróficas, pois a preocupação com o futuro tornou-se algo central em sua vida.

Atualmente, a paciente apresenta um padrão cognitivo caracterizado por pensamentos de inferioridade e inadequação apesar das evidências em contrário. Seu pensamento apresenta características dicotômicas e não analisa os fatos de forma realista, extrai apenas fragmentos que confirmam suas ideias negativas. Há presença de distorções cognitivas intensas. J sofre com seus pensamentos e sentimentos e com a incompreensão dos mesmos, chorava bastante na terapia. Acredita que sua companhia não é desejada pelos outros, que ela não faz falta, é muito perfeccionista e não admite errar, possui poucas amigas e diz que não conversa com ninguém sobre seus sentimentos.

O padrão emocional revela predominância da tristeza e ainda vergonha e culpa mostrando o quanto J. se exige de si mesma. Tal padrão de exigência pode ser observado em suas Crenças Intermediárias e Estratégias Compensatórias – J. coloca padrão sobre-humanos para si mesma o que aumenta as chances de fracasso e confirma as suas ideias de inferioridade e desvalia (quer ser perfeita em um mundo imperfeito).

Seu padrão comportamental é caracterizado por ruminação intensa e supressão de sentimentos (sofre calada). Apresenta ainda características evitativas em relação ao trabalho.

---

### **Plano de Tratamento**

- 1). Reduzir a disforia: Diminuir a intensidade e a frequência dos PNA disfuncionais, das tendências de isolamento, desenvolver estratégias para lidar com a ruminação e aumentar a energia.
- 2). Reduzir a ansiedade: Diminuir a intensidade e a frequência dos PNA disfuncionais e desenvolver estratégias mais analíticas para a tomada de decisão.

Psicoeducação do Modelo Cognitivo;

Psicoeducação do Modelo de Psicopatologia;

Reestruturação Cognitiva e Questionamento de Distorções Cognitivas;

Ativação Comportamental;

Flecha Descendente (Crenças Centrais);

TRP – Treino em Resolução de Problemas.

3). Desenvolvimento de habilidades de comunicação de sentimentos, percepções e de comportamento assertivo.

Regulação Emocional;

Comunicação Assertiva;

THS – Treinamento de Habilidades Sociais.

4). Desenvolvimento de estratégias de empoderamento, confiança e auto estima com reestruturação das crenças acerca de suas competências para o trabalho.

Experimentos Comportamentais.