



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Repensando a ciência e a prática clínica

CAPÍTULO 1

Da lógica de "um protocolo para cada síndrome" a uma clínica de processos: por que olhar para redes de processos modificáveis, e não só para diagnósticos.

Lógica Psicológica

Prática Baseada em Evidências na Psicologia

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 TBP não é uma nova abordagem, nem substitui as existentes.** É uma forma de compreender e estruturar a intervenção, centrada em *processos* — um complemento às abordagens com evidência.
- Ψ **O modelo dominante — "um protocolo para cada síndrome" — nasceu de uma necessidade de pesquisa** (homogeneizar grupos), mas estreitou o olhar clínico ao sintoma.
- Ψ **O alvo da TBP são processos transdiagnósticos modificáveis** (ruminação, preocupação, intolerância à incerteza, perfeccionismo...), organizados nos domínios do EEMM.
- Ψ **A formulação vira uma rede:** elementos interligados cujas relações se sustentam no tempo; intervir na rede transforma a estrutura.
- Ψ **Muda a pergunta clínica:** não "qual protocolo para este transtorno?", mas "quais processos, no contexto e nos objetivos desta pessoa, eu posso modificar?".

O que é (e o que não é) a Terapia Baseada em Processos

A aula abriu situando a **Terapia Baseada em Processos (TBP)** não como mais uma escola, mas como **uma forma de compreender e estruturar a intervenção** — um jeito de raciocinar clinicamente centrado em *processos*, e não em diagnósticos. Ela é apresentada como **complemento**, não substituto: reconhece as contribuições dos modelos existentes e propõe organizá-las melhor.

A aposta de fundo é que o futuro da psicologia clínica é o de uma ciência ao mesmo tempo rigorosa e *dinâmica* — capaz de personalizar o cuidado, inclusive com apoio de tecnologia.

O clínico já faz ciência — e uma breve história do método

Antes da clínica, uma pergunta: o que é ciência? O grupo convergiu para algo próximo de **observação sistemática + formulação de hipóteses + busca de comprovação por métodos claros e mensuráveis** — e Júlio lembrou que o clínico faz isso o tempo todo, ainda que intuitivamente, quando levanta hipóteses sobre um caso e as testa na condução.

A capacidade de raciocinar por evidências é antiga: aparece já numa forma rudimentar em outros primatas, que avaliam pistas do ambiente para decidir. Dela até o método moderno há uma longa trajetória — a razão substituindo o mito na Grécia (Aristóteles, lógica e observação); o esboço do método experimental no mundo islâmico medieval (**Ibn al-Haytham**, separando opinião de evidência por hipóteses, testes e registros); o recuo sob a autoridade teológica na Europa medieval; o retorno à observação no Renascimento; e, enfim, a **Revolução Científica**

(Galileu, Bacon, Descartes, Newton). No século XX, Popper acrescenta a *falseabilidade* e Kuhn, a ideia de *paradigmas*.

Como a psicologia se tornou ciência

Na psicologia, a mensuração veio antes da clínica: a **psicofísica** de Weber e Fechner, em meados do século XIX, já media sensações. Em **1879**, Wilhelm **Wundt** abre em Leipzig o primeiro laboratório de psicologia experimental — mas seu método, a *introspecção*, esbarrava num limite: a percepção humana é subjetiva e pouco coesa.

A psicologia clínica científica cresce com o estudo da aprendizagem — **Pavlov**, **Thorndike**, **Watson e Skinner** —, que fundamenta práticas contemporâneas como a ACT e a DBT. A *revolução cognitiva* traz a cognição para o centro; **Aaron Beck** organiza um dos primeiros ensaios controlados da Terapia Cognitiva para depressão, com resultados comparáveis à medicação (Rush et al., 1977).

A crise e a ascensão dos diagnósticos

Em **1952**, **Eysenck** publicou um levantamento provocador: os dados disponíveis não sustentavam que a psicoterapia da época facilitasse a recuperação — a melhora poderia dever-se a outros fatores, como a passagem do tempo. A crítica cobrou rigor do campo.

A resposta foi tornar a psicologia mais "científica" pela via da **categorização**: sistemas como a CID (por volta de 1948) e o DSM passaram a homogeneizar grupos para viabilizar a pesquisa. Isso foi útil — e casou com a ascensão da indústria farmacológica —, mas teve um custo: o foco **estreitou-se ao sintoma**, inaugurando a lógica de "*um protocolo para cada síndrome*".

Os limites de "um protocolo para cada síndrome"

O problema não é o protocolo em si, e sim tratá-lo como se o paciente tivesse *apenas* a condição estudada na pesquisa. Alguns limites discutidos:

O escore não é a pessoa. Uma alta guiada só por ponto de corte de instrumento pode mascarar risco — Júlio citou um caso com escore "de alta", mas ainda com ideação suicida relevante.

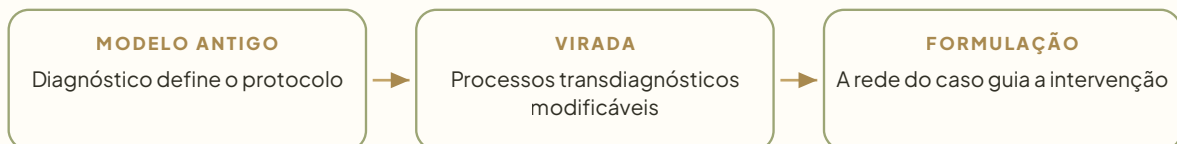
Recaída alta. Na depressão, algo em torno de metade dos pacientes recai em dois anos — sinal de que reestruturação e ativação, sozinhas, podem não bastar.

Fica de fora o essencial. Contexto, história, relações e cultura — que sustentam o sofrimento — não cabem no manual estreito.

O PONTO DE VIRADA

O primeiro passo para melhorar a prática é olhar a pessoa como um ser humano que sofre num contexto específico, com uma história — e não como uma categoria diagnóstica.

DO PROTOCOLO AO PROCESSO



A pergunta clínica muda de “qual tratamento para este transtorno?” para “quais processos posso modificar?”.

A virada: processos e o modelo de rede

Em vez do diagnóstico, a TBP mira **processos transdiagnósticos modificáveis** — ruminação, preocupação, intolerância à incerteza, perfeccionismo — organizados nos domínios do **metamodelo evolucionário estendido (EEMM)**:

Atenção, Cognição, Self, Afeto, Comportamento, Motivação — os processos psicológicos;

Biofisiológico, Contexto e Sociocultural — as dimensões que os atravessam.

No modelo antigo, o diagnóstico define o caminho; na TBP, são os **processos** que guiam — *se o processo muda, a intervenção muda*. Esses processos não vivem soltos: formam uma **rede**, um sistema de elementos interligados cujas relações se sustentam ao longo do tempo. Intervir na rede transforma a estrutura como um todo. Essa rede **é a própria formulação do caso** — construída com investigação, monitoramento e curiosidade genuína sobre a vida da pessoa (por exemplo, ligando práticas parentais a processos adultos).

A pergunta que muda tudo

A diferença entre os dois modos aparece já na pergunta que o terapeuta se faz:

PELO PROTOCOLO

"Qual tratamento é mais eficaz para este indivíduo com este transtorno?"

PELO PROCESSO

"Quais processos biopsicossociais, no contexto e nos objetivos de vida desta pessoa, eu posso modificar?"

Júlio ilustrou com um caso de transtorno bipolar num contexto caótico — sem dinheiro para a medicação, com um parceiro em uso de drogas: antes de aplicar o tratamento clássico, o foco recai sobre os **processos contextuais modificáveis**. E, porque o critério é o processo (não o rótulo), a TBP **autoriza usar técnicas de qualquer abordagem com boa evidência** — o que interessa é o que move a rede na direção dos objetivos da pessoa.

Referências

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17–37.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2022). *Process-Based Therapy: The Science and Core Clinical Competencies of Psychological Flexibility*. Oakland, CA: Context Press.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Oakland, CA: New Harbinger. [Ed. bras.: *Aprendendo a Terapia Baseada em Processos*, cap. 1.]

NOTA DE MÉTODO

Corrigi nomes que a transcrição por voz trocou: Wundt (não "VUNt"), Fechner (não "Fashioner") e Ibn al-Haytham (não "Ibra Raitan"); a crítica de 1952 é de Eysenck. As datas de CID/DSM e da psicofísica foram apresentadas de forma aproximada. O caso "Bill" é o exemplo ilustrativo do capítulo, referido aqui em paráfrase, sem reproduzir o texto do livro. As taxas de recaída e as críticas aos protocolos foram mantidas como pontos de discussão da aula, ancorados na literatura de TBP (Hofmann & Hayes, 2019).

Levar para a prática

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

- ☐ Numa formulação, listei processos (não só o diagnóstico) e como eles se conectam.
- ☐ Perguntei-me "qual processo modificável, no contexto desta pessoa?" antes de escolher a técnica.
- ☐ Olhei para história, contexto e relações — não apenas para o sintoma.
- ☐ Desconfiei de uma alta guiada só por escore de instrumento.
- ☐ Usei uma técnica de outra abordagem por causa do processo-alvo, não do rótulo.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — responda

Responda com suas palavras. O texto fica salvo no PDF.

1. Por que "um protocolo para cada síndrome", embora útil para a pesquisa, pode estreitar demais o olhar clínico?

2. O que muda quando a pergunta deixa de ser "qual tratamento para este transtorno?" e passa a ser "quais processos modificáveis, neste contexto?"

3. O que é uma "rede" de processos — e por que ela funciona como a formulação viva do caso?

4. Em que sentido a TBP é um complemento, e não um substituto, das abordagens com evidência?