



AULA LIVRE · LÓGICA PSICOLÓGICA

Ferramentas de formulação e plano de segurança

Duas ferramentas construídas para a clínica brasileira: uma que troca a anamnese por entrevista funcional e devolve a rede do caso, outra que amplia o plano de segurança para além da ideação suicida.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **A anamnese tradicional coleta muito e explica pouco.** A proposta é substituí-la por entrevista guiada pela *análise funcional* — o que dispara, o que mantém, o que a esquiva entrega.
- Ψ **A rede não é ilustração: é o que define o alvo.** Ao mapear disparadores, mecanismos de manutenção e consequências, ela mostra por onde perturbar o sistema.
- Ψ **Descatastrofizar antes de expor, quando o contexto exige.** Ajanela de tolerância do paciente decide a ordem — e a ordem foi corrigida à mão, contra a sugestão inicial do sistema.
- Ψ **O plano de segurança deixou de ser só sobre ideação suicida.** A versão ampliada cobre também desregulação emocional, controle de impulsos e uso de substâncias.
- Ψ **A ferramenta organiza; quem formula é o clínico.** A saída é hipótese a ser conferida, e a responsabilidade técnica e ética permanece integralmente do profissional.

Por que construir ferramentas próprias

A aula abriu por um argumento de método, e não de produto: a natureza **dinâmica** do comportamento humano torna pouco eficazes, na clínica real, os estudos e protocolos rígidos organizados exclusivamente por diagnóstico. Adaptar o método científico ao objeto não é flexibilizar a ciência — é exigência do objeto.

Disso decorre a postura defendida: inovação em psicologia exige **curiosidade, fundamentação teórica sólida e disposição para testar novos modelos**, em vez de dependência estática de teorias preestabelecidas. É a mesma tensão discutida em outros encontros — e vale a ressalva que ela sempre pede: disposição para testar não dispensa a obrigação de testar.

A lacuna concreta

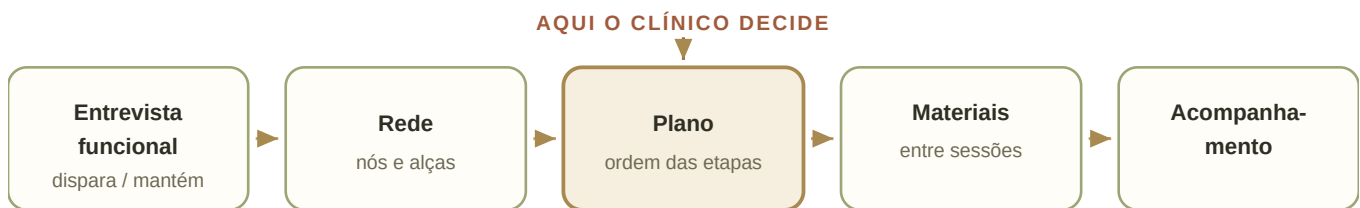
Há carência de ferramentas **em português** que sustentem trabalho baseado em processos, adaptadas à cultura brasileira. Boa parte do instrumental disponível é traduzida, não adaptada — e alguma coisa se perde nesse caminho, do vocabulário emocional aos exemplos que fazem sentido para o paciente.

Da anamnese à entrevista funcional

A primeira ferramenta apresentada é um software de **formulação de caso**. A proposta central: substituir a anamnese tradicional — que frequentemente coleta um volume grande de dados pouco funcionais — por uma **entrevista guiada, focada na análise funcional do comportamento**.

A diferença não é de formato, é de pergunta. A anamnese pergunta o que aconteceu na vida da pessoa; a entrevista funcional pergunta o que dispara, o que mantém, o que a resposta entrega e a que custo. O primeiro produz história; o segundo produz alvo.

O percurso da ferramenta — e onde o clínico decide



Na demonstração, o sistema propôs exposição imediata e a ordem foi alterada para descatastrofizar antes, respeitando a janela de tolerância. A ferramenta sugere; quem decide é quem atende.

Cada etapa produz insumo para a seguinte, e toda a cadeia continua sendo hipótese até ser validada com o paciente. A responsabilidade técnica e ética não muda de lugar.

Onde isso encontra a jornada

É a mesma ordem defendida no encontro sobre formulação: **avaliar antes de conectar**, listar processos antes de desenhar setas. A ferramenta automatiza a organização — não substitui a etapa de investigação, que continua sendo entrevista clínica feita por gente.

O caso demonstrativo: da queixa à rede

A demonstração usou um caso trazido por uma participante, aqui desidentificado: **medo de dirigir**, com aceleração cardíaca e pensamentos catastróficos sobre acidentes.

A investigação identificou o disparador contextual — a obstrução de uma via que ela usava habitualmente —, e o encadeamento que se seguiu: ansiedade, **esquiva**, e interrupção de atividades valorizadas, entre elas frequentar a academia.

O ciclo de manutenção

A análise funcional descreveu o ciclo com clareza: a **catastrofização**, desencadeada pela ativação fisiológica e pelo evento contextual, gera esquiva comportamental. A esquiva alivia no curto prazo — e, no longo, **aumenta a hipervigilância e reforça o sentimento de incompetência pessoal**.

É o desenho clássico do reforçamento negativo, e a razão pela qual o problema cresce sozinho: cada rodada de alívio confirma que era mesmo perigoso, e estreita um pouco mais o repertório.

A rede

Alimentado com essas informações, o sistema devolveu a rede do caso, mapeando **disparadores, mecanismos de manutenção e consequências**. O que a visualização torna evidente é a **interdependência** entre fisiologia, pensamento e esquiva — nenhum dos três explica o quadro sozinho, e é a alça entre eles que sustenta o padrão.

Do mapa ao plano: por que descatastrofizar antes de expor

A partir da formulação, o sistema propôs um plano de intervenção. E o momento mais instrutivo da demonstração foi o de **discordar dele**.

O plano priorizou o trabalho cognitivo — **descatastrofização** — em vez de exposição imediata, considerando as restrições contextuais severas do caso. Júlio ajustou o raciocínio dentro do sistema, e explicitou o critério: **respeitar a janela de tolerância do paciente antes de iniciar a exposição**.

O princípio por trás do ajuste

Exposição conduzida fora da janela de tolerância não produz aprendizagem corretiva — produz sensibilização e abandono. Quando o contexto impõe restrições que o paciente não controla, trabalhar antes a avaliação da ameaça e a regulação constrói a condição para que a exposição, depois, faça o que deveria fazer.

Repare no que aconteceu na prática: **a ferramenta sugeriu, o clínico decidiu**. É esse o uso correto dela.

Materiais entre sessões

Foram demonstradas funcionalidades de geração de material de apoio: **psicoeducação, cartões de enfrentamento** e exercícios específicos, como exposição interoceptiva e clarificação de valores.

A função declarada é sustentar o paciente **entre as sessões**, permitindo aplicar na vida o que foi treinado — treino de regulação emocional, reestruturação de pensamentos. É onde a maior parte do tratamento efetivamente acontece, e onde costuma faltar suporte.

Acompanhamento e base de casos

O sistema inclui ainda ferramentas de **acompanhamento**, um glossário de conceitos da terapia baseada em processos e base de dados para salvar casos.

O plano de segurança expandido

A segunda ferramenta amplia o escopo do plano de segurança: além da ideação suicida, passa a cobrir **desregulação emocional, controle de impulsos e uso de substâncias**.

É uma ampliação coerente com a lógica do instrumento. O que um plano de segurança faz é dar à pessoa algo executável no momento em que a capacidade de decidir está reduzida — e essa descrição vale para crise suicida, para episódio de descontrole e para fissura.

Como é estruturado

- Ψ **Níveis de severidade**, com **gatilhos específicos** e **sinais de alerta** identificados para cada um.
- Ψ **Ações práticas graduadas**, que vão da regulação individual ao contato com a rede de apoio e, quando necessário, com serviços de emergência.
- Ψ **Personalização** com fotos de momentos significativos, frases escolhidas pelo paciente e trilhas sonoras, para auxiliar na regulação fisiológica.
- Ψ **Link exclusivo**, instalável no celular, para acesso rápido a recursos e contatos no momento da crise.

Por que a instalação no celular importa

Não é conveniência. O material sobre plano de segurança já registrava o princípio: **um plano que existe apenas no prontuário do terapeuta não protege ninguém**. O que decide é estar ao alcance no momento em que a crise começa — e o celular é onde a pessoa está.

A ferramenta é **restrita a membros da comunidade**, por sua natureza de intervenção clínica — decisão que o material registra como acertada: instrumento de manejo de risco na mão de quem não foi formado para usá-lo é risco, não acesso.

O que a ferramenta não faz

Esta seção é acréscimo

A demonstração mostrou o que as ferramentas fazem. Esta seção reúne os limites profissionais do uso delas — tema que não foi coberto e que num material publicado precisa estar dito.

A formulação continua sendo do clínico

Uma rede gerada por sistema é **hipótese organizada**, não conclusão. Ela precisa ser conferida contra o que se sabe do caso, validada com o paciente — que é o critério estabelecido no encontro sobre rede — e corrigida quando não bate. A própria demonstração ilustrou isso ao alterar a ordem do plano proposto.

A responsabilidade técnica e ética pela formulação, pelo plano e pelo desfecho permanece **integralmente do profissional**. Ferramenta não assina prontuário.

Dados clínicos são dados sensíveis

Informação clínica inserida em qualquer sistema é **dado pessoal sensível** na Lei Geral de Proteção de Dados, e o uso de recursos digitais em serviços psicológicos é regulado pela Resolução CFP nº 11/2018. Na prática, isso significa saber onde os dados ficam, por quanto tempo, quem tem acesso — e informar o paciente, obtendo consentimento para o uso da ferramenta.

Aplicativo não é acompanhamento

Em situações de risco, o recurso digital **complementa** o plano de cuidado: não substitui avaliação de risco periódica, articulação com a psiquiatria, rede de apoio nem serviço de urgência. O material sobre intencionalidade suicida e plano de segurança cobre essa camada, e continua valendo integralmente.

O critério que resume

Uma boa ferramenta clínica **reduz trabalho operacional e devolve tempo para pensar**. Quando ela começa a substituir o raciocínio em vez de sustentá-lo, o ganho virou risco — e o sinal de alerta é simples: você aceitaria a saída dela sem conferir?

Referências

1. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
2. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 11/2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação.
3. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23.
4. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
5. Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155.
6. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
7. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
8. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.
9. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.

NOTA DE MÉTODO

Registro de aula de demonstração de ferramentas, e não de supervisão de caso. O caso usado na demonstração foi trazido por uma participante como exercício e está desidentificado: idade, localidade e circunstâncias específicas foram removidas. Comentários de participantes aparecem sem identificação nominal. Os encaminhamentos operacionais do encontro — ajustes de funcionalidade, publicação de gravação, disponibilização de links — foram omitidos por não integrarem o conteúdo.

Acréscimo. A seção final, sobre os limites profissionais do uso das ferramentas, não constava da demonstração. Ela reúne três pontos que num material publicado precisam estar ditos: a formulação gerada por sistema é hipótese a conferir e validar com o paciente, e a responsabilidade técnica e ética permanece integralmente do profissional; informação clínica é dado pessoal sensível, sujeito à LGPD e à Resolução CFP nº 11/2018, o que implica informar o paciente e obter consentimento; e aplicativo, em situação de risco, complementa o plano de cuidado sem substituir avaliação periódica, articulação com a psiquiatria, rede de apoio ou serviço de urgência.

A menção à restrição de acesso da ferramenta de plano de segurança aos membros da comunidade foi mantida e comentada: instrumento de manejo de risco exige formação para uso. As referências de exposição, janela de tolerância, plano de segurança e base processual foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Usei a entrevista funcional para levantar disparadores, manutenção e custo — e não para repetir a anamnese em outro formato.

Conferi a rede gerada contra o que sei do caso, em vez de aceitá-la pronta.

Validei a rede com o próprio paciente.

Avaliei a janela de tolerância antes de decidir a ordem entre trabalho cognitivo e exposição.

Ajustei o plano proposto quando o contexto do paciente exigiu outra ordem.

Entreguei material de apoio pensado para o intervalo entre sessões, e não como tarefa a mais.

Informei o paciente sobre o uso da ferramenta e obtive consentimento.

Verifiquei onde os dados ficam armazenados e quem tem acesso.

Mantive avaliação de risco, articulação e rede como camadas próprias, não substituídas pelo aplicativo.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. Qual a diferença entre uma anamnese tradicional e uma entrevista guiada pela análise funcional? O que cada uma produz?

2. Descreva o ciclo de manutenção do caso demonstrativo, do disparador contextual às consequências de longo prazo.

3. Por que, naquele caso, o trabalho cognitivo veio antes da exposição? Que critério decidiu isso?

4. O que significa respeitar a janela de tolerância antes de expor — e o que acontece quando ela é ignorada?

5. Por que ampliar o plano de segurança para desregulação, impulsos e substâncias faz sentido pela lógica do instrumento?

6. Que cuidados de dados e de consentimento você adotaria ao usar uma ferramenta digital com um paciente seu?

7. Como você conferiria uma rede gerada por sistema antes de aceitá-la? Que sinais indicariam que ela não bate com o caso?

8. Onde, na sua prática, uma ferramenta poderia começar a substituir o seu raciocínio em vez de sustentá-lo?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Qual a diferença entre uma anamnese tradicional e uma entrevista guiada pela análise funcional? O que cada uma produz?

COMENTÁRIO

A **anamnese tradicional** pergunta o que aconteceu na vida da pessoa e produz história — frequentemente um volume grande de dados pouco funcionais. A **entrevista funcional** pergunta o que dispara, o que mantém, o que a resposta entrega e a que custo — e produz **alvo**. A diferença não é de formato: é de pergunta, e determina se ao fim há uma cronologia ou uma formulação.

2. Descreva o ciclo de manutenção do caso demonstrativo, do disparador contextual às consequências de longo prazo.

COMENTÁRIO

Disparador contextual — a obstrução da via habitual — ativa **fisiologia e catastrofização**; disso vem a **esquiva**, que alivia no curto prazo. No longo prazo, a esquiva **aumenta a hipervigilância e reforça o sentimento de incompetência**, além de interromper atividades valorizadas. Cada rodada de alívio confirma que era mesmo perigoso e estreita mais o repertório.

3. Por que, naquele caso, o trabalho cognitivo veio antes da exposição? Que critério decidiu isso?

COMENTÁRIO

Porque as **restrições contextuais** do caso eram severas, e o critério aplicado foi a **janela de tolerância**: trabalhar antes a avaliação da ameaça e a regulação, para depois expor. Vale notar o que aconteceu na demonstração — o sistema sugeriu uma ordem e o clínico a alterou. A ferramenta sugere; quem decide é quem atende.

4. O que significa respeitar a janela de tolerância antes de expor — e o que acontece quando ela é ignorada?

COMENTÁRIO

Significa verificar se o paciente tem, naquele momento, condições de sustentar a ativação sem se desorganizar. Ignorada, a exposição não produz **aprendizagem corretiva**: produz sensibilização, reforço da crença de perigo e abandono do tratamento — e o paciente sai com uma evidência a mais de que não dá conta.

5. Por que ampliar o plano de segurança para desregulação, impulsos e substâncias faz sentido pela lógica do instrumento?

COMENTÁRIO

Porque a função do instrumento é a mesma nos três casos: dar à pessoa **algo executável no momento em que a capacidade de decidir está reduzida**. Crise suicida, episódio de descontrole e fissura compartilham essa característica — janela curta, julgamento estreitado, decisão tomada sob ativação. O que muda são os gatilhos, os sinais de alerta e as ações; a lógica é idêntica.

6. Que cuidados de dados e de consentimento você adotaria ao usar uma ferramenta digital com um paciente seu?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta trata informação clínica como **dado pessoal sensível** — regime da LGPD — e considera a Resolução CFP nº 11/2018 sobre serviços psicológicos por meios digitais. Na prática: saber onde os dados ficam, por quanto tempo e quem acessa; informar o paciente sobre o uso da ferramenta; e obter consentimento antes, não depois.

7. Como você conferiria uma rede gerada por sistema antes de aceitá-la? Que sinais indicariam que ela não bate com o caso?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta confere a rede contra o que já se sabe do caso e a **valida com o próprio paciente**, que é o critério da trilha de processos. Sinais de que não bate: nós que ninguém reconhece, setas cuja direção o paciente não confirma, ausência do processo que ele considera central, ou uma formulação que serviria igualmente bem a qualquer outra pessoa.

8. Onde, na sua prática, uma ferramenta poderia começar a substituir o seu raciocínio em vez de sustentá-lo?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é de autocrítica. O teste proposto no material é direto: **você aceitaria a saída dela sem conferir?** Uma boa resposta identifica um ponto concreto de risco — aceitar plano pronto, pular a validação com o paciente, terceirizar a decisão sobre ordem de intervenção — e nomeia o que faria para manter o raciocínio no comando.