

A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências

The Importance of Evidence-Based Practices in Psychology: Conceptual Aspects, Evidence Levels, Myths and Resistance

Tamara Melnik

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Wanderson Fernandes de Souza

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Marcele Regine de Carvalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Na atualidade existe uma demanda mundial por práticas na saúde baseadas em evidências em diversas especialidades envolvidas nos cuidados da saúde e sua promoção. *A prática da psicologia baseada em evidências* (PPBE) integra a melhor evidência de pesquisa disponível, a expertise clínica, as preferências e características do cliente na tomada de decisão ao nível clínico e também na orientação de políticas públicas na saúde mental. Esse artigo discute os aspectos conceituais da PPBE, os níveis de evidência para a tomada de decisão, mitos e resistência a PPBE. Atualmente ainda existem muitas fontes de incompreensões e mitos acerca da PPBE, as quais constituem fontes de resistência para sua incorporação à prática clínica. Parte-se do princípio que entender os entraves à aceitação da PPBE é crucial não apenas para a construção de contra-argumentos, mas para auxiliar no processo de construção do conhecimento e da difusão de informações científicas que possam orientar o cuidado oferecido aos indivíduos de forma efetiva e ética.

Palavras-chave: Prática da Psicologia Baseada em Evidências, Revisões sistemáticas, Resistência

Abstract

Currently there is a worldwide demand for evidence-based health practices in different specialties related to healthcare and health promotion. Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) integrates the best available research evidence, clinical expertise, preferences and client characteristics on clinical decision-making, as well as public policy orientations on mental health. This article discusses the conceptual aspects of EBPP, evidence levels for decision-making, myths and resistance to EBPP. Currently there are many sources of misunderstanding and myths about EBPP, which constitute sources of resistance to its incorporation into clinical practice. Understanding the barriers to EBPP acceptance is crucial not only for the construction of counter-arguments, but to assist in the process of knowledge construction and the dissemination of scientific information that may guide individual care provision in an effective and ethical way.

Keywords: Evidence-Based Practice in Psychology, Systematic Review, Resistance

Tamara Melnik, professora orientadora do Programa de Medicina Interna e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo e pesquisadora da Cochrane Collaboration, São Paulo, Brasil.

Wanderson Fernandes de Souza, professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, Rio de Janeiro, Brasil.

Marcele Regine de Carvalho, professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

A correspondência relacionada com este artigo dirige-se a Tamara Melnik, direção eletrônica: tameln@terra.com.br



A Prática da Psicologia Baseada em Evidências e os níveis de evidência na tomada de decisão

A discussão da utilidade e da importância da Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE) teve como marco a primeira *Task Force da American Psychological Association (APA/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)* e, na sequência, diversos autores ressaltaram a sua importância [*evidence-based practice*] (Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006) nas proposições do modelo cientista-praticante [*scientist practitioner*] (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Na atualidade existe uma demanda mundial por práticas na saúde baseada em evidências em diversas especialidades envolvidas nos cuidados da saúde e sua promoção. A Prática da Psicologia Baseada em Evidências inspirou-se no movimento da medicina que se originou da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciado na Universidade McMaster no Canadá no início dos anos noventa. Movimento definido como o processo de, sistematicamente, descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas (*Evidence Based Medicine Working Group, 1992*).

A PPBE é uma abordagem voltada para a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível para o cuidado com o cliente. Promove a prática psicoterapêutica eficaz e contribui com a saúde pública através da aplicação de princípios empiricamente baseados de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção (*APA/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006*). A PPBE requer do psicólogo o aprendizado e atualização constantes (Spring, 2007).

Tradicionalmente a PPBE considera intersecção entre três domínios: (1) a melhor evidência científica disponível, (2) *expertise* clínica e (3) as características do cliente (Spring, 2007).

Sobre o primeiro domínio, considera-se a melhor evidência disponível em relação a efetividade, eficiência, eficácia e segurança das intervenções psicoterápicas. A efetividade diz respeito a psicoterapia que funciona em condições do “mundo real”. A eficiência diz respeito ao custo-benefício. Referimo-nos à eficácia quando a psicoterapia funciona em condições de mundo ideal (estudo controlado). E, por último, a segurança significa que uma intervenção psicoterápica tem efeitos confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o cliente.

As evidências são classificadas considerando informações científicas de maior confiabilidade e precisão em condutas terapêuticas e preventivas. Recomenda-se que, de preferência, a busca por evidências de nível I, ou seja, revisões sistemáticas, que avaliam todos os ensaios clínicos randomizados, publicados ou não, e dão embasamento para determinada conduta ser tomada ou não e qual o grau de certeza esta dará àquela decisão.

As revisões sistemáticas podem ou não incluir a metanálise definida como somatória estatística de dois ou mais estudos que responderam a mesma pergunta de pesquisa.

Quando a revisão sistemática não foi realizada ainda, a alternativa é um grande ensaio clínico (megatrial), que inclui mais de mil clientes. O ensaio clínico (nível de evidência II) deve ser randomizado e com o avaliador dos resultados (desfechos) cegado. Os clientes são escolhidos pelo acaso e o estudo tem pequena probabilidade de seus resultados terem ocorrido por mero acaso e tem grande poder estatístico para detectar efeitos e diferenças, em relação ao grupo controle. Às vezes, encontra-se mais de um ensaio clínico para responder à mesma pergunta terapêutica e os resultados podem ser aparentemente discordantes, nesse caso a realização da revisão sistemática e da metanálise são importantes (Higgins & Green, 2008).

Quando não existe um grande ensaio clínico, é importante que a decisão se baseie em pelo menos um ensaio clínico randomizado, médio ou pequeno, com resultados clínicos e estatisticamente significativos. Estudos controlados, porém sem escolha aleatória dos clientes (randomização), ou seja, um estudo prospectivo de coortes. Neste tipo de estudo, um grupo é tratado da maneira A e o outro da maneira B. O nível de evidência é IV e comparam-se os resultados terapêuticos nos dois grupos, pois não houve a randomização. Se nem o nível IV, coorte, foi encontrado, procuram-se informações científicas baseadas em um modelo de estudo chamado de casos e controles (nível V, figura 1).

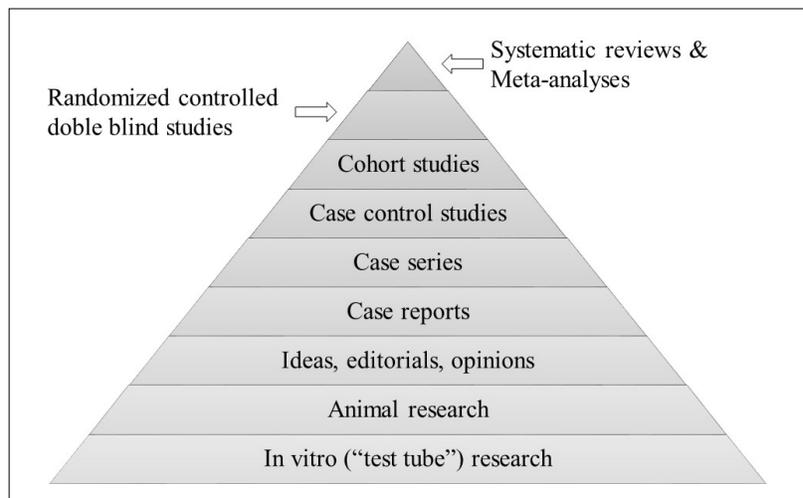


Figura 1. Níveis de evidências

Fuente: *Center for Evidence-Based Medicine, University of Oxford* (<http://www.cebm.net/>)

É importante ressaltar a principal diferença entre revisão sistemática (RS) e a revisão narrativa. A RS parte de pergunta específica e usam-se métodos científicos reprodutíveis e rigorosos para respondê-la. As revisões narrativas partem de uma opinião ou convicção para buscar informações científicas, de maneira não sistemática, com o intuito de coonestar aquela opinião, que já se tinha desde o início, o que rigorosamente não é um método científico. Esse tipo de revisão é o mais comum, ainda, em livros-textos (Higgins & Green, 2008).

Como nível de evidência inferior ao estudo de casos e controles, temos as séries de casos (nível VI) que só devem ser utilizadas quando há a inexistência de níveis de evidências melhores. Finalmente, não se encontrando níveis de evidência de I a VI, ficamos com opiniões de especialistas, ou de consensos de grupos de especialistas, não baseados nas evidências.

O segundo componente da PPBE diz respeito à *expertise* clínica, que considera o julgamento clínico e a experiência clínica. Os profissionais fazem uso de suas habilidades clínicas e experiências passadas no diagnóstico, riscos individuais e benefícios de intervenções potenciais. Apesar do intenso debate sobre o valor da experiência clínica em informar julgamentos válidos sobre a prática, a psicoterapia envolve necessariamente a incorporação da *expertise* clínica baseada em evidência científica, já que não há dados disponíveis para informar muitos dos desafios clínicos enfrentados pelo psicólogo (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman, 2013).

O terceiro componente da PPBE consiste nas preferências e valores do cliente que é um aspecto muito relevante na seleção das intervenções. A PPBE pressupõe a decisão informada, ou seja, as decisões clínicas devem ser feitas em colaboração com o cliente, com base na melhor evidência clinicamente relevante e levando em consideração o provável custo-benefício. É o psicólogo que faz o julgamento final a respeito de uma intervenção particular ou plano de tratamento, porém o envolvimento ativo de um cliente é crucial para o sucesso dos serviços psicológicos (APA/ *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006).

Profissionais que utilizam a PPBE formulam perguntas de pesquisa passíveis de respostas sobre decisões na sua prática clínica, avaliam de forma crítica as evidências que encontram, consideram cuidadosamente se as descobertas se aplicam ao seu cliente específico e, em conjunto com o cliente, selecionam uma opção para colocar em prática e avaliam os resultados. Assim, a tomada de decisão em PPBE consiste em cinco etapas: (1) converter necessidades de informação em perguntas de pesquisa respondíveis, (2) mapear a melhor evidência disponível, (3) avaliar criticamente a validade e utilidade das evidências, (4) aplicar os resultados desta avaliação para decisões práticas e (5) avaliar o resultado (Gibbs & Gambrill, 2002).

O objetivo deste artigo é discutir os aspectos conceituais da PPBE, os níveis de evidência para tomada de decisão, mitos e resistência à PPBE. Utilizou-se como referência principal o estudo de Lilienfeld e colaboradores (2013), por se tratar de uma completa e atualizada síntese sobre a resistência à prática psicológica baseada em evidências.

Resistência à prática psicológica baseada em evidências

Alguns psicólogos, assim como estudantes de Psicologia, são céticos em relação ao uso de dados de pesquisa para guiar decisões clínicas. Estudos apontam que psicólogos confiam mais em sua experiência clínica e nas opiniões de colegas do que na literatura científica disponível (Chambless & Ollendick, 2001; Stewart & Chambless, 2010).

Algumas dessas críticas são baseadas em percepções equivocadas (Gibbs & Grambrill, 2002). Para Lilienfeld et al. (2013), negligenciar a resistência no campo da Psicologia em relação à prática baseada em evidências pode fomentar a continuidade da popularidade de intervenções não científicas ou intervenções pseudocientíficas e prejudicar respeitabilidade da Psicologia.

Lilienfeld et al. (2013) faz uma interessante analogia entre a resistência da aceitação da PPBE e a resistência em psicoterapia. Psicoterapeutas partem do princípio que a resistência de seus clientes ao tratamento não pode ser ignorada, de forma a não prejudicar o andamento e eficácia do tratamento. Muitas vezes, a resistência do cliente fornece importantes informações para o processo terapêutico, sendo, de certa forma, aliada ao tratamento. Assim mesmo, a compreensão da resistência de alguns em considerar a viabilidade da PPBE pode tornar-se aliada aos proponentes desta prática, trazendo informações sobre os motivos deste afastamento e favorecendo a contra argumentação científica e lógica, a qual pode ajudar na abordagem da questão junto àqueles que se mostram relutantes em reconhecer a possibilidade de um ponto de vista alternativo.

Um fator que pode estar relacionado à não aceitação da PPBE é compreensível e diz respeito à ciência, que restringe inferências. Assim, algumas proposições aproximam-se mais dos “fatos” do que outras. Desta forma, algumas psicoterapias serão mais bem embasadas cientificamente do que outras. Consequentemente, do ponto de vista científico e ético, algumas práticas necessitariam ser modificadas

ou abandonadas em detrimento de outras. Além disso, a mudança de hábitos de longa data, já enraizada na prática clínica, também é um desafio (Lilienfeld et al., 2013).

A resistência mais marcante dá-se em relação aos profissionais mais velhos aos mais jovens, os primeiros costumam abrigar atitudes significativamente mais negativas para a PPBE. Coerentemente a este achado, dados apontam que a resistência à PPBE é mais prevalente em profissionais que foram treinados em programas que não valorizam a PPBE ou que se profissionalizaram antes do período de valorização da PPBE (Aarons & Sawitzky, 2006).

Uma das razões que impedem que informações corretivas sejam consideradas por terapeutas que se utilizam de outras práticas, alheias à PPBE, é a consideração de que a “evidência” da própria prática clínica tem maior prioridade do que as observações de estudos controlados, ressaltando o fenômeno de heurística de disponibilidade; ou seja, um possível viés cognitivo no qual a predição de eventos futuros se dá com base na facilidade com que experiências passadas são trazidas à mente, neste caso desprezando evidências (Gallo & Barlow, 2012; Lilienfeld et al., 2013, McHugh & Slavney, 2004). Há evidências de que alguns clínicos acreditam que a PPBE poderia ter um efeito prejudicial na relação terapêutica (Addis, Wade e Hatgis, 1999). Um estudo de Addis e Krasnow (2000) realizado nos Estados Unidos constatou que 45% dos clínicos americanos entrevistados concordaram que o tratamento baseado em manuais superestima as técnicas terapêuticas, 47% relataram que acreditam que os manuais de tratamento ignoram as contribuições únicas de terapeutas individuais e 33% acham que usando manuais de tratamento a autenticidade da interação terapêutica diminui. Da mesma forma, muitos clínicos consideram a PPBE como inflexível em comparação com as técnicas habituais.

Dados da pesquisa indicam que muitos ou a maioria dos profissionais de saúde mental têm opiniões razoavelmente positivas da PPBE e, geralmente, da utilidade de pesquisa para informar a prática clínica (Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan & Weisz, 2009). No entanto, há evidências que apontam para ambivalências em relação à PPBE, até mesmo entre os estudantes de graduação de psicologia (Lilienfeld et al., 2013). Foi verificado que psicoterapeutas, ao escolher suas condutas de tratamento, tendem a classificar as pesquisas científicas de forma menos relevante em relação às outras fontes de dados, tais como: livros teóricos, a experiência clínica, a intuição, pontos de vista informais de colegas (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Stewart, Stirman & Chambless, 2012). Parte dessa ambivalência pode refletir o fato de que a maioria das investigações publicadas está disponível em um formato que os clínicos podem ter dificuldades em interpretar e compreender. Além disso, alguns aceitam e são favoráveis às ideias da PPBE ao responderem às pesquisas, mas na prática mantém seu ponto de vista baseado principalmente na experiência clínica (Lilienfeld et al., 2013).

Fontes de resistência à PPBE

Lilienfeld et al. (2013) lista diferentes fontes de resistência à PPBE. Dentre essas fontes estão as concepções de um “realismo ingênuo”, mitos e concepções errôneas sobre a natureza humana, dificuldades na transposição de probabilidades grupais para a prática individual, falsas concepções sobre o que é e o que não é a PPBE, além de obstáculos logísticos e pragmáticos à sua aplicação. Como apresentado pelos autores, o realismo ingênuo se pauta em nossa falsa crença de que o mundo externo é exatamente como o vemos e de que ver é o mesmo que acreditar. Portanto, é uma crença muito pautada em nossas intuições. Baseando-nos em nossas expectativas iniciais, tendemos a interpretar a maioria das informações ambíguas com as quais nos deparamos de forma a corroborar nossas expectativas. Adicionalmente, damos maior valor às informações favoráveis a nossas crenças e buscamos explicações alternativas

para as informações que se opõem a elas. Seguindo esse raciocínio, são múltiplas as formas de nos enganarmos a respeito do efeito do tratamento. Lilienfeld et al. (2013) apresentam as causas espúrias da efetividade terapêutica citando, dentre elas, o efeito da expectativa encontrada nos placebos e na falácia de que as mudanças que se seguem a terapia são equivalentes a mudanças decorrentes dessa terapia. Uma argumentação corriqueira que segue nesse sentido é de que a PPBE pode sempre encontrar “evidências” para favorecer seu ponto de vista. A ética em pesquisa tem como foco o benefício do cliente e o acesso às informações precisas, independentemente dos resultados da pesquisa apoiarem ou refutarem as premissas dos autores. Se não for para buscar todas as evidências disponíveis sobre uma pergunta de pesquisa, de maneira independente adequam-se amoldam-se a um ponto de vista determinado; então por que o desgaste em desenvolver tantos procedimentos? Além disso, há avaliadores responsáveis por verificar a metodologia e conclusões elaboradas pelos autores (Gibbs & Grambrill, 2002).

Outro ponto de resistência à aceitação da PPBE está na crença de que algumas terapias demonstradas como eficazes em estudos controlados teriam pouca efetividade no *setting* clínico do dia-a-dia (Lilienfeld et al., 2013). Um exemplo dessa assertiva está no tratamento de fobias onde um profissional que tenha uma formação que considera os sintomas fóbicos como o reflexo de conflitos inconscientes pode resistir ao uso de tratamentos comportamentais com a argumentação de que tais intervenções não resultarão em redução dos sintomas, mas em uma substituição dos mesmos como, por exemplo, a manifestação de uma nova fobia. Essas crenças se mantêm por mais que os dados mostrem que estas substituições de sintomas raramente ocorrem (Kazdin, 1982; Tryon, 2008). O mesmo ocorre com outras teorias persistentes na Psicologia como, por exemplo, a importância dada às experiências da infância. A ideia de que as experiências vividas nos períodos mais iniciais da vida possuem um peso diferenciado na formação de nossa personalidade e expectativas levam a uma concepção de tratamento que não abre espaço a procedimentos terapêuticos que não envolvam um minucioso escrutínio das histórias e sentimentos da infância. Apesar de as experiências da infância poderem moldar a personalidade e possíveis psicopatologias, existem poucas evidências de que estes possíveis traumas levem a uma trajetória inevitável de má adaptação, exceto quando esses eventos são extremamente severos e prolongados. Mesmo nos casos onde essas experiências se mostram significativas, não existem razões para acreditar que intervenções focadas no presente não possam modificar as percepções e interpretações de tais experiências.

Nesse mesmo sentido da não utilização das estratégias recomendadas, verifica-se que alguns clínicos se mostram dispostos a adotar algumas PPBE, mas não outras. Um fator potencial nessa decisão é o nível de conforto e familiaridade com as várias intervenções: fatores que ajudariam a prever a adoção de qualquer novo tratamento. A diferenciação depende de fatores tais como a orientação teórica do clínico, bem como as semelhanças entre os tratamentos que já utilizam e tratamentos que poderiam vir a adotar. Além disso, o volume da demanda de clientes com um transtorno particular ou outros tipos de demanda dos mesmos (se clientes potenciais têm pedido por um tratamento específico, por exemplo) também entram em questão na adoção de estratégias específicas (Gallo & Barlow, 2012).

Retomando a crença na relevância limitada dos ensaios clínicos controlados para a prática clínica (que se baseia na ideia de os tratamentos não serem tão eficazes no ambiente clínico, como demonstrado em tratamentos realizados em ambientes de pesquisa), uma justificativa é que os clientes em investigação são percebidos como menos graves devido à exclusão nos estudos de clientes com comorbidades, por exemplo. Sobre esse ponto, verificou-se que clientes em contextos clínicos muitas vezes não atendem aos critérios de gravidade mínima ou duração da psicopatologia necessários para inclusão em ensaios clínicos (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Rothman, 2005) e que muitos estudos recentes permi-

tem a inclusão de comorbidades (Shafran et al., 2009). Atualmente, há cada vez mais provas de que os resultados de estudos de pesquisa podem ser generalizados para situações clínicas de rotina (Weisz, Weersing e Henggeler, 2005; Wilson, 2007). Foram verificados bons resultados em populações não selecionadas no tratamento, realizado por terapeutas devidamente treinados, de clientes com transtornos de ansiedade e transtornos alimentares, e também alguma evidência para esquizofrenia. De qualquer forma, há uma necessidade de estudos que examinem se os tratamentos em contexto clínico em população não selecionada são eficazes conforme verificado em estudos controlados (Shafran et al., 2009).

Uma terceira fonte de resistência citada por Lilienfeld et al. (2013) está na dificuldade da transposição dos efeitos derivados dos ensaios clínicos para a prática individual. O autor usa como ponto de partida para tal discussão a afirmativa empregada em Psicologia de que “Cada indivíduo é único”. No Brasil, uma frase recorrente na Psicologia e que traz em si um conteúdo semelhante é a de que “Cada caso é um caso”. É indiscutível que cada indivíduo representa um caso único com sua história própria e suas especificidades. Sabemos que a história e as motivações de dois clientes podem ter muitos elementos em comum, mas que suas consequências e o modo como essas experiências são vividas podem variar completamente de um caso para outro. Entretanto, as diferenças individuais não significam a impossibilidade de se tirar algum tipo de generalização a partir de estudos controlados que possam ser aplicados a nível individual. A probabilidade de sucesso de uma intervenção derivada de estudos em grupos não nos garante o sucesso definitivo dessa intervenção ao nível individual, mas nos auxilia nas tomadas de decisão. Quando dizemos que uma intervenção apresenta 75% de chance de ter bons resultados, essa probabilidade é contestada pelos 25% desfavorecidos por ela, mas ainda assim serviria como parâmetro de escolha frente a outra intervenção cuja chance de sucesso fosse, digamos, de 30%. Adicionalmente, as meta-análises também auxiliam a tomada de decisões na medida em que podem sugerir intervenções diferentes para subgrupos de indivíduos. Um exemplo está na meta-análise de Dimidjian et al. (2006), que apresenta evidências de que técnicas de ativação comportamental podem ser especialmente efetivas entre clientes com depressão maior com sintomas severos em detrimento dos clientes com quadros mais leves. Neste sentido, a PPBE é capaz de prover auxílio à prática clínica, visto que algum tipo de generalização é melhor que nenhum.

É necessário concordar com Corsini (2008) de que o perfeito estudo da psicoterapia não é possível, pois nenhuma investigação psicológica está livre de falhas. Mas ainda assim existem elementos comuns entre os indivíduos que nos permite inferir algo a seu respeito. Lilienfeld et al. (2013) traz um exemplo da medicina onde, apesar de cada indivíduo vivenciar diferentemente a experiência de um melanoma (e em seu lugar poderíamos colocar alguma condição psicológica), alguns são jovens e outros são mais velhos, alguns possuem hipertensão e outros não, alguns apresentam histórico de diabetes tipo 2 e outros não; mas ainda assim, independente das incontáveis variáveis de confusão, 90% dos casos são curados com uma cirurgia precoce (Berwick, 2010). Portanto, por mais que em psicoterapia tenhamos casos extremamente diversificados, podemos encontrar material generalizável que nos auxilie na tomada de decisão.

Uma quarta barreira levantada por Lilienfeld et al. (2013) está na postura de que é papel dos céticos provarem a ineficiência de uma dada intervenção. Pensando no caso da psicoterapia, deveria ser papel do proponente de uma nova terapia provar sua eficiência e eficácia para que esta pudesse ser contemplada entre as técnicas baseadas em evidência. Entretanto, no lugar da tentativa de provar sua eficácia, o que temos é uma demanda por parte dos céticos de precisar provar a ineficiência dos tratamentos propostos. Como ressaltado pelos autores, muita desta confusão é originária de uma falha ao diferenciar *terapias inválidas (invalidated therapies)* de *terapias não validadas (unvalidated therapies)*; Westen,

Novotny & Thompson-Brenner, 2004). As terapias inválidas são aquelas que foram testadas em estudos sistemáticos e mostraram não funcionar. Já as *terapias não validadas* ou *terapias sem validação* são aquelas que ainda não foram suficientemente avaliadas quanto ao seu funcionamento, podendo estas funcionar ou não.

Alguns obstáculos de caráter mais pragmático dificultam a aceitação da PPBE. Um destes obstáculos é a enorme quantidade de tempo extra que é preciso ser desprendido pelos clínicos na leitura da literatura científica a respeito das práticas embasadas empiricamente. Muitos desses profissionais não consideram ter esse tempo extra necessário para dedicar à leitura clínica (Nelson, Steele e Mize, 2006). A falta de consulta a literatura leva a equívocos sobre a PPBE ou a informações insuficientes para a prática clínica. Muitas vezes os clínicos não estão cientes de onde eles podem acessar informação relevante e têm pouco conhecimento sobre recursos de pesquisa relevantes *on-line* (Berke, Rozell, Hogan, Norcross & Karpiak, 2011).

A percepção da dificuldade de acesso ao treinamento clínico é um outro aspecto observado. Um estudo de Cook, Biyanova & Coyne (2009) verificou que muitos clínicos não acreditam que o treinamento seja acessível a eles, devido ao tempo, a logística e até a questões financeiras. Além disso, mostraram que muitos creem que mesmo recebendo treinamento em um novo tratamento, eles não receberiam o apoio necessário para a prática depois.

Outro obstáculo pragmático está na complexidade estatística envolvida nos estudos que apresentam resultados de eficácia terapêutica. Com o contínuo desenvolvimento e refinamento das análises estatísticas, mesmo aqueles clínicos que tenham uma boa base estatística atualmente, com o passar do tempo, podem se deparar com novos artigos contendo métodos estatísticos com os quais não estejam familiarizados. Uma dificuldade adicional está no abismo existente entre a teoria e a prática em Psicologia clínica. Parte desse problema encontra-se na dificuldade que os pesquisadores encontram em traduzir os achados de estudos controlados para sua utilização em cenários naturalísticos. Isso criou uma mentalidade de “nós vs. eles” dividindo a academia e a prática clínica. Entretanto, apesar desses obstáculos, o fato de existirem novos psicólogos sendo formados em instituições que ensinam PPBE e que recebam supervisão de intervenções baseadas em evidências, pode reduzir as atitudes negativas relacionadas ao uso de uma PPBE (Lilienfeld et al., 2013).

Gibbs & Grambrill (2002) também relacionaram alguns argumentos utilizados para não aceitação da PPBE. Alguns dos principais estão relacionados ao desconhecimento da proposta da PPBE. Por exemplo: Uma objeção à PPBE é que ela ignora a experiência clínica. A própria definição de PPBE ressalta que a mesma é fundamental. Uma preocupação constante da PPBE é, justamente, aprimorar a experiência clínica para integrar resultados de pesquisas com as informações das circunstâncias, ações, características e preferências do cliente, de forma a maximizar a probabilidade de alcançar os resultados esperados. Outro argumento levantado é que a PPBE ignora os valores do cliente. Como foi observado, considerar as características, expectativas e preferências do cliente faz parte da PPBE, assim como considerar as evidências que direcionem a resultados favoráveis. Na tomada de decisão, agregam-se todas essas variáveis, levando em consideração o posicionamento do cliente, que é sempre informado e ouvido pelo terapeuta. Outro mito relacionado à PPBE é que esta é uma abordagem baseada em um livro de receitas. A consideração pela PPBE das particularidades de cada cliente assim como a extensão em que os resultados de pesquisa se aplicam a cada um deles, já demonstra que a afirmativa é errônea, assim como a afirmativa de que os clientes são privados de escolha no processo de tomada de decisões (Gibbs & Grambrill, 2002).

Outro argumento relacionado a não aceitação da PPBE é que a mesma só se aplica se alguma evidência for constatada. Psicologia Baseada em Evidências é uma abordagem sistemática de ajuda em que os resultados de pesquisas relacionados com decisões práticas importantes são procurados e, criticamente, avaliados; assim, o que é encontrado (incluindo nenhuma evidência) é compartilhado com o cliente, e os clientes são envolvidos no processo como participantes informados. Por último, destaca-se o argumento de que a avaliação da eficácia é uma questão de opinião pessoal. A PPBE enfatiza a consideração dos valores e expectativas dos clientes em relação aos objetivos buscados, os métodos utilizados e os resultados alcançados. Opiniões pessoais dos clientes em relação à eficácia são importantes a considerar, além de ser um respeito à ética. São feitos esforços para minimizar a opinião pessoal na avaliação crítica da literatura de pesquisa relacionada com a prática através da descrição clara dos procedimentos de pesquisa e o uso de critérios rigorosos para avaliá-las. Os objetivos são traçados a partir dos critérios científicos e outras metas singularmente traçadas no relacionamento de colaboração entre o cliente e o clínico (Gibbs & Grambrill, 2002).

Recomendações para lidar com a resistência à PPBE

A Psicologia Baseada em Evidências é um processo, não um conjunto de verdades, em que a incerteza na tomada de decisões é destacada, assim como os esforços para diminuí-la são abordados, sempre com o envolvimento dos clientes como participantes informados. Trata-se de ambiente aberto no qual a avaliação crítica incentivará a argumentação embasada e relacionada ao tema e desencorajará objeções falsas que distraem os profissionais de uma revisão cuidadosa de novas ideias e métodos, bem como das evidências relacionadas que podem nos ajudar a atender nossos clientes (Gibbs & Grambrill, 2002).

Uma das formas de superar a difusão de concepções errôneas sobre a PPBE é o investimento no conhecimento dos estudantes de Psicologia clínica e de saúde mental. Como proposta, a formação deve se concentrar mais explicitamente nos perigos do realismo ingênuo e nas causas espúrias da efetividade terapêutica. Os professores devem apresentar aos alunos as heurísticas e vieses que podem levar até mesmo profissionais bem treinados a perceber mudanças terapêuticas na sua ausência, ou não percebê-las quando realmente ocorrem. Adotar uma perspectiva histórica, em que os alunos aprendem sobre a história de equívocos em Psiquiatria, por exemplo, serviria para os alunos compreenderem como inteligentes profissionais de gerações anteriores enganaram-se, e como métodos científicos, como os estudos controlados randomizados, permitiram a correção de erros anteriores e puderam, assim, melhorar a assistência ao cliente. Consequentemente, os estudantes poderiam perceber que podem erroneamente ver-se como imune a erros cognitivos, e ter essa compreensão é importante para investir em esforços para compensar as propensões em direção a certos vieses (Lilienfeld et al., 2013).

Fomentar o aparecimento dos pensamentos equivocados sobre a PPBE talvez seja mais importante do que apenas transmitir as informações que procedem sobre a abordagem. Esse seria mais um possível ponto de partida. Ao colocar em foco as crenças equivocadas dos alunos, elas se tornam passíveis de compreensão, contra argumentação e modificação a partir de embasamento adequado (Kowalski & Taylor, 2009; Lilienfeld et al., 2013). Lilienfeld e colaboradores (2013) propõem ainda modificar o foco do treinamento dos estudantes. Geralmente o treinamento se dá pela apresentação dos protocolos de pesquisa. Mudar o foco tradicionalmente adotado do “*O quê?*” para o “*Por quê?*” torna-se essencial. Apresentar e fomentar o raciocínio lógico sobre os protocolos de pesquisa fornece uma estrutura conceitual abrangente no qual o conteúdo destes protocolos pode ser melhor apreciado. Além disso, as objeções em relação à abordagem podem ser encorajadas, abordadas e discutidas proativamente.

Em relação à resistência de profissionais, é necessário reforçar a aproximação e as trocas entre psicólogos voltados para pesquisa e psicólogos voltados para a prática clínica, de forma que estes últimos passem a desempenhar um papel mais ativo na divulgação de informações produtoras e em dissipar equívocos em relação à PPBE (Lilienfeld et al., 2013). Engajar-se em práticas baseadas em evidências implica estar em aprendizagem continuada. A proliferação de evidências, bem como a complexidade de prover serviço de alta qualidade, exigirá que melhores sistemas sejam concebidos para fornecer aos profissionais as informações necessárias. Atingir essa meta dependerá de empenhamento total e conjunto dos profissionais da área clínica e de pesquisa (Spring & Neville, 2011).

Vale destacar a importância de organizações profissionais para colaborar na disseminação do conhecimento sobre a PPBE e divulgar as informações mais recentes sobre as melhores práticas disponíveis, principalmente através de materiais simples e didáticos que destaquem a possibilidade de aplicação a clientes particulares como a *American Psychological Association*, a *Association for Psychological Science* e a *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (Gallo & Barlow, 2012; Lilienfeld et al., 2013), e no Brasil à Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, por exemplo. Seria também necessário o desenvolvimento e difusão de diretrizes para a prática clínica, com orientações práticas sistematicamente desenvolvidas para auxiliar as decisões do profissional em relação às circunstâncias clínicas específicas no tratamento de diversas condições (Gallo & Barlow, 2012). Posteriormente, dados sobre a influência dessas diretrizes ou a melhor forma de apresentá-las precisam ser coletados. Adicionalmente, pesquisadores poderiam escrever artigos adicionais sobre informações de pesquisa com conteúdo disponibilizado de forma mais simples e passível de ser inteligível por profissionais não atrelados à área de pesquisa. A informação deveria atingir não apenas aqueles mais predispostos à aceitação da PPBE, mas também aqueles que são mais avessos à abordagem (Lilienfeld et al., 2013).

De acordo com Lilienfeld e colaboradores (2013), algumas outras estratégias podem também ser importantes. O incentivo ao desenvolvimento de cursos de educação continuada, que forneçam aos clínicos habilidades práticas para a interpretação dos resultados de pesquisa em psicoterapia, também poderia ser estimulado. Pode ser útil oferecer oportunidades de discussão e aprendizado sobre a PPBE para praticantes regulares da abordagem em seus locais de trabalho.

No Brasil, algumas iniciativas merecem ser mencionadas: a publicação do livro *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia* (Melnik & Atallah, 2011), a primeira disciplina no Brasil sobre a Prática da psicologia baseada em evidências ministrada na Universidade de São Paulo por Tamara Melnik e Sonia Beatriz Meyer em 2013. Também organizamos, Tamara Melnik, Maria Imaculada Sampaio e Gabriela Silva o primeiro Simpósio sobre a Psicologia baseada em evidências: articulação entre a prática e a pesquisa na Universidade de São Paulo.

De acordo com Gallo e Barlow (2012), investir no senso de auto eficácia dos clínicos pode ser uma forma de difundir a PPBE. Um estudo de Addis et al. (1999) mostrou que, mesmo após serem treinados, alguns clínicos não se achavam competentes na prática dos tratamentos recém-aprendidos. Em contrapartida, o estudo de Henderson, MacKay & Peterson-Badali (2006) verificou que o senso de auto eficácia para lidar com um problema específico foi positivamente correlacionado com a adoção e implementação de uma PPBE para o problema. Várias estratégias podem ajudar a aumentar o senso de autoeficácia dos clínicos. Um co-terapeuta poderia trabalhar em conjunto com um iniciante na abordagem, por exemplo. A coleta regular de medidas de resultado de clientes e a observação de resultados positivos seriam outra maneira (Gallo & Barlow, 2012).

Conclusões

A PPBE é uma abordagem voltada para a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível para o cuidado com o cliente. Promove a prática psicoterapêutica eficaz e contribui com a saúde pública através da aplicação de princípios empiricamente baseados de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção. A PPBE requer do psicólogo aprendizado e atualização constantes. A literatura consultada refere que a maior parte da resistência à PPBE baseia-se em equívocos sobre a compreensão do que constitui a ferramenta: Prática da psicologia baseada em evidência. Portanto, identificar, esclarecer estes equívocos e favorecer a comunicação entre os pesquisadores e clínicos é fundamental para avanço da PPBE.

Referências

- Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006, May). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 289–301. doi: 10.1007/s10488-006-0039-1
- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000, Apr). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331–339. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>
- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999, Dec). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 430–441. DOI: 10.1093/clipsy.6.4.430
- American Psychological Association/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, May-Jun). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2011, Apr). What clinical psychologists know about evidence-based practice: Familiarity with online resources and research methods. *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 329–339. DOI: 10.1002/jclp.20775
- Berwick, D. (2010). *Nature or Nurture—Which is Responsible for Melanoma?* Retrieved from Skin Cancer Foundation: <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-causes-and-risk-factors/nature-or-nurture-which-is-responsible-for-melanoma>
- Borntrager, C., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. (2009, May). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services*, 60(5), 677–681. Retrieved from <http://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.5.677>
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001, Febr). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Cohen, L., Sargent, M., & Sechrest, L. (1986, Febr). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41(2), 198–206. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.198>
- Cook, J. M., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009, Mar). Barriers to adoption of new treatments: An Internet study of practicing community psychotherapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 83–90. doi: 10.1007/s10488-008-0198-3
- Corsini, R. J. (2008). Introduction to 21st century psychotherapies. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 1–14). Pacific Grove, CA, US: Brooks/Cole.

- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kolenberg, R., Addis, M. E., ..., & Jacobson, N. S. (2006, Aug). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Evidence Based Medicine Working Group (1992, Nov). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA, 268*(17), 2420-2425.
- Gallo, K. P., & Barlow, D. H. (2012, Mar). Factors involved in clinician adoption and nonadoption of evidence-based interventions in mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(1): 93–106. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2012.01276.x
- Gibbs L., & Gambrill, E. (2002, May). Evidence-based practice: counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice, 12*(3), 452-476. doi: 10.1177/1049731502012003007
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Eds.). (2006). *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*. Washington, DC, US: American Psychological Association. ISBN: 978-1-59147-403-6
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The Scientist Practitioner: Research and Accountability in the Age of Managed Care* (2nd Ed.). Boston, US: Allyn and Bacon. ISBN-13: 978-0205180981
- Henderson, J. L., MacKay, S., & Peterson-Badali, M. (2006, Jun). Closing the research-practice gap: Factors affecting adoption and implementation of a children's mental health program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(1), 2–12. DOI: 10.1207/s15374424jccp3501_1
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series* [Version 5.1.0]. The Cochrane Collaboration, 2011. Retrieved from www.cochrane-handbook.org
- Kazdin, A. E. (1982, Mar). Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome. *Psychological Bulletin, 91*(2), 349–365. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.91.2.349>
- Kowalski, P., & Taylor, A. K. (2009, Jun). The effect of refuting misconceptions in the introductory psychology class. *Teaching of Psychology, 36*(3), 153–159. DOI: 10.1080/00986280902959986
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013, Nov). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883-900. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (2004). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press. ISBN-13: 978-0801860461
- Melnik, T. & Atallah, A.N. (2011). *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo, Brasil: Santos. ISBN 9788572888745
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986, Febr). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist, 41*(2), 188–197. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006, May). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administrative Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(3), 398–409. doi: 10.1007/s10488-006-0044-4
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ..., & Wilson, G. T. (2009, Nov) Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 902–909. doi:10.1016/j.brat.2009.07.003
- Spring, B. (2007, Jul). 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. DOI: 10.1002/jclp.20373

- Spring, B., & Neville, K. (2011). Evidence-based practice in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 128–149). New York, US: Oxford University Press.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005, Feb). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 127–135. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.127>
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010, Jan). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 73–95. DOI: 10.1002/jclp.20630
- Stewart, R. E., Stirman, S. W., & Chambless, D. L. (2012, Apr). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 100–109. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025694>
- Tryon, W. W. (2008, Jul). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychology, 28*(6), 963–968. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.003
- Weisz, J. R., Weersing, V. R., & Henggeler, S. W. (2005, May). Jousting with straw men: comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin, 131*(3), 418–426 [Discussion, 427–433]. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.418>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004, Jul). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*(4), 631–663. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Wilson, G. T. (2007). 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). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.

Recebido 16 de julho de 2014
 Revisão aceita 13 de janeiro de 2015
 Aceitado 20 de janeiro de 2015

Resenha dos autores

Tamara Melnik possui Pós-Doutorado (2011) em Medicina Interna e Terapêutica na Universidade Federal de São Paulo, Brasil (UNIFESP-EPM) com o tema “A Prática da Psicologia Baseada em Evidências”. Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2006) em parceria com *Cochrane Prostatic and Urologic Diseases* e Centro Cochrane do Brasil e Mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2003). Professora orientadora (mestrado e doutorado) do Programa de Pós-graduação em Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM). Pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil. Professora do curso de Especialização em Terapia cognitivo comportamental em Saúde Mental do Amban (Ambulatório de Ansiedade – Hospital das Clínicas). Revisora de periódicos nacionais e internacionais, como *British Medical Journal*, *Cochrane Library* entre outros. Idealizou e Ministrou na Universidade de São Paulo a primeira disciplina no Brasil sobre a Prática da Psicologia Baseada em Evidências. Membro do corpo editorial do *World Journal of Meta-Analysis*. Consultora científica atuando na elaboração de delineamentos experimentais na área da saúde. Organizou em parceria com o Prof. Dr Álvaro Nagib Atallah o livro *Psicologia Baseada em Evidências: Provas científicas da efetividade da psicoterapia*. Professora convidada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Consultoria Científica, atuando principalmente nos seguintes temas: Metodologia Científica, Epidemiologia, Psicologia Baseada em Evidências, Saúde Mental na Infância, Adolescência e Idade Adulta, Disfunções Sexuais, Psicopatologia, Qualidade de Vida, Medicina e Saúde Baseada em Evidências, Revisões Sistemáticas e Metanálises, Ensaios Clínicos Randomizados.

Wanderson Fernandes de Souza é professor adjunto da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPGPSI), Brasil. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Mestre em Ciências pelo Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (Epidemiologia) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, ENSP (2007). Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (2011). Tem experiência na área de pesquisa em Psicologia, atuando principalmente nos temas: Psicometria, Fundamentos e Metodologia de Pesquisa, Psicologia Clínica, Epidemiologia da Saúde Mental.

T. MELNIK, W. FERNANDES DE SOUZA & M. REGINE DE CARVALHO

Marcele Regine de Carvalho é professora adjunta do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. Supervisora clínica no Departamento de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Professora na Pós-Graduação Lato Sensu do Instituto de Psiquiatria (IPUB)/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pânico & Respiração do IPUB/UFRJ, do Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora do IPUB/UFRJ e do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Translational Medicine, Brasil. Pós-doutora pelo Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio Motora do IPUB/UFRJ. Doutora e Mestre em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Graduação em Psicologia pela UFRJ. Formação em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Experiência nas áreas de Psicologia Clínica, Psicologia Cognitiva, Neurociências e Psicologia Hospitalar.

Primeira publicação online: 16 de março de 2015