



RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO NA CLÍNICA ESCOLA

Marlene de fátima da Silva Pereira

Acadêmica do 9º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG): E-mail: marlene_fspereira@hotmail.com

Rosimeire de Moraes Amorim Naves

Mestra em Psicologia pela UFMT, Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande –UNIVAG. E-mail: rosimeire.amorim@univag.edu.br

Juliana Batista Fitaroni

Mestra em Psicologia pela UFSC; Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG. E-MAIL: juliana.fitaroni@univag.edu.br

INTRODUÇÃO: este resumo expandido trata-se de um relato de experiência de estágio do 9º semestre do curso de psicologia na clínica escola do Centro Universitário (Univag) campus Cuiabá. Considerando que para a formação em psicologia é importante uma integração equilibrada entre o conhecimento teórico e a prática. Nesse contexto, as clínicas escolas se tornam imprescindíveis para o processo de ensino e aprendizagem dos futuros psicólogos. A clínica do Univag, Campus Cuiabá, oferece um espaço supervisionado pela responsável técnica de campo, Professora Juliana Fitaroni onde os acadêmicos desenvolvem suas habilidades de escuta e prática, contribuindo significativamente para o desenvolvimento profissional. Em concomitância acontece orientação semanal pela Professora orientadora de estágio, Rosimeire de Moraes Amorim Naves, permitindo que os acadêmicos recebam feedback sobre suas práticas, possibilitando a identificação de áreas para melhoria numa abordagem ética e profissional para a atuação. Os futuros profissionais de psicologia podem adquirir confiança e experiência necessárias para sua inserção no mercado de trabalho. Diante disso, este trabalho pretende levantar a problemática: quais implicações no aprendizado da estagiária com essa experiência de estágio? **OBJETIVO:** relatar minha experiência em um estágio na clínica escola do curso de psicologia. **ORIENTAÇÃO TEÓRICA, CONTENDO ABORDAGENS, TEORIAS E CONCEITOS:** dentre as teorias abordadas neste período constam, Wright et al (2019), ao descrever que os pensamentos automáticos disfuncionais podem estar bem latentes e comuns a todas as pessoas. Uma vez que os pensamentos automáticos estão presentes em todas as pessoas e em situações ruins muitas vezes são atravessadas por pensamentos disfuncionais, sendo esses pensamentos remetidos às crenças da pessoa influenciam suas emoções, sentimentos e comportamentos. Conforme Beck (2014) a terapia cognitivo-comportamental, se baseia no modelo cognitivo, de modo que não é a situação que determina a pessoa, mas sim como essa situação é interpretada, assim se percebe a importância da coleta de dados para ajudar a pessoa a organizar os pensamentos automáticos, cabendo ao psicólogo a competência de identificar tais pensamentos que na sua maioria se apresentam de forma superficial, pois, os modos de emoções e comportamentos das pessoas estão relacionadas ao modo que essa determinada situação é interpretada naquele momento e muitas vezes podem se configurar como verdades sem nenhum filtro de criticidade levando a pessoa ao sofrimento e ou adoecimento de forma acentuada e até mesmo sem necessidade. Assim, é importante a participação colaborativa na psicoterapia, onde a relação terapêutica é imprescindível no processo do autoconhecimento e modificação das crenças centrais e subjacentes. Conforme Ribas (2015), a partir de tarefas envolvendo tanto o passado quanto o presente, foi possível agregar mais esclarecimentos sobre os dados apresentados desde o início da psicoterapia. **PROCEDIMENTOS TÉCNICO-METODOLÓGICOS:** para alcançar este objetivo foram realizados nove encontros com uma paciente, no período de

2024/2, compreendendo os atendimentos e supervisões semanais realizados nos meses de agosto a outubro, no período vespertino, com duração de 50 minutos em média, os encontros foram gravados. Nesse período, foram utilizados referenciais teóricos próprios da abordagem TCC para o manejo da aliança terapêutica, do levantamento de demandas e intervenções clínicas. Onde no primeiro encontro realizou-se a avaliação inicial, com foco no levantamento de informações (anamnese) e criação vínculo terapêutico; a partir da segunda sessão e diante, os encontros aconteceram com propostas de intervenção em relação à reestruturação cognitiva; psicoeducação sobre o modelo cognitivo: percepção de si, do outro e do mundo pelas Crenças de desamor, desamparo e desvalor; foram realizados Registro de Pensamentos Automáticos, para identificação das disfunções cognitivas; realizou-se a formulação e conceituação de caso como planejamento de intervenção; foram utilizadas técnicas como: o exame de evidências mediante reestruturação cognitiva, a fim de identificar os erros cognitivos em relação a uma situação e construção de pensamento alternativo; a atribuição de responsabilidades por meio da torta de responsabilidade e da cadeira vazia; foram utilizadas tarefas de casa a fim de observar como a paciente se percebe no presente, se via no passado e se vê no futuro; houve psicoeducação sobre treino de habilidades sociais antes de adentrar na prática; foram utilizados como fonte de conhecimento no processo de psicoeducação o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Projeto de Lei 4186/21, que versa sobre o aumento de prescrição de crimes sexuais contra crianças para vinte anos, contados a partir dos 18 anos de idade; houve revisão sobre as crenças nucleares e intermediárias e pensamentos automáticos; foi realizada ativação comportamental, mediante registro semanal de atividades e significação dos assuntos abordados; realizou-se o Inventário de Depressão (Greenberger e Padesky, 2016), retirado do livro, “A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa.” Tem como objetivo auxiliar a identificar os sintomas da depressão, bem como a intensidade dos mesmos, esse inventário fornece uma visão ampliada dos impactos emocionais, cognitivos e físicos relacionados à depressão dentro dos construtos dos DSM - V, abrangendo os seguintes itens: Humor depressivo, Anedonia; Autocrítica e baixa autoestima, Crenças distorcidas, Culpa e inutilidade, Alterações no sono, Alterações no apetite, Fadiga ou perda de energia, Concentração prejudicada, Comportamento suicida. A psicoterapia segue sem previsão de alta no referido período letivo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** no decorrer das sessões fui percebendo que inicialmente não é fácil ir articulando os conceitos da terapia cognitivo-comportamental, ao passo que na mesma é possível realizar várias práticas ao mesmo tempo, o que demanda experiência ao terapeuta. De modo que essa tarefa ao observador não treinamento se torna árdua, leva tempo e requer a fragmentação dos eventos para irem sendo resolvidos aos poucos. Havendo o risco de incorrer em práticas que não contribuam com o tratamento da pessoa, de modo a retardar ou prejudicar seu autoconhecimento. Dessa forma vale ressaltar a importância desse primeiro contato na prática clínica, no período do estágio obrigatório considerando as supervisões de estágio, a fim de compreender melhor como entrelaçar “os elementos e conduzir a terapia o mais efetiva possível, os iniciantes devem primeiro dominar a tecnologia da terapia cognitiva, o que é melhor realizado de forma direta.” Compreendendo que para a obtenção de resultado positivo é preciso haver vínculo terapêutico e implicação de ambas as partes.

Palavras-chave: Estágio clínico. Relato de experiência. Terapia cognitivo-comportamental.