



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

# Formulação de caso baseada em processos

CAPÍTULO 5

*A formulação de caso como habilidade treinável: da avaliação integral dos domínios à análise de rede, da hierarquização ao plano de tratamento — sempre construída com o paciente, e sempre revisável.*

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 **Formulação de caso é habilidade treinável**, não talento — e se apoia nos três pilares da Prática Baseada em Evidências: melhor evidência disponível, expertise clínica, e preferências e cultura do paciente.
- Ψ **É hipótese, não verdade**. Levantada com o paciente, sujeita a ser corroborada ou refutada, e revisada do começo ao fim do tratamento.
- Ψ **Não é feita sobre o paciente — é feita com ele**. Sem devolutiva e sem *feedback*, vira análise unilateral.
- Ψ **Avaliar antes de conectar**. Primeiro os seis domínios e os dois níveis, depois a lista de processos, só então as setas da rede. Pular para a matriz cedo demais atrapalha mais do que ajuda.
- Ψ **Sem plano de tratamento, a formulação é só um exercício de rede**. O desfecho do paciente é o critério — não a beleza do diagrama.

## Uma habilidade treinável, sustentada pela PBE

A formulação de caso costuma ser tratada como dom: ou o terapeuta “tem o olho”, ou não tem. O encontro parte da premissa oposta — é uma **habilidade treinável**, que melhora com prática deliberada e se apoia numa estrutura conhecida.

Essa estrutura são os três pilares da Prática Baseada em Evidências (APA, 2006): a **melhor evidência disponível**, a **expertise clínica**, e as **preferências e a cultura do paciente**. Formular é o lugar onde os três se encontram — porque é ali que dados **nomotéticos** (o que a literatura diz sobre o problema e sobre o que funciona) precisam ser costurados a dados **idiográficos** (o que se passa com esta pessoa).

## UM MAL-ENTENDIDO A DESFAZER

Trabalhar com PBE não significa só atender casos com diagnóstico fechado, nem aplicar protocolo rígido. A evidência entra como **insumo de decisão**, não como roteiro a cumprir.

## Por que o diagnóstico e o protocolo não bastam

Os tratamentos empiricamente sustentados têm mérito real: descrevem procedimentos com precisão e vêm de estudos controlados. O problema aparece quando a formulação fica *amarrada* ao diagnóstico e ao manual.

Primeiro porque a clínica não é linear. Existe uma quantidade enorme de manuais, com procedimentos que se repetem entre si, organizados por psicopatologia — e o paciente real chega com várias demandas ao mesmo tempo, o que o manual único não resolve.

Segundo — e mais importante — porque **pacientes com o mesmo diagnóstico podem ter processos mantenedores completamente diferentes**. Dois quadros de depressão podem se sustentar, num caso, sobre tristeza e retraimento; noutro, sobre pessimismo e ruminação. Aplicar o mesmo protocolo aos dois é tratar o rótulo, não a pessoa.

Há ainda o risco dos modelos puramente descritivos, como certas conceitualizações cognitivas: eles capturam bem um recorte — o cognitivo — mas o paciente não é puramente cognitivo. Quando o modelo só descreve, ele tende à **circularização do sofrimento**: o pensamento explica o comportamento, que explica o pensamento, e a formulação gira em torno de si mesma sem apontar para lugar nenhum.

ATBP entra aí, e vale a precisão: **não é uma nova teoria nem uma nova intervenção**. É um metamodelo que reorganiza dados que já existem, para permitir personalização.

## O que é uma formulação: hipótese viva, feita com o paciente

Formular é levantar **hipóteses**, não estabelecer verdades. Elas podem ser corroboradas ou refutadas, e se organizam em três frentes:

- Ψ **Causas** — ligadas ao histórico do paciente.
- Ψ **Precipitantes** — o que aconteceu antes da demanda aparecer.
- Ψ **Influências mantenedoras** — os processos psicológicos, emocionais, comportamentais e interpessoais que sustentam o quadro agora.

É um **processo vivo**: funciona como um mapa que guia a tomada de decisão rumo a um plano individualizado. E é o ponto onde se unem coisas que costumam andar separadas — diagnóstico (ou sintomatologia) e demanda; teoria e prática; ciência e a arte da relação, o *feeling* clínico.

Suas funções, na prática: organizar informação, guiar o trabalho, planejar o tratamento e **fortalecer a relação terapêutica** — porque uma compreensão ampla dos processos, devolvida ao paciente, valida a experiência dele.

### COM, NÃO SOBRE

A formulação não é algo que o terapeuta produz sozinho e apresenta pronto. É co-construída, submetida a *feedback* contínuo, e reavaliada quando a intervenção não anda como esperado. Se a rede está montada e o paciente nunca a viu, algo essencial ficou de fora.

## Passo 1 — avaliação integral dos domínios e níveis

O primeiro passo é o menos glamouroso e o mais decisivo: **avaliar tudo antes de concluir qualquer coisa**. Os seis domínios — cognição, afeto, atenção, *self*, motivação e comportamento — atravessados pelos dois níveis, biofisiológico e sociocultural.

A avaliação integral existe para evitar dois defeitos previsíveis: **omissão** (o domínio que você nunca investiga porque não é da sua abordagem) e **viés** (encontrar em todo paciente aquilo que você já esperava encontrar). Ela se faz por entrevista clínica com perguntas específicas por domínio, observação em sessão, exame do estado mental e instrumentos padronizados.

Para cada processo identificado, três perguntas do metamodelo:

- Ψ **Variação** — como esse comportamento varia? (o dado mais descritivo)
- Ψ **Seleção** — para que ele serve? qual a função?
- Ψ **Retenção** — como isso se manteve, e se manteve interligado, ao longo do tempo?

Não são etapas sequenciais: transitam simultaneamente durante a sessão. E o **contexto não é pano de fundo** — é variável ativa, tanto na formulação quanto na decisão clínica.

### A METÁFORA DO MAPA

A formulação não precisa abranger o mundo inteiro do paciente. Um mapa útil mostra o ponto de partida e o destino — e omite o resto de propósito. São **os objetivos da terapia** que definem quais informações entram. Formulação sem recorte não orienta ninguém.

## Passo 2 — da lista à rede: conectar e hierarquizar

Na TBP, dois formatos convivem. A **tabela** do metamodelo evolucionário estendido, funcional, lista os processos mal adaptativos ao lado dos recursos e processos preservados. A **matriz** organiza os domínios em quadrantes e recebe as setas da análise de rede.

A recomendação prática do encontro — e Júlio concordou, na discussão — é **listar antes de conectar**. Montar a matriz cedo demais, sem ter as variáveis nomeadas, atrapalha o aprendizado e a precisão. O caminho: **avaliar** → **listar** → **conectar** → **hierarquizar** → **planejar**.

Ao organizar, **limite o número de processos** — dez, no exemplo trabalhado. Rede com processo demais não hierarquiza nada.

Para traçar as conexões, o instrumento principal é o **autorrelato**: perguntar ao paciente pelas relações causais que você está supondo. “Quando você pensa que é uma perdedora, o que costuma fazer em seguida?” O paciente pode responder com incerteza, e tudo bem — a rede é hipotética por natureza, e testá-la faz parte.

O passo seguinte é o **fortalecimento da rede**, feito em colaboração: identificar quais processos são mais centrais, e daí derivar a **hierarquia do tratamento**. Espera-se que a primeira rede seja incompleta — é ela que mostra o que ainda falta perguntar.

## O caso Maria, do começo ao fim

**Maria, 28 anos** (caso didático), sente ansiedade e insegurança ao interagir socialmente, com preocupação de ser chata ou passar vergonha. O diagnóstico de transtorno de ansiedade social até caberia — e é exatamente onde a formulação começa, não onde ela termina.

### A microanálise

O primeiro laço aparece entre **cognição e afeto**: a insegurança e a ansiedade intensificam a preocupação de ser chata, que por sua vez realimenta a insegurança e a ansiedade. Descrito assim, porém, o modelo já ameaça circularizar. É por isso que a investigação precisa varrer os demais domínios:

- Ψ **Biofisiológico** — aperto no estômago, taquicardia, sudorese, atrelados à insegurança e à ansiedade.
- Ψ **Comportamento** — dois padrões opostos que sustentam o mesmo ciclo: **supercompensação** (tentar ser engraçada, agradável) em alguns contextos, e **evitação** em outros (ficar em casa, não se expor a estranhos ou a figuras de autoridade).
- Ψ **Atenção** — pensamentos de “vou me constranger” quase todos os dias, sobretudo antes de conversas com estranhos: ruminação e preocupação antecipatória.
- Ψ **Self** — conteúdos conceituados e rígidos: “sou chata”, “sou inconveniente”.
- Ψ **Motivação** — o domínio que ficou menos claro na análise inicial, provavelmente ligado ao **alívio temporário** que se segue à evitação.

### O que a rede mostrou

Fortalecida a rede, dois aspectos mal adaptativos se destacaram: a **rigidez** dos conteúdos de cognição e self, e a **evitação comportamental** — em contraste com o excesso comportamental de agradar. A hierarquia de tratamento apontou para a conexão entre **cognição, comportamento e afeto**.

### Do processo ao procedimento

Com a hierarquia definida, o plano vira tabela: dimensão, processo mal adaptativo, processo adaptativo desejado, procedimento empiricamente sustentado. No caso de Maria, a alta sensibilidade à ansiedade poderia ser trabalhada no sentido de **maior aceitação**, por meio de **exposições interoceptivas** (Smits, Berry, Tart & Powers, 2008).

**REPRESENTAÇÃO NO MOVIMENTO**

Nada aqui foi deduzido do diagnóstico. O procedimento veio do **processo-alvo**, e o processo-alvo veio da rede daquela pessoa. É esse encadeamento — e não a escolha da técnica — que caracteriza a formulação baseada em processos.

## Passo 3 — o plano, e a flexibilidade dentro da fidelidade

O plano pode se alinhar a tratamentos empiricamente sustentados — exposição, aceitação, reestruturação —, mas aplicados com individualização. A TBP trabalha com **núcleos de tratamento** comportamentais, contextuais e cognitivos, o que permite um ecletismo técnico **modular**: entra a técnica que serve àquele processo, venha ela da DBT, da ACT ou da TCC.

Foi aqui que Júlio amarrou o tema a um conceito central da PBE: **flexibilidade dentro da fidelidade** (Kendall & Beidas, 2007; Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). A fidelidade a protocolos nomotéticos frequentemente não se adequa à clínica viva, onde os pacientes chegam com múltiplas demandas. A formulação de caso é justamente o que permite os deslocamentos — o olhar idiográfico que acomoda as comorbidades sem abandonar o que a evidência sustenta.

### Mensuração como validação da hipótese

A hierarquização se faz com o paciente, usando *feedback* e **mensuração**. E aqui há uma função da medida que costuma passar batida: ela não serve só para monitorar o tratamento — serve para **validar ou invalidar as relações causais** que a formulação supôs. É o encontro anterior devolvendo utilidade a este.

**O CRITÉRIO FINAL**

Sem plano de tratamento, a formulação de caso vira apenas um exercício de análise de rede. O objetivo é o **desfecho do paciente** — e é por ele que a formulação responde.

### Sobre a curva de aprendizagem

Construir a primeira rede é hipotético e cansativo — não é sinal de que você está fazendo errado. Espera-se que as análises iniciais sejam incompletas: é a incompletude que mostra o que ainda falta perguntar, e permite ir construindo modelos progressivamente mais complexos. Passada a parte grossa do trabalho, os ajustes seguintes tendem a ser mínimos, e o ganho de clareza compensa o esforço inicial.

## Referências

1. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.

2. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13.
3. Ciarrochi, J., Sahdra, B., Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2022). Developing an item pool to assess processes of change in psychological interventions: The Process-Based Assessment Tool (PBAT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 200–213.
4. Eells, T. D. (Org.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2ª ed.). Guilford Press.
5. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
6. Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597–605.
7. Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
8. Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 13–20.
9. Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 987–993.
10. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. Guilford Press.
11. Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
12. Smits, J. A. J., Berry, A. C., Tart, C. D., & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1047–1054.

#### NOTA DE MÉTODO

“Maria” é caso didático apresentado como tal em aula, sem correspondência com paciente identificável. Padronizei o vocabulário: a apresentação falou em “seis dimensões e dois níveis”; aqui se lê **seis domínios** (self, cognição, afeto, atenção, motivação, comportamento) atravessados pelos **níveis** biofisiológico e sociocultural, seguindo a nomenclatura do EEMM já usada nos capítulos 2 e 3 desta trilha. “Circularização do sofrimento” é expressão da própria apresentadora, mantida. As referências de PBE, TBP/EEMM, rede e flexibilidade dentro da fidelidade foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas em aula 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.

Investiguei os seis domínios e os dois níveis — inclusive os que não são da minha abordagem de origem.

Para os processos principais, perguntei variação, seleção e retenção — não só o que acontece, mas para que serve.

Listei os processos antes de desenhar qualquer seta, e limitei a lista a um número manejável.

Testei as conexões com o próprio paciente, por autorrelato, em vez de inferir sozinho.

Recortei a formulação pelos objetivos da terapia — ela não tenta abarcar a vida inteira dele.

Devolvi a rede ao paciente, pedi feedback e combinei a hierarquia com ele.

Cada processo-alvo do plano tem um procedimento correspondente — e uma forma de medir se a hipótese se sustenta.

## MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

# Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever.

**1. Quais são os três pilares da PBE, e onde exatamente a formulação de caso os articula?**

**2. Por que amarrar a formulação ao diagnóstico é insuficiente? Dê um exemplo de dois pacientes com o mesmo diagnóstico e processos mantenedores diferentes.**

**3. O que é a circularização do sofrimento, e como a avaliação integral ajuda a evitá-la?**

**4. Explique variação, seleção e retenção com um processo de um caso seu.**

**5. Por que listar os processos antes de montar a matriz? O que se perde ao inverter a ordem?**

**6. O que significa “flexibilidade dentro da fidelidade”, e qual o papel da formulação de caso nisso?**

**7. Como a mensuração pode invalidar uma hipótese da sua formulação? Descreva um caso em que isso mudaria a sua conduta.**

# Gabarito

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

## 1. Quais são os três pilares da PBE, e onde exatamente a formulação de caso os articula?

### COMENTÁRIO

Melhor evidência disponível, expertise clínica, e preferências e cultura do paciente. A formulação é justamente onde os três se articulam: é ali que dados **nomotéticos** — o que a literatura diz sobre o problema e sobre o que funciona — são costurados a dados **idiográficos**, o que se passa com esta pessoa, dentro do que ela valoriza e aceita.

## 2. Por que amarrar a formulação ao diagnóstico é insuficiente? Dê um exemplo de dois pacientes com o mesmo diagnóstico e processos mantenedores diferentes.

### COMENTÁRIO

Porque pacientes com o mesmo diagnóstico podem ter processos mantenedores completamente distintos: um quadro depressivo sustentado por retraimento e tristeza pede conduta diferente de outro sustentado por ruminação e pessimismo. Amarrar a formulação ao diagnóstico trata o rótulo, não a pessoa — e deixa sem resposta o paciente com múltiplas demandas simultâneas, que é a regra e não a exceção.

## 3. O que é a circularização do sofrimento, e como a avaliação integral ajuda a evitá-la?

### COMENTÁRIO

É quando o modelo apenas descreve e passa a girar em torno de si: o pensamento explica o comportamento, que explica o pensamento, sem apontar para intervenção. A avaliação integral evita isso porque obriga a varrer os demais domínios — biofisiológico, comportamento, atenção, self, motivação —, e é a entrada de dados de fora do par cognição-afeto que rompe o círculo.

## 4. Explique variação, seleção e retenção com um processo de um caso seu.

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta separa com clareza: **variação** é como o comportamento aparece e varia; **seleção** é para que ele serve, qual consequência o torna mais provável; **retenção** é o que o mantém interligado ao longo do tempo. O erro comum é responder as três com descrição — se a resposta de seleção não nomeia uma função, ela ainda é variação.

## 5. Por que listar os processos antes de montar a matriz? O que se perde ao inverter a ordem?

### COMENTÁRIO

Porque a matriz recebe as **setas**, e setas exigem variáveis já nomeadas. Montá-la cedo demais faz o terapeuta desenhar relações entre processos que ainda não foram bem descritos, o que atrapalha o aprendizado e a precisão. O que se perde ao inverter a ordem é a própria qualidade dos nós: uma rede bonita construída sobre uma lista frouxa continua frouxa.

**6. O que significa “flexibilidade dentro da fidelidade”, e qual o papel da formulação de caso nisso?****COMENTÁRIO**

É a ideia de que a fidelidade a protocolos nomotéticos frequentemente não se adequa à clínica viva, onde os pacientes chegam com múltiplas demandas — e de que os deslocamentos necessários podem ser feitos sem abandonar o que a evidência sustenta. A formulação de caso é o que autoriza e orienta esses deslocamentos: ela dá o critério idiográfico para decidir o que ajustar e o que preservar.

**7. Como a mensuração pode invalidar uma hipótese da sua formulação? Descreva um caso em que isso mudaria a sua conduta.****CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte de uma relação causal **explícita** na formulação — “supus que A leva a B” — e descreve como o dado mostraria o contrário: os picos não coincidem, a ordem temporal se inverte, o processo alvo muda sem que o desfecho acompanhe. E diz o que mudaria na conduta: refazer a rede, trocar o alvo, ou reconhecer que o efeito vinha de outro lugar.