



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.41.112.A008>

Uma proposta de protocolo para intervenções breves em psicologia clínica

A protocol proposal to brief interventions in clinical psychology

Klessyo do Espírito Santo Freire
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0001-5189-1278>
klessyo@gmail.com

Beatriz Ribeiro Cortez Cardozo Barata de Almeida Hessel
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-1629-3392>

Resumo

Este estudo teve como objetivo apresentar a construção de um protocolo voltado à intervenções breves no campo da psicologia clínica, visto a ausência do desenvolvimento até o momento de protocolos e/ou modelos de formulação de caso clínico nesta modalidade de atendimento. Apesar disso, as evidências em psicologia clínica apontam que o processo de atendimento psicológico necessita ser responsivo e deve se adaptar às necessidades e demandas do paciente, necessitando previamente de uma formulação de caso clínico. Para tanto, este estudo apresentou um protocolo de intervenções breves para psicoterapia breve, aconselhamento psicológico e plantão psicológico. Para a construção do protocolo, obteve-se como base a atuação de um projeto de extensão voltado a atendimentos breves, realizado em uma universidade pública federal em Salvador, desde 2020. A construção do instrumento baseou-se nos paradigmas contemporâneos em psicologia clínica, sendo estes o modelo dos fatores comuns e a psicoterapia baseada em processos. A partir disso, foram construídos 11 itens a serem preenchidos pelo psicólogo no início do atendimento psicológico, após a realização de entrevistas compreensivas que visem coletar dados clínicos. Entretanto, entende-se que o protocolo não deve ser aplicado como um modelo rígido, mas sim deve ser ajustado de acordo com as especificidades de cada paciente, preservando a estrutura singular de cada processo de atendimento psicológico. Como limitações, foi delimitada a ausência de realização de pesquisas empíricas que busquem avaliar a eficácia desse protocolo, o que é recomendado para investigações futuras.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Psicoterapia Breve; Aconselhamento; Tratamento Breve; Protocolo Clínico.

Abstract

This study aims to present the build of a protocol to brief interventions in clinical psychology. Nowadays, does not have in this field a clinical protocol or clinical model of case formulation. Despite of that, the evidence in clinical psychology brings the process of psychological support as needed to be responsive and must be adapted to the patient's necessities. This process required a clinical case formulation. Therefore, this study presents a clinical protocol to brief interventions targeted at brief psychotherapy, psychological counseling, and psychological duty. The protocol was built in an extension project toward brief support created in a public federal university at Salvador, since 2020. The build of the protocol is based on two contemporary paradigms on clinical psychology, the common factors and the based-process psychotherapy. The protocol contains 11 items that the psychologist must fill out after the first session of psychological support, which proposes to carrying out comprehensive interviews aimed at collecting clinical data. However, is necessary to highlight that the protocol does not have to be used in an inflexible way and needs to be adapted to the patient's necessities to preserving the case singularity. This study has the limitation that does not have yet empirical research with this protocol. Is recommended that empirical research with this instrument needed to be realized in future studies.

Keywords: Psychology, Clinical; Psychotherapy, Brief; Counseling; Brief, Treatment; Clinical Protocols.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo presentar la construcción de un protocolo dirigido a intervenciones breves en el campo de la psicología clínica, dada la falta de desarrollo hasta la fecha de protocolos y/o modelos de formulación de casos clínicos en este tipo de atención. A pesar de esto, la evidencia en psicología clínica indica que el proceso de atención psicológica necesita ser receptivo y debe adaptarse a las necesidades y demandas del paciente, requiriendo la formulación de un caso clínico. Por ello, presentó un protocolo de intervenciones breves para psicoterapia breve, consejería psicológica y deber psicológico. Para la construcción del protocolo, se obtuvo como base la realización de un proyecto de extensión dirigido a consultas breves, realizado en una universidad pública federal de Salvador desde 2020. La construcción

del instrumento se basó en paradigmas contemporáneos en psicología clínica, el modelo de factores comunes y la psicoterapia basada en procesos. A partir de ello, se construyeron 11 ítems para ser cumplimentados por el psicólogo al inicio de la atención psicológica. Sin embargo, se entiende que el protocolo no debe aplicarse como un modelo rígido, sino que debe ajustarse de acuerdo con las especificidades de cada paciente, preservando la estructura única de cada proceso de atención psicológica. Como limitaciones se acotó la ausencia de investigaciones empíricas que busquen evaluar la efectividad de este protocolo, lo cual se recomienda para futuras investigaciones.

Palabras clave: *Psicología Clínica; Psicoterapia Breve; Consejo; Tratamiento breve; Protocolo Clínico.*

Introdução

A psicologia clínica pode ser considerada a área de atuação mais comum dentre os psicólogos, sendo conceituada a partir de diferentes perspectivas ao longo da sua história. O termo “psicologia clínica” foi utilizado pela primeira vez por Lightner Witmer em 1907, se referindo a uma ciência que usaria de seus princípios para ajudar na solução de problemas humanos. O desenvolvimento dessa área teve um impulso maior com a criação da psicanálise realizada por Sigmund Freud nos anos 1900, construindo a base para a criação da psicoterapia, a modalidade com maior popularidade nesse segmento da psicologia (Routh, 2011; Wampold & Imel, 2015).

Dessa maneira, apesar de ser entendida, em muitos casos, como sinônimo de psicoterapia, pode-se considerar que, de modo geral, a psicologia clínica tem como finalidade pesquisar e intervir em questões mentais e comportamentais em diversos problemas de saúde que envolvam dimensões psicológicas (Routh, 2011). Sua atuação acontece a nível individual, grupal e familiar, estando presente em diferentes instituições educacionais e de saúde (Ruth, 2011; Wampold & Imel, 2015). O desenvolvimento dessa área está intrinsecamente relacionado à psicoterapia, sendo impulsionada pelas investigações científicas realizadas nessa modalidade de pesquisa e atuação (Sousa, 2017). Mas não restringe-se apenas à modalidade de psicoterapia, abarcando também modalidades breves a exemplo do plantão psicológico.

O impulso nas pesquisas em psicoterapia, ocorrido nos últimos 50 anos, se deu principalmente com a publicação do artigo do psicólogo inglês Hans Heyseck em 1952,

o qual concluiu que não haviam dados empíricos que sustentavam a eficácia da psicoterapia naquele momento. Desde então, empenhou-se um grande esforço científico para verificar que essa modalidade tem eficácia, resultando na publicação de milhares de artigos ao longo das últimas décadas. Atualmente, compreende-se que a eficácia da psicoterapia está na ordem de 80% e as principais escolas psicoterapêuticas (psicodinâmica, cognitivista, comportamentais, sistêmica, experiencial, humanistas e existenciais) são eficazes para uma ampla gama de problemas humanos (Hoffman & Heyes, 2020; Sousa, 2017, Vaz & Sousa, 2021).

Entretanto, existem tensões e controvérsias dentro do campo, principalmente no que tange a uma suposta dicotomia entre os modelos biomédico e dos fatores comuns. O primeiro fundamenta-se na ideia de tratamento baseado em evidências, no qual existiria um tipo de tratamento para cada transtorno mental, alicerçado principalmente no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Já o segundo, traz a ideia de que existem fatores comuns a todos os modelos psicoterápicos, os quais seriam responsáveis pelo desfecho positivo da psicoterapia. Estes fatores seriam: construir um relacionamento real entre psicoterapeuta e paciente, desenvolver expectativas positivas sobre a psicoterapia através da explicitação de tarefas, e facilitar ingredientes psicológicos específicos que estão relacionados às técnicas psicológicas específicas utilizadas para o problema apresentado pelo paciente (Hoffman & Heyes, 2020; Sousa, 2017; Vaz & Sousa, 2021; Wampold & Imel, 2015).

Assim, enquanto no modelo biomédico a ênfase recai sobre as técnicas específicas para cada transtorno mental, no modelo dos fatores comuns é resgatado o olhar em direção à relação terapêutica e às expectativas do paciente em relação ao processo psicoterápico (Sousa, 2017). Nos últimos anos, essa suposta dicotomia entre os dois modelos tem sido cada vez mais superada através da adoção do paradigma da psicoterapia baseada em processos e da prática baseada em evidências. Esta nova perspectiva em psicoterapia propõe a adoção de uma abordagem idiográfica, que se fundamenta em uma perspectiva multinível de compreensão dos problemas psicológicos do paciente, constituída a partir de teorias psicológicas empiricamente sustentadas de maneira integrativa entre as escolas psicoterápicas.

Ressalta-se que essa abordagem não prega um ecletismo teórico, mas sim um diálogo entre diversos olhares a partir de uma teoria de base para a melhor compreensão

dos problemas do paciente (Hayes, Ciarrochi, Hoffman, Chin, & Sahdra, 2022; Hoffman & Heyes, 2020). Assim, tem se tornado cada vez mais forte no campo da psicologia clínica a ideia de que o processo psicoterápico necessita ser responsivo, adaptando-se ao paciente e não o contrário, com o paciente se adaptando à psicoterapia (Hayes et al., 2022; Hoffman & Heyes, 2020). Nesse sentido, têm sido desenvolvidos protocolos e modelos de formulação de caso clínico que buscam adaptar o processo psicoterápico ao paciente, a partir da prática baseada em evidências em psicoterapia (Ells, 2015; Norcross & Wampold, 2019). Porém, se essa discussão tem se mostrado forte na modalidade psicoterápica, não se encontra da mesma maneira nas chamadas intervenções breves no campo da psicologia clínica (Ferreira-Santos, 2013; Fiorini, 2004; Rebouças & Dutra, 2010).

Como intervenções breves, caracterizam-se modalidades com tempo de duração pré-definido e com foco em alguns problemas específicos trazidos pelo paciente (Ferreira-Santos, 2013; Fiorini, 2004; Rebouças & Dutra, 2010). Os modelos mais comuns nesse tipo de atuação são a psicoterapia breve, o aconselhamento psicológico e o plantão psicológico. A seguir, será discutido sobre a aplicação dessas três práticas em psicologia clínica.

Psicoterapia Breve

A psicoterapia breve (PB) é uma modalidade de atendimento clínico que se configura como uma prática com tempo de duração pré-determinado e menor em comparação à psicoterapia de longa duração, além de possuir objetivos terapêuticos e estratégias interventivas claras e específicas para um dado momento particular do paciente (Guilliéron, 1986; Oliveira, 1999).

A partir da compreensão diagnóstica inicial sobre o caso do paciente, somado ao delineamento do foco da psicoterapia, são delimitados os objetivos terapêuticos a serem alcançados dentro do tempo pré-determinado. Visando alcançar estes objetivos, são estabelecidas as estratégias clínicas que melhor se adequem a eles, e que se fundamentem em uma abordagem psicoterápica (Oliveira, 1999).

Por isso, compreende-se que a PB é estabelecida sobre um tripé, constituído por foco de análise, objetivos terapêuticos e estratégias clínicas (Oliveira, 1999). Porém, de

modo geral, há autores que acreditam que a PB hoje desperta interesse e curiosidade pelos profissionais, mas ao longo do tempo foi socialmente desvalorizada, sobretudo pelos próprios profissionais da área (Simon & Yamamoto, 2009). O que é um importante sinalizador do nível de formação deficitária ainda pertencente aos profissionais atuantes e a necessidade de aperfeiçoamento contínuo, como a exemplo da elaboração de modelos e protocolos de atendimentos para esse campo de atuação.

Simon e Yamamoto (2009) relatam que a PB não se configura como, somente, uma substituta direta da psicoterapia de longa duração devido aos baixos recursos financeiros, de tempo e/ou de motivação que o paciente possui, ou de dificuldades do paciente em sustentar psiquicamente um processo psicoterapêutico com um tempo maior. Um dos exemplos dessa modalidade de atuação é a psicoterapia breve operacionalizada (PBO), a qual é um tipo de PB desenvolvida no intuito de identificar e tratar disfunções adaptativas, cuidando e promovendo resoluções assertivas de situações-problema desenvolvidas na vida atual do paciente. Une os princípios teóricos da psicanálise e da teoria da adaptação, sendo assim direcionada a todo e qualquer indivíduo que apresente algum grau de sofrimento psíquico. Deste modo, possui solidez na fundamentação teórica, no método e nas técnicas empregadas, diferenciando-se da psicoterapia de longa duração mas não necessariamente adquirindo menor importância do que esta.

Outro aspecto importante da PB é o estabelecimento de um foco de trabalho, diferentemente das psicoterapias de longa duração, de modo no geral. O foco sintetiza um eixo central e indica um conflito nuclear a ser trabalhado na vida do paciente. Usualmente, é o que motiva o paciente a buscar a consulta psicológica (mais precisamente, expressam os sintomas clínicos apresentados que podem sustentar essa procura) (Fiorini, 2004).

A focalização deve ser delimitada através do que faz sentido para o paciente, e não para o psicólogo, sendo determinada pela motivação trazida pelo paciente em cuidar de uma situação-problema que esteja lhe trazendo sofrimento psíquico. Assim, ele pode hierarquizar problemas visando cuidar de situações prioritárias e que estejam mais exacerbadas no momento (Fiorini, 2004).

O foco em PB pode ser definido como uma organização complexa constituída por múltiplas dimensões: sintomática (sintomas subjacentes ao motivo da consulta), interacional (conflito nas relações interpessoais, o qual catalisou o momento de crise),

caracterológica (problemática do paciente que se relaciona a alguma dimensão da sua personalidade), da díade paciente-terapeuta (compreende um ponto de interesse de ambos) e técnica (interpretação/hipótese central a qual fundamenta a condução do tratamento psicológico) (Ferreira-Santos, 2013; Fiorini, 2004).

Aconselhamento Psicológico e Plantão Psicológico

O aconselhamento psicológico é uma prática que teve origem em 1909, com Frank Parsons. Inicialmente, teve como objetivo auxiliar a escolha profissional de jovens em início de carreira, dada a emergência de novas ocupações profissionais decorrentes do desenvolvimento industrial da época. Foi somente com a publicação da obra *Counseling and Psychotherapy* de Carl Rogers em 1942 que o aconselhamento se aproximou do campo da psicologia clínica. Essa prática pode ser definida como um processo caracterizado por um ou alguns encontros que visa auxiliar o indivíduo a explorar um determinado problema pessoal ou profissional e ampliar o seu horizonte de escolhas para lidar com essa questão. Essa modalidade visa contribuir para o planejamento de um plano de ação que busque lidar com o problema, não sendo seu foco a elaboração de reflexões, diferentemente do plantão psicológico (Schmidt, 2020).

Já o plantão psicológico é uma prática que derivou do aconselhamento psicológico, criado no Brasil na década de 1960 no Serviço de Aconselhamento Psicológico da Universidade de São Paulo (SAP-USP). Naquele período, funcionou como uma alternativa para cuidar da alta demanda por atendimento psicológico que chegava à instituição, dado o histórico de precariedade das políticas públicas em saúde mental no Brasil. A sua proposta, ainda hoje, é acolher a pessoa que apresenta uma urgência psíquica e chega em situação de crise, seja ela qual for. Para isso, sua prática visa acolher seu sofrimento psíquico, geralmente bem intensificado, e ampliar suas possibilidades de como enxergá-lo e de como lidar com ele. Por isso, o foco não seria tanto a elaboração de um plano de ação como no aconselhamento psicológico, mas sim a construção de reflexões e novos pontos de vista, bem como encaminhamentos que sejam necessários a serviços de saúde ou outros locais que possam cuidar da demanda do paciente (Rebouças & Dutra, 2010; Schmidt, 2020), a exemplo de instituições escolares, grupos de apoio profissional ou atendimento psicológico familiar.

Em 1987 o plantão psicológico teve sua primeira sistematização, realizada por Miguel Mahfoud da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Deste então, essa prática evoluiu no Brasil e encontra-se presente em instituições universitárias, hospitalares, de atenção à saúde mental, entre outras. Essa modalidade de atendimento pode ser considerada como um serviço disponível para realizar acolhimento psicológico a nível de urgência, no momento em que a pessoa chega à instituição. Assim, essa prática se caracteriza pela abertura do psicólogo em receber e se disponibilizar a cuidar de qualquer demanda que chegue até ele, realizando o acolhimento em um ou alguns poucos encontros, sem uma delimitação rígida de estrutura de atendimento (Rebouças & Dutra, 2010; Schmidt, 2020).

Nesse sentido, o plantão psicológico se difere do aconselhamento psicológico por não possuir um foco de análise pré-definido e não ter a noção de fila de espera ou de pré-agendamento do atendimento. O plantonista fica disponível na instituição por um determinado período de tempo (previamente estabelecido) para receber a demanda que chegar. Portanto, ambas as propostas têm como principal aspecto a realização de poucos encontros, fornecendo atenção à diferentes demandas psicológicas (Rebouças & Dutra, 2010; Schmidt, 2020).

Intervenções Breves em Psicologia Clínica: uma Importante Problematização

Como foi demonstrado nas principais modalidades de intervenção breve em psicologia clínica, ainda são escassos os instrumentos que permitam a conceitualização e a formulação de caso clínico (Ferreira-Santos, 2013; Rebouças & Dutra, 2010; Schmidt, 2020). Esta se constitui como uma importante questão voltada a esse campo de atuação, uma vez que as pesquisas em psicoterapia têm demonstrado que a organização e sistematização das intervenções aplicadas possuem uma considerável influência no processo terapêutico (Ells, 2015; Souza, 2017). Por essa razão, é necessária a construção de instrumentos que possam auxiliar o processo de formulação clínica do caso, a qual configura-se como a formulação de hipóteses explanatórias e do planejamento terapêutico de intervenções sobre o problema trazido pelo paciente (Ells, 2015).

Objetivos

Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo apresentar um protocolo para formulação de intervenções breves em psicologia clínica. Ressalta-se que este protocolo não pretende engessar ou padronizar a prática nessa modalidade, mas sim proporcionar uma maior sistematização e organização para a realização das intervenções em casos que exigem intervenções breves. Considera-se também que este protocolo é transteórico, construído com base em elementos de diferentes teorias psicológicas, podendo ser utilizado em qualquer abordagem clínica da psicologia.

Método

O protocolo apresentado nesse artigo foi desenvolvido com base na prática clínica construída em um projeto de extensão de acolhimento psicológico online realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA), desde o ano de 2020. A partir dos atendimentos realizados no referido projeto, este protocolo foi elaborado com o objetivo de auxiliar a formulação de casos clínicos nas intervenções breves. A construção do instrumento se fundamentou na adaptação da proposta elaborada por Coluci, Alexandre e Milani (2015) e na estrutura narrativa de confecção e apresentação de protocolo proposta por Campos (2021).

Coluci, Alexandre e Milani (2015) explicam que a construção de um instrumento na área da saúde, usualmente, fundamenta-se nas seguintes etapas: “I - Estabelecimento da estrutura conceitual; II - Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III - Construção dos itens e das escalas de resposta; IV - Seleção e organização dos itens; V - Estruturação do instrumento; VI - Validade de Conteúdo; VII - Pré-teste” (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015, p. 926).

Deste modo, por se tratar de um instrumento com finalidade diferente de um questionário aplicado na área da saúde, foi feita uma adaptação deste método. Para a elaboração do protocolo foram seguidos os seguintes passos: I - Estabelecimento da fundamentação teórica e estrutura conceitual do protocolo; II - Definição dos itens e dos seus objetivos; III - Seleção e organização dos itens; IV - Estruturação do protocolo.

Seguindo o modelo proposto, primeiramente foi elaborada a estrutura conceitual e a fundamentação teórica do protocolo, partindo do paradigma da psicoterapia baseada em processos psicológicos (Hayes et al., 2022; Hoffman & Heyes, 2020). Logo depois, foram definidos quais itens e quais objetivos relacionados a cada um deles o instrumento deveria conter. Posteriormente, esses itens foram organizados através de uma sequência lógica e coerente que permite atingir as finalidades propostas. Por fim, foi elaborada uma última revisão da estruturação para a versão final do protocolo e a avaliação dos plantonistas do projeto de acolhimento para confirmação da pertinência dos itens.

Resultados e Discussão

Seguindo a adaptação da proposta elaborada por Coluci, Alexandre e Milani (2015) e Campos (2021), para a construção do protocolo foi elaborada a sua fundamentação epistemológica, a qual baseia-se primeiramente em dois paradigmas em psicologia clínica: o modelo dos fatores comuns (Sousa, 2017; Vaz & Sousa, 2021; Wampold & Imel, 2015) e a psicoterapia baseada em processos (Hoffman & Heyes, 2020).

Com base nas evidências científicas das pesquisas em psicoterapia (Souza, 2017), o protocolo desenvolvido busca fundamentar uma prática responsiva e idiográfica, com o objetivo de adaptar as intervenções breves às particularidades e singularidades de cada paciente, em diálogo com as evidências científicas de teorias psicológicas sobre demandas apresentadas pelo paciente (Hoffman & Heyes, 2020). Ressalta-se também que o instrumento é transteórico, podendo ser utilizado por qualquer abordagem clínica psicológica, além de ser transdiagnóstico, cujo foco das intervenções são em elementos psicológicos que estão presentes em diferentes transtornos mentais (Hoffman & Heyes, 2020; Norcross & Wampold, 2019).

Nessa perspectiva, a utilização do protocolo deve ser seguida com base na aliança terapêutica estabelecida previamente entre psicólogo e paciente, o que diz respeito a um relacionamento de confiança e mutuamente colaborativo, no qual o indivíduo atendido desenvolve expectativas positivas de que a intervenção psicológica possa auxiliá-lo na resolução do seu problema (Sousa, 2017; Vaz & Sousa, 2021; Wampold & Imel, 2015).

Para fins práticos, anteriormente à aplicação do protocolo é necessária a realização de um primeiro atendimento no qual ocorre a entrevista compreensiva (Kauffman, 2013) com o paciente, buscando conhecer sua demanda, seu contexto social, suas expectativas e preferências em relação ao atendimento psicológico (Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015). A depender do caso e do contexto em que ocorre o atendimento, é possível que mais de um encontro seja realizado nesta etapa inicial. São possíveis dentre um à três encontros, como sugerem Simon e Yamamoto (2009) e Ferreira-Santos (2013), período em que é possível coletar mais dados clínicos sobre o paciente para que seja possível construir um planejamento terapêutico assertivo e singular, atendendo à demanda específica de cada pessoa.

A entrevista compreensiva advém da pesquisa de abordagem qualitativa e é uma técnica que se fundamenta na narrativa da pessoa sobre os diversos eventos que acontecem em sua vida, buscando a compreensão do sentido da ação dessa pessoa em determinada situação, levando em consideração os condicionantes psíquicos e sociais de sua trajetória individual. Nesta etapa (assim como em todo o processo co-construído com o paciente), ressalta-se também a importância das habilidades interpessoais do psicólogo, necessárias à realização do processo terapêutico e acrescentadas pelo paradigma dos fatores comuns, a exemplo da empatia e da expressividade emocional direcionadas ao paciente (Sousa, 2017).

Após o(s) primeiro(s) momento(s) de entrevista compreensiva, o psicólogo responsável pelo atendimento fará o preenchimento do protocolo e nos encontros seguintes irá executar o planejamento terapêutico, conforme delimitado através do instrumento. É relevante considerar que esse protocolo funciona como um guia e deve ser utilizado de maneira flexível, podendo ser alterado ao longo do processo dos atendimentos caso o paciente traga novas informações sobre o seu quadro clínico e história de vida. Destaca-se também que o protocolo tem como objetivo a monitorização da prática clínica, a qual refere-se a prática da avaliação através dos feedbacks do paciente sobre as intervenções realizadas pelo psicólogo, possibilitando que a totalidade do processo seja construída na dialética desenvolvida no encontro entre ambos. As evidências científicas têm realçado cada vez mais a importância da monitorização da prática clínica para a eficácia e aperfeiçoamento do processo terapêutico (Hoffman & Heyes, 2020; Sousa, 2017).

Compreende-se que este protocolo poderá orientar, portanto, intervenções psicológicas na modalidade breve que possuem tempo de duração em torno de até vinte sessões (uma a cada semana). Tempo este delimitado previamente, já ao final do processo de entrevista compreensiva (Ferreira-Santos, 2013; Kauffman, 2013; Simon & Yamamoto, 2009; Younes, Lessa, Yamamoto, Coniaric, & Ditzz, 2010).

O protocolo pode ser visualizado no anexo I. O primeiro item a ser preenchido corresponde a busca por compreender quem é o paciente. Devem ser coletados dados como: o contexto ambiental que compõe o sujeito, sua queixa principal, as expectativas sobre o processo terapêutico que será iniciado, assim como as expectativas em relação à persona do psicólogo, as motivações em iniciar o processo de atendimento psicológico, e se o paciente traz alguma questão de risco como ideação ou tentativas prévias de suicídio, violência intrafamiliar, uso abusivo de drogas psicoativas, dentre outras (Dalgarrondo, 2019; Pereira, Willhelm, Koller, & Almeida, 2018).

O segundo item se propõe a compreender o problema nuclear trazido pelo paciente, que pode estar presente em sua queixa inicial ou pode ser delineado e esclarecido ao longo do atendimento, quando o paciente ainda tem esse problema como uma questão inconsciente. É comum que esta situação-problema gere intenso sofrimento psíquico para o paciente, assim como um grande investimento de energia psíquica na questão problemática. Por isso, é possível que também seja trazido pelo paciente inicialmente no item 1 (sobre motivações e expectativas do paciente em relação ao processo psicoterapêutico).

Deste modo, o segundo item visa aprofundar essa compreensão além de iniciar a delimitação do direcionamento das intervenções do psicólogo para atender aos objetivos estipulados no processo terapêutico (Ells, 2015). Este item foi desenvolvido com base na modalidade de atendimento desenvolvido por Simon, a psicoterapia breve operacionalizada (Simon & Yamamoto, 2009; Younes et al., 2010).

O item 3 visa coletar dados sobre como o problema em questão trazido pelo paciente se apresentou ao longo do tempo, em quais contextos ambientais e em quais períodos da sua vida (por exemplo, em períodos de maior ou menor vulnerabilidade psíquica). Assim, busca compreender como o problema esteve presente em seu histórico de vida (Dalgarrondo, 2019).

O item 4 refere-se à compreensão de quais dimensões da vida do paciente são atingidas e impactadas pelo problema em questão, se o limita em suas possibilidades e em sua qualidade de vida. Também faz parte do processo de delimitação do direcionamento das intervenções do psicólogo que serão construídas posteriormente para atender aos objetivos terapêuticos do caso clínico.

Desta maneira, o item 4 possui subitens referentes à cada dimensão humana. Na dimensão afetiva e emocional, busca-se compreender como o problema afeta seus sentimentos, emoções e estado de humor (que compõem a função psíquica da afetividade mas também relacionam-se ao estado existencial do indivíduo). A afetividade pode ser analisada em relação a si mesmo, ao ambiente a sua volta e às relações experienciadas em seu dia a dia.

Na dimensão psíquica, busca-se compreender se o problema traz alterações e/ou prejuízos sobre o estado das funções psíquicas do paciente, em que as principais seriam: na sua consciência (com, por exemplo, sintomas de desrealização e despersonalização); na orientação (como a temporal, que pode ser alterada em quadros depressivos e bipolares); na atenção (como foco, atenção sustentada, nível de concentração e autovigilância); na sensopercepção (como com sintomas de ilusão ou alucinação); na memória (imediate, recente, de longo prazo, dentre outras); na volição (caracterizada como a capacidade de fazer escolhas e tomar decisões, sendo possível avaliar se o paciente apresenta impulsividade, compulsão ou inibição, dentre outros); no pensamento, que pode abranger o raciocínio (pensamentos ansiosos, obsessivos, catastróficos, depressivos, autocríticos, dentre outros) e o juízo de realidade (como ideias prevalentes ou delirantes).

A dimensão psíquica pode abranger também a construção da identidade pessoal do sujeito e como é impactada pelo problema vivenciado por ele (se traz alterações sobre a percepção de si mesmo, no seu autoconceito e autoeficácia). Além disso, o psicólogo poderá analisar se o paciente apresenta algum tipo de evitação de contato ou mecanismo de defesa, o qual o prejudique de encontrar meios para lidar com seu problema.

No que tange à dimensão relacional, busca-se compreender como as relações interpessoais em diversos setores da vida do paciente são impactadas pelo problema trazido por ele, como no setor familiar, profissional, de redes de apoio e amizade, dentre outros. Por fim, a dimensão social e cultural corresponde a de que maneira o problema se

relaciona, impacta ou é impactado pelos diversos grupos sociais dos quais o indivíduo pertence, como sua comunidade, sua religião e espiritualidade, assim como normas e valores sociais e culturais compartilhados.

Também pode compreender se o problema trazido pelo paciente traz alterações sobre a sua identidade social (como nos papéis sociais assumidos) e como se relaciona com a estruturação social em que o paciente se encontra no momento presente, como sua classe socioeconômica, preconceitos e discriminações que possam se derivar de questões raciais, de gênero e de orientação sexual, assim como da vulnerabilidade social e da desigualdade social.

A última dimensão a ser analisada é a orgânica e corporal, que busca compreender como o problema se relaciona com o funcionamento fisiológico do organismo do paciente (como lida com a alimentação, sono e higiene), se traz alterações para seu autocuidado corporal, sua relação com seu próprio corpo e sua autoimagem (como alterações na percepção corporal).

O item 4 fundamenta-se na teoria da adaptação, desenvolvida por Simon e Yamamoto (2009), que conclui que a adaptação é uma potencialidade de todo ser vivo e que está presente em diversos setores de sua vida; na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (Simon & Yamamoto, 2009; Younes et al., 2010); nos pressupostos sobre o funcionamento psíquico do ser humano delineados por Dalgalarrondo (2019) e Joyce e Sills (2016); na construção da identidade pessoal e coletiva de Valsiner (2013) e Pereira et al. (2018); somados à teoria holística de Jan Smuts (Lima, 2008) que conceitua o ser humano como uma totalidade integral e, portanto, como um sujeito que se constrói através de diversos setores e dimensões da vida cotidiana.

Já no item 5 busca-se compreender os recursos de enfrentamento (subjetivos ou objetivos) que a pessoa utiliza no momento presente para lidar com seu problema. Os recursos de enfrentamento podem ser funcionais ou disfuncionais, a depender das possibilidades que o paciente possui no momento. De qualquer maneira entende-se que o sujeito está fazendo o melhor que pode, mesmo ao adotar recursos de enfrentamento disfuncionais que acabam lhe trazendo mais prejuízos do que benefícios em relação ao bem-estar psíquico e à qualidade de vida. O propósito, além de compreender este aspecto, é ampliar possibilidades de abertura a novos modos de lidar com o problema a partir do desenvolvimento de novos recursos de enfrentamento que sejam mais funcionais e

adaptativos e lhe tragam o menor prejuízo. O item 5 fundamenta-se na teoria da adaptação (Simon & Yamamoto, 2009) e no processo humano de ajustamento criativo (Frazão & Fukumitsu, 2014).

O item 6 refere-se à questões endógenas e exógenas que interferem positiva ou negativamente no modo de cuidado e enfrentamento que a pessoa utiliza ao se relacionar com o problema trazido por ela. Sabe-se que fatores internos (individuais) e externos (ambientais e contextuais) participam do desenvolvimento do ser humano em todos os períodos do ciclo vital (Papalia & Martorell, 2021). Portanto, também estarão presentes no desenvolvimento de recursos de enfrentamento elaborados pelo paciente. Todavia estes fatores poderão facilitar ou dificultar o seu enfrentamento ao problema, o que é importante de ser compreendido para que, a partir do atendimento psicológico, seja possível identificar maneiras de afastar ou diminuir o impacto dos fatores dificultantes e aproximar ou aumentar o impacto dos fatores facilitadores na vida do paciente. Este item fundamenta-se na teoria de campo de Kurt Lewin (Beleza & Soares, 2019) e na discussão sobre modalidades de recursos de enfrentamento desenvolvidos pelo paciente (Norcross & Wampold, 2013).

Enquanto isso, o item 7 visa ampliar a compreensão do funcionamento psicológico geral da pessoa, com a finalidade de adaptar as intervenções clínicas em direção às principais características do paciente (Ells, 2015; Norcross & Wampold, 2013; Wampold & Imel, 2015). Dentro deste item, existem alguns subitens. O primeiro subitem a ser analisado é o nível de reatância do paciente, que diz respeito a como a pessoa constrói respostas (a nível cognitivo, emocional e comportamental) quando é provocada por demandas opositoras derivadas do ambiente. As evidências científicas sobre esta questão têm apontado que indivíduos com o nível de reatância alto se beneficiam mais de intervenções clínicas menos estruturadas, em contraponto a pacientes que possuem baixo nível de reatância e, com isso, maior propensão a se beneficiar de métodos e técnicas que utilizam maior estruturação e orientações explícitas e objetivas (Ells, 2015; Norcross & Wampold, 2013).

O subitem seguinte diz respeito ao estilo de coping que a pessoa utiliza para lidar com a totalidade dos problemas da sua vida, o que pode variar entre uma tendência a ser internalizadora (voltada a um processo de autocobrança em relação a si mesma), externalizadora (que tende a direcionar uma cobrança ao outro, atacar outras pessoas ou

entrar em conflitos com algumas situações da vida). Também é possível que o paciente apresente uma tendência mista (que utiliza-se das duas tendências anteriormente descritas). Evidências de estudos científicos têm mostrado que intervenções clínicas orientadas diretamente ao insight trazem maior eficácia quando aplicadas em tratamentos psicológicos direcionados a indivíduos internalizadores, enquanto metodologias focadas no sintoma, no ensino de habilidades e que são indiretamente voltadas ao insight tendem a funcionar melhor com pacientes que possuem tendência externalizadora (Norcross & Wampold, 2013).

O próximo subitem refere-se à interpretação que a pessoa fornece aos seus próprios problemas psicológicos, visando compreender se ela possui um estilo de coping mais internalizador ou externalizador e qual o nível de compreensão (cognitiva e emocional) que ela possui sobre suas questões psicológicas. Por fim, os subitens relativos à compreensão das preferências do paciente em relação ao tratamento psicológico, à descrição do seu contexto cultural e se ele possui crenças relacionadas à espiritualidade e religiosidade, buscam promover a adaptação das intervenções clínicas para o estilo pessoal e singular do paciente, assim como às suas expectativas em relação ao atendimento psicológico. Evidências apontam que esses dois elementos são preditores importantes para a eficácia do tratamento psicoterapêutico (Ells, 2015; Norcross & Wampold, 2013).

No item 8, o psicólogo deverá identificar em qual estágio da mudança o paciente está em relação ao problema a ser cuidado nos atendimentos clínicos. Compreende em qual estágio de propensão à mudança o paciente se encontra no momento presente, a partir da perspectiva do modelo transteórico de mudança comportamental de Krebs, Norcross, Nicholson e Prochaska (2018). Os autores afirmam que é possível identificar a motivação, a preparação e a habilidade para construir mudanças no comportamento do paciente, visto que cada paciente é único e singular e, portanto, estes aspectos também o serão. Acredita-se ser possível alcançar uma transformação em seu comportamento a partir da identificação do estágio de mudança em que o paciente está, e através da construção de intervenções psicoterápicas apropriadas para contribuir com a sua evolução em cada um destes estágios (Krebs et al., 2018).

Apesar dos estágios mencionados parecerem estáticos, na realidade funcionam de maneira dinâmica pois cada paciente terá sua individualidade expressa no estágio em que

se encontra, apresentando motivações e habilidades únicas que deverão ser compreendidas dentro de cada uma destas etapas (que seriam universais). Segundo Krebs et al. (2018), os estágios da mudança seguem o seguinte ordenamento:

O primeiro estágio é o da pré-contemplação e refere-se ao estado de conscientização que o paciente apresenta em relação a sua situação-problema. Neste estágio, ele ainda não consegue identificar claramente seu problema e a sua gravidade, por isso não possui ainda uma intenção clara em construir mudanças concretas em seus atos direcionados ao problema. Entretanto as pessoas a sua volta, como familiares e amigos, usualmente apontam a existência do problema para o paciente. Geralmente, essa solicitação externa para cuidar de um determinado problema é a razão pela qual o paciente busca atendimento psicológico.

No estágio seguinte, da contemplação, o paciente já está consciente sobre seu problema e gravidade mas ainda não consegue se comprometer com ações concretas que o modifiquem, apesar de se propôr a pensar sobre isso. Pode sentir-se em conflito com seu comportamento considerado disfuncional em relação ao problema, mas também pode perceber que para transformá-lo será necessário que aplique um intenso esforço e energia psíquica em sua resolução. Por isso, acaba considerando os custos e perdas que essa transformação comportamental poderá lhe trazer. É importante considerar que nos estágios da contemplação e da pré-contemplação os pacientes se beneficiam mais de intervenções orientadas para a promoção de insights (Krebs et al., 2018).

Enquanto isso, no estágio de preparação o paciente possui intenção clara em procurar construir mudanças concretas e inicia a elaboração de um plano de ação direcionado a isso. Porém não consegue ainda realizar grandes mudanças em relação ao seu problema mas sim pequenas mudanças em seu dia a dia, as quais já podem ser consideradas como avanços terapêuticos. O estágio seguinte, da ação, prevê uma mudança efetiva no comportamento do paciente, em que o indivíduo se distancia de um comportamento disfuncional e segue em direção a um comportamento mais funcional para lidar com seu problema. A pessoa, com frequência, já consegue aplicar energia psíquica em comportamentos de mudança e construir ações concretas de transformação em seu cotidiano, o que passa a ser percebido até mesmo por pessoas a sua volta (como familiares e amigos).

Já o último estágio é o da manutenção da mudança, em que é necessário que o paciente construa ações de prevenção à recaída de comportamentos disfuncionais utilizados anteriormente para que seja possível manter as ações de mudança construídas no estágio anterior. Será, então, possível estabilizar a mudança e os ganhos provenientes desta na qualidade de vida e no bem-estar psíquico do paciente. Nos três últimos estágios da mudança (preparação, ação e manutenção), o paciente tende a se beneficiar mais de intervenções terapêuticas orientadas para a aprendizagem de habilidades psicológicas (Krebs et al., 2018).

É necessário enfatizar que, na identificação do estágio de mudança em que o paciente se encontra, é preciso identificá-lo em relação ao problema em questão trazido pelo paciente e não a outros aspectos de sua vida. Pois o indivíduo pode, em uma determinada situação, estar em um estágio de mudança específico, e simultaneamente em relação a outra situação poderá encontrar-se num estágio de mudança diferente. Por isso essa etapa necessita ser identificada com precisão pelo psicólogo, visto que ela guiará suas intervenções futuras (Krebs et al., 2018).

O item 9 visa compreender não mais as características particulares do paciente, mas sim aspectos do profissional que está realizando os atendimentos e que podem trazer impactos para a relação terapêutica. Este item analisa a contra-transferência que pode se apresentar no psicólogo que realiza o atendimento. As evidências científicas apontam a importância de considerar a dimensão pessoal do psicólogo nos atendimentos terapêuticos (Souza, 2017). Com isso, depreende-se que é necessário considerar como o psicólogo se sente em relação ao paciente, o que pode ser uma importante medida a respeito do funcionamento do paciente em seu cotidiano, uma vez que o profissional pode perceber o modo de ser do paciente através de como este se comporta na relação terapêutica e como isso evoca reações emocionais no psicólogo (Joyce & Sills, 2016).

Diversos modelos e escolas psicoterápicas, a exemplo das abordagens Fenomenológico-Existenciais, Humanistas, Psicanalíticas, a Gestalt-Terapia, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), dentre outras, consideram as emoções e pensamentos do psicoterapeuta na relação terapêutica e nas suas intervenções clínicas (Hayes et al., 2022; Sousa, 2017). Nesse sentido, o primeiro subitem (“Como o psicólogo reage emocionalmente ao paciente?”) visa descrever as reações emocionais do profissional que está realizando o atendimento, reações estas que emergem

de algum modo na relação terapêutica, sejam em relação à pessoa do paciente, à situação vivenciada pelo paciente em sua vida ou em relação ao campo psicoterapêutico coconstruído por ambos no momento da sessão, onde mutuamente psicólogo e paciente são afetados (Joyce & Sills, 2016). Por isso, é imprescindível averiguar se o estado emocional do terapeuta durante os atendimentos é derivado da vivência do terapeuta ou do paciente, para que contribua com o aperfeiçoamento do processo psicoterápico, evitando prejuízos clínicos. O subitem seguinte visa complementar essa compreensão, no qual o psicólogo deve identificar e descrever quais emoções e pensamentos a pessoa atendida evoca nele.

O item 10 apresenta-se como o ponto principal do protocolo, referindo-se ao desenvolvimento da hipótese explanatória do caso clínico. A hipótese explanatória consiste em uma explicação dos mecanismos psicológicos envolvidos na situação-problema vivenciada pelo paciente. Deve ser formulada pelo psicólogo com base em evidências científicas sobre a interpretação da situação-problema do paciente, compreensões sobre seu contexto pessoal, cultural e espiritual, bem como o que o psicólogo observou na relação terapêutica coconstruída por ambos. Ressalta-se que toda hipótese explanatória deve ser passível de ser testada. Segundo Ells (2015), a despeito do debate do que consistiria uma evidência científica na clínica psicológica, o autor traz a seguinte afirmação:

No fim, mais claramente baseado em evidências, podem-se imaginar meta-análises bem conduzidas, resultados convincentes de tratamentos com suporte empírico, mecanismos bem demonstrados subjacentes às formas de psicopatologia, dados epidemiológicos poderosamente preditivos ou descobertas bem documentadas e replicadas sobre processos psicológicos básicos. Na outra extremidade desse continuum, podem-se colocar os palpites ou intuições de um terapeuta. Estes podem oferecer informações valiosas que podem ser testadas, mas por si mesmas não podem ser descritas como baseadas em evidências pela maioria dos observadores. Dentre esses dois marcadores, podem ser incluídos como dados de evidências científicas: resultados de testes psicológicos, classificação de resultados de escalas, a narrativa do cliente a respeito de um episódio vivenciado em um relacionamento interpessoal, o relato de um sonho, o

registro de um pensamento, o relato do cliente sobre um pensamento automático, ou uma afirmação do cliente ou do terapeuta de que um pensamento é uma crença central. Não há consenso atualmente sobre o que seria uma evidência adequada para a base de um caso clínico (Ells, 2015, p.119 – Tradução própria)

Portanto, depreende-se que esse protocolo considera como evidências científicas a tríade entre a situação-problema, a relação terapêutica e o contexto cultural do indivíduo, somada à expertise clínica do psicólogo que realiza o atendimento. O modelo a respeito do que seriam evidências científicas pode ser visualizado na figura 1.

Figura 1

Evidências científicas em psicologia clínica



O item 11, último item a ser analisado, refere a como o protocolo desenvolvido pode contribuir para o planejamento terapêutico direcionado ao cuidado psicológico do paciente. O primeiro subitem refere-se aos objetivos terapêuticos traçados diante do caso clínico (Ells, 2015). Para elaborá-los, é importante que o terapeuta reflita sobre como é possível contribuir com a melhora do quadro clínico do paciente em relação a como este

está lidando (ou evitando lidar) com o problema trazido para o setting terapêutico. Ressalta-se que, por ser um protocolo voltado à atendimentos breves, os objetivos delimitados devem ser de curto ou médio prazo, a depender da duração do processo psicoterápico (Ells, 2015). Objetivos de longo prazo, que dizem respeito à alterações mais profundas na personalidade, devem ser evitados devido ao curto tempo de duração das modalidades de atendimentos breves. Para tanto, modalidades de atendimentos de longa duração são mais indicados (Ells, 2015; Ferreira-Santos, 2013; Simon & Yamamoto, 2009; Younes et al., 2010).

Os objetivos terapêuticos também devem referir-se aos mecanismos psicológicos que serão alvo de cuidado dos atendimentos clínicos e devem ser passíveis de serem monitorados ao longo do processo psicoterapêutico (Ells, 2015). É necessário que os objetivos delimitados se relacionem à hipótese explanatória do caso clínico e ao problema específico trazido pelo paciente. Enquanto isso, o segundo subitem diz respeito às intervenções clínicas que serão utilizadas de acordo com os objetivos préestabelecidos para os atendimentos. Ressalta-se, ainda, que as intervenções devem ser congruentes com o estágio da mudança no qual o paciente encontra-se no momento presente, segundo o modelo transteórico de mudança comportamental (Krebs et al., 2018), uma vez que cada estágio de mudança necessita de um determinado tipo de intervenção psicoterapêutica.

Considerações finais

A partir do que foi elaborado no estudo, a despeito das evidências científicas que trazem a necessidade de planejar e organizar o processo psicoterápico, ainda é escassa a discussão sobre as chamadas modalidades breves de intervenção em psicologia clínica. Com uma origem diversa e uma linha tênue entre os diferentes tipos de modalidades breves utilizadas, a diferenciação termina por não ser fácil ou simples de ser conceituada. Nessa perspectiva, como foi desenvolvido na pesquisa, as diferenciações entre cada modalidade dizem respeito ao enquadre e à duração do atendimento psicológico. Compreende-se também que é possível considerar como intervenções breves o aconselhamento e plantão psicológicos e a psicoterapia breve.

Portanto, esse trabalho apresentou uma proposta de protocolo desenvolvido para planejar e organizar as intervenções utilizadas nas modalidades de atendimento breve no

campo da psicologia clínica, sendo elaborado a partir do modelo da psicoterapia baseada em processos e do modelo dos fatores comuns. Este instrumento psicológico constitui-se como, por excelência, transteórico, transdiagnóstico e idiográfico, fundamentando-se na relação terapêutica, na realização da entrevista compreensiva e nas particularidades e singularidades de cada paciente.

A limitação deste estudo é a, ainda, ausência de realização de pesquisas empíricas que busquem avaliar a eficácia desse protocolo. Por isso, como perspectiva futura, são necessários novos estudos voltados à avaliação não somente da eficácia do protocolo para o tratamento psicoterapêutico direcionado ao paciente, mas também da percepção de psicólogos clínicos sobre as intervenções que são planejadas e propostas a partir do uso do protocolo. Os pesquisadores deste estudo também planejam, com brevidade, elaborar pesquisas com foco no desenvolvimento de mais dados empíricos sobre a utilização deste instrumento. Entretanto, de todo modo, recomenda-se também que outros profissionais da psicologia construam pesquisas futuras com base no protocolo aqui apresentado.

Este instrumento pode ser utilizado e aplicado em diferentes contextos que envolvam a atuação da psicologia clínica, tanto no consultório psicológico tradicional quanto nos hospitais gerais e serviços de saúde mental. Conclui-se, assim, que este protocolo visa contribuir para a expansão e consolidação das intervenções breves em psicologia, proporcionando elementos que forneçam uma atuação mais eficaz para a prática clínica.

Referências

- Beleza, C. M. F., & Soares, S. M. (2019). A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 3141- 3146. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017>
- Campos, F. A. A. C. (2021). A construção de um Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental. *Saúde em Redes*, 7(2), 189-204. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-48132021v7n2.3174g654>

Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>

Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ells, T. D. (2015). *Psychotherapy Case Formulation*. Washington D. C.: American Psychological Association.

Ferreira-Santos, E. (2013). *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise* (5ª ed., revisada e ampliada). São Paulo: Ágora.

Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnica de psicoterapias* (edição ampliada). São Paulo: Martins Fontes.

Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (2014). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais* (Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, vol. 2). São Paulo: Summus.

Guilliéron, E. (1986). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hoffman, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behavior Research and Therapy*, 156(104155). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>

Hoffman, S. G., & Hayes, S. C. (2020). História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. In S. C. Heyes & S. G. Hoffman (Orgs.), *Terapia cognitivo comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas*. Porto Alegre: Artmed.

Joyce, P., & Sills, C. (2016). *Técnicas em Gestalt: Aconselhamento e psicoterapia*. Petrópolis: Vozes.

- Kauffman, J. C. (2013). *A entrevista compreensiva: Um guia para pesquisa de campo*. Maceio: Edufal.
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *J. Clin. Psychol.*, 1-16. Doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lima, P. V. A. (2008). O holismo em Jan Smuts e a Gestalt-terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14(1), 3-8.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. (2013). Compendium of treatment adaptations. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & B. A. Greene (Orgs.), *Psychologists' Desk Reference* (3ª ed., pp. 167-170). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Wampold. B. (2019). *Psychotherapy relationship that work: Evidence-Based Therapist Responsiveness* (3ª ed.). Oxford University Press: New York.
- Oliveira, I. T. (1999). Psicoterapia psicodinâmica breve: Dos precursores aos modelos atuais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1(2), 9-19.
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *O desenvolvimento humano* (14ª ed). São Paulo: Mcgraw Hill.
- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Rebouças, M. S. S., & Dutra, E. (2010). Plantão psicológico: Uma prática clínica da contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14(1), 19-28.

- Routh, D. K. (2011). A history of clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 23-33). New York: Oxford University Press.
- Schmidt, M. L. S. (2020). O nome, a taxonomia e o campo do aconselhamento psicológico. In H. T. P. Morato, C. L. B. T. Barreto, & A. P. Nunes (Orgs.), *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica-existencial: Uma introdução* (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Simon, R., & Yamamoto, K. (2009). Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. *Aletheia*, 30, 172-182.
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Lisboa: Fim do Século.
- Valsiner, J. (2013). *An Invitation to Cultural Psychology*. Londres: Sage.
- Vaz, A., & Sousa, D. (2021). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* (Advance online publication.) Doi: <https://doi.org/10.1037/cns0000309>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate*. New York e London: Routledge.
- Younes, J. A., Lessa, F., Yamamoto, K., Coniaric, J., & Ditzz, M. (2010). Psicoterapia Breve Operacionalizada e crise por expectativa de perda: Um estudo de caso. *Psicol. Argum.*, 28(63), 303-311.