

Kalil Maihub Manara

**PSICOTERAPIAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS:
Importância e Limites das Pesquisas de Eficácia e Efetividade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia – Habilitação Psicólogo(a) – do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referente às disciplinas de TCC-I e TCC-II, como requisito parcial para a obtenção de grau.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini.

Porto Alegre

2018

*À bandeira rubro-negra da Resistência Popular,
fonte de minha mais visceral inspiração,
e às companheiras e aos companheiros que lado a lado
a tem carregado;
A meus pais, que, pelo amor e pelo trabalho,
construíram comigo a caminhada até aqui;
Ao meu irmão, eterno companheiro de vida e de lutas;
Aos meus avós, tios e tias, primos e primas, e a toda a minha família, por todo o auxílio, pela
alegria compartilhada e pelo valor dado a esta e outras caminhadas;
À minha companheira de cafés, pelo amor, pelos ensinamentos diários e pela paciência com
minhas ausências;
Às professoras, aos professores e às demais trabalhadoras e trabalhadores que produzem e
tornam possível o curso de Psicologia;
Ao meu orientador, pelo debate franco, pela paciência e pela disponibilidade;
Às colegas e aos colegas do curso de Psicologia, pelas inumeráveis contribuições para a
minha formação e para as reflexões que compuseram este Trabalho de Conclusão;
Às minhas tantas amigas e amigos, sem os quais o caminho até aqui teria perdido o sentido;
Às pessoas cuja contribuição me escapa por ignorância ou pela falta de memória;
Às de baixo e aos de baixo, produtoras e produtores da vida humana, sem os quais nada disto
seria vivido, dito, pensado ou escrito.*

RESUMO

Neste trabalho, revisa-se a história da Prática Baseada em Evidências, partindo de seu surgimento na Medicina e chegando ao debate mais atual em Psicologia, onde são situadas as principais divergências. Considerando os argumentos mais difundidos a respeito da chamada sustentação empírica de tratamentos, discute-se a importância e os problemas metodológicos da pesquisa clínica em psicologia. Tendo em vista os elementos normativos e políticos da prática e da pesquisa em psicoterapia, aponta-se para alguns limites dos estudos de eficácia e efetividade como guias da prática psicoterapêutica e destaca-se o potencial das pesquisas participativas para a produção de conhecimentos sobre a psicoterapia, em sintonia com os interesses de suas/seus futuras/os usuárias/os. Argumenta-se pela importância de que psicoterapeutas e pesquisadoras/es considerem a diversidade de aspectos e posições nesse campo, a fim de assumirem seus respectivos posicionamentos de maneira mais compreensiva, ainda que firme. De forma semelhante, entende-se que um diálogo aberto com as/os usuáries/as é fundamental e deve fazer parte do trabalho da/o psicoterapeuta, cabendo a ela/e avaliar criticamente a literatura e informar aos/às usuáries/as sobre alternativas de tratamento existentes e os argumentos que as sustentam, independentemente da abordagem preferida pelo/a psicoterapeuta.

ABSTRACT

This monograph reviews the history of the Evidence-Based Practice, starting from its outset in medicine and arriving in the more current debate in Psychology, where the main divergences are situated. Considering the more disseminated arguments on respect to the so called Empirical Support of Psychological Treatments, the importance and methodological problems of research in psychotherapy are discussed. In view of the normative and political elements of practice and research in psychotherapy, some limits of the efficacy and effectiveness research on guiding clinical practice are pointed, and the potential of participative research to produce knowledge in line with the interests of its future users is underscored. The importance that psychotherapists and researchers consider the diverse aspects and positions in this field is defended, in order that they can take their own positions, even the strongest ones, in a more comprehensive manner. In the same way, it is understood that an open dialog with users, clients or patients, is fundamental and should be a part of the psychotherapists' work, being up to him or her to evaluate critically the literature and inform the psychotherapy users about existing treatment alternatives and the arguments that support them, regardlessly of the clinic's theoretical allegiance.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 6 |
| ASPECTOS HISTÓRICOS | 7 |
| O movimento da Medicina Baseada em Evidências | 7 |
| O movimento dos Tratamentos Empiricamente Sustentados | 12 |
| A Prática Baseada em Evidências em Psicologia | 16 |
| PRINCIPAIS DIVERGÊNCIAS SOBRE A PBEP E ALGUMAS PROPOSTAS | 21 |
| As pesquisas de Eficácia e Efetividade | 22 |
| Uma Prática Baseada Apenas em Evidências? | 30 |
| Prática Baseada em Evidências e Grupos Historicamente Excluídos | 33 |
| A proposta de uma “Ciência Bem Organizada” | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 43 |

APRESENTAÇÃO

A Prática Baseada em Evidências é um modelo de cuidado em saúde que enfatiza a importância dos dados oriundos da pesquisa clínica na escolha de abordagens de tratamento. Em rápida expansão na medicina, desde a década de 1990, o modelo foi adotado também como política pela Associação Psicológica Americana (*American Psychological Association*) em 2005, dando origem ao conceito de Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP). Embora já bastante destacado na literatura internacional, o tema da PBEP tem sido abordado em um número pequeno de publicações no Brasil.

Neste trabalho, revisa-se a história da Prática Baseada em Evidências, partindo de seu surgimento na Medicina e chegando ao debate mais atual em Psicologia, onde situa-se as principais divergências. Além disso, discute-se a contribuição das pesquisas de eficácia e efetividade para a prática psicoterapêutica, considerando-se impasses dos campos metodológico, ético e político, suas implicações e possíveis alternativas.

Inicialmente, aborda-se os aspectos históricos da Prática Baseada em Evidências, iniciando pela sua constituição no campo da Medicina. Retoma-se os debates históricos das pesquisas de resultado em psicoterapia, e sua atualização a partir da chegada da Prática Baseada em Evidências ao campo da Psicologia. Mais adiante, aprofunda-se o debate sobre algumas das principais divergências a respeito da Prática Baseada em Evidências em Psicologia, iniciando-se pelas questões metodológicas referentes às pesquisas de eficácia e efetividade, passando-se aos aspectos valorativos e éticos a considerar na pesquisa e na prática psicoterapêutica, e posteriormente às questões políticas referentes à participação em pesquisas e ao acesso à psicoterapia de grupos historicamente marginalizados. Por fim, levanta-se algumas alternativas no campo da pesquisa, e faz-se alguns apontamentos de questões que precisam ser consideradas na relação entre pesquisa e prática psicoterapêutica.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Ao retratar o desenvolvimento do paradigma da(s) Prática(s) Baseada(s) em Evidências em Psicologia (PBEP)¹ ou da Psicologia Baseada em Evidências (PBE)², estudiosas(os), por um lado, têm-no relacionado à tradição empiricista na própria Psicologia (especialmente aos estudos de eficácia e efetividade de tratamentos psicológicos), vinculada ao desenvolvimento, pela Divisão 12 da American Psychological Association (APA), dos chamados “Tratamentos Empiricamente Sustentados” (ou ESTs³). Por outro lado, tem sido ressaltado o desenvolvimento da Prática Baseada em Evidências como um paradigma de cuidado em saúde, oriundo da medicina (a partir do movimento da “Medicina Baseada em Evidências”, ou EBM⁴) e ao qual caberia à Psicologia aderir progressivamente (Leonardi e Meyer, 2015, Spring, 2007, Leff, 2002). Nesta seção do trabalho, partindo de sua origem na medicina, revisa-se a história das diversas concepções de PBEP e suas respectivas propostas a respeito da relação entre a pesquisa e a prática clínica.

O movimento da Medicina Baseada em Evidências

De maneira abrangente, Spring (2007) divide o movimento da Prática Baseada em Evidências na Medicina em “três histórias” que, embora sejam contemporâneas e ligadas entre si, tiveram características próprias e se desenvolveram em três diferentes países: os Estados Unidos, o Reino Unido e o Canadá.

Nos Estados Unidos, no início do século XX, com o sucesso de tecnologias como a cirurgia antisséptica, a vacinação e o saneamento público, que teriam tornado possível diferenciar a “medicina científica” dos “tratamentos irracionais”, a American Medical Association (AMA)⁵ fortaleceu e introduziu novas formas de controle na formação de medicina, pautadas por requisitos educacionais preliminares, pela sua concepção de ciência e

¹ Denominação utilizada por autores(as) como Spring (2007) (“Evidence Based Practice in Clinical Psychology”) e Leonardi e Meyer (2015), e pela American Psychological Association (2006) (“Evidence-Based Practice in Psychology”).

² Essa denominação é utilizada por autoras(es) como Melnik e Atallah (2011) e Sampaio e Sabadini (2014), aparentemente como uma tradução livre do termo Evidence Based Practice in Psychology.

³ “Empirically Supported Treatments”.

⁴ “Evidence-Based Medicine”.

⁵ Associação Médica dos Estados Unidos da América.

pelo treinamento clínico rigoroso (Spring, 2007). A pedido da AMA, o professor e teórico Abraham Flexner inspecionou as escolas estadunidenses de medicina e produziu um relatório (“Relatório Flexner”), publicado em 1910, recomendando que 124 das 155 escolas existentes fossem fechadas, por não se adequarem aos critérios estabelecidos pelo Conselho de Educação Médica (CME⁶) da AMA, criado em 1904 (Beck, 2004). De fato, até 1935, mais da metade das escolas visitadas por Flexner havia sido fechada (Spring, 2007), através de conselhos estaduais de licenciamento que deram “força de lei” às decisões do CME (Beck, 2004). Pela dificuldade de viabilizar economicamente os padrões exigidos, tanto de indivíduos que pretendiam cursar medicina, quanto das escolas que pretendiam ensiná-los, o modelo aplicado por Flexner, apesar de ter proporcionado melhoras qualitativas ao ensino da medicina, foi acusado como elitista e teve repercussões desastrosas sobre comunidades desfavorecidas, para as quais a oferta de cuidados médicos diminuiu (Beck, 2004).

Partindo do Relatório Flexner, a história da Medicina Baseada em Evidências nos Estados Unidos é caracterizada por uma busca pelo oferecimento das melhores práticas de cuidado em saúde de uma maneira “padronizada e consistente” (Spring, 2007). Além de Flexner, estudiosos que questionaram a eficiência dos gastos em saúde, como John Wennberg (Wennberg & Gittelsohn, 1973, apud Spring 2007), e relatórios governamentais que seguiram documentando o que é chamado de “um abismo entre o que a pesquisa mostra ser efetivo e o que é feito na prática clínica habitual” (Spring, 2007, p. 615) foram marcantes para dar os contornos da via estadunidense de Medicina Baseada em Evidências.

Outro marco importante nos Estados Unidos foi o estabelecimento da Food and Drug Administration (FDA), que, a partir de 1939, passou a regular a venda de medicamentos, estabelecendo e avaliando a satisfação de critérios de segurança (Leff, 2002) e posteriormente, através da “emenda Kefauver-Harris” (1962)⁷, exigindo também a comprovação da eficácia dos fármacos (Demortain, 2008; FDA, n.d.). Um efeito importante dessa emenda foi a

⁶ “Council on Medical Education”.

⁷ A emenda, que passou a exigir comprovação da efetividade das medicações, é um exemplo de como as implementações de novas regulamentações em relação aos fármacos, embora configurem-se historicamente como “respostas” a momentos de crise (e tragédia), não se dirigem necessariamente ao conteúdo das crises que as precedem (Demortain, 2008). A “emenda Kefauver-Harris” foi aprovada “em resposta” à “tragédia da talidomida”, episódio em que o sedativo, introduzido na Europa em 1956, foi retirado de mercado após causar problemas congênitos em milhares de recém-nascidos. Nos Estados Unidos, onde seu uso não havia sido aprovado, o fármaco foi ainda assim receitado a cerca de 20.000 pacientes, com fins “experimentais”, resultando em 17 casos conhecidos de teratogênese. Apesar de não estar diretamente ligada à questão da efetividade, a crise teria “denunciado” a necessidade de mudanças regulatórias, abrindo caminho para mudanças para além de seu conteúdo (FDA, n.d.).

institucionalização do modelo de estudos randomizados, controlados e duplo-cegos para estudos de eficácia de fármacos (Greene & Podolsky, 2012) e intervenções em geral (Leff, 2002).

Os Estados Unidos também foram o primeiro país a produzir diretrizes de prática (practice guidelines) em escala significativa. Tais diretrizes buscavam a padronização de determinadas práticas médicas e hospitalares, para fins de controle de qualidade e/ou redução de custos (Weisz et al, 2007). As associações profissionais foram as primeiras grandes produtoras de diretrizes, seguidas de associações privadas e agências de saúde pública. As diretrizes baseavam-se em consensos de especialistas a respeito das melhores práticas em tópicos determinados⁸. Em 1970, a instituição da participação de representantes das/os consumidoras/es e de protocolos rigorosos refinaram o processo de produção de diretrizes, nas chamadas “conferências de consenso”. Como será visto mais adiante, a partir de 1990, o movimento da Medicina Baseada em Evidências (de escola canadense), passou a também produzir diretrizes e demandar que sua produção fosse feita a partir de uma hierarquização das evidências (Weisz et al., 2007).

No Reino Unido, ainda na segunda metade do século XX, o movimento das Práticas baseadas em Evidências foi catalisado pelo epidemiologista Archibald Cochrane, que defendia a utilização de Ensaio Clínico Randomizado (ECRs) para verificar a validade de tratamentos e melhorar a destinação de recursos do National Health Service (Serviço Nacional de Saúde). Por essa razão, seu nome foi dado à organização voluntária internacional que atualmente realiza revisões sistemáticas de ECRs de tratamentos, a Cochrane Collaboration (Spring, 2007).

Tanto nos Estados Unidos quanto no Reino Unido, a Medicina Baseada em Evidências constituiu uma linha predominantemente nomotética (Spring, 2007): partindo de intervenções ou de problemas clínicos, verificando quais intervenções são mais adequadas a problemas determinados, e disseminando sua utilização, de maneira relativamente homogênea, para determinada população clínica. Essa é a abordagem que está presente nas diretrizes de práticas, publicadas por organizações profissionais como a Associação Médica Americana⁹ e

⁸ Como exemplos pioneiros, podemos citar os textos “Um esboço sobre o tratamento de fraturas” e “Organização do serviço para o diagnóstico e o tratamento de Câncer, um Padrão Mínimo”, publicados pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em 1931 (Weisz et al., 2007).

⁹ A Associação Médica Brasileira também tem publicado diretrizes, mantendo um portal com diretrizes em inúmeras especialidades médicas (disponível em <<[<<http://diretrizes.amb.org.br/](http://diretrizes.amb.org.br/)>>>>)

Estadunidense, e agências federais como os Departamentos de Defesa e de Assuntos dos Veteranos¹⁰, nos Estados Unidos, e o Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido (Spring, 2007).

Por sua vez, a via canadense de Medicina baseada em Evidências está ligada aos estudos de epidemiologia clínica nos quais se engajou fortemente a Universidade de McMaster nos anos 1980, com pesquisadores como David Sackett e Gordon Guyatt (Spring, 2007). Por focar-se na tomada de decisão a partir do cuidado de pacientes individuais, sua perspectiva constitui-se como um paradigma idiográfico. Segundo Spring (2007), a Medicina Baseada em Evidências é por eles definida como um processo no qual as(os) profissionais estão engajadas(os) durante o próprio encontro clínico, constituído por cinco passos, chamados didaticamente de “5 As”: (1) Pergunte (*Ask*), formule a questão clínica; (2) Adquirir (*Acquire*), reunir os melhores estudos adequados a responder a questão; (3) Considere¹¹ (*Appraise*), avaliar as evidências quanto à sua qualidade, relevância e significância clínica; (4) Aplique (*Apply*), aplicar os resultados e (5) Avalie (*Assess*), avaliar o resultado. Através desse processo, esse paradigma pretende enfatizar a busca direta por evidências da pesquisa clínica, dando menos importância, por outro lado, à intuição, à experiência clínica não-sistemática e ao raciocínio fisiopatológico (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).

Para operacionalizar e disseminar essa “nova maneira de praticar e ensinar medicina”, o grupo da Universidade de McMaster produziu materiais para ensinar os(as) estudantes e profissionais médicos(as) a lidar diretamente com a pesquisa, avaliar suas qualidades e problemas e proceder com decisões clínicas a partir delas (Spring, 2007). Também nessa direção, esses pesquisadores desempenharam papel principal no desenvolvimento da disciplina da informática da saúde (health informatics), que “envolve a infraestrutura de sistemas tecnológicos que abastece a tomada de decisões” (Spring, 2007, p. 616).

A Medicina Baseada em Evidências canadense tomou rumos distintos ao longo do tempo, embora não tenha abandonado completamente sua ideia de fomentar a avaliação crítica da literatura científica pelos(as) próprios(as) profissionais médicos(as). Aos poucos, uma série de materiais (sintetizando as evidências a respeito de algum tópico) passou a ser produzida a partir da percepção de que a maioria das(os) médicas(os) não iria ou não poderia

¹⁰ O departamento de Assuntos dos Veteranos (Veterans Affairs ou VA), anteriormente chamado de Veterans Administration, é responsável por serviços compensatórios, incluindo serviços de saúde, a veteranos de guerra e suas famílias nos Estados Unidos (U.S Department of Veteran Affairs, n. d.)

¹¹ Utilizamos o termo “considere”, de maneira a diferenciar a tradução dos passos 3 (*Appraise*) e 5 (*Assess*).

avaliar a literatura por conta própria. Gradualmente, esses materiais transformaram-se em diretrizes (*guidelines*), cuja simplicidade aumentaria sua influência sobre a prática de profissionais da medicina (Weisz et al., 2007). Assim, o modelo idiográfico canadense de Medicina Baseada em Evidências perdeu força em relação ao modelo nomotético, com “onipresença” (Weisz et al., 2007) das diretrizes de prática, que colocaram a aviação das evidências de pesquisa, em grande parte, sob a responsabilidade das associações profissionais e agências estatais.

Apesar de ser hoje considerada o “princípio-guia” da prática médica, a Medicina Baseada em Evidências tem sido criticada, devido à forte influência da indústria farmacêutica no campo da pesquisa clínica, a qual muitas vezes interfere na confiabilidade das evidências produzidas (You, 2016). Além disso, critica-se a má qualidade de muitos estudos publicados em jornais científicos, incluindo os que embasam as diretrizes produzidas por associações e conselhos (Schafranski, 2012).

Alguns(mas) pesquisadores(as) preocupam-se com o uso exclusivo de evidências relativas a intervenções, desvalorizando-se a consideração dos mecanismos nelas envolvidos – ou seja, a consideração das entidades e atividades que, organizadas de determinada maneira, são responsáveis pelos fenômenos estudados (Clarke, Gillies, Illari, Russo & Williamson, 2013). Embora raciocínios sobre mecanismos que produzem os fenômenos sejam tacitamente utilizados pelas/os cientistas no delineamento e na interpretação de Ensaio Clínicos, na extrapolação de seus resultados e para lidar com variáveis de confusão, as hierarquias de evidências, que guiam a Medicina Baseada em Evidências, os colocam em uma posição inferior¹².

Clarke et. Al (2013) trazem um exemplo histórico da importância de consideração dos mecanismos envolvidos nas doenças e intervenções estudadas em Ensaio Clínicos Randomizados. O exemplo trazido é um famoso estudo conduzido em 1947, no Reino Unido, sobre a utilização de estreptomicina para tratar tuberculose pulmonar. No estudo, resultados surpreendentes em favor do uso da estreptomicina apareceram após 6 meses de tratamento (número reduzido de mortes, número superior de melhoras – em relação a outros tratamentos existentes na época). Porém, haviam algumas evidências sugerindo que o bacilo responsável pela doença (mecanismo que produzia a doença) estava desenvolvendo resistência à

¹² Por exemplo, a tabela de “níveis de evidência”, publicada pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford, em 2011, que coloca no nível 5 (o mais baixo) o *mechanism-based reasoning*, ou “raciocínio baseado em mecanismos” (Clarke et al. 2013).

estreptoicina, o que levou os pesquisadores a recomendarem o prolongamento da observação das(os) pacientes tratados com estreptomomicina. De fato, o estudo foi prolongado, e após 5 anos, muitos(as) pacientes tratados(as) com estreptomomicina morreram, e as taxas de mortalidade entre os grupos não apresentavam mais diferenças estatisticamente significantes, mostrando que a estreptomomicina, a longo prazo, não suprava outros tratamentos existentes na época. Assim, o raciocínio baseado na interação entre os mecanismos da intervenção e da doença foi fundamental para interpretar os resultados do Ensaio Clínico Randomizado, sugerir seu prolongamento e chegar a uma conclusão relevante sobre os efeitos da intervenção a longo prazo.

Por isso, autores(as) como Clarke et al. (2013) têm defendido a revisão das hierarquias de evidências que subestimariam o papel dos raciocínios baseados em mecanismos, de maneira a explicitar a presença desses raciocínios na construção, execução e interpretação de estudos sobre intervenções, e também valorizar a produção de evidências específicas a respeito dos mecanismos envolvidos em intervenções e doenças.

Apesar da persistência das polêmicas levantadas acima, o modelo das Práticas Baseadas em Evidências se expandiu para outros campos da área da Saúde. Contribuindo para isto, a produção e disseminação de diretrizes baseadas em revisões da literatura tornou-se ponto comum em inúmeras profissões da área (Norcross, Beutler & Levant, 2005), estando sua produção sob a égide de agências estatais em diversos países europeus, como o Reino Unido, a Alemanha e a França (Weisz, 2007). Por um lado, o avanço desse paradigma tem levantado preocupações referentes à autonomia profissional, no que diz respeito à escolha de procedimentos a adotar nas práticas em saúde; por outro, a Prática Baseada em Evidências tem reunido, ao seu redor, diferentes atores que veem nela uma defesa da qualidade dos serviços e/ou da boa gestão de recursos em saúde (Weisz, 2007). Na Psicologia, como será visto a seguir, um debate acirrado acerca da efetividade dos tratamentos psicológicos construiu o caminho para a chegada desse paradigma (Leonardi & Meyer, 2015).

O movimento dos Tratamentos Empiricamente Sustentados

A preocupação com a avaliação dos resultados das práticas psicoterápicas remete a uma discussão histórica, marcada por muitas divergências (Leonardi e Meyer, 2015; Norcross, Beutler & Levant, 2005), embora seja recente sua organização em torno do marco

conceitual das Práticas Baseadas em Evidências, proposto pela American Psychological Association (APA, 2006).

A revisão da história das Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia realizada por Leonardi e Meyer (2015), situa seu início nas críticas de Eysenck (1952), que, em uma revisão bibliográfica de 19 estudos empíricos das décadas de 1920 a 1950, afirmou que os efeitos da psicoterapia não superavam os da mera passagem do tempo. A revisão de Eysenck foi posteriormente questionada, tendo em vista inúmeros problemas metodológicos dos estudos nela incluídos (Leonardi e Meyer, 2015, Kihlstrom, 2005). Porém, suas críticas impactaram a comunidade científica, produzindo diferentes reações: uma delas foi o questionamento da psicoterapia como intervenção em saúde mental; outra, o descrédito das pesquisas empíricas como formas de avaliar essas intervenções; por fim, uma terceira reação foi a busca por novas evidências que comprovassem os resultados positivos das psicoterapias (Leonardi & Meyer, 2015, Monteleone & Witter, 2017).

Assim, nos anos 70 e 80, surgiram outras revisões (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975, Smith, Glass & Miller, 1980, apud Leonardi & Meyer, 2015) que apontavam para uma alta efetividade das psicoterapias de maneira geral. A partir delas, a eficácia da psicoterapia foi largamente atribuída aos chamados “fatores comuns” (a todas as abordagens), como as características do cliente, do terapeuta e a relação terapêutica. A proposição de que todos os métodos terapêuticos têm aproximadamente a mesma efetividade ficou conhecida como “Veredito do Pássaro Dodô”¹³ termo cunhado pelo psicólogo americano Saul Rosenzweig (1936), em alusão a uma passagem do livro *Alice no País das Maravilhas*, de Lewis Carroll (1865), em que, ao final de uma corrida, o pássaro dodô diz: “todos venceram e todos merecem prêmios” (Everding, 2004).

Tal posição foi questionada pelos defensores do paradigma dos fatores específicos (por exemplo, Beutler, apud Leonardi & Meyer, 2015) que propuseram a busca pelos componentes específicos da terapêutica responsáveis por seus possíveis resultados. Em 1993, essa proposta ganhou institucionalidade através de uma força tarefa da Divisão 12 (Psicologia Clínica) da APA, que propunha-se a identificar (através de um processo não muito sistemático de revisão da literatura¹⁴), listar e disseminar o que foi chamado de “Tratamentos

¹³ O “Veredito do Pássaro Dodô” é também chamado “paradoxo da equivalência” (Stiles, 2006).

¹⁴ Conforme observam os próprios componentes da força-tarefa (Task Force, 1995), a revisão da literatura não foi exaustiva, mas baseada em hipóteses dos/as revisores/as a respeito de tratamentos que potencialmente cumpririam os critérios estabelecidos.

Empiricamente Validados” (ou “Sustentados”¹⁵ – ESTs), incidindo então sobre a formação de terapeutas para realizá-los (Leonardi e Meyer, 2015).

Para além da polémica com o paradigma dos fatores comuns, a Divisão 12 estava também preocupada com a emergência de diretrizes, ou “recomendações clínicas feitas por grupos profissionais e outros” com base em evidências de pesquisas clínicas (Task Force, 1995). Caberia, portanto, à psicologia, produzir e reunir as evidências de eficácia que justificassem a inclusão de determinados tratamentos nas diretrizes.

Para que tratamentos psicológicos fossem considerados Empiricamente Sustentados, a literatura científica precisava satisfazer uma série de critérios desenvolvidos pela Força-Tarefa (Task Force, 1995): Os tratamentos precisavam estar descritos em manuais (o que reduziria problemas metodológicos envolvendo resultados diferentes obtidos por terapeutas e possibilitaria recomendações clínicas mais específicas) e testados através de Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs) ou séries de Estudos de Caso Experimentais, com amostras populacionais selecionadas, afetadas por problemas clínicos específicos (Leonardi e Meyer, 2015), embora não precisassem ser descritos necessariamente conforme o clássico sistema de diagnóstico DSM¹⁶ (Task Force, 1995). Os ensaios deveriam comparar o tratamento a uma intervenção farmacológica, a um “placebo psicológico” ou a outro tratamento (dando evidências de resultados superiores) ou a um tratamento já estabelecido conforme estes critérios (dando evidências de resultados equivalentes). O “placebo psicológico” é definido como uma condição que controle “fatores” ou “processos não-específicos”, como receber atenção de um(a) profissional interessado(a) e a expectativa de que ocorra uma mudança (Chambless & Hollon, 1998; Task Force, 1998). Os “resultados”, nesse caso, são dados por mensurações (por entrevista ou autorrelato) do problema apresentado ou, às vezes, medidas de “ajustamento generalizado” (Task Force, 1995).

Os tratamentos poderiam ser classificados como “empiricamente sustentados”, caso as evidências favoráveis viessem de dois ou mais ambientes de pesquisa independentes, ou

¹⁵ A designação como tratamento empiricamente “sustentado” foi proposta posteriormente, em substituição ao termo “validado”, que poderia levar à compreensão de que a pesquisa a respeito de determinada intervenção estaria concluída e não poderia avançar ou ser contrariada por evidências futuras, por exemplo (Leonardi & Meyer, 2015). Além disso, merece comentário o uso alternado dos termos “terapia” (*therapie*) e “tratamento” (*treatment*), que parece tratá-los como equivalentes, na designação “EST” (“Empirically Supported Therapies” ou “Empirically Supported Treatments”) (Chambless & Hollon, 1998).

¹⁶ DSM é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association). A terceira versão do documento (DSM-III, de 1980) foi referida pela força-tarefa que definiu os Tratamentos Empiricamente Validados (Task-Force 1995).

“provavelmente eficazes”, caso existissem evidências favoráveis, porém com qualidade ou quantidade inferior¹⁷, ou que não haviam sido replicadas. A força tarefa sugeriu que tratamentos não incluídos em nenhuma dessas categorias fossem considerados “experimentais” (Task Force, 1995)¹⁸, algo como dizer que estavam “em fase de testes”.

Inúmeras críticas foram feitas à proposta dos ESTs, algumas das quais discutiremos mais adiante. A importância histórica de tais críticas é tal que, a partir delas, balizou-se o trabalho de outras divisões da APA. A Divisão 29 (Psicoterapia), em 1999, defendendo a perspectiva dos fatores comuns, criou uma força-tarefa com objetivo semelhante à dos Tratamentos Empiricamente Validados (da Divisão 12, Psicologia Clínica), porém dedicada às “relações terapêuticas empiricamente sustentadas” (Leonardi & Meyer, 2015).

Em 2002, um esforço conjunto da Sociedade para Pesquisa em Psicoterapia dos EUA e da Divisão 12 da APA deu origem a uma perspectiva “mista”, que daria importância a todos os fatores envolvidos no processo psicoterápico, incluindo qualidades da(o) terapeuta, características da(o) paciente, relação terapêutica e técnicas específicas. Essa perspectiva propôs a formulação dos “princípios de mudança terapêutica”, que seriam, por um lado, mais gerais do que técnicas específicas, e, por outro, mais específicos do que formulações teóricas acerca de relações terapêuticas. Além disso, por não serem descritos a partir de qualquer teoria, seriam aplicáveis a qualquer modalidade de psicoterapia (Leonardi & Meyer, 2015).

Em meio a esses debates e procurando “delinear um paradigma que fosse representativo de diversas perspectivas teóricas, metodológicas, conceituais e práticas” (Leonardi & Meyer, 2015, p.1147) foi que a APA, em 2005, desenvolveu o conceito de Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia (PBEP), que integraria a melhor evidência disponível, a experiência clínica da(o) terapeuta e as características, a cultura e as preferências da(o) cliente¹⁹ como diretrizes para a tomada de decisão clínica (APA, 2006).

¹⁷ Estudos cujo grupo-controle era uma lista de espera (sem “placebo psicológico”), evidências providas de apenas um estudo, estudos com amostras demasiadamente heterogêneas e séries consideradas “pequenas” de estudos de caso experimentais (Task Force, 1995).

¹⁸ Chabmless e Hollon (1998) sugeriram a adoção de um sistema diferente. Para essas(es) autoras(es), a denominação “empiricamente sustentado” poderia ser dada a tratamentos que se mostrassem superiores, em Ensaio Clínicos Randomizados, a condições de controle com tratamento mínimo, ou sem tratamento (como listas de espera). Para tratamentos que se mostrassem superiores ao placebo (ou outros tratamentos), a definição dada seria “eficaz e específico”. Assim, haveriam os tratamentos considerados “experimentais”, os “eficazes e específicos” e os “empiricamente sustentados”.

¹⁹ A APA, em seu documento, utiliza o termo “paciente”, reconhecendo que, em muitas situações, há razões importantes e válidas para utilizar o termo “cliente”, “consumidor” ou “pessoa” para descrever “a criança, o adolescente, o adulto, o adulto idoso, o casal, a família, o grupo, a organização, a comunidade ou outra

A perspectiva adotada pela APA provém do “estilo canadense” de Medicina Baseada em Evidências destacado acima, e sua adoção se constituiu em uma importante mudança em relação aos Tratamentos Empiricamente Sustentados. Representou a passagem de um modelo nomotético de Prática Baseada em Evidências – ou seja, um modelo que procura estabelecer, de maneira geral, quais tratamentos melhor se adequam a quais quadros clínicos – para um modelo idiográfico desse paradigma – que propõe o encontro clínico como um processo de tomada de decisão em que as intervenções serão definidas a partir de questionamentos específicos sobre determinado o caso atendido (Spring, 2007).

A seguir, apresenta-se mais detalhadamente as definições dadas pela APA (2006) à PBEP, a partir da aprovação da “Declaração sobre Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia”. Além disso, apresenta-se alguns desdobramentos históricos e polêmicas que, apesar da aprovação desse documento, continuam dividindo o campo.

A Prática Baseada em Evidências em Psicologia

Em 2005, a Força-Tarefa da APA sobre Práticas Baseadas em Evidências propôs um conceito de Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) que baseava-se na definição do Instituto de Medicina (Institute of Medicine) dos EUA²⁰. Este último definia Prática Baseada em Evidências como “a integração da melhor evidência de pesquisa com a experiência (expertise) clínica e os valores do(a) paciente” (Institute of Medicine, 2001, p. 47). A definição da APA, embora muito semelhante, pretendia discutir mais profundamente a expertise clínica e ampliar a consideração das características do(a) paciente: “Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) é a integração da melhor pesquisa disponível com a experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do(a) paciente” (APA, 2006, p. 273).

Os três componentes, melhor pesquisa disponível, experiência clínica e características, cultura e preferências do(a) paciente, cuja integração é proposta pela PBEP, são bastante complexos, estando cada qual rodeado de inúmeras discussões e diferentes posições

população recebendo serviços psicológicos” (APA, 2006, p. 273). Aqui, utiliza-se o termo “usuário(a)” ou “sujeito atendido” para falar da pessoa que é atendida em psicoterapia.

²⁰ O Instituto de Medicina foi renomeado em 2016, passando a se chamar Divisão de Saúde e Medicina (Health and Medicine Division). Juntamente com outras divisões, compõe as Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina, instituições privadas e sem fins lucrativos que fornecem análises e recomendações para informar a população e as políticas públicas estadunidenses (National Academy of Sciences, 2017).

(Norcross, Beutler e Levant, 2005). Em relação a cada um deles, a APA (2005, apud APA 2006) estabelece algumas definições, resumidas a seguir.

Melhor evidência de pesquisa disponível: estende-se da pesquisa clínica (em laboratório e em campo) à pesquisa básica (“cl clinicamente relevante”). Deve ser baseada em revisões sistemáticas, tamanhos de efeito razoáveis, significância estatística e clínica e um corpo de evidências de apoio. A validade de conclusões de pesquisa é baseada numa progressão desde a observação clínica até as revisões sistemáticas de ECRs, considerando a possibilidade de lacunas na literatura, limitações na generalização dos resultados e contribuições de outras áreas do conhecimento. A superioridade dos ECRs na comprovação de eficácia de um tratamento faz referência ao documento de 2002 “Critérios para avaliar diretrizes de tratamento” (APA, 2002), aprovado como uma política (association policy) da APA em 2005.

Experiência Clínica: engloba competências da(o) clínica(o) em: a) avaliação, diagnóstico, formulação de caso e estabelecimento de planos de tratamento; b) tomada de decisão clínica, implementação e monitoramento de tratamentos; c) expertise interpessoal; d) contínua reflexão e aprendizagem de habilidades; e) avaliação e utilização de pesquisa básica e aplicada; f) compreensão de influências individuais, culturais e contextuais no tratamento; g) procura por outros recursos disponíveis caso necessário; e, h) ter uma razão convincente para justificar as estratégias clínicas. A função da expertise ou experiência clínica seria a integração das melhores evidências disponíveis com as informações clínicas a respeito de um caso, englobando o reconhecimento dos limites e vieses do próprio conhecimento.

Características, cultura e preferências da(o) paciente:²¹: este componente reúne características da(o) paciente a cuja sensibilidade estaria relacionada uma melhor efetividade dos tratamentos (por exemplo, seus problemas e forças específicas), além de aspectos que influenciam os resultados terapêuticos (status funcional, “prontidão para mudar”, etc.) e características a serem consideradas na manutenção da relação terapêutica e implementação de intervenções (variações dos transtornos, sintomas, etc., aspectos do desenvolvimento, fatores socioculturais e familiares – incluindo gênero, raça, classe social, religião, etc. –

²¹ Ou “características, valores e contexto da(o) paciente”. A nomenclatura do terceiro componente da PBEP varia nos documentos da APA. Na definição sumária do conceito, que abre o *Statement on Evidence-Based Practice on Psychology* (APA, 2006, pp. 284-5), utiliza-se os termos “características, cultura e preferências”; porém no mesmo documento, após as seções que tratam em separado dos outros dois componentes (“melhor evidência de pesquisa” e “experiência clínica”), a seção que trata do terceiro componente passa a ser denominada “características, valores e contexto da(o) paciente”.

contexto ambiental – incluindo racismo institucional e desigualdades no acesso à saúde – estressores – como o desemprego – preferências pessoais, valores e preferências relacionadas ao tratamento – como objetivos, crenças e visões de mundo). Através deste componente também inclui-se como um objetivo central da PBEP a maximização da escolha da(o) paciente entre alternativas de intervenções efetivas.

A Força-Tarefa que produziu essa definição limitou-se a tratar de “serviços de cuidado em saúde oferecidos por psicólogas(os)” (APA, 2006, p. 273), não se estendendo a outras aplicações possíveis (educacionais, organizacionais, etc.) da psicologia. A declaração produzida foi aprovada pelo Conselho de Representantes, tornando-se uma política da APA em agosto de 2005, mas a sua aprovação não estabeleceu um profundo consenso a respeito de como concretizar a PBEP.

Segundo a APA (2006), a Prática Baseada em Evidências em Psicologia seria um conceito mais abrangente, em relação à proposta anterior, da Divisão 12, dos Tratamentos Empiricamente Sustentados (ESTs). Na Prática Baseada em Evidências em Psicologia, as fontes de evidências não se limitariam aos Ensaio Clínicos Randomizados (ECRs)²² e seriam consideradas num processo articulado de tomada de decisão. Haveria também uma maior especificidade dos processos clínicos considerados, que, para além dos tratamentos manualizados enquanto totalidades (Tratamentos Empiricamente Sustentados), incluiriam, por exemplo, a avaliação psicológica, a formulação de caso e as relações terapêuticas.²³

A despeito da definição dada pela APA, enquanto algumas(uns) psicólogas(os) compreendem a Prática Baseada em Evidências em Psicologia de maneira mais idiográfica,

²² Embora a proposta dos ESTs não se limitasse aos ECRs (incluindo também os Estudos de Caso Experimentais), esse método não é citado na comparação feita pela APA (2006) entre ESTs e a PBEP. De qualquer maneira, sustenta-se que a flexibilidade da Prática Baseada em Evidências em Psicologia, em relação à consideração de evidências, excede amplamente a dos Tratamentos Empiricamente Sustentados.

²³ Ao falar da divisão entre Tratamentos Empiricamente Sustentados e Práticas baseadas em Evidências em psicologia, destacamos, para evitar a confusão de termos, que Kazdin e colegas (Kazdin, 2008; Kazdin & Whitley, 2006; Goodheart & Kazdin, 2006) utilizam o termo “*Evidence-based Treatments*” (EBTs, Tratamentos Baseados em Evidências) como equivalente de ESTs (Tratamentos Empiricamente Sustentados), mantendo, porém, a diferença entre ESTs/EBTs e a Prática Baseada em Evidências, e mantendo-se também esta última (PBEP) como conceito mais amplo, voltado para o processo de tomada de decisão clínica, pautado pela conjunção entre evidências de pesquisa, expertise clínica e características da/o paciente. Compreende-se, aqui, que autores(as) que associam o termo “Evidence-Based” a termos no plural (Treatments, Psychotherapies, Practices, etc.) em geral aproximam a Prática Baseada em Evidências de uma abordagem nomotética (Spring, 2007), pela qual temos uma divisão entre o grupo de psicoterapias baseadas em evidências (e recomendadas, por diretrizes de prática clínica, para tratar quadros clínicos definidos) e um grupo de psicoterapias não baseadas em evidências, ou ainda não baseadas em evidências – de maneira semelhante às intervenções tratadas como “experimentais” pela Força-Tarefa da Divisão 12 que propôs os Tratamentos Empiricamente Sustentados (conferir acima).

confiando principalmente na avaliação clínica para designar o procedimento (ou combinação de procedimentos) adequado(s) diante das características específicas de um caso clínico, outras(os), a partir de uma abordagem predominantemente nomotética (Spring, 2007), têm mais confiança na generalização dos dados de pesquisa, o que, a rigor, pode significar a aplicação mais rígida de Tratamentos Empiricamente Sustentados, ou “Baseados em Evidências”²⁴. Nesse caso, a aplicação desses tratamentos estaria sujeita a revisão apenas quando não houvesse um EST disponível (para o quadro clínico em questão) ou quando o EST não desse resultado (Goodheart e Kazdin, 2006). Assim, em alguns casos, a evidência de pesquisa é compreendida como componente prioritário no esquema tripartido da PBEP (Berg e Slaattelid, 2017). Além disso os conceitos de EBP e EST são frequentemente confundidos (Tilsen e McNamee, 2015, Babione, 2010, Spring, 2007) e não geram muito consenso entre os estudiosos.

Apesar de todas as discussões ainda existentes, a APA tem se envolvido na produção de diretrizes de prática que procuram estreitar a relação entre a detecção de determinadas condições clínicas e a prática de tratamentos psicológicos específicos. As chamadas Diretrizes de Prática Clínica (Clinical Practice Guidelines - ou CPGs), tais como definidas pela APA em 2002, fornecem recomendações específicas a respeito dos tratamentos a serem oferecidos aos(as) pacientes em determinadas condições clínicas (Bufka & Halfond, 2016)²⁵.

Em 2010, a APA formou um Comitê de Direção Consultiva (Advisory Steering Committee) para desenvolver CPGs destinadas a fornecer orientação não apenas às(aos) psicólogas(os), mas também às(aos) pacientes e suas famílias e às(aos) legisladoras(es) e administradoras(es), na escolha e recomendação de tratamentos (APA, 2017). As diretrizes seriam desenvolvidas através do trabalho de painéis formados por psicólogos(as), médicos(as) e outros(as) profissionais da saúde e representantes das(os) pacientes, baseando-se em revisões sistemáticas da literatura, conforme os critérios da Divisão de Saúde e Medicina (Health and Medicine Division²⁶) dos EUA. Esses critérios abordam domínios relativos à composição transparente e à representatividade dos painéis, ao seu processo de tomada de decisões, ao manejo dos conflitos de interesses, ao manejo das evidências, sua transformação

²⁴ Conferir nota de rodapé acima.

²⁵ Além das Clinical Practice Guidelines, anteriormente chamadas de diretrizes de tratamento (treatment guidelines) a APA desenvolveu Professional Practice Guidelines (anteriormente Practice Guidelines), as quais fornecem recomendações a respeito da conduta a ser desempenhada e questões a serem consideradas em áreas particulares da prática clínica (Bufka & Halfond, 2016).

²⁶ Divisão de Saúde e Medicina é o novo nome do Instituto de Medicina, desde de 2016, cf. nota de rodapé n. 19.

em recomendações “fortes” ou “condicionais” e a revisão periódica das diretrizes (Bufka e Halfond, 2016). Retomando-se a divisão de Spring (2007) entre abordagens nomotéticas e idiográficas da PBEP, pode-se entender o recente desenvolvimento das CPGs pela APA como um avanço histórico da abordagem nomotética, cujas consequências devem ser observadas nos próximos anos e nas décadas futuras.

Apesar de, nos últimos 20 anos, um intenso debate a respeito da PBEP ter se desenvolvido a nível internacional, sua repercussão no Brasil tem sido bastante limitada. Há poucas publicações a respeito, em língua portuguesa (Leonardi & Meyer, 2015) e a primeira disciplina sobre o tema no Brasil foi ministrada em 2013, na Universidade de São Paulo (Melink, Souza & Carvalho, 2014).

Em relação à produção e/ou adoção de diretrizes pelas/os psicólogas/os, no Brasil, existem as Referências Técnicas, publicadas pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas²⁷ (CREPOP, 2007, 2013), que pretendem “qualificar” e “orientar” a prática profissional de psicólogos(as) que atuam em diferentes áreas do campo das Políticas Públicas. Porém, sua construção é feita através de consultas públicas e das análises de comissões de especialistas selecionadas/os pelo CREPOP, evidenciando que o modelo utilizado não é o mesmo que predominou nos EUA após a emergência da Medicina baseada em Evidências, onde a ênfase passou a recair sobre a hierarquização das evidências e a valorização de estudos controlados. Uma semelhança entre as diretrizes brasileiras e as estadunidenses é que, assim como as diretrizes da APA, não é obrigatório às/aos psicólogas/os brasileiras/os seguir as orientações das Referências Técnicas (CREPOP, 2007, 2013).

A Prática Baseada em Evidências em Psicologia é, portanto, uma proposta em desenvolvimento, que envolve ainda muitas discussões e até disputas. Inúmeras compreensões diferentes a respeito da relação entre a prática e a pesquisa clínica antecederam e influenciaram as concepções da PBEP. Assim, mesmo a definição mais influente a respeito (APA, 2006) dá margem a diferentes interpretações (Goodheart & Kazdin, 2006; Norcross, Beutler & Levant, 2005), as quais repercutem diretamente na prática clínica e em suas

²⁷ O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas foi criado em 2005, integrando o Sistema Conselhos – que inclui o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais de Psicologia (CREPOP, n. d.). O principal propósito do CREPOP é, através da produção de diretrizes, “ampliar a atuação dos psicólogos e das psicólogas na esfera pública, expandindo a contribuição profissional da Psicologia para a sociedade brasileira e, conseqüentemente, colaborando para a promoção dos Direitos Humanos no país” (CREPOP, 2007, p. 8).

relações com as Políticas Públicas, os planos de saúde e as associações profissionais e de usuários/as.

Isto será discutido de maneira mais destacada na próxima seção, que tratará dos debates a respeito da validade das evidências de pesquisa clínica, e sobre as relações que os achados desse tipo de pesquisa devem ter com a prática do(a) psicoterapeuta. A partir das críticas sobre a redução da psicoterapia ao campo empírico, ilustra-se brevemente como alguns aspectos do campo filosófico precisam ser considerados e também moldam a tomada de decisões em psicoterapia, e como eles poderiam se relacionar com a valorização das evidências de pesquisa proposta pela Prática Baseada em Evidências em Psicologia. Por fim, são apresentadas algumas alternativas para a inclusão das(os) usuários de psicoterapia nas discussões e na produção de conhecimento sobre PBEP.

PRINCIPAIS DIVERGÊNCIAS SOBRE A PBEP E ALGUMAS PROPOSTAS

Como foi visto acima, no interior do movimento pela Prática Baseada em Evidências, tanto em Psicologia quanto em Medicina, existe um dissenso a respeito de como a prática clínica deve se relacionar com a pesquisa. Nesse dissenso, a partir dos apontamentos de Berg e Slaattelid (2017), pode-se destacar dois campos de debate: uma discussão “técnica”, que reduz ao campo empírico os critérios para avaliar cientificamente um tratamento, a partir de distintos entendimentos sobre a validade de diferentes dados de pesquisa; e uma discussão ética e política, que inclui a normatividade na discussão dos tratamentos psicológicos, e implica diferentes entendimentos de como a pesquisa deve se relacionar com a psicoterapia.

Antes de se iniciar a discussão, cabe destacar que o termo “psicoterapia”, ao qual se decidiu restringir a discussão neste trabalho, é utilizado de maneira genérica, incluindo tratamentos das diversas orientações teóricas oferecidos por psicólogos(as) sob o título de “terapia”, “psicoterapia”, “tratamento psicológico” etc., compreendendo também os casos em que o termo “psique” não é utilizado, sendo substituído, por razões teóricas, por termos como “comportamento”, “contingências de reforçamento”, etc. (conferir, por exemplo, Guilhardi 2004). Porém, como na declaração a respeito de Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia da APA (2006), não se deseja a discussão às especificidades da prática de profissionais da Psicologia nos campos organizacional/do trabalho, educacional/escolar, comunitário, etc., o que implicaria em um trabalho mais extenso que aqui não será possível.

As pesquisas de Eficácia e Efetividade

A APA (2006) adotou como Política a proposição de que diversos elementos da psicoterapia devem ser considerados para uma Prática Baseada em Evidências em Psicologia. Entre esses elementos, que incluem as características da(o) psicoterapeuta, da(o) paciente e da relação terapêutica, foi o elemento das intervenções específicas que recebeu o maior nível de sistematização pela APA, incluindo um modelo hierárquico para a consideração das evidências de pesquisa sobre intervenções (APA, 2002). Essa hierarquização, entretanto, refere-se a apenas uma dimensão da avaliação de intervenções: a eficácia. Assim, a respeito da dimensão da eficácia de intervenções específicas, seria possível dizer, segundo a APA (2002), que observações clínicas e formulações a partir da ciência básica são o nível mais

baixo da hierarquia e têm uma contribuição menor do que os Ensaios Clínicos Randomizados, que estão no topo da hierarquia.

A diferenciação dos conceitos de eficácia e efetividade é uma possível fonte de confusão nesse campo, pois ela se refere às qualidades metodológicas das pesquisas sobre as intervenções, e não diretamente a uma qualidade da intervenção – que é a mesma, tanto na eficácia quanto na efetividade: a qualidade de causar bons resultados (Borkovec & Castonguay, 2005). Entretanto, a eficácia se refere à demonstração desta qualidade em estudos que privilegiam a validade interna. Assim, a intervenção que demonstra bons resultados em pesquisas consideradas rigorosas quanto à validade interna é chamada eficaz (APA, 2002). Também por essa razão, as pesquisas que privilegiam a validade interna são chamadas pesquisas de eficácia (Borkovec & Castonguay, 2005).

Uma clássica definição de validade interna, utilizada pelos(as) proponentes dos Tratamentos Empiricamente Sustentados (ex. Chambless & Hollon, 1998; Hollon, 2005), é a de Campbell e Stanley (1979/1963)²⁸. Segundo estes autores, a validade interna refere-se à questão de se os tratamentos experimentais fizeram diferença numa específica instância experimental. Para garantir esse tipo de validade, é preciso “controlar” as variáveis estranhas, aquelas cujos efeitos possivelmente serão confundidos com os do estímulo (tratamento) experimental. Os efeitos de História, por exemplo, são uma classe de variáveis estranhas definidas por Campbell e Stanley (1979). Nela estão incluídos os eventos específicos, para além dos tratamentos experimentais, que influenciam os sujeitos envolvidos na pesquisa, entre as medições das variáveis estudadas. A ocorrência desse tipo de evento possibilita questionamentos como: as diferenças em estresse observadas entre as medições O_1 e O_2 são resultados da exposição dos participantes ao tratamento X ou do agravamento da instabilidade política no país nos últimos meses?

Conforme Hollon (2005), a estratégia para garantir validade interna, nos Ensaios Clínicos Randomizados, é a própria randomização, ou seja, a colocação aleatória dos sujeitos de pesquisa em grupos distintos. Por esse procedimento, tendo-se amostras suficientemente grandes de participantes no estudo, obtém-se grupos que tendem a não ter diferenças significativas entre si. Retomando, a partir do exposto por Hollon (2005), o exemplo dado anteriormente: ambos os grupos estão expostos ao noticiário, às notícias de cortes de direitos,

²⁸ Apresenta-se a data da publicação traduzida, seguida da data da publicação original. Nas citações posteriores, aparecerá apenas a data da publicação traduzida, utilizada neste trabalho.

etc. Assim, uma diferença estatisticamente significativa encontrada entre ambos os grupos pode, com relativa confiança, ser atribuída à diferença de tratamento que lhes tenham dado os(as) pesquisadores(as). Se os(as) participantes do estudo fossem pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada, o grupo controle poderia, por exemplo, receber, durante determinado tempo, um tratamento farmacológico e a escuta atenta de um(a) profissional da saúde, enquanto o grupo experimental receberia o tratamento farmacológico e uma intervenção psicológica mais específica, por exemplo, uma intervenção baseada em mindfulness, descrita em um manual e com um número de sessões estabelecido, para lidar melhor com sua ansiedade.

O exemplo exposto acima é um protótipo clássico das pesquisas de eficácia. Caso fosse posto em prática e obtivesse diferenças estatisticamente significativas favorecendo os resultados do grupo experimental em relação aos do grupo controle (supondo-se também que um manual tenha sido utilizado para descrever e guiar o tratamento), a intervenção baseada em mindfulness que se propôs teria uma evidência de sua eficácia. Já se o estudo fosse replicado por uma equipe de pesquisa independente que obtivesse resultados semelhantes, a intervenção seria considerada um Tratamento Empiricamente Sustentado para Transtorno de Ansiedade Generalizada, conforme os critérios estabelecidos pela Força Tarefa de 1993 da Divisão 12 da APA (Task Force, 1995).

Como já foi exposto acima, os estudos que apoiassem o tratamento deveriam incluir o seguimento de um manual de tratamento (ou de procedimentos extremamente simples que o dispensassem) e o delineamento randomizado e controlado (ou uma série grande de estudos de caso experimentais). Além disso, para serem considerados “bem estabelecidos”, deveriam haver dois ou mais estudos publicados, por equipes de pesquisa independentes, apoiando os tratamentos, com amostras consideradas homogêneas (em relação à condição clínica), sendo que os grupos experimentais dos estudos deveriam obter, em relação aos grupos controles, resultados superiores (à administração de um fármaco, “placebo psicológico”²⁹ ou outro tratamento) ou equivalentes (a uma intervenção já estabelecida segundo estes mesmos critérios)³⁰.

²⁹ Conferir acima.

³⁰ Relembrando: caso os estudos obtivessem estes critérios, exceto por não terem sido replicados, terem seu grupo controle na condição de “lista de espera”, e/ou apresentarem séries muito pequenas de estudos de caso experimentais, eles seriam definidos como “provavelmente eficazes” pela Força Tarefa (Task Force, 1995).

Porém, a utilização da metodologia dos Ensaio Clínicos Randomizados para estudar os resultados de intervenções psicológicas recebeu diversas críticas (Borkovec & Castonguay, 2005). Algumas apontavam para a inadequação desse delineamento para o estudo de psicoterapias de longo-prazo e cujas intervenções fossem mais “flexíveis”, como as de orientação psicodinâmica (Westen, Novotny e Tompson-Brenner, 2004). Outras focalizavam problemas de validade externa comuns nos estudos de eficácia (Seligman, 1995). Em geral, as(os) autores(as) dessas críticas passaram a defender e realizar pesquisas de campo, onde se procura avaliar os resultados psicoterapêuticos produzidos por psicólogos(as) clínicos(as), em seus settings de trabalho “naturais” (Borkovec e Castonguay, 2005). Esse tipo de estudo, que engloba, na verdade, uma quantidade bastante grande de delineamentos de pesquisa diferentes, compõe o campo das pesquisas de efetividade.

O alto custo de um estudo controlado de longo prazo, além dos problemas éticos em manter as pessoas nas condições do estudo por muito tempo, e a dificuldade de produzir manuais que dessem conta de um número muito grande de sessões foram problemas apontados por Seligman (1995) na aplicação dos Ensaio Clínicos Randomizados às terapias psicodinâmicas de longo-prazo, assim como à terapia de família e à chamada “psicoterapia eclética”. Westen, et al. (2004) também defenderam que, por ser mais adequado a estudos curtos, o modelo das pesquisas de eficácia prejudicaria o estudo dos quadros clínicos mais complexos, que podem envolver aspectos mais globais da personalidade do sujeito atendido e que, por isso, poderiam demandar intervenções mais longas. Além disto, Borkovec e Castonguay (2005) argumentam que a validade interna de delineamentos comparativos (comparando uma forma de psicoterapia à outra) é seriamente comprometida pela inexistência de medidas válidas e confiáveis para garantir a equivalência na qualidade com que intervenções de orientações diferentes são administradas pelas(os) terapeutas.

Quando se entra na questão da validade externa, as críticas aos ECRs também são muitas. A validade externa refere-se às condições de generalização dos efeitos encontrados num experimento. Podemos resumi-la na seguinte pergunta: para que outros grupos, populações, variáveis de tratamento, etc., aquilo que foi observado em laboratório poderá ser generalizado? A essa mesma pergunta, Campbell e Stanley (1979) responderam que, pela lógica, não se pode generalizar, porém tenta-se. Isso é feito a partir da acumulação de uma experiência que não decorre de um experimento específico, mas sim de inúmeras tentativas de antecipar quais serão as variáveis de outros contextos que interagirão (ou não) com as

“variáveis de tratamento” (as testadas em laboratório), ou mesmo que diferenças da constituição do próprio fenômeno estudado o farão (ou não) funcionar de outra maneira em outros contextos (Campbell & Stanley, 1979). O processo de generalização é, assim, colocado como um artifício precário e justificado apenas através de pressupostos um tanto arbitrários (Campbell & Stanley, 1979).³¹

Assim, tomando-se a lógica de Campbell e Stanley (1979) no seu sentido inverso, é possível pensar nas críticas à validade externa das pesquisas de eficácia como suposições (ou afirmações) de que a psicoterapia “em campo” tem diferenças muito importantes em relação à psicoterapia “em laboratório”. A literatura aponta para uma série de diferenças desse tipo (Borkovec e Castonguay, 2005): a definição antecipada do número de sessões que serão realizadas e a definição rigorosa dos procedimentos a serem utilizados com um(a) paciente, por exemplo, não são características da psicoterapia em consultórios e serviços de saúde, mas são características das pesquisas de eficácia; a chegada à psicoterapia também é mais “passiva” nas pesquisas (os participantes são “recrutados” pelas/os pesquisadoras/es); os problemas apresentados pelas/os pacientes, que costumam ser múltiplos (presença de comorbidades), geralmente são “homogeneizados” na seleção dos(as) participantes de pesquisas – podem ser incluídas/os na amostra, por exemplo, apenas pacientes deprimidas/os, sem comorbidades e que nunca tentaram suicídio (Borkovec e Castonguay, 2005); os critérios para definir se um(a) paciente melhorou, na clínica, podem ser múltiplos, mas em pesquisa são apenas alguns, e frequentemente apenas medidas dos sintomas (Seligman, 1995). Além disso, os delineamentos de pesquisa enfatizam o cumprimento por psicoterapeutas dos procedimentos específicos definidos pelos manuais, criando procedimentos de verificação, supervisão e estudo diferentes da prática clínica (Borkovec e Castonguay, 2005). Esta última também apresenta, muitas vezes, a característica de ocorrer em conjunto com inúmeras outras intervenções (médicas, assistenciais, etc.), enquanto as pesquisas de eficácia costumam

³¹ Campbell e Stanley (1979/1963) fazem duas outras considerações: na primeira, dizem postular uma “lei empírica geral”, segundo a qual “quanto mais próximos se acham dois eventos no tempo, no espaço e no valor medido em algumas ou todas as dimensões, mais eles tendem a seguir as mesmas leis” (p.33), o que seria a versão moderna de uma pressuposição de Mill (citado por Campbell & Stanley, 1979) quanto à legalidade ou regularidade da natureza. A segunda e última consideração é a de que as ciências “bem sucedidas” (Física, Química) não dão atenção à representatividade, embora dêem atenção à replicação independente dos experimentos. Ambas as considerações procuram expor os princípios a priori que, para os autores, parecem justificar a generalização, e são expostas aqui pelo seu caráter ilustrativo a respeito dos aspectos arbitrários envolvidos na questão da validade externa.

estudar intervenções isoladas, ou seja, onde é realizado apenas o tratamento de interesse (Clarke, 1995).

Westen et al. (2004) oferecem uma síntese bastante completa desses argumentos, definindo-os em termos de pressupostos implícitos da metodologia dos Tratamentos Empiricamente Sustentados. Assim, por exemplo, ao apostar em estudos curtos e com amostras sem comorbidades para compreender se as psicoterapias funcionam, a Força Tarefa (1995) que definiu os critérios para os ESTs estaria implicitamente assumindo que as psicopatologias são bastante maleáveis (a ponto de mudarem com intervenções curtas) e que a maioria das pessoas que buscam tratamento têm apenas um transtorno (ou que, caso contrário, os transtornos poderiam ser tratados separada e sequencialmente).

Compreende-se que, em parte, as colocações de Westen et al. (2004) foram rebatidas por alguns autores envolvidos com a Força Tarefa (Crits-Christoph, Wilson & Hollon, 2005). Crits-Christoph et al. (2005) argumentaram que a revisão da literatura realizada por Westen et al. (2004), para embasar suas críticas, não apresentou abrangentemente o estado da arte em pesquisa clínica. Assim, Crits-Christoph et al. (2005) apontaram que existem Ensaio Randomizados mais longos, com critérios de inclusão menos específicos (por exemplo, com pacientes com mais comorbidades) e envolvendo novas formas de tratamento, e que, portanto, a metodologia necessária para a validação de Tratamentos Empiricamente Sustentados poderia abrir mão dos pressupostos que, segundo Westen et al. (2004), seriam a ela inerentes.

Porém, as críticas de Westen et al. (2004) apontaram problemas que seguem desafiando o modelo hegemônico das pesquisas de eficácia. Embora, como argumentaram Crits-Christoph et al. (2005), não seja impossível pesquisar tratamentos longos para quadros clínicos complexos através da “metodologia dos ESTs”, permanece o problema apontado por Westen et al. (2004) de que o financiamento de pesquisa tende a ser mais fácil para pesquisas curtas com amostras que apresentam um único transtorno descrito no DSM – e isso não necessariamente reflete o valor prático de seus resultados.

As(os) autoras(es) das chamadas pesquisas de efetividade têm proposto diferentes formas de levar a pesquisa ao campo, enfatizando a importância da validade externa dos conhecimentos produzidos. Por exemplo, Seligman (1995) propôs a realização de levantamentos prospectivos, com coletas detalhadas de dados sobre processos psicoterapêuticos em serviços de saúde e/ou consultórios. Embora uma abordagem “não controlada” da questão da efetividade tenha limitações quanto ao estabelecimento de relações

causais (Hollon, 1996; Borkovec e Castonguay, 2005), em geral, admite-se seu grande valor em trazer informações sobre o processo da psicoterapia e seus possíveis mediadores.

Respondendo a esse problema, Clarke (1995) propôs delineamentos para estudar “controladamente” variáveis ou elementos que hipoteticamente diferenciam as pesquisas de eficácia da prática clínica “em campo”. Por exemplo, estudos que tenham como condições experimentais diferentes níveis de “manualização” da psicoterapia, comparando grupos tratados por clínicos(as) sob diferentes condições, a saber: aplicação de um manual, com supervisão e correção de “desvios” em relação à intervenção prescrita; aplicação de um manual, porém com supervisão permissiva a alguns “desvios”; e, formação, sem um manual propriamente dito. Outra possibilidade seria incluir levantamentos de dados nas pesquisas de eficácia, para permitir inferências sobre variáveis mediadoras dos resultados obtidos, através de análises estatísticas post hoc (Clarke, 1995).

Borkovec e Castonguay (2005) propuseram parcerias entre profissionais da clínica e da pesquisa (practice-research networks ou PRNs) para implementar delineamentos correlacionais com maior validade interna e delineamentos experimentais com maior validade externa. Um exemplo destes últimos seria o delineamento aditivo, que compara os efeitos da prática clínica em campo, como costuma ser praticada, com os efeitos dessa mesma prática, porém com a adição de alguma nova característica (por exemplo, uma nova técnica de relaxamento). Pela possibilidade de realizar essa pesquisa em campo, designando aleatoriamente as(os) participantes que receberão a intervenção (adição da técnica de relaxamento), sem prejuízo à maioria das características de um tratamento comum (sem vínculo com um projeto de pesquisa), mantém-se simultaneamente a validade interna garantida pela randomização e validade externa de uma pesquisa “de campo”.

A discussão a respeito da generalizabilidade e da adequação dos resultados de estudos de eficácia tem repercussões na prática da psicoterapia, onde psicoterapeutas posicionam-se de diferentes maneiras a respeito da utilidade dessas pesquisas para guiar ou informar sua prática (Goodheart & Kazdin, 2006). A respeito disso, a APA (2002) definiu uma situação ideal em que o resultado de um Ensaio Clínico Randomizado poderia ser “definitivo” a respeito do melhor tratamento a ser oferecido: uma situação de “plena representatividade”, ou seja, em que as condições do estudo fossem exatamente as mesmas encontradas na clínica. Tendo em vista as considerações revisadas a respeito da validade externa desses experimentos (Campbell e Stanley, 1979), pode-se dizer que, na prática, uma situação de

plena representatividade não é possível: uma enorme quantidade de características dos sujeitos participantes, do setting de pesquisa e mesmo da realidade social, histórica, política, etc. tornam a validade externa do experimento limitada. Assim o resultado de um ECR nunca é definitivo, e, para a tomada de decisão na clínica, sempre existem questões a respeito das quais a(o) profissional psicóloga(o) terá de fazer inferências e escolhas para além desse tipo de evidências.

Por outro lado, uma questão merece ser colocada a respeito das possíveis implicações, para a prática da psicoterapia, de achados robustos em pesquisas de eficácia. Apesar das diversas limitações desse modelo de pesquisa apresentadas até aqui, o que fazer nos casos em que dados de eficácia são robustos e amplamente replicados? Esse poderia ser o caso das “intervenções baseadas em exposição” (exposure-based interventions), que são intervenções psicoterápicas que expõem de maneira planejada e controlada as(os) pacientes aos estímulos que lhes são ansiogênicos, para o tratamento de transtornos como fobias específicas. Dados a respeito desses tratamentos são aceitos como promissores inclusive por críticos dos Tratamentos Empiricamente Sustentados (Westen, Novotny, Tompson-Brenner, 2004). Algumas interpretações (Babione, 2010)³² sugerem que esse tipo de evidências poderia gerar imperativos éticos para profissionais psicoterapeutas, por exemplo, de informar à(ao) paciente sobre a existência de um tratamento cuja eficácia tenha sido estabelecida para tratar do quadro clínico que ele(a) apresenta. Assim, ainda que essa não fosse a abordagem preferida pela(o) psicoterapeuta em questão, seria um dever deste último informar o(a) paciente sobre a existência do tratamento com resultados positivos robustos e replicados em múltiplos contextos.

Outro questionamento importante diz respeito à qualidade do julgamento clínico. Apesar de bastante inóspita às(aos) profissionais da psicologia, é preciso considerar a hipótese de que a aplicação rigorosa de uma intervenção possa, em alguns casos, dar melhores resultados do que a livre adaptação da intervenção pelas(os) profissionais clínicos/as (Wilson,

³² Babione (2010) menciona a possível obrigatoriedade, para psicólogas/os, de informar o sujeito atendido a respeito da existência de um Tratamento Empiricamente Sustentado, caso ele exista, para a situação clínica em questão. Essa obrigatoriedade seria possível, a depender da interpretação dada à norma (standard) 10.01(b) do Código de Ética da APA. Essa norma situa as obrigações da(os) psicóloga(o) de, ao obter consentimento informado para realizar um tratamento, informar ao/à cliente a respeito de riscos do tratamento proposto e da existência de tratamentos alternativos, caso “técnicas e procedimentos geralmente aceitos” ainda não tenham sido estabelecidos para o tratamento proposto pela(o) psicóloga(o). Embora neste trabalho se concorde com o princípio dessa afirmação (a polêmica no campo deve ser apreciada também pelas/os usuárias/os), discorda-se que os Tratamentos Empiricamente Sustentados devam receber o estatuto de “técnicas e procedimentos geralmente aceitos” – e acredita-se aqui que, no campo da psicoterapia, tal coisa ainda não existe.

2012). Um estudo controlado (Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg, citado por Wilson, 2012), parece apoiar essa hipótese no que se refere ao tratamento baseado em exposição para fobias específicas. No estudo, um grupo de pacientes tratado através de intervenções individualizadas obteve resultados semelhantes ao de seu grupo-controle, onde pacientes recebiam as mesmas intervenções de um par aleatório pertencente ao primeiro grupo (recebiam, portanto, intervenções “descontextualizadas”). Um terceiro grupo, que recebeu o tratamento baseado em exposição, considerado padrão para fobias específicas, obteve resultados superiores aos outros dois.

Sem a pretensão de argumentar pela validade dos achados do estudo de Schulte et al. (citado por Wilson, 2012), pretende-se que o(a) leitor(a) tenha em mente que, assim como a generalização pode ser um erro, a não generalização também pode sê-lo. Encontrar razões para a não generalização dos resultados de um estudo não é um procedimento difícil, estando-se diante de um usuário(a), podendo averiguar minuciosamente suas características (o que evidentemente não é possível em relação às amostras de estudos). Assim, uma confiança excessiva no próprio julgamento clínico poderia levar um(a) profissional a ter uma postura “paternalista” em relação às pessoas que atende (Wilson, 2012), ao supor que seus próprios julgamentos sempre seriam mais úteis que a pesquisa clínica em oferecer opções para o tratamento de um(a) paciente.

É importante considerar o conjunto das questões metodológicas aqui levantadas, evitando-se, simultaneamente, uma postura que generalize excessivamente os resultados da pesquisa clínica, e a postura inversa, que ignore o valor desses resultados, especialmente os mais robustos, em favor da superestimação do julgamento clínico. Porém, entende-se que, mesmo que a possibilidade de generalização de um resultado viesse a ser inquestionável para determinados quadros clínicos e intervenções, outros aspectos, para além da categoria diagnóstica e das evidências de eficácia, teriam de ser consideradas. São questões referentes à dimensão valorativa das psicoterapias, que não é redutível à sua dimensão empírica.

Uma Prática Baseada Apenas em Evidências?

A definição de Prática Baseada em Evidências em Psicologia não se limita à questão de saber se um tratamento é eficaz para atingir determinados resultados clínicos (APA, 2006). Entretanto, a PBEP tem sido questionada pela frequente redução das decisões clínicas a uma avaliação hierárquica das evidências de pesquisa onde as melhores evidências são as revisões

sistemáticas e meta-análises de Ensaio Clínicos Randomizados. Essa redução é preocupante, pois uma compreensão adequada do campo deve levar em consideração aspectos filosóficos da prática clínica, irredutíveis ao campo empírico e presentes em todas as formas de psicoterapia, como, por exemplo, compreensões a respeito do que caracteriza uma boa vida, o que é um ser humano, como se deve relacionar com o sofrimento, etc., que variam entre as escolas de psicoterapia (Berg & Slaattelid, 2017).

Para além das diferenças em eficácia, oriundas de Ensaio Clínicos Randomizados, a prática de psicoterapia é também constituída por concepções e valorizações de determinados aspectos da vida humana (Berg & Slaattelid, 2017). Considere-se, por exemplo, a influência dessas concepções e valorizações na finalização de um processo psicoterapêutico: a abordagem clínica da Psicanálise, enfatizando a criatividade, a diversidade de interpretações e a flexibilidade, entende o fim da terapia de maneira menos definitiva do que abordagens mais orientadas para a redução ou o domínio dos sintomas (como a Terapia Cognitivo-Comportamental, TCC). Por outro lado, na TCC, que valoriza mais o domínio dos sintomas, o fim da terapia poderia ser definido de maneira mais precisa, por exemplo, pela capacidade da/o cliente de manter escores subclínicos em instrumentos de avaliação³³ (Berg e Slaattelid, 2017).

Tendo em vista essa diversidade, alguns(mas) autores(as) sugerem que a avaliação das psicoterapias não deve ser padronizada, mas adequada aos objetivos de cada forma de psicoterapia (Bohart, O'Hara & Leitner, apud Berg e Slaattelid, 2017). Além disso, para lidar com essas questões, Berg e Slaattelid (2017) trazem uma proposta do campo da psiquiatria, que é aqui reproduzida entendendo-se que reflete questões semelhantes do campo da psicoterapia. Fulford (citado por Berg & Slaattelid, 2017) propôs que a EBP seja complementada por uma “prática baseada em valores”, que forme os/as profissionais para lidar com as questões éticas envolvidas na prática psiquiátrica. Para Berg e Slaattelid (2017), entretanto, essas alternativas, não considerariam adequadamente as diferentes pressupostos (“ethos”) implicitamente ou explicitamente aderidos pelas psicoterapias. Segundo esses autores, os ethos deveriam ser integrados na prática clínica – porém, não é tarefa fácil definir qual a melhor maneira de empreender essa integração na prática.

³³ Os exemplos de Berg e Slaattelid (2017) são baseados em generalizações a respeito das escolas de psicoterapia, as quais não são homogêneas e comportam diferentes práticas em si. O exemplo deve, portanto, ser entendido em seu caráter ilustrativo.

Outra proposta que poderia ilustrar a crítica de Berg e Slaattelid (2017), por não considerar as diferenças valorativas e normativas entre as abordagens de psicoterapia, é o modelo proposto por Farnsworth e Callahan (2013) para lidar com conflitos de valores entre clientes/pacientes e a/o psicoterapeuta³⁴. As diretrizes sugeridas procuram adequar-se ao modelo da Prática Baseada em Evidências e incluem sugestões interessantes para lidar com diversas categorias de conflitos (preemptivos, adjacentes, operacionais, não-articulados). Porém, as categorias incluídas no modelo não preveem como possibilidade (nem sugerem como abordar) um conflito ético entre uma abordagem de psicoterapia e o sujeito atendido, mas apenas conflitos oriundos de diferenças de posicionamento ético entre esse sujeito e a/o psicóloga/o.

Assim, é importante que também se considere o inevitável aspecto valorativo da psicoterapia, que envolve necessariamente concepções de bem, mal, obrigações e virtudes (Tjeltveit, 2004). Nesse sentido, a comum delegação dessas questões aos(as) próprios(as) pacientes, que pretendia fazer dos objetivos deles(as) os únicos guias éticos da psicoterapia, pode ser considerada uma abordagem ingênua da PBEP. De forma semelhante, um apelo à objetividade científica (pretendendo basear-se “apenas em evidências”) é também uma maneira de evitar questionamentos a respeito de valores, embora as pesquisas em psicoterapia também tenham características normativas (Tjeltveit, 2004). Porém, ambas as alternativas (um apelo à objetividade científica ou à normatividade das/os usuárias/os) estão geralmente baseadas em concepções não declaradas de o que é o “bem”. Assim, a ampla consideração dos objetivos trazidos pelo/a cliente à terapia, um dos pressupostos da Prática Baseada em Evidências, não é eticamente “neutro”, e sim constitui uma valoração positiva da autonomia dos sujeitos (Tjeltveit, 2004). Outros autores em diálogo com a Prática Baseada em Evidências também destacaram que as abordagens de pesquisa têm seus aspectos valorativos e pressupostos implícitos (ex. Westen, Novotny & Tompson-Brenner, 2004) e a própria Task Force (1995) que estabeleceu os critérios para Tratamentos Empiricamente Validados admitiu que, em suas definições, não havia como evitar um certo nível arbitrariedade.

Partindo do paradigma da Prática Baseada em Evidências, as questões colocadas por Tjeltveit (2004) e Berg e Slaattelid (2017) poderiam ser abordadas por pelo menos duas maneiras: a primeira delas é exemplificada por Fulford (citado por Berg e Slaattelid, 2017),

³⁴ O modelo é destinado a situações de treinamento (estágio) e supervisão em psicologia, e é trazido a este trabalho para fins ilustrativos, compreendendo-se que os conflitos éticos apontados não se restringem à situação de treinamento (cf. Farnsworth e Callahan, 2013).

que propôs uma “prática baseada em valores” como complemento da Prática Baseada em Evidências. Dentro dessa solução, resguarda-se uma divisão (aqui considerada arbitrária) entre valores e evidências.

A segunda proposta, que é concebida neste trabalho, a partir dos apontamentos de Berg e Slaattelid (2017) e Tjeltveit (2004), parte dos próprios elementos da Prática Baseada em Evidências³⁵ e exige uma abordagem desses elementos que considere seus aspectos necessariamente valorativos. Nessa abordagem, as evidências de Ensaio Clínico Randomizados nem são ignoradas e nem são tratadas como axiomas (cf. Goodheart & Kazdin, 2006) de que determinada intervenção seja compatível com a(o) paciente marcada(o) por determinada categoria diagnóstica. Concretamente, entende-se que elas devem influenciar a prática na medida em que se concorde com os métodos e se queira atingir os mesmos resultados obtidos nos estudos.

No que se refere ao segundo componente da PBEP, a experiência clínica, a proposta aqui concebida compreende, a partir dos apontamentos de Berg e Slaattelid (2017) e Tjeltveit (2004), que ela também não é elemento neutro, meramente cumulativo ou mero instrumento de seleção de evidências: é também a ética e a moral de acordo com as quais as evidências serão consideradas pela(o) psicoterapeuta. Por sua vez, as preferências da(o) usuária(o) não são compreendidas como o único elemento normativo ou ético (que contém apreciações sobre o bem, ou sobre como se deve lidar com o sofrimento) da psicoterapia. Pelo contrário, tanto o(a) psicoterapeuta, quanto as evidências de pesquisa que ele(a) leva em consideração estão também carregadas de normatividade. Por fim, ao valorizar as preferências da(o) usuária(o), o(a) psicoterapeuta não abre mão de sua própria normatividade, mas exerce-a, ao valorizar, pela sua posição ética, a autonomia do sujeito atendido (Tjeltveit, 2004).

Na próxima sessão, aborda-se outros aspectos que, para além das questões do campo empírico, influenciam a relação entre as pesquisas de eficácia e efetividade e a prática de psicoterapia, desafiando a aplicação do modelo da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (Sue et al., 2005). São aspectos relativos à marginalização histórica de determinados grupos, que, por seus efeitos sobre a pesquisa e a prática psicoterapêutica, deve ser levada em consideração para uma compreensão abrangente da PBEP.

³⁵ Retomando resumidamente: evidências, experiência clínica, preferências e características da/o usuária/o.

Prática Baseada em Evidências e Grupos Historicamente Excluídos

A aplicabilidade dos resultados das pesquisas de eficácia e efetividade na prática psicoterapêutica também é desafiada por questões relativas à classe social, cultura, raça, etnicidade, gênero, orientação sexual e deficiência. Inúmeras(os) autoras(es) denunciam os vieses causados pelos privilégios sociais de pesquisadores/as, preconceitos por parte de profissionais clínicos(as) que pioram a qualidade dos(as) tratamentos, e diferenças no acesso a serviços e a direitos fundamentais que pioram os índices de saúde para grupos vítimas de opressões. O chamado “Tratamento Como de Costume” (Treatment as Usual), categoria que agrega as diversas abordagens terapêuticas praticadas em serviços de saúde, também não oferece avaliações e intervenções adequadas às especificidades de segmentos marginalizados da sociedade (Sue et al. 2005), o que evidentemente se aplica também às pesquisas feitas em campo.

Destaca-se aqui algumas demandas compartilhadas e diferenças importantes apontadas por Sue et al. (2005) no que diz respeito às necessidades de grupos populacionais específicos em relação à saúde (incluindo a pesquisa em saúde). Por exemplo, são apontadas como demandas gerais o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para oferecer intervenções efetivas a membros de culturas específicas (cultural competency), além de pesquisas com metodologias adequadas à formulação de hipóteses relevantes³⁶ às populações sub-representadas em pesquisas quantitativas.

É importante dar atenção para fatores específicos relativos às situações sociais dos diversos grupos que podem requerer atenção específica. Por exemplo, à época da publicação de seu capítulo, Sue et al. (2005) denunciaram a perda de Direitos Civis da população LGBT que estava em curso nos Estados Unidos e trazia efeitos específicos para essa população. Ataques como esse podem gerar sofrimento psicológico intenso para os sujeitos atingidos, o qual pode se manifestar em termos de transtornos psicológicos (ex. transtorno de ansiedade), requisitando, porém, uma abordagem que leve em consideração sua etiologia eminentemente social.

³⁶ Além das questões de representatividade e competência cultural, tem sido apontada a necessidade de adaptar as intervenções (conferir, por exemplo, Kalibatseva & Leong, 2014) e os delineamentos de pesquisa (Leff, 2002, Kirmayer, 2012) para que contemplem abordagens, objetivos clínicos e “formas de saber” que realmente interessem aos grupos que se pretende incluir na pesquisa em psicoterapia.

Por sua vez, as chamadas minorias étnicas (incluindo afro-americanas/os, indo-americanas/os, ázio-americanas/os e latinas/os) teriam em especial a demanda por acesso ao direito social à Saúde (Sue et al. 2005), o que também acontece com a população negra no Brasil (cf. Werneck, 2016). Assim, para além de pesquisas que estudem serviços acessados por essa população, pode ser necessário criar dispositivos ainda não existentes que promovam o acesso e a vinculação destes grupos aos serviços, sem os quais não se pode pretender que as pesquisas de eficácia e efetividade ali realizadas produzam dados generalizáveis para esses grupos. Em particular, no caso da população com deficiência, denuncia-se uma ausência completa de materiais científicos relacionando as Práticas Baseadas em Evidências para essa população e, ainda é necessário estabelecer os primeiros referenciais para esse campo de estudo (Sue et al. 2005).

A Organização Mundial da Saúde apresentou em 2005 o conceito de Determinantes Sociais em Saúde, que inclui fatores estruturais e intermediários que produzem iniquidades em saúde. Racismo, sexismo e desigualdade econômica são apontados como fatores estruturais, significando que as hierarquias por eles produzidas estão associadas a vulnerabilidades em saúde.

Em particular, no caso brasileiro, antes mesmo, em 2001, especialistas reunidos pelas Nações Unidas no Brasil já haviam publicado um documento (“Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”) recomendando incentivos estatais à produção de conhecimento, capacitação, informação à população e atenção em saúde específicos para a população negra. Entretanto, mesmo com a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2006, a adesão de gestores a essa agenda continua insuficiente no Brasil, em grande parte devido à ignorância em relação às ações e estratégias necessárias (Werneck, 2016).

Assim, a necessidade de desenvolvimento, no campo da psicoterapia, da chamada “competência cultural”, e de pesquisas representativas dos grupos marginalizados, que tem sido apontada nos Estados Unidos (Sue et al., 2005), pode ser estendida também para o Brasil, especialmente no que se refere à população negra. É importante também ter em vista que, nos estudos americanos, as(os) “latinas(os)” são entendidas(os) como grupo subrepresentado, para o qual a eficácia das intervenções precisaria ser estabelecida através de pesquisas específicas. Porém, é marcante o silêncio da literatura brasileira revisada (Melnik & Attalah, 2011,

Melnik, Souza & Carvalho, 2014, Leonardi & Meyer, 2015, Monteleone & Witter, 2017) a respeito dos possíveis problemas na generalização de resultados de estudos estrangeiros (em geral, estadunidenses) para a população brasileira. Esse é, portanto, um campo que demanda urgente atenção de pesquisadoras(es) e psicoterapeutas interessadas(os) no desenvolvimento de uma Prática Baseada em Evidências em Psicologia.

Na próxima seção, aponta-se uma alternativa interessante para produzir conhecimentos sobre psicoterapia em conjunto com as populações atendidas, a partir da colaboração entre pesquisadores(as), psicoterapeutas e usuários(as). Compreende-se que o modelo que será apresentado é uma maneira interessante de aproximar a prática e a pesquisa em psicoterapia dos interesses dos(as) usuários(as) – ou potenciais usuários(as) – possibilitando também a participação de grupos historicamente marginalizados na produção de conhecimentos que lhes sejam de real interesse e adequados às suas demandas específicas.

A proposta de uma “Ciência Bem Organizada”

Muitos interesses estão em disputa na pesquisa em psicoterapia, gerando implicações para o cuidado oferecido a usuáries/os dos serviços psicológicos. Representantes desses interesses nem sempre “jogam limpo”, e os resultados da pesquisa frequentemente são enviesados por seus realizadores (Westen et al., 2004). Além disso, como foi exposto acima, pesquisadoras/es e profissionais frequentemente estão equivocadas(os) ou não dão atenção suficiente a determinados grupos atendidos a respeito de quais seus objetivos e preferências em relação à psicoterapia (Sue et al., 2005, Kirmayer, 2012, Kalibatseva e Leong, 2014).

Uma proposta de inclusão participativa das partes interessadas (stakeholders) – profissionais, usuários/as de serviços de saúde, familiares, gestores/as, etc. – na pesquisa de psicoterapias (“intervenções psicossociais”³⁷) foi descrita por Leff (2002). A proposta baseia-se no conceito de “well-ordered science” (ciência bem organizada), de Kitcher (citado por Leff 2002), e parece ter sido influenciada pela proposta metodológica chamada Pesquisa de Avaliação Participativa.

³⁷ Leff (2002) utiliza o conceito de intervenções psicossociais, que abarca psicoterapias como psicanálise e terapia cognitivo-comportamental, mas estende-se para intervenções que podem exceder o que aqui é chamado de psicoterapia, por ex.: intervenção “Equipes de Saúde Mental Comunitária” (Community Mental Health Teams). Tendo feito esta observação, este trabalho utilizará o modelo apontado por Leff (2002) para falar em pesquisas em psicoterapia, compreendendo que estas pesquisas também estão incluídas como possibilidades em seu modelo.

A Pesquisa de Avaliação é definida de diferentes maneiras na literatura, porém está geralmente ligada ao propósito de medir o valor ou a performance de algo, podendo ser entendida de maneira ampla como um delineamento destinado a ajudar grupos interessados a determinar o valor e o mérito de determinado objeto (Stufflebeam, apud Reeve e Peerbhoy, 2007). Já Avaliação Participativa é uma abordagem da Pesquisa de Avaliação em que pesquisadores(as) colaboram, de alguma maneira, com grupos que têm interesse no objeto de pesquisa (Cousins & Whitmore, 1998). De acordo com seus objetivos, a Avaliação Participativa pode ser classificada como “Prática”, caso a colaboração com os grupos interessados esteja mais voltada para a solução de problemas, ou “Transformadora”, caso tenha como principais objetivos a emancipação e luta contra opressões.

Entre uma grande diversidade de abordagens da Avaliação Participativa, variam os grupos chamados a colaborar, as funções a eles atribuídas e o nível de controle que assumem sobre a pesquisa (Cousins & Whitmore, 1998). Assim, por exemplo, uma pesquisa poderia incluir apenas os(as) usuários(as) efetivos dos serviços, ou, pelo contrário, poderia incluir a população em geral das regiões atendidas; a pesquisa também poderia permitir a esses grupos participar na decisão sobre o tema e/ou o delineamento da pesquisa, ou apenas opinar sobre determinados aspectos mais específicos (Cousins & Whitmore, 1998). Considera-se aqui que, no caso de populações – como a de pessoas com deficiência – sobre as quais pouquíssimo conhecimento em psicoterapia foi produzido (Sue et al. 2005), uma abordagem de Avaliação Participativa interessante poderia dar amplo poder de decisão sobre a pesquisa a essa população. Já no caso de grupos como a população negra, que, historicamente, têm seu acesso à saúde precarizado, tanto nos Estados Unidos (Sue et al., 2005) quanto no Brasil (Werneck, 2016), pode ser fundamental incentivar a participação de grupos que não acessam os serviços na pesquisa.

O processo descrito por Leff (2002), para produzir conhecimentos sobre psicoterapias (e outras “intervenções psicossociais”) em conjunto com os grupos interessados, se iniciaria com a discussão e definição, por consenso ou voto, de objetivos desejados e eventos adversos a serem evitados. Posteriormente, seriam levantadas intervenções consideradas boas candidatas para chegar aos resultados definidos – partindo-se da experiência anedótica das partes envolvidas e de evidências de estudos observacionais – seguindo então para o desenvolvimento (incluindo manualização, construção de medidas de fidelidade, etc.) e teste (controlado, randomizado) das intervenções em questão. Reportando-se os resultados desta

etapa, a avaliação da eficácia da intervenção seria realizada em grupos de consenso, que, idealmente instrumentalizados com meta-análises dos dados disponíveis, atribuiriam um índice a respeito de sua provável eficácia.

Ainda, segundo Leff (2002), a organização que servisse de apoio a esse processo teria a responsabilidade de sustentar um monitoramento constante da intervenção e o chamado de novos grupos de consenso para seguir avaliando seu desenvolvimento. A intervenção que adquirisse “um certo grau de evidências” passaria a ser disseminada pela organização (que produziria materiais e métodos para o treinamento na intervenção correspondente), e um monitoramento “pós-disseminação” seria utilizado para identificar usos e riscos adicionais, observados em contextos diversos de prática.

Embora a proposta de Leff (2002) seja bastante complexa e demande uma grande quantidade de recursos, ela baseia-se na experiência prática de “Avaliações em Múltiplos Locais” (multisite evaluations, MSE) financiadas pelo governo estadunidense, na década de 1990, através da Administração dos Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental³⁸ (Herrell e Straw, 2002). O termo Avaliações em Múltiplos Locais foi cunhado por Sinacore e Turpin (como citado por Herrell & Straw, 2002), para designar Pesquisas de Avaliação envolvendo atividades em diversos locais e uma atividade de avaliação transversal (cross-site). Nesta categoria, podem ser incluídos estudos com maior padronização metodológica (Ensaio Clínico Multicêntrico), assim como Avaliações em Cluster, estudos de menor padronização e objetivo exploratório (Straw & Herrell, 2002).

Incluindo essa versatilidade de delineamentos e de níveis e formas de participação das partes interessadas (stakeholders), a Avaliação Participativa parece uma alternativa promissora de pesquisa em psicoterapia. Através dela, a produção de evidências de eficácia e efetividade é integrada em um processo de discussão valorativa, que coloca em pauta (ao invés de assumir como dados) os resultados e os processos considerados mais interessantes por grupos de usuáries(os).

No caso do Brasil, a existência de órgãos já estabelecidos de Controle Social³⁹ (Conselho Nacional de Saúde, 2013), que agregam, entre outros grupos, usuáries e profissionais da saúde (incluindo psicólogos psicoterapeutas), tem o potencial de facilitar e

³⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA

³⁹ Órgãos colegiados através dos quais usuáries(as), trabalhadores(as) e gestores(as) do Sistema Único de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, em todos os níveis, por exemplo, local, regional, municipal, etc. (Conselho Nacional de Saúde, 2016)

diminuir o custo da implementação de pesquisas participativas. Esse processo se beneficiaria da ampla articulação e da legitimidade social possuída por esses espaços, e da sua potencialização através das ferramentas metodológicas da Pesquisa Participativa, que podem auxiliar na autoavaliação dos serviços de saúde e na produção de conhecimentos em diversos campos, incluindo a psicoterapia (Leff, 2002).

Assim, defende-se que a Pesquisa de Avaliação Participativa é uma alternativa interessante, especialmente no contexto brasileiro, para o desenvolvimento da Prática Baseada em Evidências em Psicologia e para a produção de conhecimentos engajados ética e politicamente, em conjunto com seus usuários e suas usuárias – tanto os(as) que regularmente acessam os serviços, quanto os(as) que tem o acesso negado por políticas de saúde ainda não adequadas às suas necessidades (Werneck, 2016). Tendo em vista a necessidade de reconhecer amplamente os aspectos éticos da psicoterapia e da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (Berg e Slaattelid, 2017), de levar em consideração os interesses dos/as usuários/as (APA, 2006) e de incluir, entre esses interesses, os de populações que historicamente tiveram um acesso reduzido ou precarizado à saúde (Sue et al, 2005), a aproximação possibilitada pela Avaliação Participativa, exemplificada pelo modelo de Leff (2002), parece fundamental para a produção de conhecimentos relevantes (metodológica, ética e politicamente), reunindo colaborativamente pesquisadoras(es), psicoterapeutas e usuários(as).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conjunto de reflexões apresentadas acima, considera-se que o movimento pelas Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia é um campo rico para debates polêmicos e fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e da prática psicoterapêutica e das políticas públicas de saúde. Devido à complexidade desse campo, talvez a maioria das questões levantadas ao longo deste trabalho permaneça sem respostas definitivas. Porém, são questões que não podem ser negligenciadas pelos(as) pesquisadores(as) e psicoterapeutas, e seu estudo é proveitoso para todas/os as/os profissionais da área.

Embora se reconheça que este trabalho abordou apenas modestamente as complexidades técnicas, filosóficas e políticas do tema, aqui foi possível retomar a história das Práticas Baseadas em Evidências e as principais divergências no campo, sendo possível chegar a alguns apontamentos considerados frutíferos para o seu desenvolvimento, que são destacados a seguir.

O modelo de pesquisa em psicoterapia tornado hegemônico para estudos de eficácia e de “sustentação empírica” de tratamentos precisa ser pensado dentro de seus limites metodológicos, éticos e políticos. Do ponto de vista metodológico, o modelo é útil para demonstrar os efeitos produzidos pelos tratamentos, distinguindo-os quantitativamente dos efeitos da passagem do tempo e de outros tratamentos (psicológicos, farmacológicos, etc.). Porém, sua utilidade na tomada de decisões em psicoterapia tem limites que não podem ser menosprezados. Assim, ao generalizar os dados de estudos de eficácia, é importante ter em conta as características do contexto em que foram produzidos (incluindo as características das/os usuárias/os que participaram do estudo e o quanto representam grupos historicamente marginalizados) e os jogos de interesses que podem enviesar seus resultados.

Do ponto de vista ético, a literatura sobre Prática Baseada em Evidências em Psicologia tem dado pouca atenção aos aspectos normativos/valorativos inerentes à psicoterapia. Esses aspectos têm ampla influência sobre as abordagens de psicoterapia e sobre os seus respectivos objetivos, tornando problemática a redução dessa discussão a uma abordagem quantitativa dos resultados terapêuticos, seja em estudos de eficácia ou de efetividade.

Do ponto de vista político, documenta-se uma considerável influência de fatores político-econômicos e corporativos nos resultados de pesquisa, sendo preciso, portanto,

considera-las com cautela. Os modelos de Práticas Baseadas em Evidências muitas vezes não dão a devida importância às características das populações atendidas, podendo incorrer em negligências. Generalizações feitas a partir de pesquisas de campo também merecem um olhar atento, tendo em vista que não apenas a participação em pesquisas em laboratório, mas também o acesso aos serviços de saúde tem sido negado a grupos historicamente marginalizados, como populações negra, LGBT e as pessoas com deficiência, o que ocorre de maneira marcante no Brasil. O engajamento de pesquisadores(as) para, junto a esses grupos, constituir saberes que de fato beneficiem a sua saúde é tarefa urgente e reconhecida internacionalmente.

As abordagens de pesquisa que possibilitam ampla participação dos/as usuários/as de psicoterapia e colaboração entre pesquisadores/as e psicólogos/os clínicos/os, como a Pesquisa de Avaliação Participativa, são caminhos promissores para a produção de conhecimentos eticamente engajados sobre psicoterapia .

A grande quantidade de polêmicas e dissensos no campo das psicoterapias parece relembrar a grande responsabilidade de que estão investidas(os) as(os) profissionais desta área. Para guiar-se eticamente e levar em consideração a diversidade de aspectos considerados neste trabalho, a educação permanente a respeito dos achados e debates contemporâneos no campo da prática e da pesquisa em psicoterapia, com suas diversas metodologias, é parte fundamental da atividade do psicólogo/a psicoterapeuta .

A valorização das preferências dos/as usuários/as parece colocar para o/a psicoterapeuta a tarefa de apresentar criticamente diversas possibilidades de tratamento para os problemas levados à psicoterapia, o que poderá desencadear num pedido de encaminhamento, por parte do(a) usuário(a), para outras(os) profissionais. Para isto, é importante que a(o) profissional tenha um conhecimento amplo e diverso sobre as abordagens que possam ser de interesse de determinado(a) usuário(a). Além disto, a reflexão ética e a autocrítica são fundamentais para que o(a) profissional reconheça as suas limitações e a importância de fazer, quando for do interesse do(a) usuário(a), os devidos encaminhamentos.

Uma abordagem que pretenda ser baseada “apenas em evidências” não consegue atender as complexas demandas das(os) usuárias(os) de psicoterapia. Além disto, a tarefa da(o) psicoterapeuta é necessariamente valorativa e afirmadora de posições éticas e políticas. A valorização das informações provindas da pesquisa em psicoterapia é importante para que o(a) psicólogo(a) atualize seus conhecimentos e as crenças que fundamentam a sua prática.

Por outro lado, é preciso avaliar criticamente a afirmação de relações rígidas entre diagnósticos e intervenções, visto que grande parte dos dados disponíveis provêm de contextos ainda bastante limitados das pesquisas de eficácia e efetividade, e que a opção por formas de tratamento distintas reflete aspectos valorativos da psicoterapia, irreduzíveis a uma quantificação de seus resultados. Neste sentido, resta, como tarefa para pesquisadoras(es) e psicoterapeutas, a manutenção de uma postura aberta e participativa na discussão sobre a relação entre pesquisa e psicoterapia, fundamentada na crença de que este seja um caminho promissor para fazer da psicoterapia um dispositivo cada vez mais potente, e que esteja cada vez mais a serviço dos interesses de seus usuários e suas usuárias.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- American Psychological Association (2017). Placing Clinical Practice Guidelines in Context.: American Psychological Association Advisory Steering Committee for Development of Clinical Practice Guidelines. Disponível em <<http://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/context.aspx>>. Acessado em 14 de outubro de 2017.
- Babione, J. M. (2010). Evidence-Based Practice in Psychology: an ethical framework for graduate education, clinical training, and maintaining clinical competence. *Ethics & Behavior*, 20(6), 443-453.
- Beck, A. H. (2004). The Flexner Report and the standardization of american medical education. *JAMA*, 291(17), 2139-2140.
- Berg, H., & Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy – A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. *Journal of evaluation in Clinical Practice*, 23, 1075-1080.
- Borkovec, T. D., & Castonguay, L. G. (2005). Effectiveness Research. In: Norcross, JC, Beutler, LE, Levant, RF, editors. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 89-96). Washington (DC): American Psychological Association Press.
- Conselho Nacional da Saúde (2013). Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS (2ª ed.). Brasília – DF: Ministério da Saúde.
- Bufka, L. F., & Halfond, R. (2016). Professional standards and guidelines. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbooks in*

psychology. APA handbook of clinical psychology: Education and profession (pp. 355-373).

Campbell D. T., & Stanley J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. (R. A. T. D. Dio Trad.). São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo (Obra original publicada em 1963).

Chambless, D.L. (1993). Task force on promotion and dissemination of psychological procedures: a report adopted by the Division 12 Board. Washington, DC: American Psychological Association. Disponível em <http://www.div12.org/sites/default/files/InitialReportOfTheChamblessTaskForce.pdf>. Acessado e 03 de dezembro de 2017.

Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

Clarke, B., Gillies, D., Illari, P., Russo, F., & Williamson, J. (2013). The evidence that evidence-based medicine omits. *Prev Med.*, 57, 745–7.

Clarke, G. N. (1995) Improving the transition from basic efficacy research to effectiveness studies: methodological issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 718-725.

CREPOP – CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (n. d.). *Conheça o crepop*. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br/conheca-o-crepop>>. Acessado em 14 de janeiro de 2018.

CREPOP – CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (2007). *Referência técnica para atuação do/a psicólogo/a no CRAS/SUAS*. Brasília, DF: CFP.

CREPOP – CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (2013). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas*. Brasília, DF: CFP.

- Crits-Christoph P., Wilson G. T., & Hollon S. D. (2005). Empirically supported psychotherapies: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131, 412–417.
- Cousins, J. B., & Whitmore, E. (1998). Framing Participatory Evaluation. In E. Whitmore (ed.), *Understanding and Practicing Participatory Evaluation*. New Directions for Evaluation, no. 80. San Francisco.
- Demortain, D. (2008). From drug crises to regulatory change: The medication of expertise. *Health, risk & Society*, 10(1), 37-51.
- Everding, Gerry (August 26, 2004), "(Obituary) Saul Rosenzweig, 97, professor emeritus in Arts & Sciences", Newsroom, Washington University in St. Louis, (?) <https://source.wustl.edu/2004/08/saul-rosenzweig-97-professor-emeritus-in-arts-sciences/>, Acessado em 11 de novembro de 2017, às 04:36.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Farnsworth, J. K., & Callahan, J. L. (2013). A Model for Addressing Client–Clinician Value Conflict. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0032216
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas Clínicas* (pp. 3-39). São Paulo: Roca.
- Herrell, J., & Straw, R. (2002). Editors' notes. *New Directions for Evaluation*, 94, 1–4.
- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51(10), 1025-1030.
- Hollon, S. D. (2005). Randomized clinical trials. In: Norcross, JC, Beutler, LE, Levant, RF, editors. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the*

- fundamental questions*. Washington (DC): American Psychological Association Press. p 96–105.
- Institute of Medicine (2001). Improving the 21st-century health care system. In: Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (pp. 39-60), Washington, DC: National Academies Press.
- Kalibatseva, Z., & Leong, F. T. L. (2014). A critical review of culturally sensitive treatments for depression: recommendations for intervention and research. *Psychological Services*, 11(4), 433-450.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve the Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, Case Complexity, and Effects of Evidence-Based Treatment for Children Referred for Disruptive Behavior. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 77(3), 455-467.
- Kazdin, A. E., & Goodheart, C. D. (2005). Introduction. In: C. D. Goodheart, A. E. Kazdin, R. J. Sternberg (eds.). *Evidence-Based Psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Scientific Research. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in Mental Health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association, 23-31.
- Kirmayer, L. J. (2012). Cultural Competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and politics of pluralism. *Social science & medicine*, 75, 249-256.
- Leff, H. S. (2002). A brief history of evidence-based practice and a vision for the future. In R. W. Manderscheid & M. J. Henderson (Eds.), *Mental Health*, 2003 (pp. 224-241). Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services.

- Leonardi, J.L., & Meyer, S.B. (2015). Prática Baseada em Evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(4), 1139-1156.
- Melnik, T. & Atallah, A.N. (2011). Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo, Brasil: Santos.
- Melnik, T., Souza, W. F., & Carvalho, M. R. (2014). A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. *Revista Costarricense de Psicologia*, 33(2), 79-92.
- Monteleone, T. V., & Witter, C. (2017). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 48-61.
- National Academy of Sciences (2017). *About us*. Disponível em <http://www.nationalacademies.org/hmd/About-HMD.aspx>. Acessado em 13 de outubro de 2017.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. Prologue. In: J. C. Norcross, L. E. Beutler, R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in Mental Health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 3-12). Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- Reeve, J. & Peerbhoy, D. (2007). Evaluating the evaluation: Understanding the utility and limitations of evaluation as a tool for organizational learning. *Health Education Journal*, 66(2), 120-131.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Sampaio, M. I. C., & Sabadini, A. A. Z. P. (2014). Psicologia Baseada em Evidências: conhecimento científico na tomada de decisão. *Revista Costarricense de Psicologia*, 33(2), 109-121.
- Schafranski, M. D. (2012). Medicina Baseada em Evidências – Novo paradigma ou pseudociência? *Revista Brasileira de cirurgia cardiovascular*, 27(2), 334-7.

- Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What it is, Why it matters, What you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral, person-centered and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Straw, R., & Herrell, J. (2002). A framework for understanding and improving multisite evaluations. *New Directions for Evaluation*, 94, 5–16.
- Sue, S., Zane, N., Levant, R. F., Silverstein, L. B., Brown, L., Olkin, R. & Taliaferro, G. How well do both Evidence-Based Practices and Treatment as Usual satisfactorily address the various dimensions of diversity? In: Norcross, JC, Beutler, LE, Levant, RF, editors. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington (DC): American Psychological Association Press. p. 329-374.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1998). Update on empirically supported therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3–16.
- Tilsen, J., & McNamee, S. (2015). Feedback Informed Treatment: Evidence-Based Practice Meets Social Construction. *Family Process*, 54(1), 124-137.
- Tjeltveit, A. C. (2004). The good, the bad, the obligatory and the virtuous: the ethical contexts of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(2), 149-167.
- U.S Department of Veterans Affairs. (n. d.). *VA History*. Disponível em <https://www.va.gov/>. Acessado em 15 de setembro de 2017.
- Weisz, G., Cambrosio, A., Keating, P., Knaapen, L., Schlich, T., & Tournay, V. J. (2007). The emergence of Clinical Practice Guidelines. *The Milbank quarterly*, 85(4), 691-727.

- Werneck, J. (2016). Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e sociedade*, 25(3), 535-549.
- Westen D., Novotny, C. M., & Tompson-Brenner H. (2004). The empirical status of Empirically Supported Psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Wilson, G. T. (2012). Manual-Based Treatment: Evolution and evaluation. In.: T.A., Treat, R. R. Bootzin, T. B. Baker (Eds.), *Psychological Clinical Science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 105-132). New York: Routledge.
- You, S. (2016). Perspective and future of the evidence-based medicine. *Stroke and vascular neurology*, 1(4), 161-164.