



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO

CURSO DE PSICOLOGIA

UNIDADE DE EXTENSÃO VI

**TERAPIA BASEADA EM PROCESSOS, TERAPIA BREVE FOCADA EM
SOLUÇÕES E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: fundamentos e articulação
funcional**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE
2026**

JESUS GABRIEL LACERDA SILVA
JORDAN CARLOS FERREIRA GOMES

**TERAPIA BASEADA EM PROCESSOS, TERAPIA BREVE FOCADA EM
SOLUÇÕES E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: fundamentos e articulação
funcional**

Trabalho de Avaliação Parcial, apresentado ao Professor da disciplina de Aconselhamento Psicológico e Psicoterapias Breves, do Curso de Graduação de Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

Orientador: Prof. Dr. Joaquim Iarley Brito Roque

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2026

TERAPIA BASEADA EM PROCESSOS, TERAPIA BREVE FOCADA EM SOLUÇÕES E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: fundamentos e articulação funcional

Jesus Gabriel Lacerda Silva¹
Jordan Carlos Ferreira Gomes²

RESUMO

Este artigo apresenta uma fundamentação teórica que articula o aconselhamento psicológico, a Terapia Baseada em Processos (PBT) e a Terapia Breve Focada em Soluções (SFBT). Trata-se de estudo teórico, de natureza bibliográfica, que examina a origem, a visão de ser humano, a concepção ética e os principais conceitos de cada abordagem, bem como sua relação com o aconselhamento breve, tendo a Prática Baseada em Evidências como eixo transversal. A PBT é apresentada como estrutura de raciocínio clínico idiográfica e funcional, voltada à seleção de processos de mudança; a SFBT, como prática conversacional orientada ao futuro preferido, às exceções, às escalas e aos pequenos passos. Argumenta-se que a articulação entre ambas é funcional, e não um protocolo híbrido validado: a PBT orienta a formulação dos processos que mantêm a dificuldade e o acompanhamento de seus efeitos, e a SFBT oferece recursos para construir objetivos observáveis. Examinam-se, ainda, os limites dessa articulação, entre eles a necessidade de triagem, de avaliação de risco, de revisão contínua da formulação e de cautela diante das evidências disponíveis. Um caso ilustrativo, apresentado em apêndice a partir da transcrição de uma simulação em vídeo, mostra o uso da pergunta do milagre em uma demanda de ansiedade social.

Palavras-chave: Aconselhamento psicológico. Terapia Baseada em Processos. Terapia Breve Focada em Soluções. Prática Baseada em Evidências.

1 INTRODUÇÃO

O aconselhamento psicológico, em serviços de saúde, comunitários, organizacionais e institucionais, costuma operar com tempo limitado e demandas situacionais, o que exige objetivos claros, acompanhamento do progresso e critérios definidos para continuidade do cuidado ou encaminhamento. Nesse enquadre, a escolha das estratégias de ajuda precisa apoiar-se em referenciais teóricos explícitos, na ética profissional e nas evidências disponíveis.

Duas abordagens oferecem contribuições distintas a esse cenário. A Terapia Baseada em Processos (Process-Based Therapy – PBT) propõe reorganizar a ciência da intervenção em torno de processos de mudança analisados de modo idiográfico e funcional (HOFMANN; HAYES, 2019, 2024). A Terapia Breve Focada em Soluções (Solution-Focused Brief Therapy – SFBT), desenvolvida por De Shazer, Berg e colaboradores, oferece recursos conversacionais para construir objetivos, reconhecer exceções e definir pequenos passos (DE SHAZER et al., 1986; DE JONG; BERG, 2013).

Este artigo tem por objetivo apresentar uma fundamentação teórica que articule o aconselhamento psicológico, a PBT e a SFBT, indicando as contribuições, as diferenças e os limites dessa aproximação. Trata-se de um estudo teórico, de natureza bibliográfica, baseado

¹Discente de graduação do Curso de Psicologia, Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO.

²Discente de graduação do Curso de Psicologia, Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO.

em obras e artigos científicos nacionais e internacionais sobre as três temáticas. A seção 2 percorre o aconselhamento psicológico, a Prática Baseada em Evidências, a PBT, a SFBT e a articulação entre elas; a seção 3 apresenta as considerações finais; e o Apêndice A traz a transcrição comentada de uma simulação em vídeo da pergunta do milagre.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este referencial articula o aconselhamento psicológico, a Terapia Baseada em Processos (Process-Based Therapy – PBT) e a Terapia Breve Focada em Soluções (Solution-Focused Brief Therapy – SFBT). O aconselhamento define o enquadre de ajuda e a natureza focal da intervenção. A PBT contribui para a formulação e a seleção de processos de mudança, enquanto a SFBT oferece recursos conversacionais para construir objetivos, reconhecer exceções e organizar pequenos passos. A aproximação proposta é funcional: não constitui um protocolo híbrido validado nem uma nova escola psicoterápica.³

2.1 Aconselhamento psicológico e o enquadre das intervenções breves

O aconselhamento psicológico compartilha parte de suas fronteiras históricas e conceituais com as psicoterapias, e sua definição permanece aberta a diferentes tradições. Scorsolini-Comin (2014) observa que a literatura costuma diferenciá-lo pela duração, pela focalização em demandas situacionais, pela menor extensão investigativa e pela orientação mais imediata para prevenção, tomada de decisão e resolução de problemas. Esses critérios não formam uma divisão rígida: um atendimento breve pode exigir trabalho clínico cuidadoso, e a psicoterapia não se define apenas pelo número de sessões.

Forghieri (2007) descreve o aconselhamento terapêutico, também chamado de aconselhamento psicológico, como uma relação interpessoal de ajuda existencial que combina envolvimento existencial e distanciamento reflexivo e busca favorecer os aspectos saudáveis da pessoa e sua abertura a novas possibilidades, em vez de lidar com sintomas e psicopatologias. Na revisão de Scorsolini-Comin (2014), essa prática também envolve tomada de decisão, manejo de pressões, exploração de preocupações pessoais, ampliação da consciência e mobilização de recursos. Seu propósito, portanto, não é oferecer respostas prontas, mas favorecer uma compreensão mais clara da demanda e a construção de respostas compatíveis com o contexto da pessoa.

O aconselhamento pode ser orientado por diferentes referenciais, desde que a escolha respeite a ética profissional, o escopo da demanda, a competência técnica e as evidências

³Nota terminológica: neste trabalho emprega-se a expressão Terapia Breve Focada em Soluções (SFBT), por corresponder à denominação consolidada na literatura internacional. A expressão “Terapia Baseada em Solução”, utilizada em alguns contextos didáticos, é compreendida como referência à mesma tradição clínica, mas não constitui a nomenclatura predominante nas publicações científicas.

disponíveis. Em contextos institucionais, comunitários e de saúde, a brevidade aumenta a importância de objetivos claros, acompanhamento frequente do progresso e critérios definidos para continuidade do cuidado ou encaminhamento.

2.1.1 Enquadre, triagem e encaminhamento no aconselhamento

Em qualquer contexto de atuação, o enquadre precisa combinar acessibilidade com triagem, proteção e delimitação do serviço. Devem ser esclarecidos a finalidade do aconselhamento, o sigilo e suas exceções e os critérios de encaminhamento e, quando o atendimento envolve crianças e adolescentes, a participação dos responsáveis, quando cabível. Esses cuidados preservam a autonomia da pessoa atendida sem retirar do profissional e da instituição a responsabilidade diante de risco ou de necessidades que ultrapassem uma intervenção focal (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Os resultados de intervenções breves também recomendam acompanhamento próximo. No estudo de Bruns et al. (2023), uma estratégia breve de engajamento, resolução de problemas e triagem aumentou o engajamento, a conclusão do cuidado e a melhora do problema prioritário, mas não produziu ganhos amplos em sintomas de ansiedade e depressão. O achado reforça a necessidade de definir indicadores compatíveis com a demanda e de rever o plano quando o progresso esperado não ocorre.

2.2 Prática Baseada em Evidências como eixo transversal

A articulação entre PBT, SFBT e aconselhamento psicológico deve ser situada na Prática Baseada em Evidências em Psicologia. Leonardi et al. (2024) descrevem a decisão clínica como a integração entre evidências de pesquisa, perícia profissional e características, valores, cultura, necessidades e preferências da pessoa atendida. A escolha de uma abordagem não pode depender apenas da familiaridade do profissional ou de sua adesão a uma orientação teórica.

Na prática, a intervenção breve funciona como uma hipótese de trabalho que precisa ser acompanhada. O profissional formula uma compreensão inicial, define metas com a pessoa, observa o progresso e revê o plano quando há ausência de resposta, agravamento, risco ou incompatibilidade entre a estratégia e as necessidades do caso (LEONARDI et al., 2024). No contexto do plantão psicológico, a avaliação constante das intervenções também é apontada como parte de uma prática voltada à efetividade e à personalização (MEDEIROS; SILVA; SANTANA, 2025). Essa forma de decidir é compatível com a PBT e oferece um critério para o uso responsável de procedimentos da SFBT.

2.3 Terapia Baseada em Processos (PBT)

2.3.1 Origem, natureza e propósito da abordagem

A Terapia Baseada em Processos reorganiza a ciência da intervenção psicológica em torno de processos de mudança empiricamente fundamentados e relevantes para pessoas específicas. Hofmann e Hayes (2019) deslocam a pergunta clínica do protocolo indicado para um transtorno para os processos biopsicossociais que precisam ser focalizados com determinada pessoa, diante de um objetivo e de um contexto particulares. A PBT é, assim, uma estrutura de raciocínio clínico, e não um conjunto fechado de técnicas.

Hayes, Hofmann e Ciarrochi (2020) defendem uma abordagem idiográfica e funcional, menos dependente de categorias sindrômicas. O diagnóstico pode continuar útil para comunicação e planejamento, mas não explica sozinho por que uma dificuldade se mantém nem qual procedimento produzirá mudança em uma pessoa. A PBT procura relacionar procedimentos baseados em evidências a processos de mudança também sustentados por evidências.

Hofmann e Hayes (2024) reforçam que a PBT não é uma nova terapia, mas uma visão renovada das tarefas centrais da ciência da intervenção baseada em evidências. Nessa proposta, a psicopatologia é entendida como falha dos processos de adaptação a um contexto, e a adaptação, como a aplicação, dependente do contexto ou capaz de alterá-lo, de estratégias biopsicossociais que permitem alcançar uma meta. A noção não é passiva nem culpabilizante, pois a má adaptação pode incluir a dificuldade de criar um contexto mais favorável. A PBT caracteriza-se, assim, por um alvo (os processos biopsicossociais de mudança), por uma abordagem analítica idiográfica e por um metamodelo evolucionário comum (HOFMANN; HAYES, 2024).

As obras brasileiras utilizadas neste trabalho apresentam a mesma direção. Hofmann, Hayes e Lorscheid (2023) tratam a PBT como uma forma de pensar a prática baseada em evidências, com ênfase em análise funcional, personalização e processos de mudança. Melo e Moreno (2026) mostram como essa perspectiva pode integrar elementos funcionais e cognitivos e examinar, além dos sintomas, emoções, pensamentos, comportamentos e condições contextuais relevantes ao funcionamento.

A relevância dessa reorientação decorre do diagnóstico que a literatura recente faz do campo. Hayes et al. (2026) afirmam que os tamanhos de efeito dos tratamentos se estabilizaram e que o diagnóstico sindrômico não produziu mecanismos acionáveis. Hofmann et al. (2026), em revisão de escopo sobre processos de mudança em psicoterapia desde 2007, identificaram 684 processos descritos em 778 estudos, organizados em 32 agrupamentos. O maior deles reuniu fatores comuns, como aliança terapêutica e processos colaborativos, que corresponderam a 20,6% dos processos investigados, e o foco e o volume das pesquisas sobre

processos pouco se alteraram ao longo dos anos. Esses dados reforçam a pertinência de uma ciência da intervenção que trate os processos de mudança como objeto central.

2.3.2 (a) *Visão de ser humano na PBT*

A PBT não apresenta uma antropologia filosófica própria, mas seus pressupostos clínicos permitem identificar uma concepção de pessoa. O ponto de partida é idiográfico: conhecimentos produzidos com grupos são importantes, porém não substituem a análise das relações funcionais presentes em um indivíduo. Hofmann e Hayes (2019) propõem uma ciência capaz de compreender como processos se organizam e se modificam dentro da pessoa, sem limitar a decisão clínica às médias de grupo.

Hayes et al. (2026) sustentam esse ponto de partida com um argumento metodológico. Os métodos estatísticos habituais, baseados em dados agregados, pressupõem ergodicidade, isto é, que resultados obtidos com conjuntos de pessoas descrevam o funcionamento de cada pessoa ao longo do tempo. Esse pressuposto raramente é testado e, como os processos de mudança não são estacionários e se desdobram de modos diferentes em pessoas e momentos diferentes, dificilmente se sustenta (HOFMANN; HAYES, 2024; HAYES et al., 2026). Os autores não consideram os achados agregados sem valor: uma média bem estimada pode servir de hipótese inicial ou indicar processos candidatos a teste, mas não substitui a compreensão de uma pessoa particular.

Essa pessoa também é compreendida em contexto. Pensamentos, emoções e comportamentos não têm valor adaptativo ou disfuncional fixo, pois sua função depende das circunstâncias, dos objetivos e dos efeitos ao longo do tempo (HAYES; HOFMANN; CIARROCHI, 2020). Evitar uma situação pode proteger diante de um risco real ou, em outro cenário, manter uma esquiva que restringe aprendizagem e participação social. Por isso, a função do padrão informa mais do que sua forma isolada.

O funcionamento humano é ainda entendido como dinâmico e multinível. Processos cognitivos, afetivos, atencionais, motivacionais, comportamentais e relativos ao self interagem com níveis biológicos e socioculturais. Essas relações podem formar ciclos de feedback, mudar de maneira não linear e reorganizar-se ao longo do tempo (HOFMANN; HAYES; LORSCHIED, 2023). Os modelos de rede ajudam a representar essa interdependência e evitam que um sintoma isolado seja tomado como causa ou explicação suficiente do sofrimento.

Saúde e sofrimento, nessa perspectiva, não se reduzem à presença ou à ausência de sintomas. A PBT considera funcionamento, resultados valorizados e desenvolvimento de repertórios adaptativos. Medo, tristeza, raiva e ansiedade podem cumprir funções adequadas em certas situações. A atenção clínica recai sobre padrões rígidos, pouco sensíveis ao contexto ou persistentemente incompatíveis com objetivos importantes para a pessoa (HAYES; HOFMANN; CIARROCHI, 2020).

2.3.3 (b) Concepção ética que sustenta a PBT e sua prática

A PBT não cria um código ético separado. Sua prática permanece subordinada às normas profissionais e à legislação vigente, incluindo, no Brasil, o Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o). Seus pressupostos, contudo, são coerentes com a individualização do cuidado, a prática baseada em evidências, a colaboração e o respeito aos objetivos da pessoa atendida.

A competência científica sustenta essa responsabilidade. Ao escolher procedimentos em função de processos relevantes, o profissional precisa conhecer as evidências, os riscos, as limitações e as condições de uso dos métodos selecionados. Pope (2020) ressalta que os códigos de ética existem para informar o julgamento profissional, e não para tomar o lugar de uma abordagem ativa, ponderada e criativa das responsabilidades éticas, e que a competência ética exige conhecer o que a pesquisa informa sobre eficácia, riscos, desvantagens e contraindicações das intervenções.

A autonomia aparece na definição de resultados que façam sentido para a vida da pessoa. Melo e Moreno (2026) destacam a construção conjunta de metas e estratégias e a adaptação das intervenções às necessidades e preferências individuais. Essa colaboração preserva a responsabilidade técnica do profissional pela avaliação de risco, pela proteção, pelo encaminhamento e pelo reconhecimento dos limites do serviço.

A responsividade completa esse compromisso ético. A formulação por processos é uma hipótese revisável. Quando a intervenção não produz o efeito esperado, o profissional reexamina o alvo, a sequência de intervenção, a hipótese funcional ou o próprio enquadre. Com isso, evita atribuir a ausência de mudança a uma suposta resistência do cliente e mantém a prática aberta a correções.

2.3.4 (c) Principais conceitos da PBT

O conceito central da PBT é o processo de mudança terapêutica. Hofmann, Hayes e Lorscheid (2023) o descrevem como um mecanismo baseado em teoria, dinâmico, progressivo, modificável, multinível e ligado ao contexto, capaz de participar de sequências empiricamente examináveis orientadas a resultados desejáveis. Processo e técnica não são equivalentes. Exposição, reestruturação cognitiva e perguntas de escala são procedimentos; o processo corresponde à relação funcional pela qual um procedimento modifica aspectos relevantes do funcionamento.

Hofmann et al. (2026) detalham essa distinção. Procedimentos e técnicas designam ações observáveis do terapeuta, como reestruturação cognitiva, exposição ou interpretação, e indicadores de aderência e de implementação mostram se o tratamento foi aplicado como previsto, mas não indicam, por si, que os processos hipotetizados foram ativados. A aliança terapêutica, por sua vez, é um fator contextual que pode facilitar ou restringir processos em

diferentes abordagens, e não uma técnica específica. Os autores lembram ainda que identificar um mediador estatisticamente significativo não equivale a encontrar o mecanismo de mudança, pois explicações teóricas detalhadas continuam necessárias.

A análise funcional examina antecedentes, respostas internas e externas, consequências e contexto para localizar fatores mantenedores e pontos possíveis de intervenção. Na PBT, essa análise pode integrar diferentes domínios biopsicossociais e ser representada por redes. Os nós registram eventos ou processos relacionados, e os ciclos de feedback mostram como determinados padrões se fortalecem mutuamente.

Na formulação de Hofmann e Hayes (2024), a psicopatologia é representada como uma rede idionômica de problemas, condições e processos, e o objetivo da PBT é ajudar a pessoa a substituir redes desadaptativas por redes adaptativas, fortalecendo processos que promovem bem-estar na direção de metas e valores. A análise idionômica parte de modelos idiográficos da mudança em cada pessoa e só então busca generalizações nomotéticas, que são retidas apenas quando melhoram a compreensão idiográfica (HAYES et al., 2026; HOFMANN; HAYES, 2024).

Como a rede se modifica com o tempo e com o tratamento, Hofmann e Hayes (2024) consideram essencial o monitoramento de alta densidade, com medidas frequentes dos processos dentro e entre as sessões e do contexto social, psicológico e físico. Hayes et al. (2026) reconhecem que modelos idiográficos exigem medidas repetidas e podem ser instáveis quando as séries são curtas, e que a carga de avaliação na rotina clínica permanece um desafio prático, atenuado pela redução dos instrumentos a poucos itens de relevância pessoal.

A formulação idiográfica aplica princípios gerais à organização singular desses processos. Pessoas com o mesmo diagnóstico podem apresentar relações funcionais diferentes, o que exige uma análise centrada no indivíduo (HAYES; HOFMANN, 2020). Como novas informações e respostas à intervenção podem alterar a compreensão do caso, a formulação permanece dinâmica.

O Metamodelo Evolucionário Estendido (Extended Evolutionary Meta-Model – EEMM) organiza os processos sem funcionar como diagnóstico ou lista obrigatória. Hayes, Hofmann e Ciarrochi (2020) relacionam variação, seleção e retenção sensíveis ao contexto a dimensões como afeto, cognição, atenção, motivação, self e comportamento manifesto, consideradas também em níveis biológicos, fisiológicos e socioculturais. O modelo orienta perguntas sobre o que varia, quais consequências selecionam determinados padrões e o que favorece sua manutenção.

Hofmann e Hayes (2024) ressaltam que o EEMM não é um novo modelo, mas um metamodelo, isto é, um modelo de modelos, que permite examinar processos específicos de diferentes escolas em uma linguagem comum. Assim, em vez de competirem por modelos inteiros, pesquisadores e profissionais podem comparar processos concretos, como a rigidez cognitiva compreendida de modos distintos por teorias diferentes.

Para ser clinicamente útil, um conceito de processo precisa combinar precisão, escopo e profundidade. Deve ser descrito de modo suficientemente claro para ser reconhecido e modificado, aplicar-se além de um episódio muito restrito e permanecer compatível com conhecimento científico de diferentes níveis de análise. Esses critérios evitam que rótulos vagos ocupem o lugar de explicações funcionais.

A individualização também reorganiza a noção de tratamento. Para Hofmann e Hayes (2024), a formulação dinâmica deve conduzir a elementos de tratamento, ou núcleos de intervenção (treatment kernels), em vez de pacotes orientados por categorias sindrômicas, com o propósito de fortalecer processos que promovam bem-estar de acordo com os valores e as metas da pessoa. Os autores distinguem essa proposta de um ecletismo vazio: busca-se compartilhar, entre tradições, núcleos que alterem processos biopsicossociais idiograficamente relevantes, sem perda de coerência da intervenção.

2.3.5 (d) O aconselhamento psicológico na perspectiva da PBT

No aconselhamento psicológico, a PBT ajuda a organizar a demanda sem reduzir o atendimento à oferta de conselhos. O profissional pode investigar os processos que mantêm a indecisão, a evitação, o conflito ou o sofrimento, os recursos disponíveis, os fatores contextuais e a mudança que seria significativa. Mesmo breve, a formulação precisa orientar uma intervenção segura e permanecer aberta a revisão.

A construção colaborativa de objetivos reforça essa compatibilidade. Scorsolini-Comin (2014) considera os objetivos do aconselhamento como produtos da interação, sujeitos a mudanças durante o processo. Melo e Moreno (2026) também destacam a colaboração na definição de metas na PBT. Com indicadores concretos de progresso, o profissional pode ajustar a estratégia à demanda sem converter o enquadre breve em um protocolo padronizado.

Quanto ao acompanhamento, Hayes et al. (2026) recomendam que a prática comece pelo caso mais simples e acrescente complexidade somente na medida em que os dados e a pergunta clínica o exigirem. No aconselhamento breve, essa orientação é compatível com o uso de indicadores simples, definidos com a pessoa e reavaliados a cada encontro, como forma acessível de verificar se o processo-alvo se modifica.

2.4 Terapia Breve Focada em Soluções (SFBT)

2.4.1 Origem histórica e natureza da abordagem

A Terapia Breve Focada em Soluções foi desenvolvida no Brief Family Therapy Center, em Milwaukee, principalmente por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg e uma equipe interdisciplinar. De Shazer (1985) sistematizou princípios de uma terapia breve orientada a soluções, enquanto de Shazer et al. (1986) descreveram explicitamente o desenvolvimento de

uma terapia focada na construção de soluções. A abordagem surgiu em diálogo com tradições sistêmicas e de terapia breve, mas progressivamente adquiriu linguagem, procedimentos e pressupostos próprios.

A SFBT direciona a conversa para o futuro desejado, as exceções, os recursos e os pequenos passos. A demanda, o contexto e os riscos continuam sendo avaliados, mas a investigação prolongada da origem do problema não é considerada condição necessária para iniciar a mudança (DE SHAZER et al., 1986, 2007; DE JONG; BERG, 2013).

2.4.2 (a) Visão de ser humano na SFBT

A SFBT parte de uma concepção não deficitária de pessoa. O sofrimento não elimina conhecimentos, experiências, relações ou habilidades que possam apoiar a mudança. De Jong e Berg (2013) associam essa posição à ideia de que o cliente é especialista em sua própria vida.

Essa especialidade diz respeito ao acesso privilegiado à própria história, aos valores, aos objetivos, à cultura e à experiência cotidiana. Ela não substitui o conhecimento técnico do terapeuta sobre condução do processo, avaliação de segurança e uso de procedimentos. A colaboração mantém, portanto, a responsabilidade profissional.

A mudança é investigada por meio de diferenças concretas. Mesmo quando um problema é frequente, o terapeuta procura momentos de menor intensidade, ocasiões em que ele foi manejado de outra forma e contextos nos quais a pessoa se aproximou do resultado desejado. Essas variações podem revelar recursos e condições úteis, sem transformar uma única exceção em solução definitiva.

2.4.3 (b) Concepção ética que sustenta a SFBT e sua prática

Assim como na PBT, a SFBT não substitui os códigos profissionais por uma ética própria. No entanto, sua postura clínica possui implicações éticas claras. A colaboração, o respeito à linguagem do cliente, a valorização da autonomia e a recusa em definir a pessoa exclusivamente por déficits reduzem o risco de uma prática excessivamente prescritiva. O terapeuta organiza a conversa, mas procura evitar assumir que conhece de antemão qual futuro a pessoa deve desejar.

A postura de não-saber não significa falta de preparo ou recusa de avaliação. Ela consiste em suspender conclusões prematuras sobre o significado da experiência do cliente, manter curiosidade clínica e utilizar a linguagem da própria pessoa na construção de objetivos. Essa postura limita imposições de valor, mas não autoriza passividade diante de risco, violência, abuso, intoxicação, sintomas graves ou outras situações que exijam proteção e encaminhamento.

O Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o), aprovado pela Resolução CFP nº 10/2005, continua sendo a referência normativa central para a atuação no Brasil. Princípios de respeito à dignidade, promoção da saúde, responsabilidade, sigilo e prestação de serviços

fundamentados na ciência se aplicam independentemente da orientação teórica. Assim, uma prática SFBT eticamente adequada precisa combinar colaboração e respeito à autonomia com responsabilidade técnica, consentimento informado e manejo adequado de situações de maior gravidade.

2.4.4 (c) Principais conceitos da SFBT

A construção de soluções transforma a queixa em uma descrição de resultado desejado, identifica elementos já presentes nessa direção e organiza ações pequenas e observáveis. A SFBT não pressupõe que uma investigação mais extensa do problema produzirá necessariamente mais mudança. Sua lógica de solution-building difere do problem-solving: em vez de apenas decompor o problema em etapas, desenvolve uma descrição concreta do futuro preferido e das ações que podem aproximar a pessoa dele.

O futuro preferido descreve como a vida estaria diferente se o atendimento fosse útil. Perguntas sobre melhores esperanças, sinais cotidianos de mudança e percepções de outras pessoas tornam objetivos abstratos mais observáveis. A pergunta do milagre é um recurso clássico para esse propósito: convida o cliente a imaginar que o problema deixou de organizar sua vida e a descrever sinais concretos no dia seguinte. Sua função é esclarecer metas e ampliar possibilidades, não prometer uma mudança mágica (DE SHAZER et al., 2007; DE JONG; BERG, 2013).

Exceções são momentos em que o problema esperado não ocorreu, apareceu com menor intensidade ou foi manejado de modo diferente. O terapeuta investiga o que mudou, o que a pessoa fez, quais recursos estavam disponíveis e como essas condições poderiam ser ampliadas. A revisão de Franklin et al. (2017) encontrou apoio para técnicas orientadas a forças e para a coconstrução de significado, mas também apontou a necessidade de replicações e desenhos experimentais mais robustos.

As perguntas de escala, geralmente de 0 a 10, são instrumentos conversacionais, e não testes psicológicos. O número ajuda a construir diferenças: o que sustenta a posição atual, por que ela não é menor e qual comportamento indicaria um pequeno avanço. Assim, a escala pode apoiar o reconhecimento de recursos, a definição de microobjetivos e o monitoramento compartilhado.

As perguntas de enfrentamento, ou coping questions, são úteis quando a pessoa tem dificuldade para identificar esperança ou exceções. O terapeuta pergunta como ela tem atravessado a situação, o que impediu uma piora ou quais recursos permitiram continuar. O sofrimento permanece reconhecido, enquanto a conversa procura capacidades que possam ser mobilizadas.

A coconstrução impede que a SFBT se torne uma sequência mecânica de perguntas. O terapeuta acompanha as palavras do cliente, resume, destaca diferenças e formula novas perguntas a partir do que surge na conversa. Franklin et al. (2017) identificaram a coconstrução

de significado entre os processos mais apoiados pela literatura. Estudos posteriores agrupam componentes da SFBT em torno da linguagem cooperativa e da relação terapêutica, do reconhecimento de recursos e da elaboração do futuro preferido (FRANKLIN et al., 2024; HONG; COOPER; FRANKLIN, 2026).

2.4.5 Evidências contemporâneas e limites da SFBT

A base empírica da SFBT tem crescido, mas não sustenta superioridade para todas as pessoas e condições. Vermeulen-Oskam et al. (2024), em meta-análise de 72 estudos e 489 tamanhos de efeito, encontraram resultado global favorável para problemas psicossociais, com variações segundo população, modalidade e condição de comparação. Os efeitos foram menores diante de tratamento usual do que diante de ausência de tratamento, o que mostra a importância do comparador na interpretação dos resultados.

Uma revisão de 25 revisões sistemáticas, das quais 15 eram meta-análises, encontrou resultados positivos em diferentes problemas e contextos. A confiança variou entre os desfechos, e os autores pedem estudos mais rigorosos, inclusive sobre a brevidade atribuída à abordagem (ŽAK; PEKALA, 2025). A classificação da SFBT como baseada em evidências, portanto, precisa ser acompanhada pelos limites e pelas condições dos estudos disponíveis.

Em serviços comunitários, Franklin et al. (2024) encontraram efeito médio global em estudos randomizados e resultados favoráveis quando a intervenção reuniu diferentes categorias de técnicas da SFBT. Em intervenções com estudantes, Franklin et al. (2022) observaram efeito global pequeno e significativo, sem superioridade consistente sobre outras intervenções ativas. Em conjunto, esses dados apoiam um uso promissor da SFBT no aconselhamento, acompanhado de expectativas realistas.

Persistem limitações de mensuração. Hong, Cooper e Franklin (2026), em revisão de escopo que identificou 11 instrumentos de medida focados em solução, observam que apenas três demonstraram sensibilidade à mudança do cliente ao longo do tempo. Em situações de maior gravidade, a cautela deve ser maior. A revisão de Jerome et al. (2024) encontrou poucos dados formais de desfecho para intervenções focadas em solução diante de pensamentos e comportamentos autolesivos. Nesses casos, avaliação de risco e procedimentos de segurança não podem ser substituídos pela brevidade da intervenção nem pelo foco em recursos.

2.4.6 (d) O aconselhamento psicológico na perspectiva da SFBT

A SFBT dialoga com o aconselhamento psicológico por sua focalização, colaboração, construção de metas e atenção a mudanças concretas. Em demandas de adaptação a mudanças, tomada de decisão, conflitos interpessoais e dificuldades situacionais, perguntas sobre futuro preferido, exceções e escalas podem ajudar a converter uma queixa ampla em objetivos observáveis.

Essa proximidade não torna aconselhamento e SFBT equivalentes. O aconselhamento é um enquadre de ajuda que pode receber diferentes orientações teóricas; a SFBT é uma abordagem com pressupostos e procedimentos próprios. Sua adequação depende da triagem, da demanda, das condições institucionais, da competência do profissional e da avaliação contínua dos resultados.

2.5 Articulação entre PBT e SFBT no aconselhamento psicológico

2.5.1 Por que as duas abordagens podem ser utilizadas de forma articulada

PBT e SFBT podem ser articuladas porque oferecem contribuições diferentes. A PBT orienta a formulação dos processos que mantêm a dificuldade, dos alvos modificáveis e dos efeitos que precisam ser acompanhados. A SFBT organiza a conversa sobre o futuro desejado, os recursos, as exceções e os pequenos passos observáveis. A aproximação não depende de considerar as duas abordagens teoricamente idênticas.

A PBT esclarece o que precisa mudar, em qual contexto e por que o alvo é relevante. A SFBT ajuda a definir como a pessoa reconhecerá essa mudança, o que já funciona e qual passo pode aproximá-la do resultado. Como a PBT admite procedimentos de diferentes tradições, técnicas da SFBT podem ser usadas quando cumprem uma função clínica identificada e contam com sustentação adequada para a demanda.

O compartilhamento de procedimentos entre tradições é um dos pontos centrais da PBT. Hofmann e Hayes (2024) propõem que métodos de diferentes escolas sejam utilizados em função dos processos que modificam, e não de sua filiação teórica, o que permite compartilhar métodos sem perder a coerência da intervenção. Aplicada ao aconselhamento, a ideia sugere que uma técnica da SFBT pode ser incorporada a uma formulação por processos quando sua função for identificável e seu efeito puder ser acompanhado.

2.5.2 Relação direta entre os modelos

A mesma informação clínica pode receber leituras complementares. Ao investigar uma exceção, a SFBT detalha o que estava diferente e como essa condição pode ocorrer novamente. A PBT examina quais processos mudaram e se eles são modificáveis e sustentáveis. Da mesma forma, uma escala pode tornar visíveis o progresso e o próximo passo e, ao mesmo tempo, funcionar como indicador idiográfico de um processo-alvo.

A contribuição também ocorre no sentido inverso. Uma formulação tecnicamente detalhada pode ter pouco efeito se não se traduzir em uma direção compreensível e relevante para o cliente. Ao perguntar o que a pessoa deseja perceber de diferente em sua vida, a SFBT mantém a formulação vinculada a objetivos concretos.

Quadro 1 – Relação funcional entre PBT e SFBT no aconselhamento

Dimensão	PBT	SFBT	Implicação no aconselhamento
Pergunta central	Quais processos biopsicossociais estão mantendo ou favorecendo mudança?	Qual futuro a pessoa deseja e que recursos/exceções já apontam nessa direção?	Relaciona a formulação funcional a uma direção concreta de mudança.
Objetivo	Selecionar alvos modificáveis e monitorar efeitos.	Coconstruir metas observáveis e pequenos passos.	Evita conselhos genéricos e análises sem direção.
Avaliação	Análise funcional, rede, contexto, indicadores idiográficos.	Escalas, diferenças, exceções, linguagem do cliente.	Acompanha o progresso e orienta revisões do plano.
Técnicas	Procedimentos são escolhidos pela função e evidência.	Perguntas de futuro, exceção, escala, coping, recursos.	A técnica é usada quando cumpre uma função identificada.
Relação	Colaboração e formulação revisável.	Cliente como especialista em sua vida e postura de não-saber.	Preserva a autonomia e a responsabilidade técnica.

Fonte: elaboração própria, com base em Hofmann e Hayes (2019), Hayes, Hofmann e Ciarrochi (2020), Hofmann, Hayes e Lorscheid (2023), De Shazer et al. (1986), De Jong e Berg (2013) e Franklin et al. (2017).

2.5.3 Como essa integração pode funcionar na prática do aconselhamento

Na prática, a articulação começa pelo enquadre e pela triagem. O psicólogo esclarece a natureza do serviço, a confidencialidade e seus limites, verifica riscos e avalia se a demanda cabe no aconselhamento. Depois, perguntas da SFBT ajudam a definir a melhor esperança e o futuro preferido, enquanto a PBT organiza os dados sobre funcionamento atual, ciclos de manutenção, contexto e possíveis processos-alvo.

A investigação de exceções e recursos produz dois tipos de informação. Para a SFBT, evidencia competências e possibilidades. Para a PBT, mostra condições em que a rede funcional se organiza de outra maneira. O pequeno passo construído com o cliente precisa aproximá-lo do futuro preferido e, ao mesmo tempo, ter potencial para modificar o processo identificado.

Nos encontros seguintes, a resposta ao pequeno passo orienta a revisão. A SFBT examina o que melhorou, o que a pessoa fez e como reconhecer outro avanço. A PBT verifica se o processo-alvo mudou, se surgiram novos elementos e se a formulação continua adequada. Forma-se, assim, um ciclo de hipótese, ação, observação e revisão.

2.5.4 Limites e cuidados da integração

A literatura consultada não descreve um protocolo validado chamado integração PBT-SFBT. O que se pode afirmar é a existência de compatibilidade funcional: a PBT permite selecionar procedimentos de diferentes tradições quando eles se relacionam a processos e evidências, e a SFBT oferece procedimentos cujas funções podem ser examinadas em uma formulação por processos.

A cautela estende-se aos processos supostamente acionados pelas técnicas da SFBT. Segundo Hayes et al. (2026), a maior parte do que hoje se denomina processo de mudança foi demonstrada em médias de conjuntos de pessoas, e não em cada pessoa, devendo ser tratada como candidata à confirmação idionômica, e não como princípio estabelecido para aplicação individual. Hofmann et al. (2026), por sua vez, assinalam a fragmentação terminológica da literatura sobre processos, em que rótulos idênticos podem encobrir construtos distintos e rótulos diferentes podem designar construtos semelhantes. Em consequência, a hipótese de que exceções, escalas ou perguntas sobre o futuro preferido modificam determinado processo precisa ser verificada no acompanhamento de cada pessoa, e não presumida a partir de resultados de grupo.

As diferenças entre as abordagens precisam permanecer visíveis. A PBT pode exigir investigação funcional detalhada de padrões problemáticos, enquanto a SFBT tende a limitar a descrição do problema ao necessário para construir soluções. A primeira explicita hipóteses de mecanismos; a segunda preserva uma tradição pragmática e conversacional. A articulação é responsável quando utiliza essas diferenças sem reduzir uma abordagem à outra.

Nenhuma combinação teórica substitui avaliação clínica, ética e institucional. Risco agudo, autolesão, violência, sintomas graves, comprometimento médico ou necessidade de cuidado continuado podem exigir outros procedimentos e encaminhamentos. Se não houver progresso, a formulação e a estratégia precisam ser revistas, em vez de se repetirem indefinidamente as mesmas perguntas ou técnicas.

2.6 Síntese do referencial

PBT e SFBT contribuem para o aconselhamento psicológico por vias diferentes. A PBT oferece uma estrutura funcional para compreender a organização singular dos processos de mudança e selecionar intervenções sensíveis ao contexto. A SFBT fornece uma prática conversacional breve para construir objetivos, reconhecer recursos, explorar exceções e definir pequenos passos. As duas valorizam colaboração e individualização, embora tenham origens e ênfases próprias.

Na PBT, a pessoa é compreendida de modo idiográfico, contextual, dinâmico e multinível. A prática exige evidências, colaboração, autonomia e revisão contínua da formulação, com atenção a processos de mudança, análise funcional, redes e EEMM. Na SFBT, a pessoa é reconhecida por sua agência e por seus recursos. Futuro preferido, exceções, escalas, perguntas de enfrentamento e coconstrução ajudam a transformar demandas situacionais em objetivos e ações observáveis.

A articulação proposta mantém a PBT como referência para o raciocínio sobre processos e utiliza a SFBT na construção de objetivos, recursos e ações de mudança. Ela pode ser

adequada a demandas compatíveis com intervenção focal, desde que a segurança seja avaliada e que o profissional acompanhe os resultados, revendo o plano sempre que necessário.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fundamentação apresentada indica que PBT e SFBT podem ser aproximadas no aconselhamento psicológico por compatibilidade funcional, e não por equivalência teórica nem por um protocolo validado. A PBT contribui com o raciocínio sobre processos, alvos modificáveis e revisão da formulação; a SFBT, com a construção conversacional de objetivos, exceções, escalas e pequenos passos observáveis. Em ambas, a colaboração com a pessoa atendida e a individualização do cuidado são centrais.

Os limites devem permanecer explícitos. A literatura consultada não descreve uma integração PBT-SFBT validada, as evidências sobre a SFBT variam conforme a população, o comparador e o desfecho, e a literatura recente sobre processos de mudança aponta fragmentação terminológica e a necessidade de confirmar, em cada pessoa, processos demonstrados em médias de grupo (HAYES et al., 2026; HOFMANN et al., 2026). Recomenda-se, portanto, que estudos futuros examinem empiricamente a articulação proposta, com indicadores idiográficos de processo e medidas sensíveis à mudança, e que a prática seja acompanhada de triagem, avaliação de risco e encaminhamento sempre que a demanda ultrapassar uma intervenção focal.

REFERÊNCIAS

BRUNS, Eric J.; LEE, Kevin A.; DAVIS, Carmen J.; PULLMANN, Michael D.; LUDWIG, Kendra A.; SANDER, Mark; HOLM-HANSEN, Cheryl; HOOVER, Sharon A.; MCCAULEY, Elizabeth M. Effectiveness of a brief engagement, problem-solving, and triage strategy for high school students: results of a randomized study. **Prevention Science**, v. 24, p. 701-714, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01463-4>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o)**. Brasília, DF: CFP, 2005. Resolução CFP nº 10/2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/codigo-de-etica-profissional-dao-psicologao/>. Acesso em: 27 out. 2026.

DE JONG, Peter; BERG, Insoo Kim. **Interviewing for solutions**. 4. ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2013.

DE SHAZER, Steve. **Keys to solution in brief therapy**. New York: W. W. Norton, 1985.

DE SHAZER, Steve; BERG, Insoo Kim; LIPCHIK, Eve; NUNNALLY, Elam; MOLNAR, Alex; GINGERICH, Wallace; WEINER-DAVIS, Michele. Brief therapy: focused solution development. **Family Process**, v. 25, n. 2, p. 207-221, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>.

DE SHAZER, Steve; DOLAN, Yvonne; KORMAN, Harry et al. **More than miracles: the state of the art of solution-focused brief therapy**. New York: Haworth Press, 2007.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. O aconselhamento terapêutico na atualidade. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 13, n. 1, p. 125-133, 2007. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672007000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 27 out. 2026.

FRANKLIN, Cynthia; DING, Xiao; KIM, Johnny S.; ZHANG, Anao; HAI, Audrey Hang; JONES, Kristian V.; NACHBAUR, Melissa; O'CONNOR, Ashley. Solution-Focused Brief Therapy in community-based services: a meta-analysis of randomized controlled studies. **Research on Social Work Practice**, v. 34, n. 3, p. 265-276, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497315231162611>.

FRANKLIN, Cynthia; GUZ, Samantha; ZHANG, Anao; KIM, Johnny; ZHENG, Haotian; HAI, Audrey Hang; CHO, Yong Ju; SHEN, Li. Solution-Focused Brief Therapy for students in schools: a comparative meta-analysis of the U.S. and Chinese literature. **Journal of the Society for Social Work and Research**, v. 13, n. 2, p. 381-407, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1086/712169>.

FRANKLIN, Cynthia; ZHANG, Anao; FROERER, Adam S.; JOHNSON, Shannon K. Solution Focused Brief Therapy: a systematic review and meta-summary of process research. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 43, n. 1, p. 16-30, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmft.12193>.

GRANDE, Todd. **Solution-Focused Brief Therapy Role-Play – Miracle Question with Social Anxiety**. [S. l.]: Dr. Todd Grande, 2016. 1 vídeo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gcXENqOwulw>. Acesso em: 29 out. 2026.

HAYES, Steven C.; CIARROCHI, Joseph; SAHDRA, Baljinder K.; HOFMANN, Stefan G.; ONG, Clarissa W.; HERNÁNDEZ, Cristóbal. One size fits none: a call for an idionomic revolution. **Clinical Psychology Review**, v. 129, art. 102800, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102800>.

HAYES, Steven C.; HOFMANN, Stefan G. Direções futuras em TCC e terapia baseada em evidências. In: HAYES, Steven C.; HOFMANN, Stefan G. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas**. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Wilson Vieira Melo. Porto Alegre: Artmed, 2020. cap. 29.

HAYES, Steven C.; HOFMANN, Stefan G.; CIARROCHI, Joseph. A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: the conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. **Clinical Psychology Review**, v. 82, art. 101908, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>.

HOFMANN, Stefan G.; HAYES, Steven C. The future of intervention science: Process-Based Therapy. **Clinical Psychological Science**, v. 7, n. 1, p. 37-50, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>.

HOFMANN, Stefan G.; HAYES, Steven C. A process-based approach to transtheoretical clinical research and training. **Clinical Psychology in Europe**, v. 6, n. especial, art. e11987, 2024. DOI: <https://doi.org/10.32872/cpe.11987>.

HOFMANN, Stefan G.; HAYES, Steven C.; LORSCHIED, David N. **Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica**. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Wilson Vieira Melo. Porto Alegre: Artmed, 2023.

HOFMANN, Stefan G.; PAHLEN, Lucie; WESTHOFF, Marlon; HOSSNER, Karlin; QUINTARELLI, Hicham; USÉE, Franziska; STENZEL, Kilian; STANGIER, Ulrich. Processes in psychotherapy: a scoping review with LLM-assisted clustering. **Clinical**

Psychology Review, v. 128, art. 102782, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102782>.

HONG, Jeeyeon; COOPER, Zach; FRANKLIN, Cynthia. A scoping review of solution-focused measures. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 52, n. 2, e70133, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmft.70133>.

JEROME, Lauren; MASOOD, Saba; HENDEN, John; BIRD, Victoria; OUGRIN, Dennis. Solution-focused approaches for treating self-injurious thoughts and behaviours: a scoping review. **BMC Psychiatry**, v. 24, art. 646, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06101-7>.

LEONARDI, Jan Luiz; CATELAN, Ramiro Figueiredo; JOSUA, Dan; PEREIRA, Thiago Máximo (org.). **Prática baseada em evidências em psicologia clínica: fundamentos teóricos, questões metodológicas e diretrizes para implementação**. Barueri: Manole, 2024.

MEDEIROS, Antônio Gabriel Araújo Pimentel de; SILVA, Tatiana Araújo Bertulino da; SANTANA, Suely de Melo. Plantão psicológico e terapia cognitivo-comportamental: desenvolvimento e demarcação das intervenções a partir da prática baseada em evidências. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 45, e275173, p. 1-12, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003275173>.

MELO, Wilson Vieira; MORENO, André Luiz. Terapia baseada em processos: fundamentos e pressupostos. In: MELO, Wilson Vieira; MORENO, André Luiz (org.). **Terapia baseada em processos: demandas clínicas prevalentes**. Porto Alegre: Artmed, 2026. cap. 1.

POPE, Kenneth S. Competência ética em terapias comportamentais e cognitivas. In: HAYES, Steven C.; HOFMANN, Stefan G. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas**. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Wilson Vieira Melo. Porto Alegre: Artmed, 2020. cap. 5.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 2-14, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.01>.

VERMEULEN-OSKAM, E.; FRANKLIN, C.; VAN'T HOF, L. P. M.; STAMS, G. J. J. M.; VAN VUGT, E. S.; ASSINK, M.; VELTMAN, E. J.; FROERER, A. S.; STAAKS, J. P. C.; ZHANG, A. The current evidence of solution-focused brief therapy: a meta-analysis of psychosocial outcomes and moderating factors. **Clinical Psychology Review**, v. 114, art. 102512, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102512>.

ŽAK, Andreea M.; PEKALA, Krzysztof. Effectiveness of solution-focused brief therapy: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Psychotherapy Research**, v. 35, n. 7, p. 1043-1055, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2406540>.

APÊNDICE A – CASO ILUSTRATIVO: PERGUNTA DO MILAGRE EM UMA DEMANDA DE ANSIEDADE SOCIAL

Este apêndice reproduz e comenta a transcrição de uma simulação (role-play) de atendimento em Terapia Breve Focada em Soluções, na qual um ator interpreta o cliente e o terapeuta utiliza a pergunta do milagre (GRANDE, 2016). O material não envolve um paciente real e retrata apenas um trecho de um primeiro encontro. Os comentários mostram como o episódio pode ser lido pela SFBT e, de modo hipotético, pela PBT, sem apresentar essa combinação como protocolo validado. O apêndice não substitui avaliação clínica, supervisão ou decisão profissional.

A.1 Fonte e natureza do material

A transcrição foi elaborada a partir do vídeo “Solution-Focused Brief Therapy Role-Play – Miracle Question with Social Anxiety”, publicado em 2016 no canal Dr. Todd Grande (GRANDE, 2016). O texto abaixo é uma tradução para o português; a identificação de quem fala foi inferida pelo contexto e um trecho da fala do cliente é pouco claro no áudio. Por se tratar de uma encenação, o conteúdo apresentado pelo cliente é ficcional.

A.2 Transcrição da simulação

Terapeuta: Oi, Jeff, como você está hoje?

Cliente: Estou bem... Ando me sentindo meio estranho ultimamente e não consigo explicar. Só me sinto meio fora do eixo.

Terapeuta: Fora do eixo?

Cliente: Eu me sinto muito fora do eixo, diferente de mim mesmo, não do jeito que eu acho que uma pessoa normal deveria estar se sentindo agora.

Terapeuta: Então você não está se sentindo como uma pessoa normal deveria se sentir?

Cliente: Estou um pouco ansioso, um pouco agitado, um pouco... sei lá, só me sinto estranho.

Terapeuta: Certo, então você tem alguma ansiedade, mas não tem muita certeza do que é esse sentimento?

Cliente: Sim.

Terapeuta: Ok. Quero te fazer uma pergunta um pouco incomum, que vai exigir um pouco de imaginação para responder.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Quero que você tenha paciência comigo, se puder.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Certo. Vamos dizer que nós sabemos que você tem esse problema que está descrevendo, que é, pelo menos em parte, baseado em ansiedade. Digamos que você vá para casa hoje à noite, faça suas tarefas de sempre e vá dormir.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Então você está dormindo e, em algum momento durante a noite, acontece um milagre, e o problema que você está tendo agora desaparece por completo. Na manhã seguinte você acorda, mas não sabe que o milagre aconteceu.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Faz sentido?

Cliente: Faz sentido.

Terapeuta: Então, nesse momento, ao acordar, você não sabe que o milagre aconteceu. Como você perceberia que o problema foi embora?

Cliente: Acho que eu simplesmente me sentiria melhor, tipo... sei lá, talvez não estaria agitado, não sei.

Terapeuta: Não estaria agitado?

Cliente: É, talvez... não sei, talvez eu só me sentiria melhor por dentro.

Terapeuta: Certo, tente pensar — isso é bom — tente pensar especificamente: você acabou de acordar... vamos passar pelo seu dia. Você acorda, o milagre aconteceu, mas você não sabe.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Então você não sabe do milagre. Você acorda achando que ainda tem o problema, mesmo que o problema não esteja mais lá.

Cliente: Ok.

Terapeuta: Então vamos percorrer o dia e ver quando você conseguiria perceber, ou o que você perceberia que está diferente.

Cliente: Acho que durante a primeira metade do meu dia, quando eu acordo, faço todas as coisas normais — preparo o café da manhã, tomo banho, faço a barba, essas coisas — e geralmente não me sinto agitado nessa hora. É só quando eu começo a sair de casa e a pensar em ir para o trabalho e tal que começo a ficar um pouco agitado por dentro.

Terapeuta: Então você talvez não perceba os problemas enquanto ainda está em casa.

Cliente: Exatamente. Acho que, quando eu chegasse de fato no meu espaço de trabalho, aí eu começaria a dizer: "Ei, você não está se sentindo todo agitado, suas mãos não estão suando, você não está muito ansioso para ir trabalhar hoje." E alguma coisa começaria a fazer sentido, tipo: "Ei, isso parece certo", em vez de "isso parece errado, eu não deveria estar aqui, ou não deveria querer me sentir assim".

Terapeuta: Certo, então o momento em que você chega ao trabalho é quando você acha que realmente perceberia que algo no problema mudou, que ele talvez tenha ido embora.

Cliente: Acho que sim. E acho que eu entenderia ou veria mesmo que o milagre aconteceu quando começasse a interagir com meus colegas de trabalho. Porque acho que é aí que acontece boa parte da agitação, ou pelo menos é o que venho notando: sempre que eu começo a interagir com meus colegas, meu coração dispara, minhas mãos começam a suar, eu não sei o que dizer, não sei o que fazer. E acho que, se tudo isso começasse a desaparecer, eu teria percebido.

Terapeuta: Então, naquele momento em que você começa a interagir com seus colegas, você perceberia que não está reagindo do jeito que costuma reagir — que soa quase como uma ansiedade intensa ou pânico. Como você descreveria?

Cliente: Eu nunca tinha pensado nisso desse jeito, porque acho que é algo que sempre aconteceu naturalmente, e nunca me ocorreu olhar para a minha situação no trabalho e pensar que, se eu eliminasse aquilo ou aquelas pessoas, toda a ansiedade iria embora. Porque, mesmo quando chego em casa, ainda fico pensando no trabalho e nas coisas que estão acontecendo, ainda fico preocupado com como vou trabalhar com essas pessoas, e ainda fico um pouco agitado — mas não tão agitado ou suado quanto fico, principalmente, no escritório.

Terapeuta: Então a maior chance de você perceber que o problema foi embora é durante esse tempo no escritório.

Cliente: Exatamente.

Terapeuta: Talvez haja algum efeito residual que também estaria ausente no caminho de volta para casa, mas você sente que os sintomas, o problema, são realmente mais fortes no escritório.

Cliente: Exatamente. Sim. Eu diria 100% que sim. Principalmente quando estou interagindo com essas pessoas, especialmente em grupos grandes, acho que é aí que realmente aparece e eu simplesmente não sei o que fazer comigo mesmo. E acho que, se tivéssemos, digamos, uma reunião em grupo, eu realmente perceberia nessa hora, porque não estaria preocupado com o que estou dizendo, com como as outras pessoas me veem, se as pessoas acham que sou burro ou qualquer coisa assim. Acho que eu simplesmente conseguiria dizer o que precisasse dizer.

Terapeuta: Então, se o problema não estivesse lá, você estaria relaxado e confiante durante essas reuniões.

Cliente: Sim, acho que estaria. Acho que estaria realmente confiante e também muito seguro de mim, porque saberia que o que estou dizendo está certo e o que estou fazendo está certo. E eu não teria que me preocupar se meu colega está comentando sobre mim [trecho pouco claro no áudio] ou se meu colega está rindo. Eu nem me importaria se eles estivessem no celular, porque saberia que o que estou apresentando vai estar certo.

Terapeuta: Então parece que essa pergunta, que nós chamamos de "pergunta do milagre", ajudou você a identificar um pouco o que está acontecendo. Parece ser um conjunto de sintomas do tipo ansiedade social. Isso é algo em que certamente podemos trabalhar.

Cliente: Perfeito.

Terapeuta: E talvez isso tenha te dado uma ideia de como essa ansiedade social parece funcionar ao longo do dia: quando ela é mais intensa no trabalho, quando é menos intensa ao voltar para casa, e de manhã, quando você acorda, ela realmente não parece ser tão ruim. Então isso te deu uma ideia de como esses sintomas fluem ao longo do dia, o que eles podem significar e o que pode estar causando-os. Faz sentido?

Cliente: Acho que faz todo o sentido.

Terapeuta: Vamos trabalhar nisso, vamos colocar uma estrutura maior em torno disso. Mas pense um pouco sobre o que está acontecendo com o problema em termos de quando ele ocorre — você meio que reconheceu que acontece no trabalho — e reflita um pouco sobre isso. Aí nos vemos de novo em mais ou menos uma semana, e vamos começar a avançar e ver o que podemos fazer sobre essa ansiedade social.

Cliente: Ok, perfeito. Parece ótimo. Parece maravilhoso. Te vejo então. Muito obrigado.

Terapeuta: Obrigado.

A.3 Apresentação da demanda

O cliente, chamado Jeff na encenação, relata sentir-se “fora do eixo”, “diferente de mim mesmo”, um pouco ansioso e agitado, sem conseguir explicar o que sente. O terapeuta acolhe a descrição por meio de reformulações curtas (“fora do eixo?”; “você tem alguma ansiedade, mas não tem muita certeza do que é esse sentimento?”) e não lhe atribui, nesse momento, um diagnóstico. A queixa inicial é, portanto, difusa e descrita em termos de mal-estar geral.

A.4 Condução da pergunta do milagre

O terapeuta anuncia que fará uma pergunta incomum, que exige imaginação, e pede paciência. Em seguida, propõe a cena: o cliente vai para casa, cumpre sua rotina, dorme e, durante a noite, o problema desaparece por completo; ao acordar, ele não sabe que isso

aconteceu. A pergunta é como ele perceberia que o problema foi embora. Antes de seguir, o terapeuta confirma que o cliente compreendeu o enunciado.

A primeira resposta é genérica (“eu simplesmente me sentiria melhor”, “talvez não estaria agitado”). O terapeuta reconhece que a resposta é boa e pede maior especificidade, propondo percorrer o dia desde o despertar. Esse convite desloca a conversa de um estado interno vago para momentos e situações do cotidiano, em que diferenças observáveis podem ser descritas.

A.5 O que a descrição do dia revela

Ao percorrer o dia hipotético, o cliente descreve que, pela manhã, em casa, costuma não se sentir agitado. A agitação começaria ao sair de casa e pensar no trabalho e seria mais intensa na interação com colegas, quando relata coração disparado, mãos suando e dúvida sobre o que dizer ou fazer, sobretudo em grupos grandes. No dia do milagre, perceberia a diferença no ambiente de trabalho: mãos sem suor, menos ansiedade, e, em uma reunião em grupo, não estaria preocupado com o que diz, com a forma como os outros o veem ou com a possibilidade de ser considerado “burro”; conseguiria dizer o que precisasse. O terapeuta reformula esse estado como “relaxado e confiante”, e o cliente acrescenta que estaria confiante e seguro de si. Em casa, após o expediente, ele ainda se preocuparia com o trabalho e ficaria um pouco agitado, mas em menor grau. O cliente também afirma que nunca havia pensado na situação desse modo.

A.6 Fechamento da sessão

O terapeuta afirma que a pergunta ajudou a identificar o que está acontecendo, que o conjunto lembra sintomas de ansiedade social e que é algo em que se pode trabalhar. Resume como os sintomas variam ao longo do dia (mais intensos no trabalho, menores ao voltar para casa e pouco presentes ao acordar) e propõe que o cliente reflita sobre quando o problema ocorre. O retorno é combinado para cerca de uma semana depois.

A.7 Leitura pela SFBT

Na SFBT, a pergunta do milagre convida o cliente a descrever um futuro preferido em termos concretos (DE JONG; BERG, 2013). No episódio, a resposta inicial é vaga, e o trabalho do terapeuta consiste em ancorá-la no dia a dia: onde, com quem e em que momento a diferença apareceria. Observa-se também que o cliente descreve o milagre sobretudo pela ausência de sintomas (“não estaria agitado”, “mãos não suando”) e que o terapeuta oferece uma descrição pela presença de algo (“relaxado e confiante”), que o cliente adota. Esse movimento é coerente

com a lógica de co-construção do objetivo na SFBT. O trecho não inclui perguntas sobre exceções, escalas ou pequenos passos, de modo que esses recursos não são ilustrados aqui.

A.8 Leitura pela PBT (interpretação dos autores)

Na perspectiva da PBT, o relato pode servir de ponto de partida para uma formulação idiográfica e funcional, a ser testada ao longo do atendimento. A descrição sugere variação por contexto (menos agitação em casa e pela manhã; mais no trabalho e em interações em grupo), ativação corporal (coração acelerado, suor), preocupação com a avaliação alheia e dúvida sobre como agir, além de preocupação com o trabalho mesmo fora dele. Essas são hipóteses derivadas de um único trecho e precisariam ser verificadas com o cliente, mediante exploração de sequências específicas, do que ocorre antes e depois dos episódios e dos efeitos sobre o trabalho e as relações. Tarefas entre as sessões, como a observação sugerida pelo terapeuta, podem fornecer dados para essa formulação. Elas devem ser escolhidas pela relação com o objetivo do cliente, e não por serem técnicas conhecidas.

A.9 Limites do caso

O trecho não mostra triagem, avaliação de risco, duração e impacto da queixa, história do cliente nem a construção de um objetivo de atendimento. Por isso, a classificação do quadro como ansiedade social, feita pelo terapeuta com base em um único relato, deve ser entendida como hipótese de trabalho e não como diagnóstico. A simulação ilustra uma pergunta específica da SFBT e o tipo de informação que ela pode produzir, mas não permite avaliar a eficácia da técnica nem da articulação com a PBT.