

UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E ARTES
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA BEATRIZ DA SILVA GONDIM
RENATA PANNAIN DA GAMA SANTOS

**PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL:
DESAFIOS E IMPLEMENTAÇÕES**

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
2025

ANA BEATRIZ DA SILVA GONDIM
RENATA PANNAIN DA GAMA SANTOS

**PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL:
DESAFIOS E IMPLEMENTAÇÕES**

Relatório Final apresentado como parte das exigências da disciplina Trabalho de Graduação II à Banca Examinadora do Curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Artes da Universidade do Vale do Paraíba.

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Serpa

São José dos Campos

2025

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Gondim , Ana Beatriz da Silva
Prática Baseada em Evidências em Psicologia Clínica no
Brasil: Desafios e Implementações / Ana Beatriz da Silva Gondim
; orientadora, Profa. Dra. Fabíola Garcia-Serpa. - São José dos
Campos, SP, 2025.
65 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Universidade do Vale
do Paraíba, São José dos Campos. Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Prática Baseada em Evidências em
Psicologia. 3. Clínica Psicológica. 4. Avaliação de Evidências.
5. Tomada de decisão clínica. I. Garcia-Serpa, Profa. Dra.
Fabíola , orient. II. Universidade do Vale do Paraíba.
Psicologia. III. Título.

Eu, Ana Beatriz da Silva Gondim , autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em
outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o
usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado
respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de
propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e
profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 17 de Dezembro de 2025.

Autor(a) da Obra

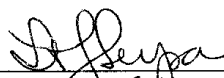
Data da defesa: ____/____/____

Ana Beatriz da Silva Gondim
Renata Pannain da Gama Santos

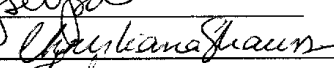
Prática Baseada em Evidências em Psicologia Clínica no Brasil: Desafios e Implementações

Relatório final de pesquisa aprovado como parte das exigências da disciplina Trabalho de Graduação II do curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Artes da Universidade do Vale do Paraíba, pela seguinte banca examinadora:

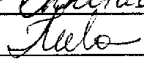
Profa. Dra. Fabíola Serpa (UNIVAP)



Profa. Dra. Christiana V. de A. Strauss (UNIVAP)



Ma. Thamires Vieira Martins de Melo (UNIVAP)



Nota: 10,0 (dez)

Profa. Dra. Ana Enedi Prince Silva
Diretora da Faculdade de Educação e Artes – FEA/UNIVAP
São José dos Campos, 05 de dezembro de 2025

Dedicamos este trabalho aos nossos pais,
pelo amor incondicional, apoio e incentivo
ao longo de toda a nossa jornada
acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiro a Deus por ter nos mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Aos nossos pais Aurinete Santos, José Emar, Christina Pannain e Ariovaldo Gama que sempre estiveram ao nosso lado nos apoiando ao longo de toda nossa trajetória.

Aos nossos companheiros pela compreensão e paciência demonstrada durante o período do projeto.

Agradecemos a nossa orientadora Profa. Dra. Fabíola Serpa por aceitar conduzir o nosso trabalho de pesquisa.

Também agradecemos aos nossos amigos que sempre nos ajudaram com sua vasta experiência, desde o início deste projeto de pesquisa.

A todos os nossos professores do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Paraíba pela excelência da qualidade técnica de cada um.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização desse trabalho.

“A história da ciência nos mostra que as teorias são perecíveis. Com cada nova verdade revelada, temos uma melhor compreensão da natureza e de nossas concepções, e nossos pontos de vista são modificados.”

Nikola Tesla

RESUMO

A Prática Psicológica Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) representa uma abordagem que integra evidências científicas, experiência clínica e valores dos pacientes para orientar decisões terapêuticas. Este trabalho investigou a atual conjuntura da PBEP na psicologia clínica brasileira, buscando compreender seus fundamentos históricos e epistemológicos, identificar os principais desafios à sua implementação e propor estratégias para sua efetivação no contexto nacional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e revisional, realizada por meio da análise de livros, artigos científicos e documentos institucionais, com base na técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que, embora a PBEP esteja sendo progressivamente discutida no Brasil, sua implementação ainda é limitada por resistências culturais, fragilidades na formação acadêmica e ausência de políticas institucionais adequadas. A pesquisa concluiu que a adoção da PBEP demanda transformações profundas no ensino, supervisão clínica qualificada, acesso a evidências científicas e reconhecimento dos valores éticos envolvidos na prática psicológica. Recomenda-se, portanto, a criação de diretrizes curriculares obrigatórias, políticas de incentivo institucional, fortalecimento da formação continuada e ambientes de prática que favoreçam o uso consciente da ciência.

Palavras-chave: Avaliação de Evidências; Clínica Psicológica; Prática Baseada em Evidências em Psicologia; Tomada de decisão clínica.

ABSTRACT

Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) is an approach that integrates scientific evidence, clinical expertise, and patient values to guide therapeutic decision-making. This study investigated the status of EBPP in Brazilian clinical psychology, aiming to understand its historical and epistemological foundations, identify the main implementation challenges, and propose strategies for its effective adoption in the national context. It is a qualitative, exploratory, review study based on the analysis of books, scientific articles, and institutional documents, using content analysis techniques. The results indicate that although EBPP has been increasingly discussed in Brazil, its implementation remains limited by cultural resistance, weaknesses in academic training, and the absence of adequate institutional policies. The study concludes that adopting EBPP requires profound changes in education, clinical supervision qualified, access to scientific evidence, and recognition of the ethical values involved in psychological practice. Accordingly, it recommends the creation of mandatory curricular guidelines, institutional incentive policies, strengthened continuing education, and practice settings that promote the judicious use of science.

Keywords: Clinical decision-making; Clinical psychology; Evidence appraisal; Evidence-Based Practice in Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMO	Ability, Motivation and Opportunity
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	American Psychological Association
CFP	Conselho Federal de Psicologia
ECR	Ensaio Clínicos Randomizados
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
PBE	Prática Baseada em Evidências
PBEP	Prática Baseada em Evidências em Psicologia
PePSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PICO	Patient/Problem/Population, Intervention, Comparison, Outcome
PICOT	Patient/Problem/Population, Intervention, Comparison, Outcome, Time
ROM	Routine Outcome Monitoring
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC-E	Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS	17
4.1 FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E EPISTEMOLÓGICA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP).....	22
4.2 DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP) NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DO BRASIL.....	31
4.3 RECOMENDAÇÕES PARA APRIMORAR A IMPLANTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP) NA PSICOLOGIA CLÍNICA DO BRASIL	34
4.3.1 Fundamentação Ética, O Processo Dos “Cinco As” E O Modelo Clínico Da PBEP	37
4.3.2 Estratégias e Formas de Implementação da Psicologia Baseada em Evidências (PBEP)	46
4 DISCUSSÃO	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	60

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o campo da saúde mental tem vivenciado uma crescente valorização da integração entre pesquisa científica e prática clínica, movimento que impulsionou a consolidação das Práticas Baseadas em Evidências (PBE). No âmbito da psicologia, seu uso se materializa por meio da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), que propõe a tomada de decisões clínicas a partir da articulação entre as melhores evidências científicas disponíveis, a expertise do profissional e os valores e preferências da pessoa atendida (APA, 2006; Leonardi, 2024).

Essa perspectiva busca promover uma atuação mais ética, eficaz e fundamentada, especialmente em um contexto em que intervenções psicoterapêuticas ainda são, por vezes, guiadas por tradições teóricas, experiências subjetivas ou modelos sem validação empírica robusta. Embora o cenário internacional já tenha avançado consideravelmente na consolidação da PBEP como referencial clínico, no Brasil, a trajetória de sua execução ainda enfrenta inúmeros desafios. A resistência de parte dos profissionais em adotar prática baseada em evidências, muitas vezes sustentada por mitos, desinformação ou apego a modelos tradicionais, compromete a eficácia das intervenções e limita o acesso da população a cuidados fundamentados na ciência (Melnik; Souza; Carvalho, 2014). Formulando-se, assim, a seguinte pergunta: como a PBEP vem sendo implementada na clínica psicológica brasileira e quais são os principais obstáculos e estratégias necessários à sua efetivação no contexto nacional?

Nesse quadro, é comum que a crítica à PBEP se apoie em raciocínios falaciosos, por exemplo, a falácia do poço envenenado, em que se desqualifica previamente a prática rotulando-a como tecnicista ou reducionista, de modo a inviabilizar um exame imparcial do seu conteúdo; o pensamento crítico-reflexivo é antídoto importante contra tal estratégia retórica em contextos de desinformação (Andrade, 2025; Mello *et al.*, 2021).

Essa resistência tende a ser mais acentuada entre profissionais formados antes da popularização da PBEP, revelando lacunas formativas relevantes. Parte dessa resistência decorre, em grande medida, de desinformação e interpretações equivocadas acerca da PBEP. Diversas críticas têm se originado de uma compreensão distorcida que associa a PBEP a um suposto neoliberalismo científico alegando que essa abordagem restringiria o sofrimento psíquico a dados

mensuráveis, tratando o paciente mais como uma unidade quantificável do que como um indivíduo com necessidades singulares. Entretanto, tais críticas refletem, sobretudo, condições sociopolíticas que podem influenciar ou distorcer a aplicação da PBEP, como pressões econômicas ou interesses corporativos, e não fragilidades do modelo em si. Ademais, grande parte das objeções derivam de uma visão positivista da ciência, que considera legítimo apenas o conhecimento mensurável, interpretando a objetividade científica como potencial ameaça à singularidade do ser humano (Andrade, 2025).

Esse cenário de resistência e incompreensão também se reflete na forma como o trabalho do Psicólogo no Brasil é percebido socialmente e muitas vezes culturalmente confundido com práticas alternativas ou complementares que, embora se apresentem como terapêuticas, não são reconhecidas nem regulamentadas como práticas psicológicas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Entre essas, destacam-se a Constelação Familiar, o Reiki, os Florais de Bach, entre outras condutas que carecem de respaldo empírico consistente.

Tal incompreensão revela uma fragilidade na comunicação entre ciência, ética e prática profissional, além de demonstrar a presença de um mercado de pseudociências que se apropriam de discursos psicológicos sem o devido rigor metodológico. A expansão dessas práticas é favorecida por fatores socioculturais e em função da demanda da população por soluções imediatas para redução do sofrimento psíquico, o que evidencia a relevância da PBEP como referencial ético e científico frente à proliferação de intervenções não comprovadas (Da Motta Cezar-Ferreira, 2024).

Considerando a prática da Constelação Familiar, que se popularizou no âmbito jurídico, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Nota Técnica nº 1/2023, posicionou-se formalmente sobre a incompatibilidade dessa técnica com o exercício profissional da Psicologia. O documento aponta que os pressupostos teóricos e metodológicos da Constelação Familiar não possuem sustentação científica, podendo induzir práticas que ferem princípios éticos fundamentais, como o respeito à autonomia e à dignidade das pessoas atendidas. Além disso, a nota técnica alerta para o risco de que a Constelação possa perpetuar padrões conservadores e estereótipos de gênero e família, destoando dos princípios que regem a prática psicológica e os referenciais científicos reconhecidos internacionalmente (CFP, 2023).

Historicamente, a implementação da PBEP emerge como resposta à adoção indiscriminada de intervenções desprovidas de evidência científica, promovendo uma postura profissional fundamentada na validação empírica e na responsabilidade ética. A sistematização de evidências visa assegurar que intervenções psicológicas se baseiem em dados verificáveis e reproduzíveis, reduzindo a influência de crenças pessoais ou modismos terapêuticos. Essa iniciativa contribui não apenas para a consolidação da Psicologia enquanto ciência e profissão, mas também para a proteção e segurança daqueles que recorrem aos serviços psicológicos.

Neste contexto, o presente estudo se justifica pela necessidade de compreender de forma mais aprofundada como a PBEP tem sido implementada na clínica psicológica brasileira, identificando os obstáculos que dificultam sua difusão e propondo caminhos para seu fortalecimento. A adoção crítica da PBEP é fundamental não apenas para garantir maior eficácia e segurança nos tratamentos psicológicos, mas também para valorizar a profissão, reforçar seu compromisso com a ética e aproximar ciência e prática no cuidado com a saúde mental (Melnik, 2024; Leonardi, 2024).

Além disso, frente à escassez de recursos no sistema de saúde brasileiro, torna-se ainda mais urgente adotar práticas que tenham comprovação de benefício, evitando desperdícios e promovendo o uso responsável do conhecimento científico (Melnik, Atallah, 2011).

A partir dessa realidade, este trabalho foi realizado através de uma revisão de literatura especializada e tem como objetivo geral compreender a conjuntura atual da Prática Baseada em Evidência em Psicologia (PBEP) na clínica psicológica brasileira.

2 OBJETIVOS

Considerando o problema de pesquisa apresentado na seção anterior, esta seção tem como finalidade explicitar os objetivos que orientaram o desenvolvimento do estudo. Foram definidos um objetivo geral, que sintetiza a intenção central da investigação, e objetivos específicos, que detalham os desdobramentos necessários para compreender a consolidação da Prática Baseada em Evidências na clínica da psicologia brasileira, bem como seus desafios e possibilidades de implementação.

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a consolidação da Prática Baseada em Evidências (PBE) na clínica da Psicologia Brasileira.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Apresentar a fundamentação histórica e epistemológica da PBE em psicologia, explorando suas origens e desenvolvimento no contexto da prática clínica;
- B. Analisar os principais desafios e estratégias adotadas para a implementação da Prática Baseada em Evidências (PBE) na psicologia clínica no Brasil, considerando fatores culturais e educacionais;
- C. Propor recomendações e estratégias para melhorar a implementação da PBE na psicologia clínica brasileira, com base nas evidências científicas e experiências relatadas pela literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, pois busca compreender, por meio da análise de conteúdos teóricos e contextuais, como a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) tem sido discutida, compreendida e aplicada no campo da psicologia clínica no Brasil. Além disso, apresenta também um caráter exploratório, uma vez que se propõe a investigar um tema ainda em processo de desenvolvimento e consolidação na área psicológica brasileira, levantando informações que podem contribuir para futuras pesquisas e práticas profissionais.

Trata-se de uma pesquisa de literatura, entendida, segundo Gil (2002), como aquela desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, podendo inclusive ser realizada exclusivamente a partir de fontes bibliográficas em estudos exploratórios ou de análise de posições sobre um problema fundamentada em fontes secundárias, como livros, artigos científicos, diretrizes institucionais e documentos oficiais, especialmente aqueles que discutem a origem, os fundamentos epistemológicos, os desafios de implementação e as recomendações relacionadas à PBEP na psicologia clínica e de modo abrangente. As obras foram selecionadas a partir de bases de dados científicas como SciELO, LILACS, PePSIC e Google Acadêmico.

Foram utilizados descritores (DeCS/MeSH) e termos de busca não controlados, tais como: “Psicologia Baseada em Evidências”, “Prática Baseada em Evidências”, “Psicologia clínica”, “implementação”, “competências profissionais”, “barreiras à implementação”, “Evidence-Based Practice” e “Evidence-Based Psychology”. Os termos foram combinados por operadores booleanos, empregando-se AND para articular conceitos centrais (por exemplo, “Psicologia Baseada em Evidências” AND “implementação”), OR para agregar sinônimos e termos relacionados (“Evidence-Based Psychology” OR “Evidence-Based Practice”) A expressão geral de busca adotada foi: (“Psicologia Baseada em Evidências” OR “Prática Baseada em Evidências” OR “Evidence-Based Practice”) AND (“Psicologia clínica” OR “competências profissionais” OR “clinical practice”), o que permitiu limitar, ampliar e refinar a seleção de estudos de acordo com os objetivos da pesquisa. Foram priorizadas publicações dos últimos 20 anos, sem desconsiderar autores clássicos quando essenciais para a fundamentação teórica do tema e fontes adicionais.

O critério de seleção dos materiais seguiu a relevância para os objetivos da pesquisa, priorizando fontes que abordem diretamente a prática baseada em evidências na psicologia, sua aplicação clínica e os obstáculos enfrentados no contexto brasileiro. Para a análise do conteúdo, foi utilizada a análise temática de abordagem qualitativa, com o objetivo de identificar categorias centrais que emergem da literatura revisada. Os dados coletados foram organizados e interpretados a partir de categorias pré-estabelecidas, como: fundamentos históricos e epistemológicos, barreiras à implementação e estratégias com recomendações práticas.

Segundo Minayo (2014, p. 316), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”. Essa técnica possibilita uma leitura crítica, aprofundada e sistematizada do material analisado, contribuindo para uma melhor compreensão dos sentidos construídos em torno da PBE na psicologia clínica brasileira.

A partir desses procedimentos, o material selecionado foi submetido à análise temática, permitindo a identificação de três eixos principais de discussão, diretamente relacionados aos objetivos específicos do estudo. Os resultados foram organizados com base nesses eixos e são apresentados na seção a seguir.

4 RESULTADOS

A partir dos critérios de inclusão e exclusão descritos na metodologia, a pesquisa de indicadores resultou em um corpus composto por 58 obras, sendo 30 artigos científicos e 18 livros e capítulos de livros, além de 6 documentos institucionais (leis, diretrizes e notas técnicas), 2 trabalhos acadêmicos (dissertação e tese) e 2 outros materiais (como palestra e texto de divulgação científica).

A análise temática desse material resultou em três eixos principais: a fundamentação histórica e epistemológica da PBEP, evidenciando sua origem na medicina baseada em evidências e sua adaptação à psicologia, com ênfase nos três pilares (melhor evidência disponível, expertise clínica e valores do cliente). Os desafios para a implementação da PBEP na clínica psicológica brasileira, que envolvem resistências culturais e conceituais, lacunas na formação, persistência de práticas sem respaldo empírico e tensões com o modelo de funcionamento da saúde suplementar. Por último, as recomendações para aprimorar a implementação da PBEP, que apontam para a necessidade de reformas curriculares na graduação e pós-graduação, fortalecimento da supervisão e do monitoramento de resultados, ampliação do acesso às evidências científicas e criação de políticas institucionais e regulatórias que sustentem, no cotidiano dos serviços e dos planos de saúde, uma prática clínica orientada eticamente por evidências e pelas necessidades singulares dos usuários.

Para contextualizar, será descrito, com base nos achados a origem da PBE (conceito geral) e PBEP (conceito específico da psicologia), seus pilares e significados. A origem da PBEP está relacionada ao movimento internacional da Prática Baseada em Evidências (PBE), iniciado na medicina na década de 1990, com o objetivo de aproximar as decisões clínicas dos resultados de pesquisas científicas. Com o passar dos anos, esse movimento foi incorporado por outras áreas da saúde, incluindo a psicologia. No entanto, antes disso, em 1952, o psicólogo Hans Eysenck já havia contribuído para esse debate ao questionar, com base em estudos empíricos, a eficácia das psicoterapias existentes. Sua crítica impulsionou novas pesquisas sobre o impacto real das intervenções psicológicas, abrindo espaço para a construção de uma prática mais fundamentada.

A partir desses questionamentos, a psicologia passou a investigar com mais profundidade os fatores que influenciam os resultados terapêuticos. Destacam-se, entre eles, os chamados fatores comuns, como a qualidade da relação entre terapeuta e cliente, e os fatores específicos, que dizem respeito às técnicas próprias de cada abordagem. A *American Psychological Association* (APA) teve papel importante nesse processo, promovendo estudos, publicações e revisões que ajudaram a definir os tratamentos considerados empiricamente sustentados (APA, 2006).

De acordo com Melnik, De Souza e De Carvalho (2014), a PBEP orienta a tomada de decisões clínicas a partir das evidências científicas mais confiáveis, como revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados. Essa prática também valoriza a experiência do profissional, especialmente em situações em que ainda não há evidências suficientes, e considera essencial a escuta atenta às necessidades e escolhas de quem está em atendimento. Além disso, propõe um processo organizado de tomada de decisão, que envolve cinco etapas que serão: formular perguntas baseadas nas demandas clínicas, buscar as melhores evidências, avaliá-las criticamente, aplicá-las à prática e, por fim, avaliar os resultados.

Apesar dos avanços, tanto no cenário internacional quanto no Brasil, a adoção da PBEP ainda enfrenta desafios. Muitos psicólogos continuam priorizando sua experiência pessoal ou práticas consolidadas, o que pode dificultar a integração com os dados científicos. Essa resistência é alimentada por receios de que a ciência limite a liberdade clínica ou desvalorize o saber subjetivo. Ainda assim, há um movimento crescente no país para promover a PBEP, por meio da inclusão do tema em disciplinas universitárias, da publicação de livros, como “Prática da Psicologia Baseada em Evidências” (Melnik, 2024), e da realização de eventos acadêmicos voltados à discussão dessa abordagem (Melnik; De Souza; De Carvalho, 2014).

O primeiro e talvez mais amplamente debatido pilar da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) refere-se ao uso das melhores evidências científicas disponíveis para orientar a prática clínica. Esse componente constitui a base epistemológica da PBEP, pois representa o compromisso ético da psicologia com a produção, interpretação e aplicação de conhecimentos empiricamente validados no processo terapêutico. A evidência, nesse contexto, não se resume a dados quantitativos, mas se refere à integração de achados robustos, obtidos por meio de metodologias científicas rigorosas, que possibilitam compreender, prever e intervir sobre os fenômenos psicológicos com maior segurança.

Segundo Russell M. Bauer (2007), as melhores evidências científicas são aquelas derivadas de métodos de pesquisa sistemáticos, especialmente os ensaios clínicos randomizados (ECRs), meta-análises e revisões sistemáticas. O autor destaca que a qualidade da evidência deve ser avaliada de acordo com critérios como validade interna, controle de viés, replicabilidade e relevância clínica. Bauer (2007) também enfatiza que, na prática psicológica, é preciso considerar a transferência dessas evidências do ambiente controlado da pesquisa para o contexto clínico real, o que exige sensibilidade para as particularidades dos sujeitos atendidos. Ele alerta que evidência não é sinônimo de rigidez protocolar, mas de fundamentação teórica e empírica, passível de adaptação à singularidade de cada caso.

Complementando essa visão, Gil (2008) argumenta que a identificação das melhores evidências exige não apenas acesso a bases de dados científicas, mas também o desenvolvimento de habilidades de busca e avaliação crítica por parte do profissional. A autora ressalta a importância de se distinguir níveis de evidência, hierarquizando estudos observacionais, estudos de coorte, ensaios clínicos e revisões sistemáticas, para garantir que a prática esteja sustentada por resultados confiáveis. Gil também chama atenção para a necessidade de integrar as evidências ao processo de decisão clínica de forma dinâmica, especialmente em situações nas quais os dados científicos são limitados ou inconclusivos. Nesses casos, o profissional deve se apoiar em diretrizes clínicas consensuais, somadas ao raciocínio clínico e ao diálogo com o paciente.

Já Lilienfeld, Ammirati e David (2013) oferecem uma crítica construtiva ao modo como o conceito de evidência é muitas vezes mal interpretado por psicólogos clínicos. Os autores observam que há uma tendência na profissão de rejeitar o uso da ciência por receio de que ela reduza a complexidade da experiência humana. Para eles, no entanto, essa visão é equivocada: a ciência não é um sistema normativo que impõe condutas, mas um instrumento de aferição da realidade que aprimora a prática clínica. Lilienfeld *et al.* (2013) defendem que evidências devem ser entendidas como ferramentas para aumentar a probabilidade de sucesso terapêutico, e não como verdades absolutas. Eles ainda propõem uma avaliação constante das práticas utilizadas, a partir de indicadores objetivos de resultado (como medidas padronizadas de sintomas e qualidade de vida), a fim de validar sua eficácia no contexto específico de cada atendimento.

É importante destacar que esse pilar da PBEP não deve ser interpretado como um modelo de aplicação mecânica de técnicas empiricamente sustentadas. Ao contrário, trata-se de uma postura científica que busca reduzir o uso de práticas ineficazes ou pseudocientíficas na psicologia clínica. Tal perspectiva está alinhada ao compromisso social da psicologia em oferecer intervenções que realmente funcionem. Nesse sentido, o papel das evidências é orientar o profissional no que diz respeito à seleção e adaptação das intervenções, servindo como um norte confiável para a tomada de decisões clínicas (Melnik, 2024).

A expertise clínica constitui um dos pilares fundamentais da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) e refere-se à competência profissional do psicólogo em integrar evidência científica, julgamento clínico e contexto do cliente de modo flexível e adaptado. Como observa Spring (2007), a PBEP demanda que o psicólogo atue não apenas como aplicador de tratamentos empiricamente sustentados, mas como criador, sintetizador e usuário de evidências dentro de sua área de expertise clínica, ou seja, que saiba formular perguntas clínicas, acessar e interpretar a literatura, e aplicar esse conhecimento à singularidade de cada cliente Spring (2007).

Já Wampold (2015) enfatiza que a eficácia da psicoterapia depende significativamente da expertise do terapeuta, sobretudo através de sua responsividade, isto é, sua capacidade de ajustar as intervenções ao estilo, cultura, valores e preferências do cliente, bem como construir aliança terapêutica e gerar expectativas de mudança. O autor argumenta que a técnica por si só é menos determinante do que o uso habilidoso da técnica no contexto relacional e clínico adequado.

Goodyear et al. (2017) aprofundam essa noção ao definir que a expertise clínica verdadeira implica um melhor desempenho ao longo do tempo, alcançado por meio de prática deliberada, supervisão contínua e reflexividade profissional. Eles destacam que o simples acúmulo de anos de experiência não garante expertise; ao contrário, é a melhoria constante e a adaptação que caracterizam um terapeuta experiente e eficaz.

Em conjunto, essas perspectivas substanciam que o pilar da expertise clínica na PBEP não se resume a ter experiência ou seguir manual, mas que envolve competências avançadas: capacidade de formular e adaptar intervenções, julgamento clínico sensível à evidência e à pessoa atendida, autoavaliação, supervisão e

aprendizagem contínua. Essa dimensão torna possível que a evidência científica seja efetivamente traduzida em prática personalizada e que o cliente seja atendido de forma mais segura, eficaz e ajustada ao seu contexto. Portanto, a expertise clínica é o eixo que transforma o conhecimento em prática com qualidade clínica (Leonardi; Emerich-Geraldo, 2024; *American Psychological Association*, 2006).

O terceiro pilar da PBEP focaliza a necessidade de que as decisões clínicas não sejam feitas apenas com base em evidências científicas e expertise profissional, mas também levando em conta os valores, preferências, cultura, objetivos e contexto singular da pessoa atendida. Esse aspecto assume importância crítica porque reconhece o cliente como agente do processo terapêutico, cujo modo de vida, crenças, expectativas e condições específicas influenciam tanto a adesão ao tratamento quanto seus resultados.

Segundo o relatório da *American Psychological Association* (APA), a Prática Baseada em Evidências exige que o terapeuta considere as metas do cliente, comentários sobre formas de intervenção que lhe pareçam aceitáveis, e seu contexto cultural ou vivencial. Em outras palavras, a PBEP não é simplesmente averiguar qual tratamento realmente funciona, mas qual tratamento funciona para essa pessoa, em sua vida, com essas circunstâncias.

Em linha com essa perspectiva, a revisão sistemática de Tringale *et al.* (2022), embora originada no campo da saúde em geral, oferece insights valiosos para a Psicologia. Essa definição reforça que valores são mais amplos que meras preferências: envolvem crenças profundas, expectativas de vida, e o modo como a pessoa entende o cuidado. A pesquisa concluiu que profissionais de saúde competentes incorporam valores do cliente em quatro domínios principais: preocupação pelo indivíduo como pessoa, competências para integrar valores no cuidado, comunicação efetiva e congruência entre abordagem e preferências do cliente. Essas dimensões dialogam diretamente com a Psicologia Clínica, onde a aliança terapêutica, o respeito à autonomia e a adaptação cultural são fundamentais.

Outra contribuição relevante é o artigo de Kelly (2015). A autora argumenta que, embora o movimento de evidência científica enfatize métodos rigorosos, a valorização da ciência muitas vezes negligencia que valores infundem a ciência em todos os níveis. Nesse artigo, evidencia-se como as decisões sobre quais tratamentos investigar, como priorizar intervenções e como aplicar evidências, são permeadas por escolhas normativas e éticas. No contexto da PBEP, isso significa que o pilar dos

valores não é apenas adorno ou secundário: é estrutural. Ele assegura que a ciência e a expertise sejam orientadas para a pessoa e não para protocolos rígidos.

Na Psicologia Clínica, integrar os valores do cliente implica diversos componentes práticos: explorar as expectativas que o cliente tem em relação à mudança, discutir as formas de intervenção que ele considera aceitáveis (por exemplo, no que diz respeito a técnicas ou duração do tratamento), considerar seu nível socioeconômico, cultural ou linguístico, bem como adaptar a intervenção ao estilo de vida e às limitações práticas que ele enfrenta. Essa adaptação torna a PBEP verdadeiramente centrada no cliente, permitindo que as evidências e a expertise sejam moldadas para atender o sujeito singular (*American Psychological Association*, 2006; Kelly, 2015; Tringale *et al.*, 2022).

Portanto, ao reconhecer esse pilar, a PBEP reforça o compromisso ético do psicólogo em respeitar a autonomia, proporcionar escolhas informadas e envolver o cliente em decisões terapêuticas compartilhadas. A pessoa atendida deixa de ser um receptor passivo de técnicas e passa a ser coautora da intervenção, o que favorece engajamento, adesão, satisfação e, possivelmente, melhores resultados terapêuticos. Assim, o pilar dos valores, preferências e características do cliente completa a tríade da PBEP e legitima a prática clínica como ciência aplicada, responsabilidade profissional e cuidado centrado na pessoa.

Ao escolher a PBEP como base teórica, esta pesquisa reconhece a importância de dialogar com outras correntes da psicologia. No entanto, parte do entendimento de que o compromisso com a produção científica, com a escuta clínica qualificada e com o cuidado centrado na pessoa atendida são pilares fundamentais para a construção de uma prática mais ética, responsável e alinhada às necessidades da sociedade.

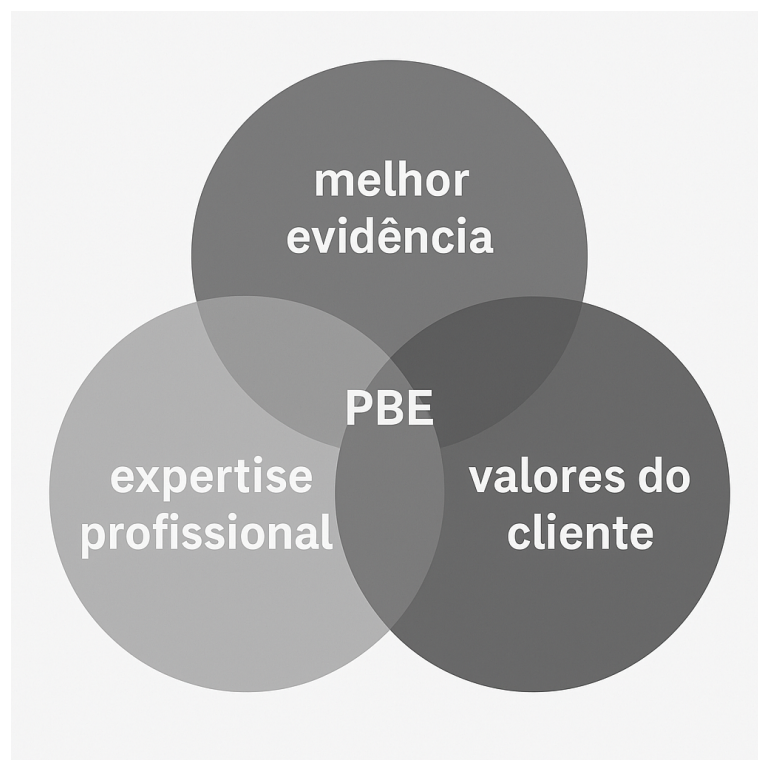
4.1 FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E EPISTEMOLÓGICA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP)

A Prática Baseada em Evidências (PBE) constitui um paradigma relativamente recente na história da psicologia, tendo suas origens no campo da medicina, mais especificamente na epidemiologia clínica desenvolvida na Universidade *McMaster*, no Canadá, no início da década de 1990. Esse movimento propôs uma mudança no modo como as decisões clínicas eram tomadas, priorizando o uso sistemático e crítico dos

achados de pesquisa para orientar condutas profissionais (Melnik; Souza; Carvalho, 2014).

Inspirada nesse modelo, a psicologia passou a incorporar a proposta de uma prática fundamentada cientificamente, buscando integrar a melhor evidência disponível com a experiência clínica do profissional e as características, valores e preferências dos clientes (American Psychological Association, 2006). Nesse sentido, a PBE em psicologia, também conhecida como Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), não visa substituir a escuta clínica ou o julgamento profissional, mas sim ampliar e qualificar as decisões por meio do diálogo com o conhecimento científico acumulado. A seguir, apresenta-se uma representação gráfica que sintetiza esses três pilares da PBE:

Figura 1: Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP): integração entre melhor evidência científica, expertise profissional e valores do cliente.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Leonardi (2024).

Historicamente, o debate sobre a eficácia das psicoterapias começou a ganhar força a partir do estudo de Eysenck, em 1952, que, ao revisar 19 pesquisas da época, concluiu que os resultados terapêuticos obtidos não seriam superiores à melhora espontânea ao longo do tempo. Esse estudo provocou forte impacto e mobilizou

pesquisadores a buscar evidências mais robustas sobre os efeitos das intervenções psicoterápicas (Leonardi; Meyer, 2015).

Nas décadas seguintes, pesquisas como as de Smith, Glass e Miller (1980) e Luborsky *et al.* (1975) reforçaram a eficácia da psicoterapia, destacando a relevância dos chamados fatores comuns, como a relação terapêutica, a empatia do profissional e as expectativas do cliente, sobre os fatores específicos de cada abordagem. Esse achado fomentou discussões epistemológicas importantes sobre o que exatamente torna uma intervenção eficaz, contribuindo para a ampliação do conceito de evidência na Psicologia (Leonardi; Meyer, 2015). A compreensão sobre o que são evidências científicas e como elas funcionam na prática clínica é essencial para o entendimento da Prática Baseada em Evidências.

Evidências científicas são obtidas por meio da observação sistemática e controlada, podendo incluir dados quantitativos e qualitativos. Elas são utilizadas para validar ou refutar hipóteses e são essenciais para a tomada de decisões na prática clínica. É importante lembrar que as evidências são oriundas de processos humanos de inquirição, análise e investigação, o que significa que são produto de um processo de interpretação que faz conexões com um conhecimento de fundo. (Leonardi, 2024, p. 3).

A hierarquização das fontes de conhecimento científico por meio da chamada pirâmide das evidências constitui recurso didático importante para apoiar a tomada de decisão clínica fundamentada, uma vez que explicita que nem todos os delineamentos de pesquisa oferecem o mesmo grau de confiança e controle de vieses. Freire (2024), ao apresentar esse modelo, organiza as evidências em seis níveis, do mais robusto para o menos robusto, adotando uma estrutura próxima àquela consagrada na medicina baseada em evidências e posteriormente incorporada pelas ciências da saúde (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

No topo da pirâmide estão as revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos randomizados, bem como os ECRs (Estudos Clínicos Randomizados) de grande porte, pois combinam alta validade interna (decorrente da randomização e do controle) com síntese cumulativa de resultados, produzindo, assim, o que o autor denomina as evidências mais fortes para apoiar intervenções e recomendações clínicas. Nessas modalidades de estudo, a alocação aleatória reduz de forma significativa o risco de equívocos, a metanálise amplia o poder estatístico ao agregar diversos estudos semelhantes, razão pela qual esse nível é considerado o padrão-ouro da evidência científica (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Logo abaixo situam-se os ensaios clínicos randomizados bem conduzidos de menor porte e as metanálises deles derivadas. Embora mantenham o princípio metodológico, comparação entre grupos equivalentes por randomização, podem ter amostras menores ou alguma limitação de generalização, motivo pelo qual aparecem em nível inferior ao das grandes metanálises. Ainda assim, continuam sendo estudos de intervenção com controle adequado e, portanto, de alta confiabilidade para orientar práticas clínicas (Freire, 2024; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b). Em seguida posiciona-se os estudos de coorte bem conduzidos e, quando disponíveis, as metanálises de coortes. Trata-se de delineamentos observacionais em que grupos são acompanhados ao longo do tempo, comparando-se expostos e não expostos ou diferentes categorias de risco. Embora não tenham randomização, permitem avaliar associação temporal e estimar risco relativo em condições de prática real, sendo particularmente úteis para investigar prognóstico e fatores associados a desfechos em saúde. Por apresentarem maior vulnerabilidade a vieses de confundimento do que os ECRs, ocupam uma posição intermediária na pirâmide (Freire, 2024; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Abaixo das coortes aparecem os estudos de caso-controle bem conduzidos, importantes para investigar desfechos raros ou situações em que não é possível acompanhar grandes populações por longos períodos. Esses estudos comparam sujeitos que já apresentam o desfecho (experimentais) com sujeitos que não apresentam (controles) e investigam retrospectivamente exposições que possam explicar a diferença entre os grupos. Apesar de úteis e frequentes na prática epidemiológica, são mais suscetíveis a vieses de memória e de seleção, motivo pelo qual não alcançam o mesmo peso das coortes na hierarquia da evidência (Freire, 2024; BRASIL, 2014a).

Nos níveis inferiores, se agrupam os estudos pobremente controlados ou não controlados, incluindo ensaios clínicos com falhas metodológicas graves, estudos observacionais com alto potencial de viés e séries de casos. Esses delineamentos podem ter valor exploratório, sobretudo para geração de hipóteses ou descrição inicial de intervenções, mas não permitem afirmar causalidade ou eficácia com segurança, uma vez que não conseguem isolar o efeito da intervenção de fatores externos, da história natural do quadro ou de regressão à média. Por isso, são classificados como evidências de menor força e devem ser usados com cautela em decisões clínicas (Freire, 2024; BRASIL, 2014b).

Na base da pirâmide está a opinião de especialistas, que, embora tenha relevância prática, especialmente em temas novos, raros ou pouco estudados, depende fortemente do julgamento individual e não passa por controle sistemático de viés, o que justifica sua posição inferior na gradação. Freire (2024) ressalta que diferentes propostas de classificação podem variar na terminologia e no número de níveis, mas convergem quanto à ideia central: quanto maior o controle metodológico e a possibilidade de síntese entre estudos de boa qualidade, maior o peso daquela evidência na tomada de decisão; quanto mais a informação depender apenas de experiência e julgamento clínico, menor deve ser seu peso relativo (BRASIL, 2014b).

Importa destacar que não se propõe essa pirâmide como instrumento para descartar evidências de níveis inferiores, mas como guia para que o profissional de saúde e, por extensão, o psicólogo que pretende atuar segundo a Prática Baseada em Evidências saiba qual evidência deve prevalecer quando há informação conflitante. Assim, na presença de uma revisão sistemática de ECRs, ela deve orientar a conduta; na ausência dela, recorrem-se a coortes e caso-controle; somente na falta desses é que a opinião de especialistas passa a ter papel decisivo. Esse modo de organizar as fontes de conhecimento torna a decisão clínica mais transparente e coerente com o princípio, central na PBEP, de que a melhor evidência disponível deve ser integrada à expertise do profissional e às características, valores e preferências da pessoa atendida (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Para fins didáticos, a hierarquia das fontes de evidência utilizada neste estudo pode ser sintetizada na pirâmide apresentada na Figura 2, que organiza os delineamentos segundo sua robustez metodológica, partindo das revisões sistemáticas com metanálise até os relatos ou séries de casos, em consonância com (Freire 2024; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Figura 2: Elaboração das autoras com base em Freire (2024). A figura foi adaptada para fins didáticos, mantendo-se a hierarquia proposta pelo autor e ajustando-se a nomenclatura para o contexto da PBEP.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Freire (2024).

Quanto a discussão referente aos fatores em psicoterapia, os defensores dos fatores específicos argumentaram que técnicas e procedimentos próprios de cada modelo teórico também exercem papel fundamental na mudança terapêutica. Em resposta à necessidade de maior rigor científico, a APA, por meio da Divisão 12 *Society of Clinical Psychology* (Sociedade de Psicologia Clínica), estabeleceu uma força-tarefa em 1993 para identificar os chamados tratamentos empiricamente sustentados. Essa iniciativa visava não apenas à validação de práticas clínicas, mas também ao desenvolvimento de manuais, critérios diagnósticos padronizados e diretrizes de formação profissional baseadas em evidências (Leonardi, 2024).

Essa divisão teve papel central na sistematização de critérios para validação empírica das intervenções clínicas, buscando aliar rigor metodológico à prática terapêutica. Em 1993, a Divisão 12 instituiu a *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (Força-Tarefa para a Promoção e Disseminação de Procedimentos Psicológicos), que introduziu classificações como tratamentos bem estabelecidos e provavelmente eficazes, com base em evidências

oriundas de ensaios clínicos randomizados, replicações independentes e uso de manuais terapêuticos (Chambless; Hollon, 1998).

Essa iniciativa representou um marco para a Psicologia Clínica ao propor que a seleção de intervenções fosse pautada por critérios objetivos de eficácia. No entanto, gerou também críticas sobre uma possível redução do processo terapêutico à aplicação técnica de protocolos. Com isso, emergiu um intenso debate entre os defensores dos chamados fatores específicos, vinculados às técnicas e abordagens teóricas, e os defensores dos fatores comuns, que valorizam elementos transversais a diferentes modalidades de psicoterapia.

A noção de fatores comuns remonta à década de 1930, com Rosenzweig (1936), e foi amplamente desenvolvida nas décadas seguintes, e, mais recentemente, Bruce Wampold. A partir de suas meta-análises, Wampold (2015) argumenta que variáveis como a aliança terapêutica, a empatia, as expectativas positivas e o vínculo interpessoal explicam uma parcela significativa dos resultados terapêuticos, mais do que os métodos específicos utilizados.

A evidência acumulada demonstra que fatores como a qualidade da aliança terapêutica, o estabelecimento de metas colaborativas, e a resposta empática do terapeuta são preditores mais robustos de resultados do que os métodos específicos empregados (Wampold, 2015, p. 273).

Por outro lado, os fatores específicos permanecem valorizados em contextos de pesquisa controlada, especialmente quando se trata de intervenções focalizadas como as terapias cognitivo-comportamentais para transtornos específicos, cujas técnicas são testadas em ensaios clínicos com rigor metodológico (Chambless; Ollendick, 2001).

Essa dualidade entre fatores comuns e específicos culminou na formulação de um modelo integrativo pela própria APA, por meio da proposta da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP). A PBEP reconhece que a prática clínica deve ser sustentada tanto por evidências empíricas quanto por aspectos relacionais e contextuais. Assim, esse modelo contempla os avanços da pesquisa psicoterapêutica, sem negligenciar a complexidade do encontro clínico. Portanto, conhecer o percurso histórico da Divisão 12 e o desenvolvimento das discussões sobre os fatores terapêuticos permite compreender os alicerces epistemológicos da PBEP e justifica a escolha deste modelo como referencial para a presente pesquisa.

Além das influências históricas e epistemológicas já abordadas, é fundamental destacar que a construção da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) também representa uma tentativa de superar uma antiga dicotomia entre ciência e prática na psicologia. De acordo com Leonardi (2024) por muito tempo, a escolha de intervenções clínicas foi guiada quase exclusivamente por preferências teóricas e pela experiência pessoal dos profissionais, sem exigência de comprovação empírica sistemática da eficácia das abordagens adotadas.

Essa distância entre o fazer clínico e o conhecimento científico produzido nas universidades gerou críticas internas e externas à psicologia, especialmente no que diz respeito à legitimidade da profissão e à sua contribuição para a saúde pública. Nesse contexto, a PBEP surge como um esforço para articular essas dimensões, valorizando a produção científica sem desconsiderar os saberes da prática (Melnik, 2024)

Rousseau e Gunia (2016) reforçam essa perspectiva ao destacar que a PBEP se baseia em uma filosofia integradora de conhecimento, que busca atender simultaneamente aos critérios de eficácia (resultado em condições ideais), efetividade (resultado em condições reais), eficiência (uso racional de recursos) e segurança (minimização de riscos ao cliente). Essa filosofia exige do psicólogo não apenas domínio técnico, mas também pensamento crítico e reflexivo, capaz de avaliar contextualmente as evidências disponíveis e aplicá-las de forma ética e ajustada às demandas singulares dos sujeitos atendidos.

Epistemologicamente, a PBEP se ancora em uma visão pragmática e integradora da produção de conhecimento, reconhecendo que o saber científico, ainda que essencial, deve ser constantemente reinterpretado à luz da complexidade do sujeito, do contexto cultural e da prática clínica. Como destacam Andrade da Silva e Otta (2013), a proposta não ignora a subjetividade nem a experiência acumulada dos profissionais, mas propõe um uso responsável da ciência, com vistas à maior efetividade, eficiência e segurança nas intervenções.

Ainda que a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) tenha se consolidado como um modelo de integração entre ciência e prática, suas bases epistemológicas permanecem relativamente pouco discutidas de forma explícita na literatura psicológica. Conforme aponta Campbell (2018), a epistemologia, entendida como o estudo da natureza, origem e validade do conhecimento, deve ser considerada na análise dos fundamentos que sustentam a PBE, pois envolve questões cruciais

como os critérios de verdade, a relação entre crença e justificação e a própria definição do que conta como “evidência válida” em ciência.

A autora observa que o modelo conceitual da PBEP herda, da Medicina Baseada em Evidências (MBE), uma orientação epistemológica fortemente empirista, privilegiando o conhecimento derivado da experiência empírica, especialmente aquele proveniente de métodos quantitativos e controlados. A estrutura hierárquica das evidências, adotada por esse modelo, exemplifica esse viés, ao posicionar revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados no topo da confiabilidade científica. Ainda que essa hierarquia possa ser útil como referência, ela também pode ocultar o papel que valores normativos desempenham na definição do que é considerado boa ciência (Campbell, 2018).

Contrariando uma perspectiva idealizada de ciência como isenta de valores, Campbell (2018) argumenta que decisões sobre quais tipos de evidência priorizar, quais metodologias utilizar e quais fenômenos investigar são, em última instância, permeadas por valores, sejam eles éticos, sociais ou práticos. A suposição de que o conhecimento empírico é inerentemente superior ao teórico ou conceitual representa, portanto, uma escolha valorativa, muitas vezes não explicitada nos documentos que norteiam a PBEP.

Essa crítica se alinha à perspectiva de Douglas (2009), segundo a qual os valores desempenham papéis inevitáveis e, por vezes, necessários na prática científica. O problema, portanto, não está na presença de valores, mas na ausência de um reconhecimento transparente sobre como e onde esses valores influenciam o processo de construção do conhecimento. Ao ignorar esse aspecto, o modelo da PBE corre o risco de reforçar uma falsa ideia de neutralidade, que pode mascarar alianças ideológicas e distorcer interpretações científicas.

Do ponto de vista epistemológico, isso sugere que a PBEP não deve ser vista apenas como uma metodologia de aplicação técnica da ciência, mas como um modelo conceitual que envolve escolhas filosóficas e normativas. O desafio, segundo Campbell (2018), é ampliar o debate epistemológico dentro da Psicologia Baseada em Evidências, reconhecendo que o valor da evidência não está apenas em sua fonte ou método de origem, mas também na sua relevância prática, no contexto do cliente e na coerência teórica com a intervenção proposta.

Essa discussão fortalece o argumento de que a Prática Psicológica Baseada em Evidências deve ser construída sobre um diálogo contínuo entre epistemologia,

metodologia e ética, considerando a pluralidade dos saberes e a complexidade do fenômeno humano. Com isso, reforça-se a ideia de que a PBEP é não apenas uma técnica de validação empírica, mas um modelo comprometido com a produção crítica e responsável de conhecimento aplicado à realidade clínica.

Dessa forma, a Prática Baseada em Evidências em Psicologia representa não apenas um conjunto de técnicas, mas um posicionamento ético e epistemológico que busca estreitar a distância entre ciência e prática, promovendo uma atuação psicológica mais responsável, crítica e alinhada às necessidades da população.

4.2 DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP) NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DO BRASIL

A implementação da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) no Brasil ainda enfrenta inúmeros desafios, especialmente relacionados à desinformação, mitos persistentes e resistências teóricas e institucionais. Embora haja um reconhecimento crescente sobre a importância dessa abordagem para a qualificação da prática clínica, muitos psicólogos ainda apresentam uma compreensão equivocada sobre seus princípios e aplicações. Segundo Melnik, Souza e Carvalho (2014), uma das fontes centrais de resistência à PBEP é a difusão de mitos que deturpam seus fundamentos. Entre os principais equívocos está a ideia de que ela desconsidera a experiência clínica do profissional ou que se baseia apenas em protocolos rígidos, comparáveis a "receitas prontas" que ignoram a singularidade de cada cliente. Tais ideias são incompatíveis com a própria definição da prática, que pressupõe a integração entre melhor evidência científica disponível, expertise clínica e valores e preferências do cliente.

Outro fator importante apontado pelos autores é o ceticismo de alguns profissionais e estudantes quanto à aplicabilidade dos resultados da pesquisa na prática clínica. Muitos psicólogos ainda demonstram maior confiança em suas experiências pessoais e na opinião de colegas do que nas evidências empíricas disponíveis. Essa desconfiança, muitas vezes, não decorre de uma postura anticientífica, mas de uma formação deficiente quanto à leitura crítica da literatura e à compreensão do raciocínio clínico fundamentado em evidências (Melnik; Souza; Carvalho, 2014; Leonardi, 2024).

A ausência de conteúdos sobre PBEP nas grades curriculares dos cursos de Psicologia também contribui para essa lacuna. Conforme Melnik, Souza e Carvalho (2014), o ensino da PBEP ainda é pouco sistematizado nas universidades brasileiras, o que compromete tanto a formação técnica quanto a autonomia crítica dos futuros profissionais. A maior parte da produção acadêmica sobre o tema concentra-se em aspectos conceituais e com pouca atenção ao desenvolvimento de habilidades práticas necessárias à sua implementação. Conceitos fundamentais como validade, viés, randomização ou significância clínica muitas vezes não são abordados com profundidade, o que limita a capacidade dos profissionais de aplicar a ciência em sua prática (Leonardi, 2024).

Adicionalmente, a falta de apoio institucional, como a oferta de diretrizes clínicas acessíveis, materiais didáticos e formação continuada, agrava esse cenário. Os autores argumentam que o fortalecimento da PBEP no Brasil depende não apenas de mudanças curriculares, mas também de políticas públicas que promovam sua difusão entre profissionais em exercício, criando ambientes favoráveis à sua aplicação ética e eficaz. (Melnik; Souza; Carvalho, 2014; Leonardi, 2024).

Outro fator apontado por Leonardi (2024) é o excesso de confiança na própria experiência clínica. Há psicólogos que acreditam que sua vivência pessoal na atuação profissional fornece respostas mais confiáveis do que os estudos empíricos, mesmo quando esses estudos são rigorosos. Essa confiança, no entanto, pode ser distorcida por crenças pessoais e vieses cognitivos, o que compromete a avaliação objetiva dos resultados. Além disso, existe o chamado viés do custo afundado. Quando um profissional investiu muitos anos e recursos em determinada abordagem teórica, pode ser difícil reconhecer que existem outras estratégias com maior suporte empírico. Isso faz com que alguns profissionais mantenham práticas que não são as mais eficazes, apenas porque já investiram muito nelas ao longo do tempo.

O estudo com psicólogos brasileiros sobre o uso da Prática Baseada em Evidências em Psicologia, coordenado por Melnik (2024) evidenciou que, embora psicólogos clínicos brasileiros reconheçam a importância da PBEP, poucos receberam treinamento formal para sua aplicação, e ainda menos a utilizam com frequência na prática clínica. Essa lacuna se explica por múltiplos fatores, entre eles o acesso limitado a bancos de dados científicos, a ausência de programas de formação continuada e a escassez de supervisão especializada. Ainda segundo a pesquisa, uma porcentagem considerável dos profissionais afirmou nunca ter ouvido falar dessa

prática durante a graduação, o que aponta para uma grave falha estrutural nos currículos universitários.

Entre os principais desafios para a implementação da PBEP estão os mitos e resistências teóricas que distorcem seu propósito. Muitos psicólogos acreditam equivocadamente que ela ignora a subjetividade do cliente, promove um atendimento mecanizado e despreza a experiência clínica do profissional. Tais equívocos revelam uma compreensão limitada do conceito (Leonardi, 2024).

Além da resistência teórica, há também um conjunto de barreiras logísticas, culturais e institucionais. A dificuldade de acesso a artigos científicos, a limitação de tempo para atualização constante e a carência de incentivo institucional contribuem para a manutenção de práticas baseadas apenas em experiência pessoal. Ademais, a falta de conteúdos sistemáticos sobre PBEP nos cursos de Psicologia acentua esse distanciamento entre pesquisa e prática (Leonardi, 2024).

A obra de Melnik (2024) também destaca a necessidade de estratégias pedagógicas ativas e integrativas no ensino da PBEP, tais como, dramatizações, estudos de caso e experiências supervisionadas. Essas metodologias são consideradas eficazes para desenvolver o raciocínio clínico baseado em evidências, especialmente quando aplicadas desde a graduação. Outro aspecto fundamental para superar as resistências é a valorização da formação continuada, com acesso a manuais clínicos, supervisão técnica e espaços colaborativos de discussão científica.

Além disso, há uma tensão histórica entre diferentes paradigmas epistemológicos dentro da psicologia, o que dificulta a incorporação de uma prática clínica orientada por evidências. Muitos profissionais ainda concebem a prática como uma atividade predominantemente intuitiva ou subjetiva, o que leva à resistência ao uso de dados empíricos sistematizados na tomada de decisão clínica (Sobreira *et al.*, 2024). Essa resistência também é alimentada por uma visão equivocada de que a PBEP seria incompatível com abordagens psicoterapêuticas humanistas, psicanalíticas ou fenomenológicas. No entanto, a proposta da PBEP é justamente articular a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores da pessoa atendida, de forma contextualizada e flexível.

Outro entrave significativo é a ausência de políticas institucionais e diretrizes dos conselhos profissionais que incentivem ou exijam o uso da PBEP. De acordo com Schneider (2020), o campo da psicologia no Brasil ainda sofre com uma carência de regulamentações e incentivos à prática baseada em evidências, o que contribui para

a manutenção de intervenções sem comprovação de eficácia. Em muitos contextos, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) ou em consultórios particulares, não há infraestrutura, tempo ou recursos que permitam ao psicólogo pesquisar, avaliar criticamente e aplicar evidências científicas de maneira sistemática.

Schneider (2020) também destaca a dimensão sociocultural como elemento crucial na análise dos desafios da PBEP. A realidade brasileira, marcada por desigualdades sociais, raciais e de acesso à saúde, demanda que a prática baseada em evidências seja sensível ao contexto e às especificidades locais. Isso significa que a aplicação da PBEP não pode seguir um modelo importado sem adaptações, mas deve considerar as particularidades da população brasileira e dos serviços disponíveis. A PBEP, nesse sentido, precisa ser compreendida como uma prática crítica, que integre evidências científicas com um olhar atento às vulnerabilidades sociais e às singularidades culturais dos sujeitos atendidos.

Em resumo, os desafios para a implementação da PBEP na clínica psicológica brasileira são complexos e multifatoriais. Eles envolvem lacunas na formação profissional, resistências epistemológicas, ausência de políticas públicas específicas e barreiras estruturais nos serviços de saúde. Para superá-los, é necessário um esforço coletivo que inclua mudanças curriculares nas universidades, produção de materiais de divulgação científica acessíveis, incentivo à pesquisa aplicada, regulamentações favoráveis por parte dos conselhos de classe e, principalmente, o compromisso ético dos profissionais com uma psicologia mais eficaz, ética e socialmente comprometida (Leonardi, 2024; Melnik; Souza; Carvalho, 2014; Schneider, 2020; Sobreira et al., 2024).

Portanto, para que a PBEP se torne de fato um referencial prático em Psicologia Clínica no Brasil, é necessário investir em estratégias educacionais que esclareçam seus mitos, promovam o desenvolvimento de competências críticas e práticas e incentivem a adoção de uma postura profissional pautada na responsabilidade científica e na qualidade do cuidado.

4.3 RECOMENDAÇÕES PARA APRIMORAR A IMPLANTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA (PBEP) NA PSICOLOGIA CLÍNICA DO BRASIL

Leonardi (2024) propõe que a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) deve ser implementada na prática clínica a partir de um processo estruturado, ético e individualizado, composto por fundamentos bioéticos e por uma sequência metodológica conhecida como os “Cinco As”, que serão descritos posteriormente. Esse processo visa garantir que as decisões clínicas sejam tomadas com base na melhor evidência científica disponível, na perícia clínica do profissional e nas preferências, valores e contexto do paciente.

A consolidação da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) na clínica brasileira requer um conjunto coerente de recomendações que articulem fundamentação ética, método decisório explícito, formulação de caso baseada em evidências, monitoramento sistemático de resultados e adaptação contextual às condições reais de atendimento. No plano ético, a PBEP deve orientar-se pelos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp; Childress, 2019), traduzidos para a clínica psicológica como dever de evitar práticas potencialmente danosas, maximizar benefícios com intervenções de eficácia comprovada, respeitar valores e preferências do paciente e assegurar acesso equitativo a cuidados efetivos (APA, 2006; Leonardi; Emerich-Geraldo, 2024). Essa moldura é reforçada pelo argumento de que a PBEP constitui, em si, um comportamento ético do profissional, pois organiza a decisão clínica de modo transparente, justificável e auditável (Leonardi; Emerich-Geraldo, 2024).

Do ponto de vista metodológico, recomenda-se que os serviços e formações adotem, como linguagem comum, o processo decisório em cinco etapas (os “Cinco As”), iniciando pela construção de PICO/PICOT, que são um formato estruturado de perguntas clínicas para transformar dúvidas clínicas em perguntas respondíveis, organizando os principais elementos da questão de pesquisa. que aumentam a precisão da busca e reduzem vieses (Guyatt *et al.*, 2015; Ford; Melnyk, 2019).

Do ponto de vista conceitual, o componente “P (população)” exige que o clínico defina de modo operacional a população ou o problema, o que inclui diagnóstico ou condição-alvo, faixa etária, severidade, comorbidades e contexto de cuidado. Quanto mais nítida a definição do “P”, maior a chance de recuperar estudos com boa validade externa para o caso em questão. Em Psicologia Clínica, isso significa delimitar, por exemplo, “adultos com episódio depressivo maior, com comorbidade ansiosa leve, em atendimento ambulatorial”, ou “adolescentes com anorexia nervosa do tipo restritivo, em acompanhamento multiprofissional”. (Guyatt *et al.*, 2015).

O “I” (intervenção) pede a nomeação clara da ação terapêutica de interesse, preferencialmente com especificidade suficiente para orientar a busca, por exemplo, de terapia cognitivo-comportamental individual; ativação comportamental; exposição com prevenção de resposta; Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-E) para transtornos alimentares. (Guyatt *et al.*, 2015).

O “C” (comparador) representa a condição alternativa contra a qual o efeito da intervenção será julgado, manejo usual, lista de espera, outro tratamento ativo, diferentes intensidades da mesma intervenção, e sua escolha influencia o tamanho de efeito esperado e a aplicabilidade dos achados (Guyatt *et al.*, 2015). O “O” (desfecho) deve privilegiar medidas centradas no paciente (melhora funcional, remissão, qualidade de vida, redução de risco), e não apenas desfechos substitutos; na PBEP, a seleção do “O” está intrinsecamente ligada à autonomia e aos valores do cliente, pois define o que conta como melhora do ponto de vista daquela pessoa (APA, 2006).

Por fim, o “T” (tempo), quando pertinente, delimita o horizonte de avaliação em que se julgará benefício e/ou dano, aumentando a precisão clínica da pergunta; a inclusão do “T” é particularmente útil quando se decide entre abordagens de diferentes durações, intensidades ou janelas de resposta clínica (Ford; Melnyk, 2019). Em seguida, a prática deve assegurar a busca, avaliação crítica e aplicação de evidências pertinentes ao caso, concluindo com avaliação de resultados e retroalimentação do plano (APA, 2006; Guyatt *et al.*, 2015).

No plano técnico-clínico, a formulação de caso baseada em evidências deve integrar psicopatologia, fatores de manutenção e mecanismos de mudança, articulando dados nomotéticos (pesquisa) e idiográficos (caso) (EELLS, 2013; 2016; Dagalarrondo, 2018). A intervenção, por sua vez, deve privilegiar tratamentos com sustentação empírica e coerência com o caso, por exemplo, na área dos transtornos alimentares, a TCC-E apresenta diretrizes claras de avaliação, plano e manejo que podem ser incorporadas como referência de boas práticas (Fairburn, 2008). Em paralelo, recomenda-se instituir rotina de monitoramento de resultados e feedback ao terapeuta (*Routine Outcome Monitoring*), com uso de medidas padronizadas breves e sensíveis à mudança, a fim de prevenir falhas de tratamento, ajustar o curso da terapia e apoiar decisões compartilhadas (Lambert, 2010; Ogles; Lambert; Fields, 2002).

Por fim, a implantação sustentável da PBEP no Brasil requer adaptação sociocultural e sensibilidade de contexto: decisões clínicas devem considerar

mecanismos processuais de mudança (abordagens *process-based*) e circunstâncias que modifiquem resposta a tratamento, como traços de personalidade, fatores familiares e pressões socioculturais, especialmente em condições como os transtornos alimentares (Hofmann; Hayes; Lorscheid, 2021; Kymarczyk, 2021; Da Casale *et al.*, 2023).

Ao mesmo tempo, é fundamental evitar práticas potencialmente nocivas e substituí-las por intervenções com evidência favorável, conforme mapeado pela literatura sobre tratamentos que causam dano (Lilienfeld, 2007). Em síntese, recomenda-se que instituições formadoras e serviços clínicos organizem currículos, protocolos e indicadores assistenciais que alinhem ética, método e resultados, para que a PBEP se torne padrão cotidiano de cuidado.

4.3.1 Fundamentação Ética, O Processo Dos “Cinco As” E O Modelo Clínico Da PBEP

A PBEP se ancora em quatro princípios bioéticos: (1) Autonomia: o paciente deve ser informado e participar da decisão sobre seu tratamento; (2) Não maleficência: evitar o uso de intervenções ineficazes ou potencialmente danosas; (3) Beneficência: promover ativamente o bem-estar do paciente com práticas eficazes; e (4) Justiça: garantir acesso igualitário a tratamentos baseados em evidências, sem viés cultural, social ou econômico (Leonardi, 2024).

O princípio da autonomia estabelece o dever de respeitar a capacidade das pessoas de deliberar e decidir sobre sua própria vida e tratamento (Beauchamp; Childress, 2019). Em Psicologia Clínica, autonomia significa decisão compartilhada (*shared decision-making*): o psicólogo oferece informações claras e baseadas em evidências sobre opções terapêuticas, seus benefícios e riscos, enquanto a pessoa atendida explicita seus valores, metas, preferências, constrangimentos práticos e culturais (APA, 2006). A decisão final deve refletir a integração entre evidência científica, expertise clínica e valores do paciente, que é a própria essência da PBEP.

Na prática, o respeito à autonomia exige linguagem acessível, consentimento informado contínuo (não um ato único), e espaços regulares para renegociar metas e estratégias, especialmente quando se monitora o progresso e há necessidade de ajustes (Lambert, 2010). Do ponto de vista metodológico, a autonomia é fortalecida pelo uso dos Cinco As (Guyatt *et al.*, 2015) e de perguntas PICO/PICOT (Ford; Melnyk, 2019), porque tornam explícitas as alternativas, os desfechos relevantes para o

paciente e os prazos para reavaliação, facilitando escolhas informadas. Em suma, autonomia na PBEP é igual a soma de informação clara, alternativas viáveis e participação ativa da pessoa atendida nas decisões (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

Para elucidar, diante de um transtorno alimentar, por exemplo, o terapeuta apresenta evidências da TCC-E, explicita riscos, benefícios e discute metas significativas para a paciente (p. ex., funcionamento social, redução de rituais), ajustando o plano às preferências e limitações (tempo, custos, apoio familiar). A pessoa escolhe, de modo informado, entre opções plausíveis, e o plano é co-construído (APA, 2006; Fairburn, 2008).

O princípio da beneficência orienta o profissional a promover o bem-estar do paciente, adotando intervenções com maior probabilidade de benefício e alinhadas às metas da pessoa (Beauchamp; Childress, 2019). Na PBEP, isso se traduz em selecionar e aplicar intervenções com sustentação empírica, personalizadas pela formulação de caso e avaliadas continuamente por resultados (APA, 2006; Eells, 2016). Não se trata apenas de usar técnica com evidência, mas de usar com competência, na hora certa, para aquele caso, revisando quando necessário.

A beneficência ganha corpo quando a clínica se estrutura com: (a) perguntas clínicas bem formuladas, (b) busca e avaliação crítica da literatura, (c) aplicação responsiva às características do caso e (d) monitoramento rotineiro de resultados e da aliança terapêutica (Guyatt *et al.*, 2015; Lambert, 2010). Essa arquitetura reduz a probabilidade de persistir em tratamentos pouco efetivos e aumenta a chance de alcançar ganhos clinicamente significativos.

Por exemplo, em depressão maior, o psicólogo compara evidências para psicoterapia individual versus grupos, comorbidades e preferências do paciente; define desfechos mensuráveis (sintomas, funcionamento) e revê o plano às semanas 4 a 6 com feedback sistemático. Se não há resposta, ajusta a técnica, intensidade ou encaminha o paciente (APA, 2006; Lambert, 2010).

A não maleficência implica evitar causar dano físico, psicológico, relacional ou social (Beauchamp; Childress, 2019). Na PBEP, esse princípio é operacionalizado por três frentes: não empregar intervenções com evidência de ineficácia ou dano potencial; monitorar ativamente indicadores de risco e de falha de tratamento; interromper ou ajustar o que não funciona (APA, 2006; Lilienfeld, 2007; Lambert, 2010).

Lilienfeld (2007) descreve tratamentos potencialmente danosos (iatrogênicos), alertando que boas intenções não bastam; é necessária vigilância contínua dos efeitos. Em psicoterapia, danos podem advir de técnicas inadequadas ao caso, de escalada de exposição malconduzida, de aliança frágil ou rupturas não reparadas. Por isso, a medição sistemática de resultados e de processos (aliança, adesão) com feedback ao terapeuta é componente ético: permite detectar precocemente não-resposta, deterioração ou riscos, ajustando o curso antes que danos se consolidem (Lambert, 2010).

Por exemplo, ao tratar Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o profissional usa instrumentos breves de rastreio em cada sessão; identifica piora persistente após tentativas de exposição; suspende ou ajusta a técnica, repara a aliança e reavalia a formulação de caso. Se necessário, encaminha para cuidado mais intensivo. Isso é PBEP em favor da não maleficência (APA, 2006; Lambert, 2010; Lilienfeld, 2007).

O princípio da justiça requer equidade no acesso a tratamentos efetivos, alocação razoável de recursos e imparcialidade na oferta de cuidados (Beauchamp; Childress, 2019). No contexto da PBEP, justiça significa minimizar iniquidades (territoriais, econômicas e culturais) no acesso à informação, avaliação e intervenções com evidência (APA, 2006). Envolve também transparência nas decisões (porque uma opção foi escolhida ou descartada) e adaptação sociocultural das práticas para populações diversas.

A justiça é reforçada quando serviços e políticas padronizam mínimos de qualidade: disponibilidade de informação baseada em evidências ao público, medidas de resultado em rotinas clínicas, tempo protegido para atualização profissional e repositórios acessíveis como resumos, guias e sinopses (APA, 2006; Guyatt *et al.*, 2015). Também supõe avaliar barreiras como custo, transporte, língua e estigma; além de adaptar o plano de tratamento, por exemplo, escolhendo formatos mais factíveis (sessões mais curtas, tele psicologia e intervenções guiadas), sem sacrificar o padrão mínimo de evidência.

Por exemplo, em um serviço público com alta demanda, a equipe elege protocolos com melhor relação custo-efetividade, garante explicações claras sobre opções e filas, usa instrumentos breves para triagem e acompanhamento e cria vias de priorização para maior risco. Isso materializa justiça: mais pessoas acessam o que

funciona, com critérios públicos e rastreamento de desfechos (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

A partir desses princípios, a implementação clínica da PBEP ocorre por meio de cinco passos operacionais, os quais compõe o processo dos “Cinco As”: (1) *Ask* (Perguntar): formular perguntas clínicas a partir da queixa do paciente. Essas perguntas devem ser claras e orientadas para a busca científica, geralmente no modelo PICO (População, Intervenção, Comparação, Desfecho); (2) *Acquire* (Adquirir): buscar as melhores evidências disponíveis, priorizando revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes clínicas. Essa busca deve ser feita em bases confiáveis (ex.: PubMed, Cochrane, SciELO); (3) *Appraise* (Avaliar criticamente): examinar a qualidade metodológica da evidência (validade, risco de viés, tamanho do efeito) e sua aplicabilidade ao paciente específico. Nem toda evidência pode ser útil para todos os casos; (4) *Apply* (Aplicar): implementar a intervenção baseada na evidência escolhida, de forma ética e compartilhada com o paciente. O terapeuta deve adaptar a técnica às suas competências clínicas e ao contexto do paciente; (5) *Assess* (Avaliar novamente): monitorar o progresso terapêutico por meio de instrumentos padronizados e ajustar a intervenção se necessário. A melhora clínica do paciente é a principal evidência de que o tratamento está funcionando (Leonardi, 2024).

Na etapa inicial, “Perguntar”, o clínico transforma a demanda do setting terapêutico em uma pergunta pesquisável e clinicamente relevante, usualmente estruturada pelos componentes PICO/PICOT, pois essa moldura reduz vieses de formulação, torna claros os desfechos que importam para a pessoa atendida e orienta todo o percurso subsequente de aquisição e apreciação das evidências (Ford; Melnyk, 2019; Guyatt *et al.*, 2015). Assim, diante de um episódio depressivo maior, por exemplo, pode-se perguntar se a terapia cognitivo-comportamental individual, comparada ao manejo usual, promove maior remissão sintomática e melhora funcional em doze semanas; em transtornos alimentares, pode-se indagar se a TCC-E, frente ao tratamento habitual, melhora índice de massa corporal e psicopatologia alimentar em seis meses (Fairburn, 2008). A pergunta bem construída materializa, desde o início, os compromissos éticos de autonomia e beneficência ao tornar transparentes as opções e os desfechos almejados (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

A segunda etapa “Adquirir” exige uma estratégia de busca reprodutível e suficiente para capturar a melhor evidência disponível ao tipo de dúvida formulada.

Para questões de eficácia e efetividade, priorizam-se revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos randomizados; para perguntas de recomendação prática e tomada de decisão compartilhada, diretrizes clínicas e sinopses metodologicamente robustas são particularmente úteis. Essa rastreabilidade, além de técnica, é também dimensão ética da decisão, pois sustenta transparência e prestação de contas ao paciente e à equipe (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

Em “Avaliar Criticamente”, não basta localizar estudos: é imprescindível julgar criticamente a validade interna dos delineamentos, a consistência entre os achados, a magnitude e a precisão dos efeitos, a presença de vieses e, sobretudo, a aplicabilidade ao caso concreto. Pergunta-se se há aleatorização adequada, mascaramento, análise por intenção de tratar; se o efeito observado é clinicamente significativo, para além da significância estatística; se o perfil amostral e o contexto dos estudos convergem com as características, comorbidades e recursos do paciente em atendimento; se foram reportados danos, deterioração ou contraindicações que recomendem cautela (Guyatt *et al.*, 2015; Lilienfeld, 2007).

Nos transtornos alimentares, por exemplo, a literatura de referência descreve com precisão componentes, elegibilidade e resultados da TCC-E, favorecendo juízos de adequação de técnica e intensidade; em paralelo, evidências sobre fatores familiares, traços e pressões socioculturais, que modulam adesão e resposta, contribuem para a avaliação de relevância externa e adaptação contextual (Fairburn, 2008). Nesse ponto, beneficência e não maleficência se entrelaçam: maximiza-se o benefício ao escolher evidências robustas e minimiza-se risco ao detectar limitações e potenciais iatrogenias (Beauchamp; Childress, 2019; Lilienfeld, 2007).

A fase “Aplicar” corresponde à decisão clínica propriamente dita, na qual se integram a evidência selecionada, a expertise do profissional e os valores, preferências e constrangimentos reais da pessoa atendida, produzindo um plano individualizado. O instrumento central é a formulação de caso baseada em evidências, que articula psicopatologia, história e mecanismos de manutenção aos alvos e técnicas com suporte empírico, com justificativas claras do porquê, como e quando aplicar cada componente (Eells, 2016; Dalgalarrodo, 2018; APA, 2006).

Em depressão, por exemplo, a sequência de ativação comportamental nas primeiras semanas, seguida por reestruturação cognitiva e prevenção de recaída, pode ser modulada por barreiras logísticas, preferências por formato presencial ou

remoto, e metas de vida priorizadas pelo paciente; em anorexia nervosa, psicoeducação, normalização do padrão alimentar e trabalho com supervalorização de peso e forma, segundo TCC-E, podem ser combinados à participação familiar e a ajustes culturais que aumentem aderência e segurança (Fairburn, 2008). Documentar alternativas consideradas, razões para escolhas e o que foi evitado por potencial de dano explicita a deliberação ética e fortalece a decisão compartilhada (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

Por fim, “Avaliar novamente” fecha e reabre o ciclo, instituindo monitoramento rotineiro de resultados e processos com feedback ao terapeuta. Medem-se, de forma breve e repetida, sintomas, funcionamento e qualidade de vida, assim como processos relacionais e riscos clínicos, usando linhas de base, pontos de checagem e gatilhos de ação pré-definidos. Na ausência de melhora clinicamente significativa em janelas temporalmente razoáveis, reexaminam-se a formulação e o vínculo, ajustam-se foco, técnica e dose, combinam-se intervenções ou se procede à interconsulta ou encaminhamento, conforme o caso (Lambert, 2010; Ogles; Lambert; Fields, 2002). Essa etapa operacionaliza, na prática, beneficência (perseguir o melhor desfecho), não maleficência (detectar e mitigar deterioração), autonomia (rever metas com a pessoa) e justiça (critérios transparentes de acompanhamento), garantindo que a PBEP não seja um ato único, mas um processo responsivo e contínuo (APA, 2006; Beauchamp; Childress, 2019).

Em síntese, ao encadear perguntas precisas, buscas reprodutíveis, crítica metodológica, aplicação individualizada e avaliação sistemática, os “Cinco As” tornam visível o raciocínio clínico, alinham ética e ciência e reduzem a variabilidade injustificada da prática, promovendo um cuidado psicológico mais efetivo, seguro e centrado na pessoa.

Portanto, o modelo clínico de formulação de caso baseado em evidências exposto por Leonardi (2024) constitui uma tentativa de operacionalizar a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) no nível micro da atuação clínica, isto é, no ponto em que o psicólogo precisa transformar dados do atendimento em decisões terapêuticas tecnicamente justificáveis, eticamente defensáveis e sensíveis ao contexto do paciente.

O primeiro componente do modelo é a coleta detalhada de informações, que deve ser ampla, sistemática e multimodal. Leonardi (2024) enfatiza que uma prática baseada em evidências não pode apoiar-se apenas na narrativa espontânea do

paciente, mas precisa articular diferentes fontes de dados, como anamnese completa, histórico de desenvolvimento, queixas atuais, condições médicas associadas, contexto familiar e ocupacional, bem como o uso, sempre que pertinente, de instrumentos padronizados de avaliação.

Nesse ponto, o autor se aproxima da perspectiva de Eells (2016), para quem a formulação de caso só pode ser considerada baseada em evidências quando deriva de dados suficientemente ricos para sustentar hipóteses plausíveis. A coleta inclui ainda exame psíquico ou exame do estado mental, que permite descrever o funcionamento atual do paciente (atenção, memória, pensamento, afeto, juízo crítico) e identificar sinais de risco, como ideação suicida, alterações perceptivas ou comprometimento de julgamento (Dalgarrondo, 2018). Ao advogar por uma coleta desse tipo, o modelo reforça o princípio da não maleficência, pois decisões apressadas, sem avaliação adequada, aumentam a chance de empregar técnicas inadequadas ao quadro ou de deixar de manejar fatores de risco.

A seguir, o modelo prevê a criação de uma lista hierárquica de problemas. Esse passo é importante porque, na clínica real, os pacientes não chegam com uma única queixa isolada, mas com um conjunto de demandas, sintomas e dificuldades distribuídos em diferentes áreas de vida. Organizar essas dificuldades em uma lista, do mais urgente ou de maior risco ao mais periférico, ajuda o terapeuta a definir prioridades clínicas e, sobretudo, a justificar por que uma intervenção será feita antes de outra (Leonardi, 2024). Ainda segundo o autor, problemas relacionados à segurança, risco de vida, risco de autoagressão ou risco para terceiros ocupam o topo da hierarquia; em seguida, vêm os problemas que geram maior sofrimento ou prejuízo funcional; por fim, dificuldades mais estáveis, de personalidade ou de contexto, que podem ser abordadas depois que o quadro agudo for estabilizado.

No passo seguinte, Leonardi (2024) propõe a elaboração de hipóteses explicativas. Aqui o modelo se refere a tradição da “case formulation” descrita por Eells (2016): a intervenção baseada em evidências não se limita a aplicar protocolos, mas precisa explicar por que determinado paciente, naquele contexto, mantém aqueles sintomas. As hipóteses explicativas articulam três dimensões: fatores predisponentes (história de desenvolvimento, aprendizados anteriores, traços, eventos adversos), fatores precipitantes (acontecimentos recentes que desencadearam o episódio) e, principalmente, fatores de manutenção, isto é, aquilo que atualmente mantém vivo o problema.

Ao identificar mecanismos de manutenção (evitação, reforços intermitentes, crenças centrais disfuncionais, padrões familiares de controle, práticas culturais que reforçam sintomas etc.), o psicólogo passa a ter critérios objetivos para escolher técnicas com mecanismos de ação compatíveis. Assim, se na avaliação surge que o quadro depressivo está sendo mantido por inatividade e retração social, faz sentido priorizar técnicas com boa evidência para ativação comportamental; se o que mantém o transtorno alimentar é a supervalorização de peso e forma combinada a rituais de checagem, intervém-se com o pacote de TCC-E descrito por Fairburn (2008); se o que mantém o sofrimento é um padrão de pensamento catastrófico acionado por traços e pressões socioculturais, a intervenção deve alcançar esse elo específico (Hofmann; Hayes; Lorscheid, 2021). Em outras palavras, as hipóteses explicativas fazem a ponte entre o que foi avaliado e o que será feito, impedindo que a psicoterapia se torne uma sequência genérica de técnicas.

Após esse passo é aplicada a técnica SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*), que traduz metas terapêuticas em objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais, tornando o plano clínico observável e auditável. Do ponto de vista metodológico, o formato proposto por Doran (1981) orienta a descrição clara do que será feito, como será medido, quão factível é no contexto do paciente, por que é importante (alinhamento a valores e metas) e em quanto tempo será reavaliado.

Na Prática Baseada em Evidências, SMART se conecta diretamente ao monitoramento rotineiro de resultados: metas bem definidas geram indicadores objetivos para acompanhar progresso, acionar ajustes e prevenir falhas de tratamento quando a resposta não ocorre no prazo pactuado (Lambert, 2010). Exemplo: substituir “melhorar humor” por “aumentar atividades prazerosas para três vezes na semana”, checando pontuação em escala breve na quarta e oitava semana” torna o objetivo mensurável, viável e com janela temporal para decisão conjunta. Assim, SMART fortalece a deliberação ética (transparência e decisão compartilhada) e a efetividade clínica ao integrar metas significativas do paciente com um ciclo de medida, feedback e ajuste que sustenta a PBEP.

Depois da técnica acima, o modelo de Leonardi (2024) passa ao planejamento e à personalização das intervenções com base em evidências e nos mecanismos de manutenção dos sintomas. Essa personalização ocorre em vários níveis. Primeiro, no nível do alvo: cada item da lista hierárquica de problemas recebe uma intervenção

específica, e não uma resposta genérica. Segundo, no nível da intensidade e do formato: o terapeuta escolhe se aplicará uma técnica em sessão, como tarefa de casa, em formato individual ou com participação familiar, de acordo com o que foi observado na coleta de dados.

Terceiro, no nível cultural e de valores: intervenções de exposição, de reestruturação ou de manejo podem e devem ser apresentadas ao paciente de modo compatível com sua realidade socioeconômica, com sua rede de apoio e com a forma como ele dá sentido ao sofrimento. O critério de escolha permanece sendo a evidência científica, mas a forma de entrega é mediada pela experiência do clínico e pelas preferências da pessoa, exatamente como recomenda o relatório da APA (2006).

Esse planejamento personalizado se completa com o que (Leonardi 2024) chama de avaliação e reajuste contínuos, ainda que ele o integre ao ciclo da PBEP e não o descreva como uma fase isolada. Uma vez aplicadas as intervenções escolhidas, o terapeuta deve monitorar indicadores clínicos (sintomas, funcionamento, adesão, aliança) e, se não houver resposta adequada no tempo esperado, deve revisar a hipótese explicativa, reordenar a lista de problemas ou selecionar outra intervenção sustentada por evidências, evitando insistir em recursos de baixa efetividade. Esse modo de operar é convergente com a proposta de Lambert (2010) de prevenção de falhas de tratamento por meio de monitoramento e feedback.

Em síntese, o modelo clínico explicitado por Leonardi (2024) parte de uma avaliação ampla e tecnicamente fundamentada; organiza o material clínico em uma hierarquia de problemas; formula hipóteses explicativas que identificam mecanismos de manutenção; e, a partir daí, escolhe e adapta intervenções respaldadas pela literatura para aqueles mecanismos específicos, acompanhando o efeito ao longo do tempo. Ao fazer isso, reduz o hiato entre ciência e prática, dá ao psicólogo uma trilha de raciocínio que pode ser explicitada em supervisão e diante do paciente e ancora o exercício profissional em critérios de eficácia, segurança e centralidade na pessoa.

O autor reforça que a PBEP não é um protocolo rígido, mas sim um processo clínico que exige flexibilidade, criticidade e constante avaliação. O profissional deve ser capaz de adaptar técnicas com respaldo científico às demandas do paciente, promovendo intervenções eficazes, seguras e culturalmente sensíveis (Leonardi 2024).

4.3.2 Estratégias e Formas de Implementação da Psicologia Baseada em Evidências (PBEP)

A efetivação da PBEP na prática clínica requer uma abordagem sistemática e multifatorial, que vá além da simples transmissão de conhecimento técnico. Rousseau e Gunia (2016) complementam esse panorama ao destacar que a implementação da PBEP envolve o desenvolvimento de competências fundamentais e funcionais. As competências fundamentais incluem o pensamento crítico e o conhecimento técnico de domínio, essenciais para formular boas perguntas clínicas, interpretar evidências e aplicá-las com segurança. Já as competências funcionais estão diretamente ligadas à capacidade de seguir todas as etapas da PBEP, desde o levantamento das necessidades até a avaliação dos resultados clínicos.

Em países como o Brasil, onde os recursos no sistema de saúde mental são limitados, a PBEP assume papel estratégico. O uso de práticas psicossociais sem comprovação de benefício torna-se injustificável diante da necessidade de alocar adequadamente os investimentos em saúde. Em razão disso, a disseminação dessa abordagem requer não só habilidade técnica, como também motivação profissional, oportunidade institucional e elementos passíveis de compreensão pelo modelo AMO (*Ability, Motivation and Opportunity*), (Habilidade, Motivação e Oportunidade) proposto por Rousseau e Gunia (2016).

O primeiro componente do modelo, a habilidade, diz respeito às competências técnico-científicas necessárias para realizar, de fato, PBEP. Não se trata apenas de concordar com a importância da ciência na clínica, mas de dominar procedimentos específicos, tais como: formular perguntas clínicas estruturadas (por exemplo, no formato PICO/PICOT), realizar buscas sistemáticas em bases de dados fidedignas, proceder à avaliação crítica de estudos, integrar os achados ao caso por meio de formulação clínica e, por fim, monitorar e registrar resultados de forma sistemática. Rousseau e Gunia (2016) chamam atenção para o fato de que muitos psicólogos não se engajam plenamente na PBEP não porque discordem dela, mas porque não foram formados para executá-la. Em cursos de graduação e estágios em que prevalece uma abordagem mais discursiva da clínica, a alfabetização em evidências, indispensável para a PBEP, permanece pouco desenvolvida.

O segundo elemento, a motivação, refere-se ao conjunto de crenças, valores, significados profissionais e incentivos que levam o psicólogo a querer praticar PBEP e a sustentar esse padrão ao longo do tempo. Segundo Rousseau e Gunia (2016), parte da resistência observada em contextos clínicos não é de natureza cognitiva, mas identitária: há profissionais que temem que a PBEP reduza a clínica a protocolos rígidos, ameace sua autonomia ou desconsidere a singularidade do sofrimento psíquico. Nesses casos, a intervenção não é apenas pedagógica, mas simbólica: é necessário reconstruir o sentido da PBEP como modo ético de cuidado, e não como imposição tecnicista.

O terceiro pilar do modelo, a oportunidade, diz respeito às condições objetivas e institucionais que permitem ou impedem a realização da PBEP. Trata-se de reconhecer que, mesmo quando o psicólogo possui habilidade técnica e está motivado, ele pode não conseguir atuar conforme a PBEP se não dispuser de acesso a bases de dados, de tempo protegido na agenda para buscar e ler evidências, de instrumentos padronizados para avaliação e monitoramento, de prontuários que aceitem registro de metas e indicadores ou, ainda, de uma cultura institucional que aceite revisar o plano de tratamento com base em dados. Para Rousseau e Gunia (2016), a PBEP é um comportamento situado: ela ocorre quando o ambiente de trabalho oferece oportunidades reais de consulta, discussão e registro. Dessa forma, a implementação não pode ser pensada apenas como uma tarefa do indivíduo, mas como processo organizacional, que envolve gestão, supervisão e desenho de rotinas clínicas. A criação de repositórios de evidências, reuniões clínicas periódicas, grupos de leitura, supervisão que inclua discussão de evidências e disponibilização de instrumentos breves de resultado são exemplos de estratégias de aumento de oportunidade.

A principal contribuição do modelo AMO, aplicada ao contexto brasileiro de Psicologia Clínica, é mostrar que a não adoção da PBEP não deve ser atribuída, de forma simplista, à resistência dos psicólogos, mas precisa ser analisada como resultado de desequilíbrios entre habilidade, motivação e oportunidade. Um serviço pode ter profissionais tecnicamente preparados, mas sem condições materiais para praticar PBEP; pode ter profissionais motivados, mas sem formação adequada; ou pode ter uma boa infraestrutura, mas sem uma cultura que valorize decisões baseadas em evidências. Somente quando os três elementos estão presentes de forma coordenada é que se pode falar em cultura de PBEP, isto é, quando a busca

por evidências, o registro de decisões clínicas e o monitoramento de resultados tornam-se parte do fazer cotidiano, e não iniciativas isoladas de alguns profissionais. (Rousseau; Gunia, 2016).

A partir disso, a implementação pode ocorrer por dois caminhos principais: de cima para baixo (*top-down*) ou de baixo para cima (*bottom-up*). O modelo *top-down* refere-se à atuação de instituições, organizações profissionais ou políticas públicas que induzem a adoção da PBEP por meio de regulamentações, diretrizes clínicas, incentivos financeiros ou exigências legais. Essa forma de implementação é eficaz para promover mudanças em larga escala, mas pode gerar resistência quando não há envolvimento ativo dos profissionais ou quando compromete sua autonomia (Rousseau; Gunia, 2016).

Já o modelo *bottom-up* está centrado na formação de novos profissionais e na promoção de mudanças culturais dentro dos serviços. Essa abordagem aposta na educação de base (graduação e formação continuada), na valorização da supervisão clínica e na presença de mentores que promovam o uso consciente de evidências. Essa forma de implementação tende a ser mais sustentável a longo prazo, pois fomenta uma cultura profissional comprometida com a atualização científica e a tomada de decisões embasadas (Melnik; De Souza; De Carvalho, 2014; Rousseau; Gunia, 2016; Spring, 2007).

Um ponto crítico, nesse cenário, é a permanência de práticas refutadas ou de valor reduzido, que continuam sendo utilizadas por tradição, falta de conhecimento ou resistência à mudança. Assim, estratégias de desimplementação dessas práticas torna-se tão relevante quanto a própria implementação da PBEP, exigindo esforços coordenados entre formação profissional, supervisão clínica, diretrizes institucionais e os valores consolidados na atuação do psicólogo. As estratégias de desimplementação abrangem desde a formação de novas gerações de profissionais com maior senso crítico até a formulação de políticas institucionais que regulamentem a utilização e a descontinuação de práticas desprovidas de respaldo empírico (Lilienfeld, 2007; Schneider, 2020; Rousseau; Gunia, 2016).

Outra tática relevante mencionada por Rousseau e Gunia (2016) é a promoção de ambientes organizacionais favoráveis, nos quais haja autonomia profissional, segurança psicológica, acesso a bases de dados, tempo protegido para busca de evidências e suporte institucional para a tomada de decisão clínica baseada em

dados. A ausência dessas condições compromete a aplicação da PBEP, mesmo quando os profissionais estão motivados e capacitados.

A implementação prática dessa abordagem no contexto clínico brasileiro demanda ações formativas concretas, como revela o relato de experiência de Melnik, Meyer e Sampaio (2019). As autoras descreveram a criação e a aplicação da primeira disciplina dedicada à PBEP no Brasil, ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). O curso foi estruturado para promover o domínio dos fundamentos teóricos e metodológicos necessários à aplicação da PBEP nas diversas áreas da psicologia, com foco no diagnóstico, tratamento e prevenção em saúde mental.

A disciplina abordou conteúdos como formulação de perguntas clínicas no modelo PICO, busca sistemática de evidências, avaliação crítica da literatura científica, delineamentos de caso único, estudos observacionais, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e uso de diretrizes clínicas. Além disso, incluiu atividades práticas voltadas ao uso de bases de dados confiáveis e à aplicação de estratégias de busca estruturadas. A metodologia do curso combinou aulas teóricas, exercícios, elaboração de projetos e análise crítica de estudos, demonstrando-se eficaz e bem avaliada pelos alunos de (Melnik; Meyer; Sampaio, 2019)

O relato reforça que a formação em PBEP não pode se limitar à graduação tradicional. É fundamental a capacitação específica dos psicólogos em epidemiologia clínica, estatística, revisão sistemática e leitura crítica da literatura científica. A proposta da disciplina, portanto, destaca-se como modelo concreto de implementação da PBEP, integrando ensino, pesquisa e prática clínica de forma articulada (Melnik; Meyer; Sampaio, 2019)

Um entrave para a efetividade da aplicabilidade da PBEP aos profissionais de saúde é o embate profissional com relação aos planos de saúde. A regulação da assistência psicológica na saúde suplementar brasileira tem sido marcada por um tensionamento histórico entre o modelo de cobertura adotado pelas operadoras e a compreensão técnico-profissional da Psicologia acerca da natureza processual da psicoterapia. Desde a edição da Lei nº 9.656/1998, que instituiu as bases da saúde suplementar no país, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a editar normas estabelecendo o rol de procedimentos e eventos em saúde e, dentro dele, a forma de cobertura das práticas psicológicas. Contudo, durante muitos anos essa regulação veio acompanhada de limites quantitativos de sessões para

atendimentos psicológicos, geralmente anuais, que passaram a ser utilizados pelas operadoras como teto contratual, e não como parâmetro mínimo assistencial. Na prática, mesmo diante de indicação clínica para continuidade do tratamento, muitos planos de saúde interrompiam a psicoterapia ao atingir o número de sessões previsto na resolução de referência, convertendo uma norma de caráter regulatório em restrição de acesso (Brasil, 1998; ANS, 2015).

Tal cenário gerou posicionamentos reiterados do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e dos Conselhos Regionais, no sentido de que a determinação do número de sessões, da duração do atendimento e da estratégia clínica é ato privativo do psicólogo e deve seguir o projeto terapêutico singular do usuário, e não critérios administrativos dos planos. Em nota de 2017, por ocasião de decisão judicial que afastou o limite de 18 sessões de psicoterapia por ano, o CFP destacou que a limitação quantitativa não condiz com a natureza continuada do atendimento psicológico e que a cobertura deve acompanhar o número de sessões prescritas ou indicadas pelo profissional responsável, especialmente nos casos de transtornos mentais, sofrimento persistente e condições que exigem acompanhamento de longo prazo (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Essa posição alinha-se à literatura da saúde coletiva que aponta a inadequação de modelos de pagamento por volume fixo quando aplicados a cuidados em saúde mental, uma vez que quadros como depressão, transtornos alimentares, luto complicado ou transtornos de personalidade não evoluem, em geral, dentro de um número previamente determinado de sessões (Silva, 2011).

A própria ANS, diante da pressão de entidades profissionais, de decisões judiciais e da crescente judicialização da saúde suplementar, alterou o seu entendimento e, em 11 de julho de 2022, aprovou a retirada do limite de cobertura para psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia para condições específicas, determinando que a quantidade de atendimentos passasse a acompanhar a Indicação Técnico-Assistencial (Agência Nacional De Saúde Suplementar, 2022).

Essa mudança representou um avanço importante, pois reconheceu que a lógica de teto numérico não é compatível com o caráter processual da psicoterapia e que a definição de alta deve ser clínica, não financeira. Entretanto, como mostram estudos sobre a saúde suplementar, alterações normativas não eliminam automaticamente práticas restritivas: muitas operadoras continuam a estabelecer

barreiras de autorização, a reduzir o tempo de sessão ou a exigir reavaliações sucessivas com o objetivo de conter custos, o que mantém vivo o conflito entre a regulação pública e o modelo de negócio privado (Aith; Scheffer, 2022).

A literatura jurídica e de política de saúde tem mostrado que esse descompasso entre necessidade terapêutica e cobertura contratual tem sido corrigido pelo Poder Judiciário, que, em inúmeras decisões, tem considerado abusiva a limitação de sessões de psicoterapia quando há indicação expressa do profissional e quando o quadro clínico ainda não foi resolvido. Robba e Fernandes (2022), ao analisarem decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ), apontam que os tribunais superiores têm entendido que o rol da ANS não pode ser utilizado para restringir o tratamento prescrito, mas apenas como referência mínima, sob pena de esvaziar a finalidade do contrato de assistência à saúde.

Essa interpretação judicial tem implicado a ampliação concreta do acesso, mas também tem alimentado o fenômeno da judicialização da saúde suplementar, na medida em que usuários e famílias passam a recorrer ao Judiciário como via obrigatória para manter psicoterapia contínua, especialmente em casos de crianças, adolescentes e pessoas com transtornos graves (Aith; Scheffer, 2022). Do ponto de vista de política pública, trata-se de um sintoma de que a regulação ainda é insuficiente para assegurar, de forma administrativa, o direito ao cuidado psicológico continuado.

Para o campo da Psicologia, esse debate revela três críticas centrais às políticas dos planos de saúde no Brasil: a tendência histórica das operadoras de tratar a psicoterapia como procedimento pontual e numerável, quando se trata de cuidado de curso variável; o uso do rol da ANS como teto econômico, e não como piso assistencial, contrariando a finalidade da regulação; e a ausência de um modelo de remuneração e de contratualização que considere a complexidade da clínica psicológica e não induza a atendimentos abreviados ou de baixa qualidade (Aith; Scheffer, 2022).

Em síntese, o cenário dos planos de saúde na psicologia clínica ilustra de forma concreta os efeitos de um modelo de implementação top-down da PBEP, no qual normas legais, resoluções regulatórias e decisões judiciais são produzidas em instâncias superiores e passam a organizar, de cima para baixo, as condições de acesso, continuidade e forma de oferta da psicoterapia. Quando essas definições se alinham às evidências científicas e reconhecem a natureza processual do cuidado

psicológico, o modelo top-down pode funcionar como indutor de práticas mais compatíveis com a PBEP em larga escala. (Aith; Scheffer, 2022).

4 DISCUSSÃO

A análise da literatura selecionada permitiu destacar que a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) se consolida como uma abordagem relevante e necessária para o aprimoramento da psicologia clínica no Brasil, sobretudo porque oferece um modelo de decisão clínica que não depende apenas da tradição teórica do profissional, mas se ancora na integração entre melhores evidências científicas, expertise clínica e valores, preferências e contexto da pessoa atendida (Leonardi; Meyer, 2015; APA, 2006; Leonardi, 2024). Ao adotar essa tríade como referência, a PBEP desloca o eixo da intervenção psicológica de um modelo centrado exclusivamente no terapeuta para um modelo de cuidado compartilhado, no qual o cliente passa a ser coautor das decisões e o profissional precisa justificar suas escolhas à luz de critérios públicos, éticos e tecnicamente defensáveis.

Os dados discutidos mostram que esse modelo não surge de forma espontânea no campo da psicologia, mas é resultado de um percurso histórico marcado por críticas internas à eficácia das psicoterapias, como a de Hans Eysenck, em 1952 e pela posterior reação da American Psychological Association, especialmente por meio da Divisão 12, que buscou identificar tratamentos empiricamente sustentados e estabelecer critérios mínimos de validação empírica (Chambless; Hollon, 1998; Leonardi, 2024).

Ao mesmo tempo, a literatura de fatores comuns, sistematizada mais recentemente por Bruce Wampold, evidenciou que variáveis como aliança terapêutica, empatia, metas colaborativas e responsividade do terapeuta explicam parcela significativa dos resultados, por vezes maior do que a diferença entre técnicas (Wampold, 2015). A discussão que se extrai desse confronto é que a PBEP não é uma vitória da técnica sobre a relação, mas uma proposta de síntese: ela reconhece o peso dos fatores comuns, mas afirma que, quando houver boa evidência para um determinado transtorno ou mecanismo de manutenção, essa evidência deve orientar a escolha clínica.

Nesse sentido, a hierarquia da evidência apresentada por Freire (2024), com revisões sistemáticas e metanálises no topo e relatos de caso e opinião de especialistas na base, cumpre função didática indispensável: ela torna explícito que nem toda informação clínica tem o mesmo poder de sustentação e que, na presença de achados robustos, o profissional ético deve priorizá-los. Isso dialoga diretamente

com o relatório da APA (2006) e com a formulação de Leonardi (2024), que definem a PBEP como tomada de decisão transparente, justificável e auditável. Ao mesmo tempo, tal hierarquia não implica o descarte automático de evidências de nível inferior; implica, isto sim, ordenação e prudência: na falta de revisões e ensaios, recorre-se a coortes ou caso-controle; na falta destes, a expertise ganha peso; mas, em todas as situações, os valores do cliente permanecem como critério de ajuste da intervenção.

Apesar desse arcabouço conceitual consistente, os resultados e a literatura convergem ao mostrar que a implementação da PBEP na clínica psicológica brasileira ainda encontra obstáculos de três ordens: epistemológicos, formativos e institucionais. Do ponto de vista epistemológico, parte da Psicologia brasileira ainda desconfia de modelos que hierarquizam conhecimento, por considerá-los excessivamente empiristas ou pouco sensíveis à subjetividade e à cultura.

Campbell (2018) e Douglas (2014) lembram, com razão, que toda ciência é atravessada por valores e que a PBE, tal como vinda da medicina, herda uma matriz fortemente empirista. Entretanto, os próprios documentos da APA (2006) e as releituras brasileiras de PBEP, como as de Leonardi (2024) e de Sobreira *et al.* (2024), já incorporam essa crítica ao colocar, como pilar, os valores e preferências do cliente e ao recomendar decisão compartilhada. Ou seja: a PBEP que se pretende implementar no Brasil não é uma técnica cega ao contexto, mas uma forma de organizar o raciocínio clínico para que ele seja, ao mesmo tempo, científico e centrado na pessoa.

No plano formativo, o quadro é mais preocupante. A ausência ou a presença muito tímida de conteúdos de PBEP nos cursos de graduação e de especialização em Psicologia, já apontada por Melnik, Meyer e Sampaio (2019), compromete a capacidade dos futuros profissionais de formular perguntas clínicas, buscar literatura, avaliar criticamente delineamentos e transformar achados de pesquisa em condutas individualizadas.

A experiência da disciplina do IPUSP descrita pelas autoras mostra, porém, que quando a PBEP é ensinada com metodologia ativa, articulando PICO/PICOT, os “Cinco As”, formulação de caso e exercícios de busca em bases de dados, os estudantes não apenas compreendem a lógica do modelo, como passam a enxergá-lo como forma de qualificar a clínica e não de engessá-la. Esse dado dialoga com o que Rousseau e Gunia (2016) apontam no modelo AMO: muitas vezes o problema não é resistência, mas falta de habilidade (*ability*); quando a habilidade é desenvolvida

e quando se mostra o sentido ético da PBEP, a motivação (*motivation*) tende a aumentar, desde que o contexto de trabalho ofereça oportunidade (*opportunity*) para que o profissional leia, discuta e registre decisões.

A discussão também precisa considerar o componente institucional e político. Schneider (2020) e Sobreira *et al.* (2024) lembram que não basta formar psicólogos em PBEP se os serviços onde atuam não dispuserem de bases de dados, protocolos mínimos, tempo protegido e cultura de supervisão que valorize a decisão fundada em evidências. Esse ponto apareceu de modo muito nítido quando o trabalho discutiu a regulação dos planos de saúde: por muitos anos, a saúde suplementar limitou o número de sessões de psicoterapia a partir de um teto administrativo, ainda que a indicação clínica fosse de continuidade; apenas em 2022 a ANS passou a vincular o número de atendimentos à indicação técnico-assistencial (Brasil, 1998; Brasil, 2022).

Do ponto de vista da PBEP, esse tipo de limitação administrativa é problemático porque quebra o tripé: mesmo que haja evidência e expertise indicando manutenção do tratamento, a decisão é interrompida por critério econômico. A discussão, então, permite afirmar que a PBEP, no Brasil, tem também uma dimensão de defesa profissional e de direito do paciente: para que seja possível integrar evidência, clínica e valores, é preciso que o ambiente regulatório não imponha barreiras arbitrárias (Aith; Scheffer, 2022; Robba; Fernandes, 2022).

Outro aspecto que emerge do confronto entre resultados e literatura diz respeito ao caráter ético da PBEP. Ao articular os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp; Childress, 2019) ao ciclo dos “Cinco As” (Guyatt *et al.*, 2015; Ford; Melnyk, 2019) e ao modelo clínico de Leonardi (2024), torna-se claro que trabalhar com evidências não é apenas uma questão de atualização, mas de evitar dano e maximizar benefício.

Lilienfeld (2007) mostrou que existem intervenções psicológicas potencialmente danosas e que boas intenções não são suficientes para garantir segurança. Lambert (2010) e Ogles, Lambert e Fields (2002) demonstraram que o monitoramento sistemático de resultados reduz falhas de tratamento. Logo, insistir em práticas não avaliadas, ou não monitorar a resposta do paciente, configura omissão ética. Essa conclusão reforça o argumento de Leonardi e Emerich-Geraldo (2024) de que a PBEP é, em si, um comportamento ético do psicólogo.

A parte final dos resultados destacou ainda a importância de pensar a implementação como processo organizacional e não apenas como ato individual. A

literatura recente sobre difusão e desimplementação de práticas ineficazes na psicologia tem mostrado que mudanças sustentáveis acontecem quando se combinam estratégias de cima para baixo (*top-down*), diretrizes, currículos, resoluções, exigências de conselhos, atuação de entidades como a ABPBE com estratégias de baixo para cima (*bottom-up*), grupos de estudo, supervisões baseadas em caso, formação em serviço e construção de cultura clínica que valorize dados (Shaw, 2021; Rousseau; Gunia, 2016). Isso significa que, para além de ensinar PBEP, é preciso criar ambientes que deem oportunidade real de praticá-la: prontuários que comportem registro de metas e indicadores, tempo em agenda para busca de literatura, acesso institucional a bases científicas, reuniões clínicas para discutir evidências e, sobretudo, liderança técnica que valorize decisões transparentes.

Por fim, cabe reconhecer, que a PBEP não deve ser compreendida como imposição normativa ou técnica descontextualizada, mas como um modelo ético-epistemológico que visa qualificar o cuidado psicológico. As críticas de Campbell (2018) sobre o risco de uma PBE aparentemente neutra, que ignora valores, são pertinentes e devem seguir orientando pesquisas futuras, sobretudo pesquisas que examinem a PBEP em contextos de alta vulnerabilidade social, em serviços públicos com poucos recursos ou com populações culturalmente diversas, situações muito presentes na realidade brasileira e pouco representadas nas grandes metanálises internacionais.

Em síntese, a integração entre os resultados e a literatura indica que a consolidação da PBEP como referencial da psicologia clínica brasileira depende de três movimentos simultâneos: qualificar a formação, inserindo PBEP desde a graduação e na educação continuada; criar condições institucionais e regulatórias para que o modelo possa ser efetivamente praticado; e manter vivo o debate epistemológico e ético, para que a busca por evidências não se converta em novo dogmatismo e permaneça comprometida com o princípio central da psicologia: oferecer intervenções eficazes, seguras e centradas na pessoa atendida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo investigar a conjuntura atual da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) no contexto da psicologia clínica brasileira, abordando sua delimitação teórica, dos desafios de implementação e das possibilidades de aprimoramento dessa abordagem no país. A análise realizada permitiu concluir que os objetivos propostos, tanto o geral quanto os específicos, foram integralmente alcançados ao longo do trabalho. Foi possível identificar, com base na literatura analisada, que a PBEP representa um avanço metodológico, epistemológico e ético no campo da psicologia clínica, integrando evidências científicas, experiência profissional e valores do paciente. A partir da fundamentação histórica e epistemológica, verificou-se que essa abordagem visa superar dicotomias entre ciência e prática, promovendo uma atuação mais crítica, reflexiva e eficaz.

Contudo, o trabalho também revelou que ainda há entraves significativos para sua plena adoção no Brasil. As resistências institucionais, a fragilidade na formação acadêmica e os obstáculos culturais foram destacados por diversos autores como elementos centrais que dificultam a implementação da PBEP. Essas barreiras sugerem que a adoção da prática não depende apenas de iniciativas isoladas, mas de transformações sistêmicas na educação, na cultura profissional e nas políticas públicas de saúde mental.

A metodologia qualitativa, de natureza exploratória e bibliográfica, mostrou-se adequada para o desenvolvimento do estudo, permitindo uma análise crítica e aprofundada da literatura disponível. A seleção criteriosa das fontes, o uso da análise de conteúdo e a estruturação das categorias temáticas contribuíram significativamente para alcançar os objetivos e responder à questão central da pesquisa. Além de responder ao problema inicialmente proposto, a pesquisa também permitiu ampliar a compreensão sobre a complexidade da implementação da PBEP e apontou outras lacunas que merecem atenção, como a necessidade de maior reconhecimento dos valores epistêmicos e éticos envolvidos nas decisões clínicas. A análise da literatura evidenciou que a PBEP, ao adotar uma postura supostamente neutra, pode incorrer em decisões que não consideram a singularidade dos sujeitos atendidos.

Existe ainda um fator de contexto, que não é a raiz do problema, mas suscita antipatia de parte da comunidade de psicólogos clínicos que é o “estrelismo” de alguns colegas defensores históricos da PBE, que, com a disseminação e visibilidade

crescente da temática, têm adquirido posições elitistas ao cobrarem milhares de reais para tirarem fotos com colegas em eventos da área. Tal conduta adiciona uma camada de desconforto ao debate, pois sugere uma mercantilização da ciência e uma falta de ética profissional percebida,

Nesse sentido, recomenda-se um conjunto integrado de ações que abarque formação, infraestrutura e regulação, de modo a tornar a PBEP um padrão efetivo de cuidado. Em primeiro lugar, a inclusão obrigatória da PBEP nos currículos de Psicologia deve ir além de conteúdos introdutórios e contemplar disciplinas específicas que articulem fundamentos epistemológicos, bioéticos e metodológicos às práticas clínicas cotidianas. Isso implica trabalhar, ao longo da graduação, competências de formulação de perguntas clínicas (PICO/PICOT), busca sistemática, avaliação crítica de evidências, tomada de decisão compartilhada e monitoramento de resultados, com estudos de caso, simulações e estágios supervisionados que exponham o estudante ao ciclo completo da PBEP.

Em paralelo, é essencial investir na formação de professores e supervisores clínicos, pois são eles que modelam o raciocínio profissional que os estudantes carregarão para a prática: capacitações continuadas, grupos de leitura e comunidades de prática podem difundir habilidades de avaliação metodológica, formulação de caso baseada em evidências e uso ético de indicadores de desfecho, criando um efeito multiplicador desde a formação inicial até a educação permanente.

A essas medidas pedagógicas deve somar-se a criação de centros de apoio institucional à PBEP, alocados em universidades e serviços de saúde, com a função de prestar suporte técnico-científico a docentes e clínicos: curadoria de diretrizes e revisões sistemáticas, acesso facilitado a bases de dados, consultoria em métodos de avaliação, implantação de rotinas de *outcome monitoring* e suporte à desimplementação de práticas ineficazes.

Por último, o avanço sustentável depende de políticas públicas e regulamentações que criem um ambiente favorável à adoção da PBEP: normativas que incentivem (e, gradualmente, exijam) o uso de práticas com comprovação científica, financiamento para formação e infraestrutura informacional, parâmetros mínimos de qualidade assistencial alinhados a evidências e mecanismos de prestação de contas que privilegiem segurança, efetividade e equidade. Em conjunto, essas frentes alinham ensino, serviço e regulação, reduzindo a distância entre ciência e clínica e consolidando a PBEP como referência cotidiana de decisão terapêutica.

Por fim, reitera-se que a PBEP deve ser compreendida como uma proposta ética e metodológica que não busca substituir o julgamento clínico, mas qualificá-lo a partir da melhor evidência disponível. Seu potencial reside justamente na capacidade de articular ciência, experiência e humanidade, promovendo uma psicologia mais rigorosa, sensível e comprometida com a transformação da realidade clínica brasileira.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. M. A.; SCHEFFER, M. C. Judicialização dos planos e seguros de saúde privados. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0001, 2022.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Evidence-based practice in psychology. **American Psychologist**, v. 61, n. 4, p. 271–285, 2006.
- ANDRADE DA SILVA, G.; OTTA, E. Psicologia baseada em evidências: uma abordagem promissora a ser descoberta pelos psicólogos. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 84, p. 20–29, 2013.
- ANDRADE, Vitor. Positivistas? Neutros? Respondendo críticas à PBE. In: INIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 34., 2025, São José dos Campos. **Anais do INIC 2025**. São José dos Campos: Univap, (No prelo). Palestra.
- BAUER, R. M. Evidence-based practice in psychology: implications for research and research training. **Journal of Clinical Psychology**, v. 63, n. 7, p. 685–694, 2007. DOI: 10.1002/jclp.20374.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 8th. ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 106, p. 1–3, 4 jun. 1998.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 541, de 11 de julho de 2022. Altera a Resolução Normativa nº 465, de 24 de novembro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 118, 13 jul. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0541_13_07_2022.html. Acesso em: 2 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos de acurácia diagnóstica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. ISBN 978-85-334-2129-5.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 72 p. ISBN 978-85-334-2186-8.
- CAMPBELL, Helen. **Evidence-based practice: the science of clinical psychology**. 2018. Tese - Te Herenga Waka - Victoria University of Wellington, Wellington, 2018. DOI: 10.26686/wgtn.19314392.

CHAMBLESS, D. L.; HOLLON, S. D. Defining empirically supported therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 66, n. 1, p. 7–18, 1998. DOI: 10.1037/0022-006X.66.1.7.

CHAMBLESS, D. L.; OLLENDICK, T. H. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 685–716, 2001. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota Técnica CFP nº 1/2023, de 3 de março de 2023: orienta psicólogas e psicólogos sobre a prática da Constelação Familiar, também denominada Constelações Familiares Sistêmicas**. 2023. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Nota-Tecnica_Constelacao-familiar-03-03-23.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Planos de saúde não podem mais limitar psicoterapia**. Brasília, DF: CFP, 2017.

DEL CASALE, A.; ADRIANI, B.; MODESTI, M. N.; *et al.* Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. **Current Psychology**, v. 42, p. 25476–25484, 2023. DOI: 10.1007/s12144-022-03563-4.

DA MOTTA CEZAR-FERREIRA, V. A. Constelação familiar sistêmica: considerações. **Revista Brasileira de Terapia Familiar**, v. 12, n. 1, 2024.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DORAN, G. T. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. **Management Review**, v. 70, n. 11, p. 35–36, 1981.

DOUGLAS, Heather. **Science, policy, and the value-free ideal**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2009. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctt6wrc78>.

EELLS, T. D. The case formulation approach to psychotherapy research revisited. **Pragmatic Case Studies in Psychotherapy**, v. 9, n. 4, p. 426–447, 2013.

EELLS, T. D. What is an evidence-based case formulation? **Psychotherapy Magazine**, v. 27, n. 104, p. 139–148, 2016.

FAIRBURN, C. G. **Cognitive behavior therapy and eating disorders**. New York: Guilford Press, 2008.

FORD, L. G.; MELNYK, B. M. The underappreciated and misunderstood PICOT question: a critical step in the EBP process. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 16, n. 6, p. 422–423, 2019. DOI: 10.1111/wvn.12408.

FREIRE, E. M. **Bioestatística básica**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <http://www.lampada.uerj.br/bioestatisticabasica>. Acesso em: 2 nov. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, K. M. Evidence-based practice: an overview. In: NORCROSS, J. C.; BEUTLER, L. E.; LEVANT, R. F. (org.). **Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions**. Washington, DC: American Psychological Association, 2008. p. 31–44.

GOODYEAR, R. K.; WAMPOLD, B. E.; TRACEY, T. J. G. Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, v. 45, n. 1, p. 54–65, 2017. DOI: 10.1177/0011000016652691.

GUYATT, G.; RENNIE, D.; MEADE, M. O.; COOK, D. J. **Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice**. 3. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2015.

HOFMANN, S. G.; HAYES, S. C.; LORSCHIED, N. **Learning process-based therapy: a skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice**. Oakland, CA: New Harbinger, 2021.

KELLY, M. P. The importance of values in evidence-based medicine. **BMC Medical Ethics**, v. 16, 56, 2015.

KYMARCZYK, K. The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. **Journal of Eating Disorders**, 2021.

LAMBERT, M. J. **Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice**. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.

LEONARDI, J. L. (org.). **Prática baseada em evidências em psicologia clínica: fundamentos teóricos, questões metodológicas e diretrizes para implementação**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2024.

LEONARDI, J. L.; EMERICH-GERALDO, D. Prática baseada em evidências como comportamento ético. In: DITTRICH, A.; LEONARDI, J. L.; SILVEIRA, I. M. (org.). **Valores nas terapias comportamentais: relação terapêutica, ética e política**. Porto Alegre: Sinopsys, 2024.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1139–1156, 2015.

LILIENTFELD, S. O. Psychological treatments that cause harm. **Perspectives on Psychological Science**, v. 2, n. 1, p. 53–70, 2007.

LILIENTFELD, S. O.; AMMIRATI, R.; DAVID, D. Distinguishing science from pseudoscience in school psychology: science and scientific thinking as safeguards against human error. **Journal of School Psychology**, v. 50, n. 1, p. 7–36, 2012. DOI: 10.1016/j.jsp.2011.09.006.

LUBORSKY, L.; SINGER, B.; LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has one and all must have prizes? **Archives of General Psychiatry**, v. 32, n. 8, p. 995–1008, 1975. DOI: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica**. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, Felipe Correa Oliveira de. **O pensamento crítico-reflexivo como defesa na era da desinformação**. 2021. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2021.

MELNIK, T.; ATALLAH, A. N. **Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia**. São Paulo: Santos, 2011.

MELNIK, T. (org.). **Prática da psicologia baseada em evidências**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2024.

MELNIK, T.; DE SOUZA, W. F.; DE CARVALHO, M. R. A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. **Revista Costarricense de Psicología**, San José, v. 33, n. 2, p. 79–92, 2014.

MELNIK, T.; MEYER, S. B.; SAMPAIO, M. I. C. Relato de experiência docente: a primeira disciplina no Brasil sobre a prática da psicologia baseada em evidências ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, e35418, 2019. DOI: 10.1590/0102.3772e35418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35418>. Acesso em: 18 maio 2025.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OGLES, B. M.; LAMBERT, M. J.; FIELDS, S. A. **Essentials of outcome assessment**. New York: John Wiley & Sons, 2002.

ROBBA, R.; FERNANDES, C. H. S. Regulação dos planos de saúde e limites de cobertura: análise de decisões do STJ. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0002, 2022.

ROSENZWEIG, S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: “At last the Dodo said, ‘Everybody has won and all must have prizes’”. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 6, p. 412–415, 1936.

ROUSSEAU, D. M.; GUNIA, B. C. Evidence-based practice: the psychology of EBP implementation. **Annual Review of Psychology**, v. 67, p. 667–692, 2016. DOI: 10.1146/annurev-psych-122414-033336.

SCHNEIDER, L. R. Prática baseada em evidências e a análise sociocultural. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300305>. Acesso em: 2 nov. 2025.

SILVA, P. F. Saúde mental e planos de saúde no Brasil: limites da cobertura e desafios de acesso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 1993–2002, 2011.

SMITH, M. L.; GLASS, G. V.; MILLER, T. O. **The benefits of psychotherapy**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1980.

SOBREIRA, D. A. *et al.* Psicologia baseada em evidências: um caminho para a prática clínica? **UNESC em Revista**, v. 8, n. 2, p. 37–51, 2024.

SPRING, B. Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. **Journal of Clinical Psychology**, v. 63, n. 7, p. 611–631, 2007. DOI: 10.1002/jclp.20373.

TESLA, N. A história da ciência nos mostra que as teorias são perecíveis. In: **25 grandes frases sobre a ciência que te farão refletir**. Mulher.com.br, 2023. Disponível em: <https://www.mulher.com.br/atualidades/ciencia/25-grandes-frases-sobre-a-ciencia-que-te-farao-refletir>. Acesso em: 19 maio 2025.

TRINGALE, M. *et al.* Integrating patient values and preferences in healthcare: a systematic review. **BMJ Open**, v. 12, e067268, 2022.

WAMPOLD, B. E. How important are the common factors in psychotherapy? An update. **World Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 270–277, 2015. DOI: 10.1002/wps.20238.