

Fundamentos para uma Prática Baseada em Evidências na Psicologia: um recurso teórico

 Filipe Luís Souza¹
 Júlio Gonçalves²

¹Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí – SC, Brasil. filipe.souza@clinicasouzaecabral.com

²Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE), Itajaí – SC, Brasil. contato@psicojulio.com

Resumo – A Prática Baseada em Evidências na Psicologia (PBEP) representa um paradigma desafiador que tem permitido avanços na psicologia. A interseção indissolúvel entre evidência, perícia e individualidade do paciente orienta a prática clínica, sendo a quebra dessa interação comprometedora da ética. O objetivo deste artigo é oferecer um guia sobre PBEP que incentive os psicólogos a revisitar suas práticas atuais. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa. Como resultados, é possível dizer que a interpretação das evidências é de suma importância, aliada à ênfase na validade das intervenções. No cenário prático, a Formulação de Caso (FC) se destaca como uma ferramenta que organiza o tratamento. Abordagens avaliativas do tratamento desempenham papéis cruciais na adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente. Esses elementos, quando unidos, contribuem para a integridade da prática e auxiliam no avanço de uma psicologia científica.

Palavras-Chave
Prática Baseada em Evidências
Psicologia Clínica
Metodologia

Categoria
Artigo Original

Como citar: Souza, F. L., & Gonçalves, J. (2024). Fundamentos para uma Prática Baseada em Evidências na Psicologia: um recurso teórico. J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 25-36). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10377702>

1 INTRODUÇÃO

A tentativa de incorporar o método científico à prática psicológica, similar às práticas médicas, teve, em seu início, fundamentação histórica em observações não controladas e ingênuas dos resultados psicoterapêuticos individuais observados em clínica. Essa abordagem passou por uma revolução no século passado com a implementação de processos de randomização, abrindo caminho para as práticas baseadas em evidências (Lilienfeld & Basterfield, 2020).

O conceito de práticas baseadas em evidências teve origem por pesquisadores da Universidade McMaster, no Canadá, liderados por David Sackett, que, em 1981, publicaram uma série de artigos no *Jornal da Associação Médica Canadense* (Thoma & Eaves, 2015). O que começou como um conceito foi formalizado na década seguinte, introduzindo a Medicina Baseada em Evidências (MBE) como um movimento que desafiou a prática comum de tomar decisões clínicas com base em fisiopatologia, intuição profissional e experiência clínica não sistematizada.

A MBE propôs uma abordagem que se baseia em evidências clínicas controladas, buscando evitar interpretações enviesadas do que é observado no cotidiano clínico-hospitalar (Guyatt et al., 1992). Esse desenvolvimento histórico evidencia a associação anteriormente antagônica entre métodos epidemiológicos e pesquisa clínica, unidas mais tarde na

chamada Epidemiologia Clínica, idealizada por Archibald Cochrane (Nagib Atallah, 2018). Cochrane enfatizou os conceitos de eficácia, efetividade e eficiência clínica, que serão discutidos posteriormente neste artigo, colaborando com Kherr L. White.

Esses eventos históricos culminaram na formação da Colaboração Cochrane em 1992, fundada em Oxford por Iain Chalmers (Chalmers, 1993).

O paradigma da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) teve seu impulso para romper com a inércia das decisões clínicas baseadas em experiências anedóticas a partir de uma revisão das evidências empíricas sobre a eficácia da psicoterapia em 1952, conduzida pelo psicólogo alemão Hans Eysenck. Nessa revisão, as evidências disponíveis até então foram resumidas, indicando uma incapacidade de sustentar qualquer efeito benéfico significativo da psicoterapia. Segundo Eysenck, a prática da psicoterapia, seja freudiana ou de qualquer outra abordagem, resultaria em desfechos semelhantes à passagem do tempo sem intervenção terapêutica (Eysenck, 1952). Em outras palavras, ele argumentava que realizar psicoterapia conduziria a resultados clínicos equivalentes à ausência de intervenção, agravado pelo ônus financeiro imposto ao indivíduo.

Os resultados dessa obra desencadearam conflitos históricos na Psicologia, especialmente no debate sobre fatores comuns da psicoterapia versus fatores específicos. Escolas

psicodinâmicas e humanistas defenderam a ideia de que não existe superioridade entre diferentes abordagens psicoterapêuticas, enquanto as escolas comportamentais e cognitivistas sustentaram que certas técnicas são clinicamente mais eficazes para quadros psicopatológicos específicos. Para uma análise mais aprofundada desse debate histórico, que não é o foco deste trabalho, recomenda-se a leitura de Leonardi & Meyer (2015).

O propósito deste artigo, que marca o início de uma coletânea sobre o tema, é oferecer aos psicólogos clínicos, sejam eles experientes ou novatos, um recurso que os incentive a revisar suas práticas atuais e a refletir sobre a Prática Baseada em Evidências na Psicologia. Este material se apresenta como uma guia escrito, abrangendo termos, conceitos, técnicas e insights críticos relacionados à prática clínica em psicologia.

2 MÉTODO

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa por meio de revisão narrativa, reconhecida por descrever e discutir o estado da arte de uma temática específica, possibilitando uma discussão ampliada quando há dificuldade em estabelecer uma pergunta de pesquisa precisa ou há escassez de literatura científica sobre o tema (Rother, 2007).

Apesar de menor evidência científica devido à seleção arbitrária de artigos, sujeitas a viés de seleção, revisões narrativas são essenciais para contribuições de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando para a atualização do conhecimento (Cordeiro, et al., 2007).

3 RESULTADOS

A seguir serão percorridas sobre categorias temáticas que estruturam o recurso, que são: Definição da PBE, Tipos de Evidências, Qualidade das Evidências, Formulação de Caso e Monitoramento do Progresso e Mensuração de Resultados.

3.1 Prática Baseada em Evidências na Psicologia

Sem distinção especial do modelo de práticas baseadas em evidências, originado inicialmente na medicina e posteriormente generalizado para diversas áreas da saúde (Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006; Filippin & Wagner, 2008; Richards, 2008), a Prática Baseada em Evidências na Psicologia (PBEP) não se enquadra na categoria tradicional de abordagens à qual os psicólogos estão acostumados a se associar. Na realidade, o paradigma da PBEP é antagonista a essa perspectiva profissional.

A definição formal da PBEP é entendida como um processo individualizado de tomada de decisão clínica, ocorrendo por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica, considerando as características, cultura e

preferências do cliente (APA, 2006). Esta definição foi inicialmente proposta na década de 90 (Sackett et al., 1996) e permanece inalterada para a Psicologia.

Esses pilares devem ser compreendidos como uma bússola orientadora da prática clínica do psicólogo, onde a interseção é caracterizada como PBEP apenas quando utilizada de maneira indissolúvel. O cuidado precede a evidência; portanto, nenhum braço da PBEP é considerado primário ao outro. Como ilustrado na figura 1, se essa interação for quebrada, o paradigma da PBEP é comprometido, e o paciente perde o acesso a um atendimento psicoterápico ético e rigorosamente fundamentado.

Figura 1
Representação do paradigma da PBEP.



O não cumprimento dos pressupostos da PBEP ou uma rigidez excessiva podem resultar na diminuição do valor da própria prática, comprometendo o potencial positivo de resultados (Greenhalgh et al., 2014). Isso pode ocorrer ao entrar em múltiplos dos cenários possíveis:

Exclusão das preferências: Este é o erro mais comum e prejudicial, onde a melhor evidência e a perícia clínica são priorizadas em detrimento das idiosincrasias do indivíduo e de seu contexto. Ignorar o contexto do sujeito pode levar à aplicação de intervenções inviáveis e insustentáveis em sua vida cotidiana, resultando na perda do vínculo terapêutico e, possivelmente, no insucesso da psicoterapia. Esse erro pode até levar a comportamentos antiéticos, como sugerir a um paciente Amish assistir a um filme, infringindo princípios éticos de sua prática religiosa.

Exclusão da expertise: Desenvolver um plano terapêutico com base na melhor intervenção e no contexto do indivíduo pode ignorar a possibilidade de o profissional não ter a capacitação e experiência necessárias para aplicar a estratégia delineada. Isso pode resultar em uma aplicação inadequada,

percebida como ineficaz pelo sujeito, impactando futuros delineamentos de intervenções e dificultando o alcance das metas terapêuticas.

Exclusão da melhor evidência: Ignorar as evidências empíricas sobre a melhor intervenção psicoterápica para um determinado desfecho leva a um cenário atual na Psicologia, onde as intervenções são baseadas nos vieses cognitivos do profissional e em palpites sustentados por tradição e pela mística de sua abordagem basal. Nesse caso, há uma negligência potencial aos riscos de iatrogenia, bem como à facilitação da resolução do problema e ao direito do indivíduo de ter acesso a tratamentos comprovadamente eficazes e seguros.

Em resumo, compreende-se que a PBEP não é uma abordagem, mas sim um modelo de atenção ao paciente para tomada de decisão clínica baseada em um modelo tripartido indissolúvel.

3.2 Tipos de Evidências

Uma parte fundamental do processo de migração do psicólogo de uma prática clínica infundada para uma prática baseada em evidências é compreender o significado das “melhores evidências disponíveis”.

O termo “melhor” aqui é um comparativo de superioridade em relação ao “bom”, sendo um adjetivo que modifica o substantivo “desempenho”, que é o objetivo ao fundamentar-se em evidências empíricas de qualidade superior.

O rápido interesse dos médicos em uma prática clínica alinhada com a pesquisa levou à criação de uma hierarquização rigorosa dos delineamentos de pesquisa, estabelecendo um sistema de classificação “melhor para pior” de desenhos de estudo, com revisões sistemáticas no topo da pirâmide de evidências para a prática clínica (Paul & Leibovici, 2014).

A ideia de hierarquização das evidências teve origem na Força-Tarefa Canadense sobre o Exame Periódico de Saúde, que buscava orientar os profissionais de saúde sobre como fazer recomendações baseadas em evidências, classificando os níveis percebidos de confiabilidade e aplicabilidade das evidências (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1979).

Uma década depois, essa ideia foi aprimorada em uma pirâmide por Sackett (1989), ordenando os estudos com base no conceito de validade interna. No entanto, agora, os profissionais que buscam uma prática baseada em evidências devem abandonar esse modelo rígido, inicialmente criado com boas intenções, mas agora considerado insuficiente.

O profissional que trabalha com a lógica da PBEP deve ser capaz de interpretar as evidências de forma autônoma, pois delineamentos considerados superiores podem ter sido mal conduzidos e ser menos úteis ao paciente do que trabalhos “inferiores” na pirâmide de evidências, mas melhor conduzidos e relatados. Deve-se observar as revisões sistemáticas e meta-análises como lentes de aumento para os demais

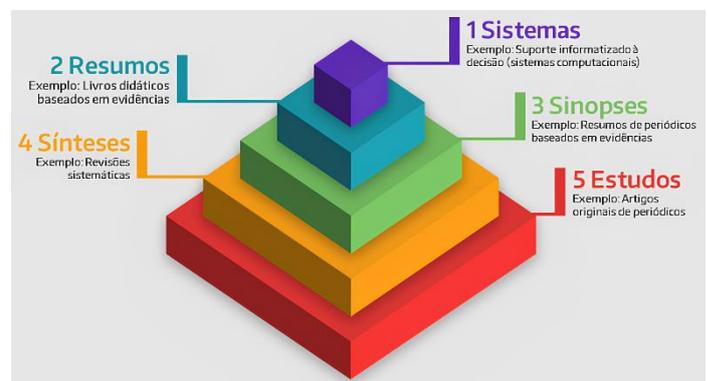
delineamentos, enquanto a expertise clínica do profissional deve orientar a avaliação do corpo de evidências. Para compreender a proposta da nova pirâmide de evidências, recomenda-se a leitura do trabalho de Murad e colaboradores (2016).

Entretanto, uma pirâmide foi proposta para auxiliar profissionais de saúde a tomarem decisões embasadas em evidências, não com base na “hierarquia” do desenho de pesquisa, mas sim pelo nível de processamento das evidências. Essa proposta sugere que os profissionais iniciem sua busca por respostas empiricamente fundamentadas para recomendações clínicas a partir de um nível mais elevado de síntese e pré-interpretação das evidências, avançando para níveis menores de processamento à medida que o estágio superior não esteja disponível (Haynes, 2016).

Essa pirâmide é também conhecida como Modelo 5S (Figura 2), dividida em cinco partes que, no idioma original do instrumento, o inglês, são organizadas como: 1) Systems (sistemas); 2) Summaries (resumos); 3) Sinopses (sinopses); 4) Syntheses (sínteses); e 5) Studies (estudos).

Figura 2

Níveis de organização “5s” das evidências em saúde por nível de processamento.



Nota 1. Imagem adaptada pelos autores baseada em Haynes (2006). Para obter a imagem em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

O início da busca por evidências para fundamentar a formulação de um plano terapêutico, de acordo com a Pirâmide de Haynes, sugere começar procurando sistemas computadorizados de suporte à decisão. Esses sistemas hipotéticos seriam automatizados e, a partir dos dados inseridos sobre as características do paciente, forneceriam orientações direcionadas para a intervenção, fundamentadas nas características específicas do paciente.

Embora este nível de processamento seja atualmente utópico devido à necessidade de acumular evidências clínicas de qualidade em uma variedade quase infinita de populações distintas, algumas plataformas, como o UpToDate®, se aproximam dessa proposta, embora com muitas limitações.

Em um segundo nível de processamento, a pirâmide nos orienta a procurar diretrizes clínicas, geralmente elaboradas por um grupo de especialistas em um campo de pesquisa específico. Esses especialistas avaliam e analisam as evidências disponíveis, chegando a conclusões sobre as melhores condutas para o tratamento de uma determinada condição de saúde, bem como a força dessas recomendações. Essas diretrizes frequentemente se baseiam em discussões entre os especialistas do corpo editorial da diretriz.

Resumos de periódicos são uma estratégia menos comum na prática psicológica, sendo mais rotineiros para médicos e enfermeiros, que se beneficiam de iniciativas como a ACP Journal. Esta iniciativa mantém resumos atualizados, revisados por pares, de mais de 120 periódicos relevantes na área médica. No entanto, alguns desses resumos podem ser úteis também para psicólogos clínicos, especialmente aqueles que abordam recomendações em psicoterapia, provenientes de resumos em psiquiatria.

Os dois níveis mais baixos de processamento, de acordo com o Modelo 5S, geralmente são mais acessíveis e demonstram uma lógica inversa em relação à antiga pirâmide de evidências. Neste modelo, as revisões sistemáticas com meta-análise estão praticamente na base da pirâmide. De acordo com Haynes (2006), na ausência de respostas dos níveis superiores de processamento de evidências para a tomada de decisão clínica, recomenda-se procurar revisões sistemáticas e, somente em último caso, se nenhuma anterior for possível, ler artigos originais, como Ensaios Clínicos Randomizados (ECR's).

Uma exemplificação simples da aplicação dessa estratégia seria um psicólogo procurando, de maneira geral, qual tratamento não farmacológico possui a melhor evidência de eficácia e efetividade para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em adultos. Ao consultar seu software de auxílio à decisão clínica computadorizado (neste caso, UpToDate®), ele encontrou a recomendação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como alternativa à medicação, dependendo da gravidade do transtorno ou sua associação ao tratamento ansiolítico em casos severos (Crasck & Bystritsky, 2023). Simultaneamente, ele decidiu continuar sua busca em níveis inferiores de processamento.

Esse psicólogo encontrou a mais recente diretriz clínica do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), que também indica a TCC como padrão-ouro de intervenção não farmacológica para o TAG em adultos (NICE, 2019), replicando esse achado em resumos de evidências (Demartini, Patel & Fancher, 2019) e na revisão sistemática com metanálise da iniciativa Cochrane sobre tratamentos não farmacológicos para o TAG (Hunot et al., 2007). Dessa forma, criou-se um empilhamento de fontes de evidências, como pode ser observado na figura 3. Se algumas dessas fontes apresentassem escassez de conteúdo, o psicólogo poderia recorrer a artigos originais disponíveis em bases de dados, como a American Psychological Association.

Figura 3

Simulação de trilha para busca da melhor evidência para indicação clínica para TAG em adultos com a estratégia "5S".



Nota 1. No topo da pirâmide, foi inserido o UpToDate® como sugestão elucidativa, alinhando-se, em um cenário ideal, com as expectativas da PBEP. No entanto, é importante ressaltar que o UpToDate® serve como um exemplo do que está mais próximo da ideia de um sistema computadorizado de suporte à decisão clínica. Este representa um nível de processamento de evidências ainda utópico, dada a enorme quantidade de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade que seriam necessários para abranger cada cenário clínico com diversas populações, a fim de realizar inferências para a população como um todo. Para obter a imagem em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

Certamente, a base para o desenvolvimento dos níveis mais avançados de processamento da evidência é estabelecida nos estudos originais. Esses estudos são delineados a partir da formulação de uma questão-problema. Para investigar algo, é crucial determinar o quê e por que estudar, permitindo assim a definição do melhor desenho de estudo para alcançar a resposta inicialmente buscada.

A conclusão sobre se uma intervenção é ou não eficaz para uma condição, bem como sua segurança, será possível por meio da condução de um ensaio clínico controlado aleatorizado (ECR). Esse delineamento envolve, pelo menos, um grupo recebendo uma intervenção experimental (por exemplo, hipnoterapia), e outro grupo com condições demográficas similares recebendo uma forma de controle, dependendo do objetivo do estudo. Isso pode incluir controle por placebo (tratamento inócuo, exemplo: homeopatia), controle simultâneo sem tratamento (podendo demonstrar que a intervenção é melhor do que não fazer nada/a simples passagem do tempo, por exemplo, lista de espera) ou controle ativo, onde o grupo controle é submetido a um tratamento (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) com efeito terapêutico conhecido (Nair, 2019).

A randomização, ou seja, a alocação aleatória dos participantes da pesquisa para um dos grupos do ensaio clínico (seja o grupo experimental ou controle), é fundamental. Essa prática preserva as condições prognósticas, garantindo que os indivíduos sejam distribuídos de forma a preservar características como idade, sexo, gravidade de sintomas,

escolaridade, etnia, entre outras. Isso reduz vieses no planejamento da condução do ensaio clínico e estabelece um cenário propício para inferência de causalidade, uma vez que a única diferença notável entre os grupos será o tratamento ao qual foram submetidos (Altman, 1991).

Entender sobre saúde e como se constrói melhores ferramentas e caminhos para investigar o ser humano é uma necessidade quando se trata da PBEP, que vai além do que se aprende na graduação. A própria randomização nasceu originalmente em um estudo agrícola (Fischer, 1926), sendo atribuída à saúde no primeiro ensaio clínico randomizado cinco anos depois, acerca do efeito da sanocrisina para tuberculose (Amberson, McMahon & Pinner, 1931).

Somente na década de 80, estabeleceu-se com segurança que o método de randomização mantém os achados dos ensaios clínicos em uma razão interpretável, uma vez que a não sistematicidade na alocação dos indivíduos impediria a distinção entre o efeito do tratamento e as influências do desequilíbrio entre grupos (Kalish & Begg, 1985; Kang, Ragan & Park, 2008).

Se até este conjunto de informações apresentadas não foi descrito de forma diretiva, estudos observacionais, em qualquer uma das suas formatações (por exemplo, estudos de coorte, caso-controle, relatos ou séries de casos etc.) não são capazes, devido às inúmeras possibilidades de vieses e limitações, de estipular causalidade acerca da eficácia, efetividade e eficiência de uma intervenção terapêutica. Isso é possível apenas através da condução de um ensaio clínico controlado aleatorizado (Hochman et al., 2005). Os ECR's tornaram-se o padrão-ouro de pesquisa epidemiológica, tendo nascido originalmente em ensaios clínicos não controlados (Chidambaram & Josephson, 2019).

Para que o psicólogo clínico entenda melhor como se planeja uma pesquisa clínica, desde sua gênese até a escrita, e quais são os desenhos de pesquisa clínica, se recomenda a leitura do livro intitulado "Delineando a Pesquisa Clínica" (Hulley et al., 2014), como ferramenta de linguagem acessível a psicólogos recém-formados ou iniciantes na PBE.

3.3 Qualidade das Evidências

Um delineamento de pesquisa não pode ser considerado superior a outro de forma hierárquica rígida para a tomada de decisão clínica. Caso contrário, a pirâmide de evidências discutida anteriormente nesta obra seria válida para a prática clínica. Diante desse raciocínio, torna-se imprescindível o uso de ferramentas práticas que permitam ao psicólogo clínico interpretar os possíveis vieses subjacentes nos quadros estatísticos e nos parágrafos dos ECR's, evitando assim a confiança cega nos dados publicados.

Para uma compreensão abrangente desses temas, é essencial entender que o viés é um erro sistemático que ocorre devido à má condução ou delineamento da pesquisa clínica (Tripepi et al., 2008). Nesse sentido, a seleção de uma evidência para a tomada de decisão deve considerar dois fatores

inalteráveis na análise de um ECR, a saber, a validade interna (VI) e, em seguida, a validade externa (VE) da evidência.

A VI é determinada pela concepção, condução e relato da evidência, ou seja, se o processo foi ou não enviesado, se a interpretação dos achados está descrita de acordo com o que foi realmente identificado pela pesquisa e se os procedimentos metodológicos são confiáveis (Andrade, 2018).

Por sua vez, a VE está relacionada à capacidade da evidência ser generalizada para outros contextos além das condições específicas do estudo. A VE abrange as condições sociodemográficas da amostra populacional estudada e determina se a evidência observada será útil para o clínico (Egger, Smith & Altman, 2008; Andrade, 2018). A amostra do estudo pode ser tão específica, ou os procedimentos adotados tão distintos do mundo real, que os resultados se tornam irreprodutíveis. Além disso, a VE pode ser subdividida em um aspecto específico, conhecido como validade ecológica, que se relaciona com a capacidade de generalização da evidência para o "mundo real" (Andrade, 2018). Esse conceito visa identificar a possibilidade de aplicação dos resultados da evidência a populações com características diferentes daquelas estudadas (Lewkowicz, 2001).

Ao iniciar a avaliação da qualidade metodológica de um ECR, uma opção inicial é a Escala PEDro (<https://pedro.org.au/>). Essa escala (tabela 1) é reconhecida por sua validade na medição da qualidade metodológica de ensaios clínicos em diversas áreas da saúde (Morton, 2009). Composta por onze itens, a escala atribui uma pontuação de 0 a 10. Sua versão traduzida para o português brasileiro também é considerada válida, e sua reprodutibilidade é confiável (Shiwa et al., 2011).

Tabela 1
Itens da escala PEDro.

Escala de PEDro – Português (Brasil)

1. Os critérios de elegibilidade foram especificados	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo cruzado, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido)	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
3. A alocação dos sujeitos foi secreta	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
6. Todos os terapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
8. Mensurações de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram mensurações de resultados receberam o tratamento ou a condição de controle conforme a alocação ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por "intenção de tratamento"	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:

Os desenvolvedores da escala inicialmente a vincularam à avaliação de ECR's indexados em sua base de dados no campo da fisioterapia. No entanto, ao longo do tempo, outros campos da saúde e pesquisa médica também adotaram essa ferramenta (Cashin & McAuley, 2020).

Os itens da escala são divididos conforme o objetivo de análise. O primeiro item avalia a validade externa do ECR, enquanto os critérios de 2 a 9 são destinados à avaliação da validade interna. Os dois últimos itens focam na análise dos relatos estatísticos do ECR (Cashin & McAuley, 2020).

Uma ferramenta mais abrangente e amplamente utilizada nas revisões sistemáticas de alto impacto nas ciências da saúde é o RoB2 (Figura 4), que significa "Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials," desenvolvido pela iniciativa Cochrane (<https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>). Essa ferramenta é reconhecida como válida para analisar o risco de viés em ensaios clínicos. No entanto, é importante notar que o RoB2 pode representar um desafio mesmo para clínicos experientes (Minozzi et al., 2020; Minozzi et al., 2021).

Figura 4
Ferramenta RoB2, 5 domínios de viés e classificação final.

D1	D2	D3	D4	D5	OVERALL
+	?	?	+	+	+
+	+	+	?	+	+
?	+	+	?	?	?
+	+	+	+	?	?
?	?	+	?	?	?
-	?	?	?	?	-
-	+	+	+	?	-
+	+	-	+	-	-
?	+	-	?	?	-

A ferramenta RoB2 foi desenvolvida para superar as limitações da versão anterior, proporcionando melhor acesso e funcionalidade por meio de softwares e do site da iniciativa Cochrane (Lee, 2021). Essa ferramenta abrange cinco domínios de viés, a saber: D1) processo de randomização; D2) desvios das intervenções pretendidas; D3) dados de desfechos

ausentes; D4) mensuração dos desfechos; e D5) seleção do resultado relatado.

A avaliação do risco de viés em ensaios clínicos por meio da ferramenta RoB2 proporciona ao avaliador uma série de representações visuais do panorama geral das evidências levantadas. Essas visualizações são valiosas tanto para propósitos de pesquisa quanto para o planejamento terapêutico. O julgamento do avaliador é baseado nas respostas a perguntas específicas da ferramenta RoB2, resultando em uma classificação para cada domínio de viés como "baixo risco de viés (+)", "algumas preocupações (?)" ou "alto risco de viés (-)". A combinação dessas classificações levará a uma decisão final sobre o status geral da confiabilidade das evidências, sendo julgada nas mesmas três categorias (Sterne et al., 2019).

A seguir, apresenta-se um exemplo de tabela de avaliação do risco de viés (Figura 5), elaborada a partir dos dados fornecidos por Fuhr e colaboradores (2022).

Figura 5
Exemplo de avaliação com base em Fuhr (et al., 2022).

ESTUDOS	D1	D2	D3	D4	D5	OVERALL
Alladin & Alibhai	?	-	-	-	?	-
Butler et al.	-	-	-	+	?	-
Chlu et al.	?	+	+	-	?	-
Fuhr et al.	+	+	+	+	+	+

Em seguimento, é essencial que o profissional que se utiliza da PBEP, domine o processo de avaliação geral da qualidade da evidência. O sistema GRADE (Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Análises, em português) oferece uma abordagem transparente para o desenvolvimento da síntese de evidências, proporcionando uma sistematização no processo de formular recomendações clínicas em revisões sistemáticas e diretrizes (Guyatt et al., 2008).

Os ECR's começam sua avaliação sendo pré-estabelecidos como de alta qualidade, indicando uma confiança elevada de que o resultado obtido esteja próximo da realidade. Em contrapartida, os estudos observacionais iniciam a avaliação como de baixa qualidade, com base nas limitações inerentes a esse tipo de delineamento de estudo. No entanto, essa estimativa de qualidade da evidência para apoiar a estimativa do efeito da intervenção é ajustada durante a avaliação dos cinco componentes que podem diminuir a certeza na qualidade da evidência e três fatores que podem aumentar a certeza na classificação geral da qualidade da evidência (Guyatt et al., 2011).

Nesse sentido, o sistema GRADE (Tabela 2) resulta em uma sintetização por níveis, separando-as pelo seu nível de certeza de que o efeito da intervenção estimada pelos autores de um trabalho condiz ou não com a probabilidade de que este efeito seja real (Balslem et al., 2011).

Tabela 2
Classificação de qualidade da evidência GRADE.

Nível de qualidade/certeza	Significado
Muito baixo	O verdadeiro efeito é provavelmente marcadamente diferente do efeito estimado
Baixo	O verdadeiro efeito pode ser marcadamente diferente do efeito estimado
Moderado	Os autores acreditam que o verdadeiro efeito está provavelmente próximo do efeito estimado
Alto	Os autores têm muita confiança de que o efeito verdadeiro é semelhante ao efeito estimado

Por fim, para uma compreensão abrangente sobre a qualidade das evidências, é crucial entender que o objetivo final da PBEP é buscar uma recomendação clínica com uma probabilidade específica de desfecho para um indivíduo com características particulares, visando individualizar o cuidado. Isso só é possível ao compreender três conceitos fundamentais: eficácia, efetividade e eficiência.

A eficácia está relacionada à capacidade de uma intervenção médico-terapêutica gerar resultados em condições experimentais, ou seja, em circunstâncias ideais, como as de um ensaio clínico. Por outro lado, a efetividade é a capacidade dessa intervenção gerar efeitos favoráveis em ambiente real, no cotidiano clínico, fora das condições controladas de experimentos. A eficiência refere-se à consideração do custo-benefício dos recursos do sujeito, como verba e tempo, para sua recomendação (Singal et al., 2014).

3.3 Formulação de Caso

Na prática diária do profissional de saúde mental, a definição de que PBEP é um processo individualizado de tomadas de decisões fundamentadas na integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica e considerando as características, cultura e preferências do cliente pode ser operacionalizado em cinco (05) etapas (Leonardi et al., 2023): 1) levantamento de questões clínicas relevantes; 2) busca pelas melhores evidências, tais como manuais clínicos, revisões de ECR's, etc.; 3) análise crítica da qualidade das evidências encontradas; 4) execução da intervenção, na qual precisa ser dominada pelo psicoterapeuta; 5) mensuração de resultados.

São etapas complexas, e um dos problemas mais comuns é a aplicabilidade das intervenções, seja pela "aparente" inflexibilidade das intervenções descritas nos manuais ou pela organização do tratamento como um todo (Gonçalves, 2023).

Essa discussão sobre aplicabilidade não é um problema recente. Apesar da disponibilidade de tratamentos psicológicos eficazes para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos (Barlow, 2023), sua administração tem sido considerada subótima (Shafran et al., 2009). Mesmo que os protocolos e técnicas detalhados em documentos, livros e artigos forneçam orientações práticas e até algum nível de individualização (Eells, 2013), acessá-los durante uma sessão psicológica pode ser desafiador.

A questão é: Será que efetividade de tratamentos baseados em protocolos não está sendo obscurecida pela falta de uma avaliação individualizada e de um plano de tratamento específico para cada paciente? Eells (2013) comenta que sim, e adicionalmente, argumenta que os protocolos padronizados negligenciam "a tarefa mais desafiadora de qualquer terapeuta", que consiste em "escolher um problema e uma abordagem para esse problema que será benéfica para aquele paciente específico naquele momento específico".

Nesse contexto, um modelo importante a ser considerado é o citado por Kendall e Frank (2018), sobre a "flexibilidade dentro da fidelidade". A fidelidade refere-se à adesão do psicoterapeuta aos componentes de tratamento de um protocolo e sua competência na execução da intervenção. Por outro lado, a flexibilidade dentro da fidelidade refere-se à implementação de um protocolo com suporte empírico, mas que adapta sua implementação para estar em sintonia com as apresentações individuais do cliente (e.g., exposições para pânico são adaptadas às demandas e contextos do paciente, o modelo cognitivo pode ser elucidado com uso de um filme preferido da criança/jovem etc.).

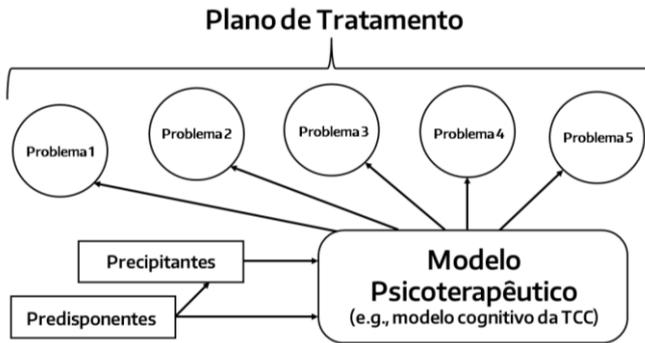
A Formulação de Caso (FC) surge como uma ferramenta importante nesse contexto, proporcionando uma forma estruturada de compreender e lidar com as complexidades inerentes a cada caso clínico, ao mesmo tempo em que auxilia nessa adaptação (Gonçalves, 2023; Kendall, & Frank, 2018).

A FC é um processo ativo que transita de uma abordagem nomotética (geral) para uma abordagem ideográfica (personalizada) (para mais detalhes, acesse <https://psicojullio.com/4-etapas-fc/>), centrando-se no funcionamento psicológico de cada indivíduo (Eells, 2022; Gonçalves, 2023). Para além da observação superficial dos sintomas, a FC é desenvolvida para complementar e traduzir o raciocínio clínico em relação a um caso específico (Gonçalves, 2023).

Ao formular o caso, os psicoterapeutas identificam quais componentes do protocolo são mais relevantes para o cliente, quais adaptações podem ser necessárias com base em sua apresentação individual e como integrar estratégias específicas para atender às necessidades do cliente. Isso permite uma implementação personalizada e flexível do protocolo, garantindo que a intervenção seja adaptada de forma apropriada, mas ainda esteja alinhada com os princípios e objetivos do tratamento baseado em evidências (Kendall, & Frank, 2018).

Para além de adaptações específicas, a função da FC na prática clínica é ampla. Através da integração da teoria, pesquisa e intervenções provenientes dos modelos psicoterapêuticos (e.g., TCC, DBT, ACT etc.), a FC orienta o plano de tratamento (Eells, 2022; Nicoletti, Donadon, & Portela, 2022; Willem, Pa-desky, & Dudley, 2010), conforme pode ser visto na figura 6:

Figura 6
Estruturação e aplicação da FC baseado em Gonçalves (et al., 2023).



O propósito da FC vai além da descrição de sinais e sintomas, buscando elucidar o que predispõe o sofrimento e, talvez mais significativo, o que perpetua esses padrões comportamentais atuais. A compreensão da FC implica em estabelecer relações entre as experiências passadas, os aspectos desenvolvimentais, as aprendizagens individuais e os sintomas atuais do paciente (Gonçalves, 2023). Isso requer a habilidade de traçar conexões entre eventos passados, experiências traumáticas, crenças arraigadas e os desafios do presente, formando o que se intitula de Raciocínio Clínico (RC) (Gonçalves, 2023).

Além disso, a FC é capaz de projetar o potencial futuro, identificando possíveis recaídas e possibilidades de recuperação em diversas dimensões da vida, incluindo relacionamentos interpessoais, dinâmica familiar, dentre outros (Eells, 2022). Adaptada de Eells (2013; 2022) por Gonçalves (2023), a tabela 3 sintetiza e descreve as etapas de construção da FC.

No nível prático, os psicoterapeutas podem desenvolver teorias explicativas que transcendem a mera descrição topográfica de sintomas, elaborando um plano de tratamento preciso e adaptado às necessidades e peculiaridades de cada paciente. A partir disso, tornam-se possíveis tomar decisões fundamentadas na integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica em relação ao tratamento do paciente (Gonçalves, 2023). A tabela 4 retrata a FC de um caso clínico.

Os benefícios da FC são amplos, conforme elucidado por alguns autores (Persons, et al., 2006; Christon, McLeod, & Jensen-Doss, 2015). No entanto, apesar de seu potencial orientador, a literatura tem apresentado resultados mistos quanto à sua eficácia prática (Eells, 2022). Essa incerteza pode ser atribuída à falta de um modelo sistematizado.

Tabela 3
Sugestão de etapas para construção de uma Formulação de Caso.

<p>Etapa 1 Obter lista abrangente de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uma lista abrangente de problemas que descreva todos os problemas que o paciente está enfrentando em diversos domínios. Embora a abrangência seja importante, também é essencial manter a lista de problemas em um tamanho gerenciável. - Se a lista tiver mais de 10 itens, é uma boa ideia agrupar alguns dos problemas para encurtá-la. É útil apresentar cada problema em um formato simples, usando uma ou duas palavras para nomear o problema, seguido de uma descrição do problema. - Fornecer, sempre que possível, informações sobre alguns dos aspectos cognitivos, comportamentais, fisiológicos e emocionais dos problemas. Esta etapa ajuda o psicoterapeuta (e o paciente) a começar a conceituar os problemas. - A principal estratégia que a maioria dos psicoterapeutas utiliza para coletar uma lista abrangente de problemas é a entrevista clínica e aplicação de instrumentos psicométricos.
<p>Etapa 2 Atribuir ou ancorar um diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O diagnóstico ajuda a identificar a FC nomotética baseada em evidências que pode servir como modelo para FC ideográfica. - Uma abordagem útil para selecionar um diagnóstico de ancoragem é escolher o diagnóstico que explica o maior número de problemas na lista de problemas – ou seja, o diagnóstico que mais afeta o funcionamento do paciente. - Na prática é que se um paciente tem transtorno bipolar e TDAH, o psicoterapeuta pode selecionar um desses como diagnóstico de ancoragem com base nos objetivos do tratamento atual. - Assim, por exemplo, se a paciente tem transtorno bipolar sob bom controle e deseja tratar seus sintomas de TDAH, esse diagnóstico pode servir como diagnóstico de ancoragem. Mesmo assim, o clínico deve manter o transtorno bipolar em mente à medida que o tratamento avança.
<p>Etapa 3 Selecionar a FC nomotética</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se FC's nomotéticas baseadas em evidências do diagnóstico de ancoragem estiverem disponíveis (e.g., manuais clínicos), selecione uma delas para servir como modelo para a FC ideográfica. - Quando nenhuma FC nomotética baseada em evidências estiver disponível, o psicoterapeuta pode considerar a adaptação de um modelo que tenha sido proposto para outro problema ou sintoma para o caso em questão (e.g., uma busca por ECR's ou estudos de caso).
<p>Etapa 4 Individualizar para a FC ideográfica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para individualizar a FC nomotética, o psicoterapeuta deve coletar detalhes sobre os aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e somáticos dos problemas do paciente. - Além disso, é importante reunir detalhes sobre como os problemas parecem estar relacionados e informações sobre os fatores predisponentes (fatores históricos, médicos etc.) e precipitantes transversais e longitudinais (desencadeadores). - Nesta fase, é possível gerar hipóteses sobre como o paciente desenvolveu os esquemas, como o paciente aprendeu os comportamentos disfuncionais ou falhou em aprender os funcionais, como o paciente desenvolveu uma dificuldade emocional ou déficit de regulação emocional, e como o paciente adquiriu uma vulnerabilidade biológica – ou seja, como o paciente adquiriu os mecanismos que supostamente estão causando os problemas.

Atualmente, não há um conjunto único e amplamente reconhecido de diretrizes ou protocolos que padronizem a aplicação da FC, e essa falta de estrutura padronizada pode gerar variações substanciais na maneira como os psicoterapeutas conduzem esse processo (Gonçalves, 2023; Eells, 2022; Christon, McLeod e Jensen-Doss, 2015). Essas diferenças podem resultar em interpretações diversas e, potencialmente, limitar a eficácia da FC como ferramenta. Além disso, a falta de padronização pode dificultar a comparação de resultados entre terapeutas e a generalização das descobertas sobre a aplicabilidade e eficácia da FC (Christon, McLeod e Jensen-Doss, 2015).

Tabela 4
Modelo de FC preenchida.

Nome: Maria		Idade: 32	
Resumo: Maria é uma mulher solteira de 32 anos, formada em administração e atualmente trabalha em uma empresa de consultoria. Apresenta sintomas de ansiedade generalizada, incluindo medo de situações sociais e insônia. Esses sintomas afetam sua vida pessoal e profissional. História familiar de ansiedade, e perfeccionista, auto exigente, com baixa autoestima e crítica a si mesma. Experiências negativas na infância, com divórcio dos pais e pressão acadêmica, além de dificuldade em se adaptar socialmente e mudança de escola. Busca independência financeira, realização profissional e amizades/relacionamentos sinceros e longos.			
Funcionamento Atual		Determinantes de Saúde	
Cognitivas: Visão negativa de si mesma e de suas habilidades. Se considera incompetente e insegura, sentindo que não está à altura das expectativas dos outros. Também tem pensamentos ruminantes e catastrofistas, como "algo terrível vai acontecer" ou "não sou boa o suficiente para o trabalho".		Fatores precipitantes longitudinais: Mudança de escola e afastamento dos amigos, com bastante dificuldade de vínculo com os colegas posteriormente. A cada escola nova, as cobranças de ser "boa aluna" a faziam priorizar os estudos ao invés das brincadeiras, por exemplo.	
Emocionais/fisiológicas: Tristeza, medo, frustração e raiva. Ela tem dificuldade em controlar suas emoções, o que muitas vezes leva a ataques de pânico e sensação de sobrecarga emocional. Quando exposta a situações estressantes, Maria apresenta sintomas físicos como sudorese, palpitações, tremores e tensão muscular.		Fatores precipitantes transversais: Término de um relacionamento de longo prazo e pressão no trabalho devido à sobrecarga de tarefas e prazos apertados.	
Estratégias de enfrentamento: Evita situações sociais e de trabalho que possam desencadear sua ansiedade, como apresentações em público, reuniões e eventos sociais. Ela também tem dificuldade em tomar decisões e procrastina tarefas importantes, o que afeta sua produtividade e desempenho no trabalho. Busca manter controle com tudo, inclusive eventos corriqueiros como as chaves estarem sempre no mesmo lugar, não se permitir adoecer etc.		Fatores de manutenção do sofrimento: Mantém sua ansiedade por meio de padrões de pensamento negativos e comportamentos evitativos. Ela se concentra nas possibilidades de coisas ruins acontecerem e tende a evitar situações desconfortáveis.	
Fatores Predisponentes		Recursos Pessoais	
Genéticos e história médica: História familiar de ansiedade, com sua mãe e irmão também tendo apresentado sintomas semelhantes. Não tem nenhuma condição médica significativa que possa estar contribuindo para sua ansiedade.		Valores pessoais: Independência financeira, realização profissional e relacionamentos bons.	
Personalidade: É perfeccionista e altamente autoexigente, com um senso de responsabilidade muito grande. Ela tem uma baixa autoestima e uma tendência a se criticar severamente quando comete erros ou não atinge suas metas.		Pontos fortes: Altamente motivada, boa capacidade de compreensão dos conteúdos psicológicos, leitora ávida de filosofia.	
Modelo parental: Passou por experiências negativas durante sua infância, como o divórcio de seus pais e a pressão para ter um desempenho acadêmico excepcional. Ela também teve dificuldades em se adaptar a novos ambientes sociais, o que pode ter contribuído para sua timidez e evita.		Habilidades: Organizada, curiosa e criativa.	
Modelo social e cultural: Mudança de escola e afastamento dos amigos, com bastante dificuldade de vínculo com os colegas posteriormente. Família que valoriza o sucesso acadêmico e profissional, do Rio Grande do Sul.		Fatores de proteção: Bom suporte emocional de sua família e amigos próximos.	
Definição das Dificuldades		Plano de Tratamento	
Crenças nucleares: Sou imperfeita, sou incompetente, sou insegura, sou inferior, vou cometer erros, as pessoas são melhores que eu em tudo.		Obstáculos no tratamento: Tentativas de controle e ativação do padrão perfeccionista na execução da psicoterapia.	
Regras: As coisas sempre precisam ser feitas de uma certa maneira e que qualquer desvio dessa norma é inaceitável. Sou responsável por tudo o que acontece em sua vida e devo controlar tudo para evitar situações de risco.		Aspirações de vida: Sentir-se leve, viver o hoje sem se preocupar tanto com o futuro, conseguir estar com as pessoas de "corpo e alma", sem se sentir pressionada internamente por estar sempre produzindo.	
Problemas: 1. Autoeficácia e autoestima prejudicada. 2. Tentativas rígidas de controlar eventos ambientais (doenças, horários, trânsito etc.) e internos (ativação emocional). 3. Ruminações constantes que levam a paralização e evitação.		Objetivos psicoterápicos: 1. Aumentar a Autoeficácia e Autoestima (continuum, foco no positivo, metas progressivas/realistas, praticar autocompaixão e aceitação). 2. Flexibilizar Tentativas de Controle (escalonamento do controle, manejo da incerteza). 3. Reduzir Ruminação e Paralização (preocupação produtiva, reestruturação).	
Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Generalizada com sintomas de depressão.		Estratégias psicoterápicas: Reestruturação cognitiva no nível de pensamentos e crenças; Exposição imaginada e in-vivo; Solução de Problemas; Adiantamento da Preocupação; Atenção Plena; Escalonamento do Perfeccionismo.	
Avanços/dificuldades: Nada a constar, por enquanto.			
Transdiagnóstico			
Deficiências na Regulação Emocional		Sensibilidade à Aproximação	
Intolerância ao Sofrimento/Intolerância às Emoções Negativas	Intolerância à Frustração	Atenção a Estímulos Internos Relacionados a Preocupações	Atenção a Estímulos Externos Relacionados a Preocupações
Memória Excessivamente Generalizada	Evitação da Atenção	Supressão de Pensamentos	Baseadas em Viés Interpretativos
Viéses na Interpretação de Estímulos	Superestimulação de Ameaça	Viéses na Racionalização Atribucional	Crenças Negativas sobre Pensamentos
Distúrbios do Sono	Comportamento de Fuga e Evitação	Prorratinação	Comportamentos Baseados em Emoções
Comportamentos Compulsivos de Verificação	Comportamentos de Busca de Informações	Uso de Substâncias	Comportamento de Busca de Reassentamento

Nota 1. Para obter o PDF em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

Cada modelo psicoterápico parte de suas próprias premissas para a construção de seus modelos de FC. Nesse sentido, vale destacar o livro "Handbook of Psychotherapy Case Formulation" (Eells, 2022), que aborda cada um desses modelos, e o artigo "Proposta de Formulação Nomotética em Terapia Cognitivo-Comportamental" (Gonçalves, 2023), que descreve a validação de conteúdo de um modelo de FC.

Além disso, no campo de pesquisa, embora os ECR's sejam cruciais no estabelecimento de relações de causa e efeito para demonstrar que os tratamentos funcionam, a FC é uma importante ferramenta contextual para testar esses tratamentos em ambientes clínicos (Eells, 2013).

Outro ponto importante é que já está bem documentado que profissionais da saúde mental, na sua grande maioria, não adotam tratamentos empiricamente apoiados em suas práticas (Eells, 2013). A tradução dos componentes centrais desses tratamentos para um formato de FC pode ser mais facilmente aceita por esse grupo.

Os pesquisadores também podem considerar revisar os manuais de tratamento para formatos mais acessíveis, que

incluam um componente de FC, o que auxilia na aplicação da teoria à prática. Um meio dessa incorporação de FC nos manuais envolve antecipar problemas do "mundo real", incluindo diretrizes para solução de problemas, prestar atenção ao "básico", esclarecer pontos de escolha e desenvolver flexibilidade e clareza sobre quais componentes são necessários e quais são opcionais. A abordagem de FC baseada em evidências aqui descrita pode ser adequada para implementar essas recomendações.

Desenvolver a FC é aplicar o método científico no processo psicoterapêutico, caracterizado pela lógica de processo iterativo (Gonçalves, 2023). Um processo iterativo ocorre com base nos dados que coletamos para avaliar os efeitos de uma intervenção. Modificamos a hipótese atual ou geramos uma nova, e, em seguida, modificamos a intervenção ou selecionamos uma nova, implementando o experimento novamente (contínuas revisões e ajustes ao longo do tratamento).

Ao adotar a FC como parte integrante da prática clínica, os profissionais podem beneficiar-se da síntese entre a riqueza teórica e a aplicação pragmática, permitindo uma abordagem mais precisa, personalizada e baseada em evidências. Isso não apenas facilita o acesso às informações relevantes durante as sessões, mas também promove uma compreensão aprofundada das dinâmicas individuais, favorecendo a adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente.

3.4 Mensuração de Resultados e Monitoramento do Progresso

Diretamente relacionada à adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente, a Mensuração de Resultados (MR) e Monitoramento do Progresso (MP) são procedimentos importantes no processo psicoterápico baseado em PBEP. Diversos autores, conforme comentado por Schiepek (et al., 2016), descrevem esses processos como características importantes de uma prática clínica efetiva e sugerem a integração dos procedimentos de monitorização nas rotinas de cuidados de saúde mental, em todos os contextos.

A MR envolve avaliações intermitentes, como pré e pós-testes (e.g., a cada 3 meses, 6 meses, 1 ano etc.). Isso implica aplicar instrumentos específicos quando o paciente inicia a psicoterapia e novamente após um período determinado para verificar a eficácia do tratamento.

Já a MP refere-se à avaliação contínua, sessão por sessão, do progresso do paciente em relação ao tratamento oferecido. Para isso, são empregadas diferentes medidas para avaliar o desenvolvimento do paciente, que incluem instrumentos padronizados, assim como avaliações individualizadas que muitas vezes são criadas pelo psicoterapeuta para monitorar semanalmente o progresso. Outras medidas externas incluem observação comportamental em sessão, entrevistas com familiares e observação em ambientes externos, caso se aplique.

Ao aplicar mensuração e monitoramento, uma variedade de instrumentos está à disposição do psicoterapeuta. Contudo, a seleção de instrumentos é uma etapa crucial, pois ela precisa ser coerente com os problemas e objetivos iniciais do paciente, bem como com os sinais, sintomas ou diagnósticos envolvidos. Na tabela 5 há sugestões de instrumentos (Gonçalves, 2023).

Tabela 5
Instrumentos para MR e MP com base nas demandas.

Mensuração de Resultados	
Instrumento	Objetivo
Escalas Beck (BAI, BDI, BSI)	Diagnóstico
Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)	Diagnóstico
Questionário de Ansiedade Social (CASO)	Diagnóstico
Teste de atitudes alimentares (EAT-26)	Diagnóstico
Adult Self-Report Scale (ASRS-18)	Diagnóstico
Entrevista para o TDAH em Adultos (DIVA-5)	Diagnóstico
Lista de Sintomas Borderline (BSL-23)	Diagnóstico
Inventário de Personalidade Borderline (BPI)	Diagnóstico
Inventário Dimensional da Personalidade (IDCP2)	Diagnóstico
Escala de Avaliação de Sintomas de Jogo (G-SAS)	Diagnóstico
Checklist de Estresse Pós-traumático (PCL-C)	Diagnóstico
Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)	Diagnóstico
Entrevista breve para Transtorno do Pânico	Diagnóstico
Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Diagnóstico
Questionário de Autoavaliação de Hipomania (HCL32)	Diagnóstico
Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS)	Transdiagnóstico
Escala de Intolerância à Incerteza - reduzida (IUS-12)	Transdiagnóstico
Questionário de Preocupação de Penn State - PSWQ	Transdiagnóstico
Escala de Resposta Ruminativa - VR (RRS -VR)	Transdiagnóstico
Escala de Percepção de Estresse (EPS-10)	Transdiagnóstico
Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)	Transdiagnóstico
Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR	Transdiagnóstico
Escala de Perfeccionismo - APS	Transdiagnóstico
Monitoramento do Progresso	
Instrumento	Característica
Escala de Mudanças Percebidas	Padronizado
Outcome Questionnaire - OQ45	Padronizado
Goal Attainment Scaling (GAS)	Individualizado
Monitoramento Comportamental Diário	Individualizado
Avaliação Ecológica Momentânea (EMA)	Individualizado

Uma consideração crucial neste domínio é que a maioria das MR's e MP's ocorre durante as sessões reais de psicoterapia, frequentemente de forma não regular, antes ou depois dessas sessões. No entanto, essa abordagem apresenta desvantagens, pois as experiências da vida cotidiana não são relatadas em tempo hábil e próximo de sua ocorrência real (Schiepek et al., 2016).

Essa desvantagem é evidente tanto no âmbito prático quanto na pesquisa. Embora abordagens nomotéticas e idiográficas tenham contribuído significativamente para os resultados da psicoterapia nos últimos anos, a utilização de dados da vida cotidiana dos indivíduos proporciona insights mais relevantes e diretamente aplicáveis a cada indivíduo específico. Nesse contexto, vislumbrando o futuro da PBEP no nível de individualização do paciente integrado às tecnologias emergentes, a Avaliação Ecológica Momentânea (EMA) – a amostragem repetida de dados comportamentais na vida diária, é uma forte candidata para quebrar paradigmas e inovar o trabalho de investigação clínica (Soyster et al., 2019).

Focar exclusivamente nos resultados e progresso, embora seja importante, exclui aspectos cruciais de mediação de processos gerais e fatores comuns, que são extremamente relevantes no nível clínico. Por outro lado, a avaliação em tempo real pode reduzir vieses de memória e distorções, resultando em maior validade ecológica dos dados (Soyster et al., 2019). Com a disponibilidade de dispositivos modernos baseados na Web, como smartphones, tablets ou laptops, e o emprego de algoritmos de Aprendizagem de Máquina, esses podem ser os próximos passos para um acesso facilitado ao funcionamento do paciente.

4 CONCLUSÃO

A PBEP representa um paradigma desafiador e inovador que tem permitido avanços científicos significativos na psicologia. A interseção indissolúvel entre evidência, perícia e individualidade do paciente orienta a prática clínica, sendo a quebra dessa interação comprometedora da ética e da fundamentação rigorosa do atendimento psicoterápico.

Nesse contexto, o presente trabalho abordou os tópicos básicos, e espera-se que o material sirva como estímulo e incentivo para que os psicólogos clínicos revisitem suas práticas atuais e as reflitam sob a perspectiva da Prática Baseada em Evidências na Psicologia, no Brasil.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Filipe Luís Souza: Acadêmico de Psicologia na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Bolsista CNPq em inovação tecnológica. Diretor da Clínica Souza & Cabral - Psicologia Baseada em Evidências. Divulgador científico. filipe.souza@clinicasouzaecabral.com



Júlio Gonçalves: Psicólogo Clínico. Supervisor Técnico em Psicologia Clínica. Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor Universitário. Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia. contato@psicojulio.com

REFERÊNCIAS

- Altman, D. G. (1991). Randomisation. *BMJ*, 302(6791), 1481-1482. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6791.1481>
- Amberson Jr, J. B., McMahon, B. T., & Pinner, M. (1931). A clinical trial of sanocrysin in pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, 24(4), 401-435.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>

- Andrade C. (2018). Internal, External, and Ecological Validity in Research Design, Conduct, and Evaluation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 498–499. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_334_18
- Andrews, G. (1999). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in Mental Health Service Delivery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 316–322. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00581.x>
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., & Norris, S. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the Quality of Evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Barlow, D. H. (2023). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (6ª ed.). Artmed.
- Cashin, A. G., & McAuley, J. H. (2020). Clinimetrics: Physiotherapy Evidence Database (PEDro) Scale. *Journal of Physiotherapy*, 66(1), 59. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.005>
- Chalmers, I. (1993). The Cochrane Collaboration: Preparing, Maintaining, and Disseminating Systematic Reviews of the Effects of Health Care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26345.x>
- Chidambaram, A. G., & Josephson, M. (2019). Clinical research study designs: The essentials. *Pediatric Investigation*, 3(4), 245–252. <https://doi.org/10.1002/ped4.12166>
- Craske, M. & Bystritsky, A. (2023). *Generalized anxiety disorder in adults: Management*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management>
- Christon, L., McLeod, B., & Jensen-Doss, A. (2015). Evidence-Based Assessment Meets Evidence-Based Treatment: An Approach to Science-Informed Case Conceptualization. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 36–48. <https://doi.org/10.1016/j.CBPRA.2013.12.004>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7). <https://doi.org/10.7326/aitc201904020>
- Egger, M., Smith, G. D., & Altman, D. (2008). *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. John Wiley & Sons.
- Eells, T. D. (2013). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 426–447. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1834>
- Eells, T. (2022). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Filippin, L., & Wagner, M. (2008). Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(5), 432–433. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552008000500014>
- Fisher, R. A. (1926). Introduction to "The Arrangement of Field Experiments." *Minist. Agric.*, 33, 503–513.
- Fuhr, K., Hagl, M., Drujan, M., & Batra, A. (2022). Treating depression with hypnotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Minerva Psychiatry*, 63(3). <https://doi.org/10.23736/s2724-6612.22.02303-x>
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Orgs.). (2006). *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association.
- Gonçalves, J. (2023). Proposta de Formulação de Caso Nomotética em Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Científica Sophia*, 15(1), 5. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10223550>
- Gonçalves, J. (2023). Estabelecimento de Objetivos, Mensuração de Resultados e Monitoramento do Progresso [arquivo de vídeo]. Aula 7 Curso Descomplicando a TCC (01h10m-01h49m). <https://youtu.be/hmO-N1bw9Bw>
- Gonçalves, J. (2023). Formulação de Caso em Terapia Cognitivo-Comportamental [arquivo de vídeo]. Aula Pós-Graduação Viver Mais Psicologia (00h13m-01h22m). <https://youtu.be/xeg7Up3zOGw?si=80Vve61yWp6HiURy>
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence-based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348(4), 3725–3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Guyatt, G. (1992). Evidence-Based Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.ad>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haynes, R.B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence-Based Medicine*, 11(6), 162–164. <https://doi.org/10.1136/ebm.11.6.162-a>
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. de, & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20, 2–9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2014). *Delineando a Pesquisa Clínica*. Artmed.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001848.pub4>
- Kalish, L. A., & Begg, C. B. (1985). Treatment allocation methods in clinical trials: a review. *Statistics in medicine*, 4(2), 129–144. <https://doi.org/10.1002/sim.4780040204>
- Kang, M., Ragan, B. G., & Park, J. H. (2008). Issues in outcomes research: an overview of randomization techniques for clinical trials. *Journal of athletic training*, 43(2), 215–221. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.2.215>
- Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Lee L. L. (2021). Application of the Risk of Bias 2 Tool. *The Journal of nursing*, 68(2), 85–91. [https://doi.org/10.6224/JN.202104_68\(2\).11](https://doi.org/10.6224/JN.202104_68(2).11)
- 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. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Leonardi, J. L., Máximo, T., Bacchi, A. D., & Josua, D. (2023). Ciência, Análise do Comportamento e a Prática Baseada em Evidências em Psicologia. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 14(1), 97–119. <https://doi.org/10.18761/PACCha0a1>
- Lewkowicz D. J. (2001). The Concept of Ecological Validity: What Are Its Limitations and Is It Bad to Be Invalid?. *The official journal of the International Society on Infant Studies*, 3(4), 437–450. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0204_03
- Lilienfeld, S. O., & Basterfield, C. (2020). History of Evidence-Based Practice. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.633>
- Lim, C. Y., & In, J. (2019). Randomization in clinical studies. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(3), 221–232. <https://doi.org/10.4097/kja.19049>
- Minozzi, S., Cinquini, M., Gianola, S., Gonzalez-Lorenzo, M., & Banzi, R. (2020). The revised Cochrane risk-of-bias tool for randomised trials (RoB 2) showed low inter-rater reliability and challenges in its application. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.015>

- Minozzi, S., Dwan, K., Borrelli, F., & Filippini, G. (2021). Reliability of the revised Cochrane risk-of-bias tool for randomised trials (RoB2) improved with the use of implementation instruction. *Journal of Clinical Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.09.021>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New Evidence Pyramid. *Evidence Based Medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Najib Atallah, Á. (2018). Medicina baseada em evidências. *Diagn. Tratamento*, 43–44. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-904888>
- Nair, B. (2019). Clinical Trial Designs. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(2), 193–201. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_475_18
- NICE. (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552847/>
- Nicoletti, E. A., Donadon, M. F., & Portela, C. (2022). *Guia Prático de Formulação de Caso em Terapia Cognitivo Comportamental*. Sinopsys.
- Paul, M., & Leibovici, L. (2014). Systematic review or meta-analysis? Their place in the evidence hierarchy. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(2), 97–100. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12489>
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.005>
- Richards, D. (2008). Reflecting the evidence. *Evidence-Based Dentistry*, 9(4), 98–99. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400607>
- Sackett, D. L. (1989). Rules of Evidence and Clinical Recommendations on the Use of Antithrombotic Agents. *Chest*, 95(2), 2S4S. https://doi.org/10.1378/chest.95.2_supplement.2s
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E., & Aas, B. (2016). Real-Time Monitoring of Psychotherapeutic Processes: Concept and Compliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00604>
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J. M. & G., Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- Shiwa, S. R., Costa, L. O. P., Costa, L. da C. M., Moseley, A., Hespagnol Junior, L. C., Venâncio, R., Ruggero, C., Sato, T. de O., & Lopes, A. D. (2011). Reproducibility of the Portuguese version of the PEDro Scale. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 2063–2068. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001000019>
- Singal, A. G., Higgins, P. D. R., & Waljee, A. K. (2014). A Primer on Effectiveness and Efficacy Trials. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 5(1), e45. <https://doi.org/10.1038/ctg.2013.13>
- Soyster, P. D., Bosley, H. G., Reeves, J. W., Altman, A. D., & Fisher, A. J. (2019). Evidence for the Feasibility of Person-Specific Ecological Momentary Assessment Across Diverse Populations and Study Designs. *Journal of Person-Oriented Research*, 5(2), 53–64. <https://doi.org/10.17505/jpor.2019.06>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., & McAleenan, A. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366(1), 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- The periodic health examination. (1979). Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Medical Association journal*, 121(9), 1193–1254.
- Thoma, A., & Eaves, F. F. (2015). A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(8), 261–263. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv130>
- Willem, K., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de Casos Colaborativa: O Trabalho em Equipe com Pacientes em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Artmed.
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>