Ricardo Henrique da Costa Carvalho

Prática Psicológica Baseada na Evidência: Conhecimento e Aplicação em Contexto Português

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Célia Regina Gomes Oliveira

Janeiro, 2022

Ricardo Henrique da Costa Carvalho

Prática Psicológica Baseada na Evidência: Conhecimento e Aplicação em Contexto Português

Dissertação Mestrado
Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 31/01/2022, perante o júri seguinte:
Presidente: Profª Doutora Inês Martins Jongenelen (Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto)
Arguente: Profª Doutora Cátia Margarida dos Santos Pereira de Oliveira (Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto)
Orientador: Profª Doutora Célia Regina Gomes Oliveira (Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto)

Janeiro, 2022

É autorizada a reprodução integral desta tese apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

"*Quando um homem ou um animal orienta toda a sua atenção e toda a sua força de vontade para determinado fim, acaba por consegui-lo*"

Hermann Hess

O caminho da vida e da aprendizagem é muitas vezes sinuoso, desafiante, sendo mais difícil de percorrer sem o suporte dos pilares mais importantes, as pessoas a quem dedico esta dissertação. Foram vocês que me ajudaram a crescer, ser mais e melhor, entregar toda a minha essência na concretização dos meus objetivos.

Manifesto a minha especial gratidão à Professora Doutora Célia Oliveira, que sempre me demonstrou total disponibilidade, conhecimento, profissionalismo e grande entrega na concretização deste projeto. Agradeço por todo o seu suporte, paciência e partilha, que fez de mim melhor futuro profissional e ser humano. Sem si não seria possível!

Uma palavra de gratidão especial à minha linda Flor, que foi um pilar basilar, nunca me deixou desistir, esteve sempre presente e me fez sempre querer ser mais e melhor. Aos meus pais que sempre foram um apoio incondicional. Às minhas irmãs e sobrinha que sempre foram um suporte importante. Aos meus sogros, cunhada e sobrinho que me acolheram no seio da família e sempre me apoiaram, deram força e brindaram com conselhos sábios. Sim, a todos vós, que se viram constantemente privados da minha presença, face à minha dedicação exaustiva ao estudo, o meu mais profundo e sincero obrigado… Deu frutos!

E uma profunda gratidão a todos os meus estimados professores, que ao longo deste percurso académico foram os meus grandes mestres, que tanto me ensinaram e continuam a ensinar com o seu exemplo, que pacientemente me encaminharam na minha ânsia de conhecimento, que me permitiram concretizar o objetivo de vir a ser psicólogo. Sem vocês não seria quem sou e não teria tido os alicerces basilares para atingir este objetivo!

Prática Psicológica Baseada na Evidência: Conhecimento e Aplicação em Contexto Português

Resumo

Dada a importância de implementar uma Prática Baseada na Evidência em Psicologia (PBEP), este estudo visou aferir as dimensões crenças/atitudes, barreiras/facilitadores e conhecimentos e práticas que psicólogos/as e psicoterapeutas, a exercer atividade em Portugal, revelam sobre a PBEP e respetiva implementação. Simultaneamente, pretendeu-se identificar os preditores das dimensões avaliadas e determinar potenciais perfis de profissionais, em função dessas dimensões. Para o efeito, recorreu-se ao questionário HS-EBP (adaptado de Fernández-Domínguez et al., 2017), administrado eletronicamente, que avalia as dimensões suprarreferidas. Participaram neste estudo 274 psicólogas/os, inscritos na Ordem dos Psicólogos Portugueses, com idades compreendidas entre os 24 e os 72 anos (M = 42.5; DP = 10.2). A maioria são do sexo feminino 82.1% (n = 225), com uma experiência profissional média de 15.6 anos (DP = 8.5). Os resultados indicaram que as dimensões crenças/atitudes e conhecimentos e práticas, com exceção das barreiras/facilitadores, apresentam valores significativamente superiores ao ponto médio da escala de avaliação (5.5) ($p < .05$). As análises de regressão demonstraram que a formação contínua para a melhoria profissional e a formação em PBEP foram os preditores mais representativos nas dimensões avaliadas. A análise hierárquica de *clusters* permitiu identificar 3 perfis de participantes, em função das respostas às dimensões do questionário HS-EBP: valores mais elevados em todas as dimensões (*Cluster* 3); valores mais baixos (*Cluster* 1); e valores intermédios (*Cluster* 2). Ao perfil mais favorável à adoção e implementação de PBEP (*Cluster* 3) associaram-se maiores níveis de formação (contínua para a melhoria profissional, especializada e avançada em PBEP). Atendendo ao seu caráter pioneiro, o presente estudo inaugura a investigação sistemática da PBEP em Portugal, contribuindo para: 1) caracterizar os conhecimentos e prática dos/as profissionais neste âmbito, 2) definir estratégias que promovam a adesão a este constructo e 3) identificar necessidades de formação e informação relativa aos princípios da PBEP.

***Palavras-Chave*:** Prática Baseada na Evidência, Psicologia, Conhecimentos, Aplicação, Contexto Português

Evidence-Based Practice in Psychology: Knowledge and Appliance in Portuguese Context

Abstract

Given the importance of implementing an Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP), this study aimed to assess the dimensions beliefs/attitudes, barriers/facilitators and knowledge and practices revealed by psychologists practicing in Portugal, on EBPP and its implementation. Besides, it was intended to identify predictors of the evaluated dimensions and to determine potential profiles of professionals according to these dimensions. Therefore, to evaluate the above-mentioned dimensions, the psychologists answered an HS-EBP questionnaire (adapted from Fernández-Domínguez et al., 2017), electronically administered. A total of 274 psychologists participated, all enrolled in the Order of Portuguese Psychologists, aged between 24 and 72 years (M = 42.5; SD = 10.2). Most participants were female 82.1% (n = 225) and the mean period of professional activity was 15.6 years (SD = 8.5). The results indicated in the dimensions beliefs/attitudes and knowledge and practices, except for barriers/facilitators, presented values significantly higher than the midpoint of the evaluation scale (5.5) ($p < .05$). Regression analysis revealed that continuing training for professional growth and EBPP training were the most representative predictors in the dimensions assessed. Hierarchical cluster analysis extracted 3 different profiles, according to the answers provided in the HS-EBP questionnaire dimensions: higher values in all dimensions (Cluster 3); lower values (Cluster 1); and intermediate values (Cluster 2). The most satisfactory profile towards the adoption and implementation of EBPP (Cluster 3) is associated with higher levels of training (continuing training for professional growth, and EBPP specific training, from initial to advanced levels). This is the first Portuguese study exploring the EBPP construct, representing an important contribution to: 1) describe the knowledges and practice of the psychologists in this matter, 2) define strategies to promote this construct adoption and 3) identify the importance of implementing formative training related to the principles of EBPP, and the need to provide the right construct conceptualization.

***Keywords*:** Evidence-Based Practice, Psychology, Knowledge, Appliance, Portuguese Context

Índice

Agradecimentos i

Resumo ii

Abstract iii

Lista de Abreviaturas e Siglas vi

Índice de Tabelas e Figuras vii

Prática Psicológica Baseada na Evidência: Conhecimento e Aplicação em Contexto Português 1

Prática Baseada na Evidência em Psicologia 1

Componentes da PBEP 2

Tratamentos Empiricamente Validados 3

Variáveis que Influenciam a Adesão à PBEP 4

Atitudes 6

Barreiras e Facilitadores Logísticos 7

Considerações Relativas à Investigação 9

Objetivo 9

Método 10

Participantes 10

Medidas 11

Procedimentos 13

Análise de dados 14

Resultados 15

Estatística Descritiva das Dimensões do HS-EBP 15

Preditores da PBEP 16

Clusters e Perfis 17

Discussão 20

Conclusão 25

Referências Bibliográficas..... 26

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA	-	*American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia)
HS-EBP	-	*Health-Sciences Evidence-Based Practice* (Prática Baseada na Evidência nas Ciências da Saúde)
PBE	-	Prática Baseada na Evidência
PBEP	-	Prática Baseada na Evidência em Psicologia
PSPT	-	Perturbação de Stress Pós-Traumático
RCT	-	*Randomized Controlled Trials* (Ensaios Aleatorizados e Controlados)
TEV	-	Tratamentos Empiricamente Validados

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 *Distribuição Geográfica dos locais de exercício profissional* 11
Tabela 2 *Estatística Descritiva das Dimensões do HS-EBP* 15
Tabela 3 *Análise de Regressões lineares* 16
Tabela 4 *Análise de Clusters: Centros dos Clusters* 18
Tabela 5 *Análise de Clusters: Frequência e Percentagem por Cluster* 18
Tabela 6 *Teste do Qui-quadrado para a Formação em PBE, Formação avançada em PBE e Formação contínua profissional em relação aos Clusters (Perfis)* 19
Figura 1 *Teste do Qui-quadrado para a Formação em PBE, Formação avançada em PBE e Formação contínua profissional em relação aos Clusters (Perfis)* 19

Prática Psicológica Baseada na Evidência: Conhecimento e Aplicação em Contexto Português

Dada a elevada prevalência mundial de perturbações mentais e consequente impacto na saúde pública, caracterizado por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Steel et al., 2014), verifica-se uma crescente necessidade de divulgar e incentivar a implementação da Prática Baseada na Evidência (PBE) (Cook et al., 2017). A PBE aspira a assegurar maior qualidade e eficácia dos tratamentos e promover decisões clínicas conscientes, fundamentadas na melhor investigação científica (Sackett et al., 1996), a fim de diminuir o risco de patologias e morbilidade na doença crónica (Graves & Miller, 2003), e melhorar o nível de funcionalidade e satisfação dos/as pacientes, reduzindo custos de saúde. Para incentivar a adesão à PBE é fundamental identificar e compreender as barreiras e facilitadores à sua adesão e implementação na prática clínica (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010; Fixsen et al., 2005).

Prática Baseada na Evidência em Psicologia

Dada a importância conferida pela Psicologia à abordagem baseada na evidência (APA, 2005), em 1947 a Associação Americana de Psicologia (APA) iniciou esforços neste sentido, tendo recomendado que a formação em Psicologia se fundamentasse na preparação de profissionais como cientistas e clínicos, princípio que serviu de base à definição do modelo praticante-cientista em 1949 (Jones & Mehr, 2007; Levant, 2005).

O conceito formal da PBE surgiu em Medicina, pelo cunho de Sackett et al. (1996), visando direcionar o/a profissional na tomada de decisões terapêuticas conscientes, explícitas e criteriosas, através do recurso à melhor e mais atualizada pesquisa científica, i.e., assegurando a integração da experiência clínica com a melhor evidência disponível. Para estes autores, a experiência clínica refere-se à competência e capacidade de julgamento adquirida no exercício da atividade profissional, enquanto "a melhor evidência" se relaciona com a pesquisa científica clinicamente relevante para o caso em apreço. Assim, a PBE requer uma aprendizagem contínua, que promova o bem-estar do/a paciente e intervenções mais eficazes, integrando evidência científica atualizada e de qualidade, com a prática clínica do/a terapeuta e as características e escolhas do/a paciente. Em Medicina, o modelo de implementação da PBE contempla cinco etapas de melhoria contínua, em que o/a profissional: 1) identifica e constata a necessidade de atualizar os seus conhecimentos, questionando-se como pode melhorar a sua prática em determinado

tratamento; 2) procede à pesquisa da melhor evidência científica que faculte resposta à respetiva questão; 3) avalia a qualidade da pesquisa e a respetiva aplicabilidade ao caso específico; 4) implementa na prática, conjugando a experiência clínica com os valores do/a paciente e 5) avalia os resultados (Dawes et al., 2005).

Este conceito foi adotado e relevado na prática de diversas disciplinas dedicadas à saúde, incluindo a Psicologia (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010; Levant, 2005). A APA (2005) define Prática Baseada na Evidência em Psicologia (PBEP) como "a integração da melhor investigação disponível com a experiência clínica, no contexto das características, cultura e preferências do/a paciente"; tendo, ainda, desenvolvido um plano estratégico para promover o crescimento e implementação desta prática, estabelecendo um conjunto de diretrizes aspiracionais que definem a adoção de boas práticas (Levant, 2005). Neste sentido, a PBEP é uma abordagem transdisciplinar e ideográfica, que requer aprendizagem ao longo da vida (Spring, 2007), com vista a uma prática psicológica eficaz e à consequente melhoria da saúde publica, através da aplicação de princípios, suportados empiricamente, de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e de intervenção (Cook et al., 2017; Levant, 2005).

Componentes da PBEP

Os componentes da PBE são metaforizados como o "banco das três pernas", em que cada "perna" corresponde à vertente a considerar e integrar, por forma a prestar um tratamento eficaz (Spring, 2007). Estes três componentes referem-se à: 1) melhor evidência científica disponibilizada pela investigação, que assegure a eficácia dos tratamentos, 2) experiência clínica, que requer que o/a terapeuta esteja apto a analisar, avaliar e integrar a investigação científica na sua prática e 3) cultura, valores, características e preferências do/a paciente (Levant, 2005; Spring, 2007). Segundo este constructo, a tomada de decisão clínica deverá corresponder à interceção destes três componentes (Spring, 2007). Assim, para alcançar resultados eficazes fundamentados na evidência e nos interesses específicos do/a cliente, a implementação da PBEP requer que os/as profissionais possuam competências que lhes permitam recorrer à literatura científica mais atualizada e que lhes permita conjugar essa informação com as preferências e valores do/a cliente (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010).

Tratamentos Empiricamente Validados

A PBEP contempla o recurso a Tratamentos Empiricamente Validados (TEV), constituindo-se como um elemento importante pertencente à primeira componente do constructo "PBE" (intervenção baseada na melhor evidência disponível) (Soto et al., 2015). Em Psicologia, os TEV correspondem a abordagens nomotéticas, que apresentam eficácia comprovada no tratamento da média populacional (Chambless & Ollendick, 2001). Trata-se de tratamentos relevantes, que em comparação com a psicofarmacoterapia se demonstram, no mínimo, igualmente eficazes e apresentam efeitos mais duradouros em determinadas condições, como é o caso da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) e das Perturbações de Humor e Ansiedade (Cook et al., 2017). Por esta razão, os TEV são reconhecidos como tratamentos de primeira linha e altamente recomendados nas diretrizes da prática clínica (Medicine, 2008).

Apesar do vasto leque de tratamentos em voga, fortemente disseminados e à disposição do/a psicoterapeuta, muitos carecem de investigação, validação e rigoroso escrutínio científico, colocando em causa o sucesso da sua implementação, por falta de eficácia comprovada (Anestis et al., 2014). Assim, não obstante a recomendação do uso de TEV, verifica-se uma lacuna significativa entre a disponibilidade de psicoterapias eficazes e a sua implementação, já que a investigação sugere que um grande número, ou até a maioria dos/as terapeutas, não recorre a TEV (Anestis et al., 2014; Lilienfeld, 2007), conduzindo a uma prática que não transpõe a investigação clínica e académica para os contextos da comunidade e respetivos sistemas de saúde (Freiheit et al., 2004).

Neste âmbito, vários estudos evidenciam a não aplicação de TEV no tratamento de diversas perturbações. Num inquérito conduzido por Kessler et al. (2003) a 9090 pacientes com níveis clínicos de depressão, concluiu-se que apenas cerca de 20% foram convenientemente tratados, sendo que os restantes não receberam tratamento ou apenas foram sujeitos a tratamentos subótimos ou ineficazes. Este facto também se constata no tratamento de Perturbações de Ansiedade, como verificado num estudo com 582 pacientes, revelando que apenas 13.2% recebeu terapia adequada (Sorsdahl et al., 2013). Resultados similares foram encontrados no tratamento de outras perturbações, tais como PSPT (e.g., Freiheit et al., 2004), autismo (e.g., Romanczyk et al., 2015) e perturbações alimentares (Lilienfeld et al., 2013).

Não recorrer a TEV acarreta frequentemente para o/a paciente um desperdício monetário, de tempo e energia, defrauda as suas expectativas, não o/a beneficia ou até

prejudica, o que configura uma violação dos princípios éticos e deontológicos (APA, 2005; Lynn et al., 2012), podendo denegrir a reputação e credibilidade dos/as terapeutas e causar maior relutância na procura de apoio psicológico (Lilienfeld et al., 2015). Simultaneamente, são comummente usadas terapias não baseadas na evidência, correspondentes a técnicas pseudocientíficas ou altamente questionáveis (Lilienfeld et al., 2015). Por exemplo, um inquérito conduzido por Kessler et al. (2001) a 2055 pacientes, concluiu que 53.6% de pacientes com níveis clínicos de depressão e 56.7% de ansiedade foram sujeitos a intervenções como terapias "energéticas", massagens, aromoterapia, acupuntura e terapia do riso. De igual modo, num inquérito a 900 psicólogos/as dos EUA e Grã-Bretanha, mais de 25% dos/as terapeutas reportou recorrer a técnicas altamente sugestivas, reconhecidas por aumentarem o risco de implantação de falsas memórias de abuso (Lynn et al., 2003). De salientar, que alguns estudos mostram que o recurso a estas intervenções, sem suporte empírico e potencialmente nocivas, resulta no agravamento do estado dos/as pacientes, conforme constatado por Lilienfeld (2007), em que 3 a 10% dos casos analisados num estudo conduzido a 71 pacientes, viram o seu estado piorado após o tratamento.

Variáveis que Influenciam a Adesão à PBEP

Em Psicologia, a aplicação da investigação científica à prática clínica é complexa, desafiante e apresenta diversos obstáculos (Stewart et al., 2012), não sendo sempre bem-aceite (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010), conforme demonstrado pela lenta adesão à PBEP (Pagoto et al., 2007). Sackett et al. (2001) identificaram os desafios de aceitação da PBE como barreiras comportamentais, organizacionais, legais e geográficas. Assim, identificar e compreender as principais barreiras e facilitadores que influenciam a adesão à PBE poderá contribuir para uma maior aceitação e consequente implementação (Fixsen et al., 2005).

Na compreensão e disseminação da PBE consideram-se vários modelos teóricos que contemplam, para além das barreiras (Pagoto et al., 2007), atitudes (Aarons, 2004) e facilitadores (Pagoto et al., 2007), como é o caso da Teoria da Difusão de Inovações (Rogers, 2003). Para Rogers (2003) a difusão é um "processo no qual (a) uma inovação (b) é comunicada através de determinadas vias, (c) ao longo do tempo, (d) entre membros de determinado sistema social", defendendo que a respetiva adaptação pode ser complexa e depende das características do indivíduo, da organização, dos canais de comunicação e da

inovação em si. Segundo esta teoria, a adaptação e implementação das inovações (como a PBE) ocorre em cinco estádios, abrangendo desde o conhecimento da inovação à respetiva implementação e confirmação na prática clínica (Funk et al., 1991; Pagoto et al., 2007), estando estes estádios associados a barreiras e facilitadores. O estádio inicial é de *Conhecimento*, relativo à consciencialização e compreensão da inovação por parte dos seus utilizadores, cuja barreira mais provável se relaciona com a má compreensão do verdadeiro significado de PBE, que é comum e erroneamente encarada como a substituição integral da tomada de decisão clínica pelos preceitos do TEV, descurando que esta opção depende também das aptidões do/a terapeuta, dos recursos disponíveis e dos valores e preferências do/a paciente. Segue-se o estádio de *Persuasão*, relacionado com a procura dos/as profissionais por mais informação em fontes com maior conhecimento (e.g., colegas) e de possuir recursos suficientes que lhe possibilitem implementar a PBE. Neste estádio as potenciais barreiras à implementação da inovação são a falta de recursos formativos e o desinteresse individual ou organizacional em adotar novas metodologias de prática. Já facultar seminários/*workshops* que preparem os/as terapeutas para implementar a PBE, poderá constituir-se um facilitador importante. A este estádio sucede a *Decisão*, relativa à opção individual ou organizacional em adotar a PBE que, a confirmar-se, é continuada pela *Implementação*, quando a PBE é efetivamente colocada em prática (Funk et al., 1991; Pagoto et al., 2007). Uma barreira comum neste estádio pode relacionar-se com o acesso limitado à evidência científica, impedindo o/a terapeuta de incorporá-la nas suas decisões clínicas. Já a disponibilização de quadros profissionais com experiência em PBE e de recursos para avaliar a evidência existente, com boa relação tempo-custo-eficácia, poderão constituir-se como facilitadores da implementação (Pagoto et al., 2007). O último estádio corresponde à Confirmação, que representa a integração da PBE na prática profissional, ocorrendo a consciencialização dos seus benefícios e a divulgação a outros (Funk et al., 1991; Rogers, 2003). A principal barreira pode relacionar-se com a falta de aptidões ou recursos que permitam avaliar os seus benefícios, enquanto um facilitador corresponderá a um sistema eficiente e de fácil compreensão, que permita ao/à terapeuta constatar as vantagens inerentes à utilização da PBE (Pagoto et al., 2007).

Para uma maior compreensão dos fatores que afetam a PBEP, sistematizam-se, ainda, as principais barreiras e facilitadores associados a variáveis pessoais (atitudes do/a terapeuta) e logísticas (i.e., externas).

Atitudes

Para promover a adesão dos/as terapeutas à PBE é fundamental compreender o papel das suas atitudes perante este constructo, visto que podem atuar como barreiras ou facilitadores (Aarons, 2004). As atitudes em relação a determinado comportamento inter-relacionam-se com as crenças, experiência e conhecimento (Fishbein & Ajzen, 1975). Em comparação aos restantes fatores que influenciam a adesão à PBE, o impacto das atitudes tem sido o mais estudado (Aarons, 2004; Aarons et al., 2012), verificando-se que predizem favorável ou desfavoravelmente a respetiva adesão mediante atitudes pessoais, i.e., o nível de interesse, flexibilidade à adoção de novos pressupostos, recetividade e divergência perante a nova modalidade prática, conjugados com o enquadramento organizacional (e.g., suporte providenciado, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, segurança profissional) (Aarons et al., 2012).

Uma das atitudes mais emergentes na literatura relaciona-se com a opção usual, por parte dos/as terapeutas, em priorizar a sua experiência em detrimento da evidência científica na tomada de decisões clínicas, correspondendo também à sua fonte primordial de conhecimento e aprendizagem, descurando o recurso à investigação e à formação contínua, que frequentemente consideram desadequada às suas necessidades e alvo de uma seleção criteriosa (e.g., Cook et al., 2009; Riley et al., 2007; Stewart et al., 2012).

Outra atitude de destaque fundamenta-se no usual questionamento, por parte dos/as profissionais, do que significa "a melhor evidência", i.e., o que realmente se constitui evidência, quais os seus benefícios e como deve determinar o tratamento a implementar (Stiles et al., 2006). Assim, até profissionais recetivos à PBEP, apresentam frequentes dúvidas em relação à investigação e à sua tradução na prática (i.e., TEV), cujas principais crenças motivadoras desta atitude correspondem a: (a) a eficácia obtida nas pesquisas não é aplicável à realidade clínica, pois são conduzidas em condições específicas e não generalizáveis; (b) o caráter manualizado da PBEP desumaniza a Psicologia (Pagoto et al., 2007), cuja simplicidade não considera as comorbilidades e especificidades dos/as clientes, nem a complexidade da relação estabelecida no *setting* terapêutico (Nelson et al., 2006; Pagoto et al., 2007; Stewart et al., 2012); (c) os TEV e a PBEP são sinónimos (Spring, 2007; Wilson et al., 2009); (d) tratamentos psicoterapêuticos distintos são equivalentes em eficácia, fenómeno comummente conhecido como *veredicto do pássaro Dodó*, que tende a dissuadir o recurso à TEV (Wampold et al., 1997); (e) pretende controlar a sua prática (Stewart et al., 2012) e (f) a linguagem dos artigos científicos é complexa, apresenta

demasiados dados estatísticos e dirige-se a outros investigadores, apresentando-se desadequada, ilegível e incompreensível para os clínicos (Cook et al., 2009; Stewart et al., 2012). Assim, alguns dos obstáculos que contribuem para a não-adesão à PBEP e o recurso a TEV referem-se à falta de conhecimento (e.g., são muito mecanicistas) e à perspetiva de que são tratamentos desadequados (Nakamura et al., 2011). Curiosamente, em questionários conduzidos em maior escala, os/as profissionais tendem a revelar atitudes mais positivas à PBEP (e.g., Riley et al., 2007).

Em termos de avaliação dos resultados clínicos alcançados, os/as terapeutas também tendem a fundamentar-se na sua experiência, sendo a crença de que o julgamento clínico prevalece sobre a evidência uma barreira importante à PBEP (Stewart et al., 2012). Contudo, a evidência sugere que os clínicos não possuem competências suficientes para predizer que tratamentos são mais ou menos eficientes nos/as seus/suas clientes, sendo geralmente incapazes de reconhecer quando o tratamento não acarreta melhorias (e.g., Hannan et al., 2005). É provável que uma participação ativa dos/as terapeutas na recolha de dados dos/as clientes constitua uma motivação importante à adesão à PBEP, por permitir monitorizar os efeitos da sua intervenção (Lambert et al., 2001). Simultaneamente, uma observação dos resultados alcançados poderá fazer com que os/as terapeutas constatem a necessidade de adquirir novas aprendizagens para adotar tratamentos mais eficazes (Cook et al., 2017).

Por fim, características sociodemográficas também podem afetar as atitudes dos/as profissionais, tendendo a verificar-se que pessoas do sexo feminino, com maior nível de habilitações literárias e recém-formadas adotam mais favoravelmente a PBEP, enquanto mais anos de prática tendem a relacionar-se com menor adesão (Aarons & Sawitzky, 2006; Aarons, 2004; Bernal & Rodríguez-Soto, 2010).

Barreiras e Facilitadores Logísticos

Para além do papel das atitudes também se constatam barreiras logísticas que influenciam a adesão à PBEP, inclusive em terapeutas com atitude favorável ao constructo (Stewart et al., 2012). Como a PBEP requer competências e formação especializada, que permita ao/à terapeuta alcançar proficiência na sua aplicação, vários estudos revelam que um dos obstáculos mais referenciados pelos/as participantes corresponde aos requisitos formativos, que por requerem investimento de tempo e monetário, conduzem a barreiras por falta de disponibilidade e de recursos financeiros (Nelson et al., 2006; Pagoto et al.,

2007; Riley et al., 2007; Stewart et al., 2012). Em conformidade e a título de exemplo, um estudo de Cook et al. (2009), com 1600 psicoterapeutas, sobre as barreiras que obstaculizam a adesão a "novos" tratamentos (sem os denominar "TEV"), apurou que a maioria indicava a formação (68%) (associada a dispêndio monetário, falta de tempo, inacessibilidade ou parca oferta formativa), 14% remetia as barreiras para as próprias atitudes, 8% para o enquadramento institucional, 5% apontava as características e atitudes dos/as clientes, e os restantes 6% remetia para barreiras diversas.

O enquadramento organizacional também pode apresentar grande relevo neste contexto, cujas principais barreiras se relacionam com investimento institucional limitado em formação, sobrecarga de trabalho, falta de tempo e recursos (e.g., manuais), colegas de equipa que não apoiam a PBE, pouca autonomia para alterar a abordagem prática, e cultura organizacional conservadora e resistente à mudança (Cook et al., 2009; Williams et al., 2015).

Também se destacam barreiras a nível do/a paciente, tais como preferências por tratamentos específicos, acessibilidade limitada e estigma à procura de apoio psicológico, fatores que influenciam a disseminação e implementação da PBEP (Gunter & Whittal, 2010).

A forma como os/as profissionais consultam artigos científicos também se constitui uma barreira importante, verificando-se que, com frequência, reportam obstáculos financeiros, de tempo, de acessibilidade, bem como dificuldades de compreensão e transposição da informação disponibilizada para a prática. Consequentemente e de um modo geral, os/as profissionais preferem informar-se da evidência científica e obter recomendações específicas na integração da investigação à prática clínica recorrendo a livros especializados, *newsletters* ou congressos, *internet*, formação contínua ou troca de opiniões com pares (Cook et al., 2009; Nelson et al., 2006; Pagoto et al., 2007; Stewart et al., 2012).

No que respeita aos facilitadores da PBEP, os mais referenciados pelos/as profissionais correspondem a políticas institucionais de apoio, maior disponibilização de atividades formativas (e.g., *workshops* ou incorporação deste conhecimento em pós-graduações) e de evidência científica que considerem relevante. A título de exemplo, um estudo de Pagoto et al. (2007) revelou que os facilitadores mais citados correspondem a alterações nas políticas a nível governamental e de entidades reguladoras da atividade, certificação e políticas de pagamento que apoiam o PBE (24%), seguido pela maior disponibilização de formação

inicial e contínua relativa aos conhecimentos, aptidões, valores e princípios da PBE (21%). Dado o grande destaque assumido pelos eventos formativos e visto que a investigação tender a constatar atitudes mais positivas à PBEP em estudantes (e.g., Aarons, 2004), como os/as terapeutas já não fazem parte do meio académico, parece fundamental disponibilizar oportunidades formativas acessíveis aos/às clínicos/as (Pagoto et al., 2007).

Considerações Relativas à Investigação

Uma das preocupações mais apontadas pela generalidade dos/as terapeutas refere-se à aplicabilidade da investigação à prática clínica (Nakamura et al., 2011). Contudo, estes profissionais parecem ignorar que as suas alegações não estão em consonância com os resultados da investigação, tais como, a eficácia demonstrada pelos TEV em cenários clínicos menos controlados (e.g., Stewart et al., 2012) e a comorbilidade em ensaios aleatorizados e controlados (RCTs) (e.g., Stirman et al., 2005).

Outra preocupação, usualmente apontada pelos/as profissionais, relaciona-se com a degradação da ligação humana com os/as pacientes no recurso a tratamentos manualizados (Pagoto et al., 2007). Porém, apesar de os manuais se constituírem uma componente necessária à investigação em TEV, não necessitam ser seguidos de forma mecanizada, podendo o/a terapeuta integrar a sua criatividade, competência e experiência, uma vez que a flexibilidade é estritamente necessária a uma boa aplicação e manutenção de uma forte aliança terapêutica (Stewart et al., 2012). Adicionalmente, e apesar de parca, a investigação empírica sobre este tópico indica que o recurso a manuais de tratamento não prejudica a aliança terapêutica comparativamente aos tratamentos mais comuns (Langer et al., 2011).

Objetivo

Dada a importância da PBEP para uma prática clínica de qualidade, bem como o impacto das atitudes e barreiras na adoção desta prática, afigura-se fundamental analisar a adesão dos/as psicólogos/as a este constructo.

Tanto quanto se pôde apurar da extensa revisão de literatura, identificaram-se as seguintes lacunas: 1) escassez (ou mesmo inexistência) de investigação recente que avalie o construto PBEP; 2) inexistência de estudos em contexto português; 3) ausência de investigação que conjugue as três dimensões, citadas pela literatura, que influenciam a adesão à PBEP (i.e., atitudes, barreiras/facilitadores e conhecimentos/prática); 4) os estudos que pretenderam avaliar o impacto dos conhecimentos e prática deste construto,

não esclarecem a aplicação da PBEP com base nas dimensões "Resultados Provenientes da Investigação Científica", "Desenvolvimento da Prática Profissional" e "Avaliação de Resultados"; e 5) apenas se identificou um instrumento que avalia o construto da PBEP nas suas cinco dimensões, tendo sido, até ao momento, utilizado apenas na investigação de outras disciplinas das ciências da saúde que não a Psicologia (apesar de incluir profissionais desta área na sua conceção e validação).

Perante a constatação destas lacunas, o presente estudo tem como objetivo aferir, em contexto português, as dimensões "Crenças-Atitudes", "Barreiras-Facilitadores" e os conhecimentos e práticas dos/as psicólogos/as na implementação da PBEP no exercício da sua atividade. Simultaneamente, pretende identificar preditores de cada uma das dimensões avaliadas, bem como determinar potenciais perfis de profissionais em função dessas dimensões.

Para o efeito recorreu-se ao questionário *Prática Baseada na Evidência em Ciências da Saúde* (HS-EBP), que avalia o recurso à PBE em profissionais de saúde. Esta avaliação fundamenta-se na conceptualização teórica da PBE e abrange as variáveis que mais influenciam a sua adesão (i.e., crenças/atitudes e barreiras/facilitadores), analisando, simultaneamente, como os participantes operacionalizam o constructo na prática, contemplando as cinco etapas de melhoria contínua do modelo de implementação da PBE, nomeadamente, a identificação e constatação da necessidade de atualização de conhecimentos, o recurso à melhor evidência científica, a avaliação da qualidade da pesquisa e respetiva aplicabilidade, a implementação na prática (conjugando a experiência clínica com os valores do/a paciente) e, finalmente, a avaliação dos resultados (Fernández-Domínguez et al., 2016).

Método

Participantes

Para a seleção dos participantes recorreu-se a um método amostral intencional não-probabilístico, tendo como público-alvo psicólogos/as a exercer atividade em Portugal. Colaboraram no estudo um total de 274 psicólogos/as, membros da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), com idades compreendidas entre os 24 e os 72 anos (M = 42.5; DP = 10.2). A maioria eram do sexo feminino 82.1% (n = 225), empregadas 99.6% (n = 273) e o período médio de experiência profissional foi de 15.6 anos (DP = 8.5). Relativamente às habilitações literárias, 50% (n = 137) reportou possuir mestrado, 37.6% (n = 103)

licenciatura (pré-Bolonha), 11.3% possuíam doutoramento (*n* = 31) e 1.1% pós-doutoramento (*n* = 3). Os participantes exercem a profissão em todos os distritos do continente e nas ilhas (cf. Tabela1).

Tabela 1

Distribuição Geográfica dos locais de exercício profissional (*N* = 274)

	N	%
Açores	10	3,6
Aveiro	10	3,6
Braga	12	4,4
Bragança	1	,4
Castelo Branco	1	,4
Coimbra	13	4,7
Évora	1	,4
Faro	10	3,6
Guarda	2	,7
Leiria	11	4,0
Lisboa	109	39,8
Madeira	8	2,9
Porto	47	17,2
Santarém	3	1,1
Setúbal	23	8,4
Viana do Castelo	2	,7
Vila Real	4	1,5
Viseu	7	2,6

Medidas

***Questionário Sociodemográfico*:** composto por itens de escolha múltipla para caracterização da/os participantes (e.g., sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional e distrito onde exerce a profissão) e informação relativa à prática profissional (e.g., anos de experiência profissional, área(s) de especialidade de acordo com a OPP, especialização com base na formação académica, preferências por modelo(s) de

intervenção e alvos de atuação maioritários). No presente estudo, apresentam-se, essencialmente, as variáveis relevantes para os objetivos de investigação.

Questionário de variáveis relativas à formação profissional e em PBE: composto por itens de escolha múltipla e questões abertas, que pretendem aferir o nível e interesse em formação profissional contínua (e.g., "gostaria de receber formação adicional para a sua prática profissional?"; "realiza cursos de formação contínua para a sua melhoria profissional?") e se realizou formação em PBE. Atendendo às respostas obtidas neste item, o nível de formação em PBE foi classificado como "inexistente" ou "avançado" (adaptado de Fernández-Domínguez et al., 2020) quando o/a participante menciona ter feito formação sobre: pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónicas ou similares; e/ou, curso(s) introdutório(s) em PBE e/ou em introdução à metodologia de investigação (formação da questão de investigação, leitura crítica de artigos científicos, interpretação de resultados estatísticos ou similares); e/ou, ainda, formação avançada em investigação (e.g., implementação de metodologias de investigação, estatística e uso de programas informáticos, escrita de artigos científicos).

Questionário Prática Baseada na Evidência em Ciências da Saúde (HS-EBP, adaptado de Fernández-Domínguez et al., 2017): questionário transdisciplinar que visa avaliar o constructo PBE em profissionais de Ciências da Saúde. O instrumento inclui 60 itens de autorresposta, em formato declarativo e numa escala tipo *Likert* de 1 a 10 pontos, em que pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de concordância. Encontra-se organizado em cinco dimensões: 1) D1 "Crenças-Atitudes", com 12 itens, 2) D2 "Resultados Provenientes da Investigação Científica", com 14 itens, 3) D3 "Desenvolvimento da Prática Profissional", com 10 itens, 4) D4 "Avaliação de Resultados", com 12 item e 5) D5 "Barreiras-Facilitadores", com 12 itens (Fernández-Domínguez et al., 2017). Para cada dimensão as pontuações podem variar entre: 1) 12-120 para a D1, D4 e D5, 2) 14-14 para a D2, e 3) 10-100 para a D3. As questões visam aferir a prática de recurso à PBE e os fatores externos que a podem influenciar. As dimensões D2, D3 e D4 relacionam-se com o exercício da PBE na prática profissional, avaliando como os profissionais recorrem à evidência científica para alcançar uma resposta satisfatória às questões clínicas. As questões relacionadas com a D1 pretendem avaliar a abertura e recetividade dos/as terapeutas à PBE (atitudes) e as respetivas crenças face ao constructo; enquanto a D5 analisa a perceção acerca dos fatores organizacionais ou características da

evidência científica que contribuem (facilitadores) ou obstaculizam (barreiras) a adesão à PBE.

Apesar do HS-EBP se apresentar em inglês e espanhol, atualmente apenas se encontra psicometricamente validado para a população espanhola. Embora se trate de um instrumento transdisciplinar é relevante referir que na sua criação e validação conta com uma amostra de psicólogos/as entre os/as diferentes profissionais das ciências da saúde. Para o uso deste questionário foram contempladas as seguintes etapas: 1) tradução do questionário de espanhol para português e posterior retrotradução, conduzidas por distintos tradutores, ambos bilingues (nativos português-espanhol); 2) estudo piloto, com preenchimento e análise por uma amostra de profissionais portugueses; e 3) ajustes de vocabulário ao contexto português.

Em relação às características psicométricas, o instrumento original revela elevada consistência interna em todas as dimensões, com valores de α de *Cronbach* de 0.93, 0.96, 0.84, 0.94 e 0.91, de D1 a D5, respetivamente. No presente estudo confirmou-se o elevado coeficiente de consistência interna em todas as dimensões, com α de *Cronbach* de 0.96, 0.95, 0.81, 0.94 e 0.92, de D1 a D5, respetivamente.

Procedimentos

O presente estudo dirigiu-se a psicólogos/as e psicoterapeutas, a exercer atividade em Portugal, com o critério de inclusão adicional de estatuto de membro inscrito na OPP. Para assegurar abrangência populacional e geográfica, procedeu-se à recolha de dados *online*, através da plataforma *GoogleForms*.

Para divulgar o estudo, foram estabelecidos contactos eletrónicos e telefónicos com diversas associações de Psicologia em Portugal e com a OPP. A divulgação foi realizada via *e-mail*, para um total de 1971 psicólogos/as e psicoterapeutas (a) inscritos em sociedades e associações de psicoterapia protocoladas com a OPP, (b) em clínicas com serviço de psicologia e/ou psicoterapia ou (c) profissionais cujo contacto foi obtido através de uma pesquisa exaustiva em diversas plataformas/instituições (e.g., georreferência da OPP https://www.encontreumespecialista.pt). No *e-mail* de divulgação, solicitou-se ainda a partilha com outros/as profissionais da área, via *e-mail* (metodologia *bola de neve*), salvaguardando a necessidade de prevenir o acesso ao estudo por parte da população não profissional (evitando, por exemplo, a divulgação do estudo através de redes sociais).

Pretendeu-se, assim, promover a fidedignidade da amostra e minimizar possíveis enviesamentos.

No *e-mail* de divulgação constava: a apresentação do estudo e respetivos objetivos, tempo estimado para a sua conclusão (aproximadamente 15 minutos), bem como os cuidados éticos de direito de escolha na participação, confidencialidade e anonimato (não sendo recolhido nenhum dado identificativo, excluindo os dados pertinentes ao estudo, nomeadamente, informação sociodemográfica) e devolução dos resultados. Para o efeito, o *GoogleForms* foi customizado para não recolher dados identificativos dos participantes, não tendo ocorrido recolha de *e-mails* ou qualquer informação que possibilite a sua posterior identificação. Também foi disponibilizada informação de contacto do investigador responsável pelo estudo, para resposta a eventuais pedidos de esclarecimento. Uma vez que o *GoogleForms* não permite determinar o índice de desistência, não puderam apurar-se quantos participantes iniciaram o processo sem finalização bem-sucedida.

Este estudo foi previamente submetido, avaliado e aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona do Porto (CEDIC-ULP).

Análise de dados

Para proceder à análise estatística dos dados recorreu-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26, para *Windows*. As análises estatísticas contemplaram medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Para identificar os preditores dos cinco domínios da PBE recorreu-se a cinco regressões lineares múltiplas. Seguidamente, para a constituição de grupos em função dos padrões de resposta às dimensões do questionário HB-EBP, realizou-se uma análise hierárquica de *clusters*, seguida de uma análise não-hierárquica *k-means*. Finalmente, para analisar a relação entre os *clusters* e as variáveis sociodemográficas e da prática, recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado e a análises univariadas da variância (ANOVA). Análises complementares às questões de investigação foram realizadas e encontram-se em maior detalhe na secção resultados (e.g., coeficiente de consistência interna - α de *Cronbach*, teste t de *Student* e Anova *repeated measures*).

Relativamente aos pressupostos estatísticos: (a) o nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em (α) ≤ .05; (b) assumiu-se a normalidade de distribuição nas

amostras com dimensão superior a 30 (cf. Teorema do Limite Central); (c) a homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de *Levene*; (d) na aplicação do Qui-quadrado observou-se o pressuposto do limite máximo de 20% de células com frequências esperadas inferiores a 5, substituindo-se este teste pelo Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo nos casos de incumprimento daquele pressuposto, tendo-se, ainda, analisado as diferenças com base nos resíduos ajustados estandardizados; (e) os pressupostos do modelo de regressão linear múltipla foram analisados e encontram-se genericamente satisfeitos, designadamente no que respeita à linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), à independência de resíduos (teste de *Durbin-Watson*), à normalidade dos resíduos (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), à multicolinearidade (VIF e *Tolerance*) e à homogeneidade de variâncias (análise gráfica).

Resultados

Estatística Descritiva das Dimensões do HS-EBP

Na Tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas dos resultados do HS-EBP. Com exceção da dimensão "Barreiras-Facilitadores", todos os valores são significativamente superiores ao ponto médio da escala de avaliação (5.5), ($p < .05$). A análise de variância (ANOVA) revelou diferenças estatisticamente significativas entre as várias dimensões, $F(4, 109) = 151.85$, $p < .001$, à exceção da diferença entre as dimensões "Resultados Provenientes da Investigação Científica" e "Avaliação de Resultados" ($p > .05$).

Tabela 2

Estatística Descritiva das Dimensões do HS-EBP ($N = 274$)

	Mínimo	*Máximo*	*Média*	*Desvio-padrão*
Crenças-Atitudes	1	10	7,75	1,66
Resultados Provenientes da Investigação Científica	2	10	7,32	1,66
Desenvolvimento da Prática Profissional	4	10	8,02	1,14
Avaliação de Resultados	1	10	7,32	1,78
Barreiras-Facilitadores	1	10	5,70	2,12

Preditores da PBEP

Para analisar os preditores da PBEP realizaram-se cinco regressões lineares múltiplas, com cada uma das dimensões do questionário HB-EBP como variáveis dependentes e o sexo, anos de experiência profissional, habilitações, intenção de receber formação profissional, realização de formação em PBE e realização de formação avançada neste domínio como variáveis independentes ou preditores. Na Tabela 3, apresentam-se os resultados destas análises. Os modelos de regressão obtidos explicam entre 15.2% e 3.7% da variância dos resultados nas dimensões da PBE e são todos estatisticamente significativos ($p < .05$). Assim, a realização de cursos de formação contínua para a melhoria profissional, a realização de formação em PBE, as habilitações académicas e a realização de cursos avançados em PBE, revelaram-se preditores significativos das dimensões da PBE. Neste âmbito, a habilitação académica apresenta-se um preditor da dimensão "Resultados Provenientes da Investigação Científica". O desejo de receber formação adicional para a prática profissional apresenta-se como um preditor da dimensão "Crenças-Atitudes". A realização de cursos de formação contínua para a melhoria profissional apresenta-se um preditor das dimensões "Resultados Provenientes da Investigação Científica", "Desenvolvimento da Prática Profissional", "Avaliação de Resultados" e "Barreiras-Facilitadores". A realização de formação em PBE apresenta-se preditor da dimensão "Crenças-Atitudes", "Resultados Provenientes da Investigação Científica" e "Desenvolvimento da Prática Profissional". A realização de formação avançada em PBE apresenta-se preditor da dimensão "Avaliação de Resultados" (Tabela 3).

Tabela 3

Análise de Regressões lineares

	Crenças-Atitudes			Resultados Provenientes da Investigação Científica			Desenvolvimento da Prática Profissional		
	B	*B*	SE	B	*β*	SE	B	*β*	SE
Sexo	1,55	,03	3,02	-5,50	-,09	3,45	,08	,01	1,75
Experiência profissional	,08	,03	,14	,08	,03	,16	,04	,03	,08
Habilitações	,40	,02	1,10	3,31**	,16	1,25	-,10	-,01	,64

Gostaria de receber formação	5,87*	,12	2,84	-,94	-,02	3,24	2,66	,10	1,65
Realiza cursos de formação contínua para a melhoria profissional	4,63	,07	3,98	12,87**	,17	4,54	6,62**	,17	2,30
Formação em PBE	13,14***	,33	2,70	9,40**	,20	3,08	4,25**	,19	1,56
Formação avançada em PBE	,84	,02	3,42	7,43	,13	3,91	3,45	,12	1,98
R^2 adj	.12***			.15***			.11***		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabela 3

Análise de Regressões lineares (cont.)

	Avaliação de Resultados			Barreiras-Facilitadores		
	B	*β*	SE	B	*B*	SE
Sexo	-2,57	-,05	3,38	-1,67	-,03	4,04
Experiência profissional	,13	,05	,16	-,17	-,06	,19
Habilitações	,09	,01	1,23	1,72	,08	1,47
Gostaria de receber formação	-,50	-,01	3,18	,03	,01	3,79
Realiza cursos de formação contínua para a melhoria profissional	10,03*	,14	4,44	13,22*	,16	5,31
Formação em PBE	2,35	,06	3,01	4,31	,08	3,60
Formação avançada em PBE	10,03**	,18	3,83	4,41	,07	4,57
R^2 adj	.05**			.04*		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

***Clusters* e Perfis**

Para classificar/agrupar os participantes em função das respostas às dimensões do questionário HB-EBP, usou-se, de forma exploratória, uma análise hierárquica de *clusters*, pelo método de *Ward* e usando a distância Euclidiana ao quadrado como medida de

semelhança. A análise do dendograma e a variância total explicada, aconselharam a retenção de 3 *clusters*. A solução obtida foi depois refinada com a utilização do algoritmo *K-Means*.

As médias dos *clusters* indicam que: os sujeitos do *Cluster* 3 (*n* = 116, 42%) obtêm valores mais elevados em todas as dimensões, enquanto os sujeitos do *Cluster* 1 (*n* = 49, 18%) obtêm valores mais baixos em todas as dimensões. O *Cluster* 2 (*n* = 109, 40%) é representado pelos sujeitos com valores intermédios (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4

Análise de Clusters: Centros dos Clusters (*N* = 274)

	Clusters		
	1	2	3
Crenças-Atitudes	5,83	7,72	8,59
Resultados Provenientes da Investigação Científica	4,85	7,24	8,45
Desenvolvimento da Prática Profissional	6,55	7,95	8,71
Avaliação de Resultados	5,21	7,03	8,49
Barreiras-Facilitadores	3,03	4,97	7,51

Nota. Médias dos valores que pertencem a cada *cluster*

Tabela 5

Análise de Clusters: Frequência e Percentagem por Cluster

	N	%
Cluster 1	49	17,9
Cluster 2	109	39,8
Cluster 3	116	42,3
Total	274	100

Não se encontraram associações significativas nas análises da relação entre os *Clusters* (Perfis) e: a intenção de receber formação adicional para a sua prática profissional, χ^2 (2) = 1.43, p = .488; o sexo dos/as participantes, χ^2 (2) = 0.36, p = .837; os anos de experiência profissional, F (2, 270) = 0.08, p = .926 e as habilitações académicas, χ^2 (4) = 5.58, p = .233. Encontraram-se associações significativas entre os *Clusters* e a realização de cursos de formação contínua para a melhoria profissional, χ^2 (2) = 13.55, p = .001, a realização de

formação em PBE, χ^2 (2) = 15.64, p = .001 e deter formação avançada em PBE, χ^2 (2) = 13.34, p = .001.

Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do *Cluster* 1 que não fizeram formação contínua profissional (42.9% *vs* 15%), não tiveram formação em PBE (25.9% *vs* 8.7%) e não fizeram formação avançada em PBE (20.7% *vs* 5.8%); e uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do *Cluster* 3 que fizeram formação contínua profissional (44.3% *vs* 25%), tiveram formação em PBE (51.2% *vs* 34.7%) e fizeram formação avançada em PBE (63.5% *vs* 37.4%) (Tabela 6, Figura 1).

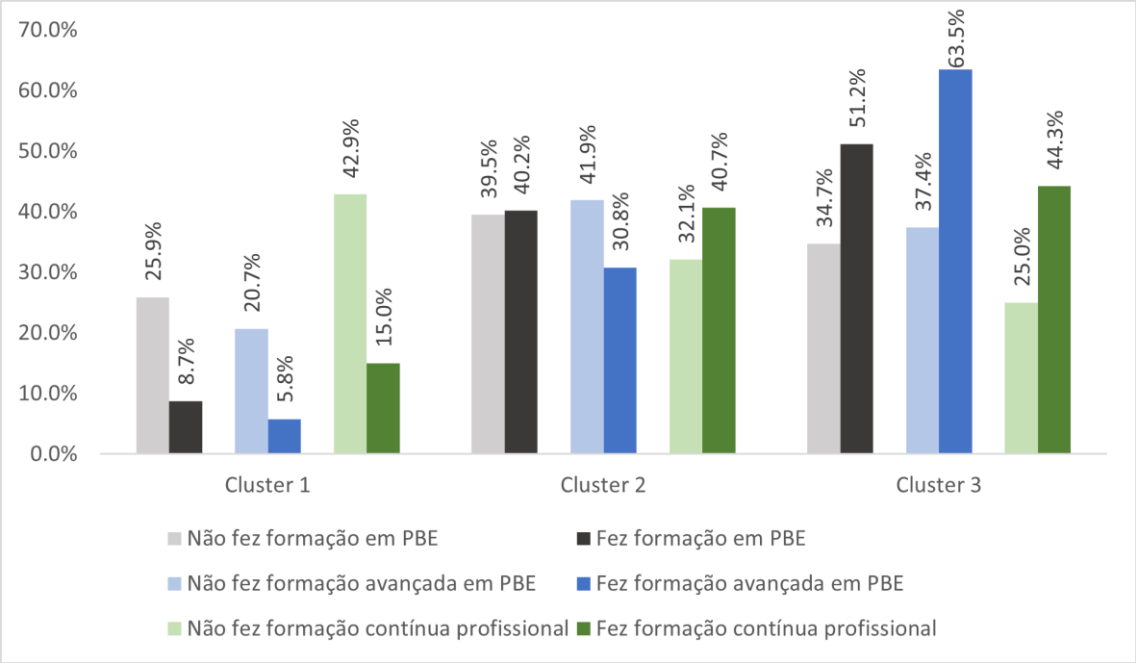
Tabela 6

Teste do Qui-quadrado para a Formação em PBE, Formação avançada em PBE e Formação contínua profissional em relação aos Clusters (Perfis)

		Formação em PBE		Formação avançada em PBE		Formação contínua profissional		Total
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
Cluster 1	Freq.	38	11	46	3	12	37	49
	%	25,9%	8,7%	20,7%	5,8%	42,9%	15%	17,9%
Cluster 2	Freq.	58	51	93	16	9	100	109
	%	39,5%	40,2%	41,9%	30,8%	32,1%	40,7%	39,8%
Cluster 3	Freq.	51	65	83	33	7	109	116
	%	34,7%	51,2%	37,4%	63,5%	25%	44,3%	42,3%
Total	Freq.	147	127	222	52	28	246	274
	%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Figura 1

Teste do Qui-quadrado para a Formação em PBE, Formação avançada em PBE e Formação contínua profissional em relação aos Clusters (Perfis)



Discussão

Este estudo pretendeu aferir, em contexto português, as crenças/atitudes, barreiras/facilitadores e os conhecimentos e práticas dos/as psicólogos/as na implementação da PBEP no exercício da sua atividade. Simultaneamente, pretendeu-se identificar preditores de cada uma das dimensões avaliadas, bem como determinar potenciais perfis de profissionais em função dessas dimensões.

Em resposta ao primeiro objetivo, constatou-se que a maioria dos/as participantes manifestaram crenças/atitudes positivas face à PBEP e revelaram colocá-la em prática. Neste âmbito, dado o papel de destaque que as atitudes podem assumir no adoção de comportamentos, a literatura tem vindo a apontar a importância de analisar a relação entre crenças/atitudes e implementação na prática da PBEP (Aarons, 2004). Contudo, as atitudes positivas face à PBEP nem sempre impulsionam uma maior adesão ao construto, mantendo-se a tendência dos/as terapeutas em tomar decisões clínicas fundamentadas na experiência profissional e não na evidência científica (e.g., Pagoto et al., 2007; Stewart et al., 2012). No presente estudo não se verificou esta relação, visto que a maioria dos participantes revelou níveis acima da média na dimensão "Crenças-Atitudes" e nas dimensões relativas aos conhecimentos e práticas da PBEP, manifestando, assim, atitudes positivas e uma prática em conformidade. Acresce que a maioria dos/as profissionais destaca um nível considerável de barreiras e um nível baixo de facilitadores na adesão à PBEP, apontando obstáculos em termos organizacionais, de trabalho equipa, de

disponibilidade de tempo e de preferências dos/as pacientes, que correspondem às barreiras logísticas comummente identificadas na literatura (e.g., Gunter & Whittal, 2010; Williams et al., 2015). Esta constatação revela-se importante, pois a literatura aponta que a adesão à PBEP não é apenas influenciada por atitudes e características do/a terapeuta, mas também por enquadramentos externos, tais como colegas de equipa ou o contexto organizacional que, por exemplo, podem impor a implementação de metodologias específicas ou não disponibilizar recursos (e.g., computador, tempo) que facilitem a referida adesão (Aarons, 2004; Williams et al., 2015). Dado que os/as participantes demonstram atitudes e práticas favoráveis, e que a implementação da PBEP requer condições facilitadoras (Aarons et al., 2012), este resultados revelam a importância das organizações definirem políticas, normas e valores promotores da PBEP, que consciencializem e direcionem os/as profissionais para a sua adoção, persistindo e demonstrando espírito de cooperação em equipa (Williams et al., 2015). Finalmente, este estudo também revelou que a maioria dos participantes apresentou um bom nível de conhecimento e prática em relação à PBEP, visto que se obtiveram resultados acima da média na perceção dos conhecimentos e práticas do construto (i.e., D2, D3 e D4), estando em conformidade com outros estudos que investigaram a temática (e.g., Hamill & Wiener, 2018).

No que concerne ao segundo objetivo, relativo à identificação dos preditores de cada dimensão analisada, os resultados divergem parcialmente da literatura sobre o impacto de variáveis individuais como a idade, habilitações literárias, formação, experiência profissional e sexo dos/as profissionais (Aarons, 2004; Rodríguez-Soto et al., 2015). A investigação indica que níveis mais elevados de habilitações literárias se relacionam com maior recurso a TEV, recetividade à inovação e atitudes favoráveis à PBE (Aarons & Sawitzky, 2006; Aarons, 2004; Rodríguez-Soto et al., 2015). Estes fatores em conjunção com o ano de formatura tendem a influenciar crenças e atitudes, sendo os recém-formados e os mais jovens os mais propensos a uma adesão favorável (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010). Em consonância, Hamill & Wiener (2018) encontraram uma associação negativa entre os anos de experiência e as atitudes face a PBEP (i.e., mais anos de prática como preditor de menor adesão), acrescentando que as mulheres apresentam atitudes mais favoráveis à PBEP comparativamente aos homens. Neste estudo, o género, os anos de experiência profissional e as habilitações literárias não se revelaram preditores significativos das dimensões avaliadas. Contudo, resultados similares foram observados noutros estudos que tão-pouco encontraram efeitos de género (e.g., Aarons, 2004; Jensen-

Doss et al., 2009), habilitações literárias (e.g., Aarons et al., 2010; Nelson et al., 2006) e anos de experiência (e.g., Aarons et al., 2010; Jensen-Doss et al., 2009; Nakamura et al., 2011; Nelson et al., 2006) na adesão à PBEP. No presente estudo destacam-se, como preditores da adesão à PBEP, variáveis específicas relativas à formação em que: 1) o desejo de receber formação constitui um preditor de crenças/atitudes favoráveis à PBEP, 2) a formação em PBEP revela-se um preditor de crenças/atitudes e os conhecimentos e práticas do construto, e 3) a realização de cursos de formação contínua para a melhoria profissional apresenta-se preditor dos conhecimentos e práticas da PBEP, constituindo-se também um facilitador à respetiva adesão. Em contrapartida, possuir formação avançada em PBEP não se apresentou um preditor relevante para a adesão ao construto, já que apenas prediz a dimensão "Avaliação de Resultados", referente aos conhecimentos e prática na PBEP. O facto de a realização de formação em PBEP se constituir um preditor das dimensões "Crenças-Atitudes" e conhecimentos e práticas (a nível das D2 e D3) é consonante com a literatura, que revela que disponibilizar conhecimento correto sobre o constructo poderá constituir-se um importante facilitador na respetiva adesão (Pagoto et al., 2007). A título de exemplo, Rodríguez-Soto et al. (2015) verificaram que o conhecimento da PBEP é preditor de um comportamento favorável a este constructo, e Lim et al. (2012) constataram que os participantes com formação em PBEP revelavam atitudes mais positivas face a esta prática, comparativamente aos participantes sem formação.

Em resposta ao terceiro objetivo, a amostra deste estudo permitiu identificar três perfis distintos no que respeita às dimensões da PBEP. Assim, o perfil P1 (17.9% participantes) corresponde aos participantes que apresentaram resultados baixos em todas as dimensões avaliadas, revelando crenças negativas, elevadas barreiras e valores de prática inferiores aos dos/as restantes participantes. O perfil P2 (39.8%) inclui os/as participantes com valores medianos em todas as dimensões, com exceção das barreiras, que apresentaram um valor abaixo do ponto médio. Por último, o perfil P3 corresponde aos participantes que apresentaram pontuações elevadas em todas as dimensões e baixa perceção de barreiras à PBEP (42.3%), constituindo-se um perfil favorável à mesma.

Finalmente, no que respeita à relação entre as variáveis sociodemográficas e os perfis identificados, constatou-se que as três variáveis relativas à formação, i.e., (a) contínua para a melhoria profissional, (b) em PBE e (c) avançada em PBE, apresentam um impacto significativo nos conhecimentos, práticas e adesão à PBEP no caso do perfil P3, associado à superação de barreiras e implementação da PBEP.

Em suma, este estudo constatou que: 1) a maioria dos/as participantes apresentaram crenças/atitudes e conhecimentos favoráveis à adoção da PBEP, revelando adotar o construto na sua prática, mas manifestaram um nível considerável de barreiras logísticas e um nível baixo de facilitadores, 2) a formação contínua para a melhoria profissional e a formação em PBEP constituíram-se como preditores significativos nas dimensões relativas aos conhecimentos e práticas (i.e. D2, D3 e D4), 3) identificaram-se três perfis de profissionais, em que o primeiro apresenta valores baixos em todas as dimensões, o segundo valores intermédios e o terceiro com os valores mais elevados em todas as dimensões, sendo que 4) a este último grupo (profissionais que revelaram mais conhecimentos, menos barreiras e maior adesão à implementação da PBEP) se associam maiores níveis de formação (contínua para a melhoria profissional, especializada e avançada em PBEP).

Os pilares da prática clínica em Psicologia fundamentam-se no conhecimento científico e nas competências requeridas ao/à terapeuta, nomeadamente, possuir capacidade de tomar decisões baseadas na evidência e com espírito crítico, e competências multiculturais, interpessoais, profissionais e éticas. Contudo, os/as terapeutas nem sempre encaram o conhecimento da investigação como uma competência-chave para prática clínica, verificando-se ambivalência na forma como recorrem à PBEP (Rodolfa et al., 2013). Os três perfis obtidos neste estudo evidenciam a heterogeneidade de perfis profissionais na implementação da PBEP, à semelhança da literatura neste âmbito, fator que se revela problemático dada a necessidade de implementar consistentemente a PBEP para promover a qualidade da prática clínica (Cook et al., 2017).

O presente estudo é pioneiro na investigação da PBEP em Portugal, contribuindo para uma primeira categorização da realidade neste contexto e para a definição de estratégias que promovam a adesão a esta prática, com base nos preditores identificados. Neste sentido, destaca-se a importância de investir na divulgação de informação relativa aos princípios da PBEP, promovendo e incentivando a formação contínua neste âmbito. Esta constatação reforça o pressuposto de que a competência profissional em Psicologia requer uma aprendizagem contínua e dinâmica, que não termina após o percurso académico, exigindo ao/à psicólogo/a a melhoria contínua das suas competências clínicas, o que constitui, aliás, um requisito da PBEP (Aarons, 2004; Spring, 2007; OPP, 2011). Adicionalmente, o presente estudo acrescenta à necessidade de reforço da formação contínua, a necessidade de formação especializada e avançada em PBEP, como fatores

promotores à sua adesão e aplicação na prática profissional, contribuindo, consequentemente, para a qualidade dos serviços prestados na saúde mental. Igualmente relevante é a necessidade de contemplar, nas formações em PBEP, a relação intrínseca entre a prática clínica e a investigação, por constituir um conhecimento essencial para uma prática informada e de qualidade (Rodolfa et al., 2013), visto que o desconhecimento da PBEP e das suas diretrizes aspiracionais tem também conduzido a interpretações incorretas e à consequente não-adesão (Cook et al., 2017). Tal como constatou o estudo de Wilson et al. (2009), os/as psicólogos/as que manifestaram falta de conhecimento em relação à PBEP falham na aplicação destes princípios na sua prática clínica. O presente estudo revelou também a importância de adotar políticas organizacionais que minimizem as barreiras encontradas. Num enquadramento mais generalizado, revela-se também importante que a comunidade científica considere as necessidades dos/as terapeutas e atenda às suas atitudes no recurso à investigação disponibilizada (Pagoto et al., 2007). Neste contexto, apesar de alguma literatura se ter vindo a dedicar ao estudo dos fatores que motivam a rejeição da PBEP, pouco desse conhecimento advém do ponto de vista experiencial e subjetivo dos/as psicoterapeutas, fundamentando-se sobretudo em questionários e respostas limitadas às opções disponibilizadas nos inquéritos (Stewart et al., 2012). Além disso, a literatura indica a necessidade de a comunicação da investigação se tornar mais interessante, apelativa e compreensível para os/as terapeutas (Stewart et al., 2012).

Os resultados deste estudo devem ser enquadrados nas limitações relacionadas com: 1) a dimensão da amostra, que não é representativa da população em estudo, 2) a probabilidade de os participantes que aceitaram responder ao questionário terem, na sua maioria, atitudes positivas face ao constructo, e 3) a possível desejabilidade social usualmente inerente a este tipo de questionário, sobretudo nos itens relativos às suas crenças/atitudes (Fernández-Domínguez et al., 2020). Para estudos futuros poderá ser útil: 1) alargar a amostra, 2) o aprofundamento da investigação sobre PBEP através de estudos atuais e em países menos representados na investigação desta temática, visto que predominam os estudos datados e conduzidos nos EUA, e, por fim, 3) apesar da utilidade das metodologias quantitativas, poderá ser útil procurar compensar as limitações do autorrelato e da desejabilidade social com o complemento de uma metodologia qualitativa que permita explorar, de um ponto de vista fenomenológico, o modo de atuação e as necessidades específicas dos/as terapeutas, com particular ênfase nos fatores envolvidos na adesão a este constructo (Stewart et al., 2012).

Conclusão

A PBE corresponde a um construto relativamente recente na prática psicológica, tendo sido formalmente conceptualizado pela APA em 2005. Apesar da sua implementação assumir especial relevância na saúde pública, não se verifica uma tradução generalizada da investigação científica na prática clínica, constando-se também a existência de muitos equívocos em torno da sua definição e aplicabilidade.

Pelo que se pode apurar, mesmo que a maior parte da investigação seja relativamente datada e não abranja a temática em toda a sua complexidade, a literatura internacional tem-se debruçado no estudo da PBE, contudo não foram encontrados estudos similares em Portugal. Nestas circunstâncias e pretendendo dar resposta a estas lacunas, este estudo procurou contribuir para o aprofundamento mais recente do conhecimento neste âmbito e em contexto português. O conhecimento alcançado demonstra a importância de: 1) promover formação, tanto contínua como especializada em PBEP, para a melhoria da prática profissional; 2) os contextos laborais e as instituições que regulam a prática profissional implementarem políticas de incentivo à PBEP; 3) adequar e adaptar a comunicação da investigação psicológica, por forma a torná-la mais apelativa e acessível aos clínicos; e, por fim, 4) consciencializar os/as profissionais para a necessidade de aquisição de competências baseadas no conhecimento e aplicação da evidência científica, favorecendo a qualidade dos serviços prestados.

Referências Bibliográficas

Aarons, G. A. (2004). Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, *6*(2), 61–74. https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65

Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., & Sawitzky, A. (2012). Expanding the Domains of Attitudes Towards Evidence-Based Practice: The Evidence Based Practice Attitude Scale-50. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *39*(5), 331–340. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0302-3

Aarons, G. A., Glisson, C., Hoagwood, K., Kelleher, K., Landsverk, J., & Cafri, G. (2010). Psychometric properties and U.S. national norms of the evidence-based practice attitude scale (EBPAS). *Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1037/a0019188

Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. https://doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1

Anestis, M. D., Anestis, J. C., Zawilinski, L. L., Hopkins, T. A., & Lilienfeld, S. O. (2014). Equine-related treatments for mental disorders lack empirical support: A systematic review of empirical investigations. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(12), 1115–1132. https://doi.org/10.1002/jclp.22113

Bernal, G., & Rodríguez-Soto Ndel, C. (2010). Development and psychometric properties of the evidence-based professional practice scale (EBPP-S). *P R Health Sci J*, *29*(4), 385–390.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. In *Annual Review of Psychology* (Vol. 52, pp. 685–716). https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685

Cook, J. M., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009). Barriers to adoption of new treatments: An internet study of practicing community psychotherapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. https://doi.org/10.1007/s10488-008-0198-3

Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 537–545. https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4

Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzsolt, F., Burls, A., & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. In *BMC Medical Education*. https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1

Fernández-Domínguez, Juan C, Escobio-Prieto, I., Sesé-Abad, A., Jiménez-López, R., Romero-Franco, N., & Oliva-Pascual-Vaca, Á. (2020). Health Sciences—Evidence Based Practice Questionnaire (HS-EBP): Normative Data and Differential Profiles in Spanish Osteopathic Professionals. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 22). https://doi.org/10.3390/ijerph17228454

Fernández-Domínguez, Juan Carlos, De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Bennasar-Veny, M., Sastre-Fullana, P., & Sesé-Abad, A. (2017). Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation. *PLoS ONE*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177172

Fernández-Domínguez, Juan Carlos, Sesé-Abad, A., Morales-Asencio, J. M., Sastre-Fullana, P., Pol-Castañeda, S., & De Pedro-Gómez, J. E. (2016). Content validity of a health science evidencebased practice questionnaire (HS-EBP) with a web-based modified Delphi approach. *International Journal for Quality in Health Care*. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw106

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research* (Vol. 27).

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. a, Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. *Tampa, FL: University of South Florida, Louis de La Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network*. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety: Is Dissemination Working? *The Behavior Therapist*, *27*(2), 25–32.

Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). Barriers: The barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*. https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80052-7

Graves, K. D., & Miller, P. M. (2003). Behavioral Medicine in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Behavior Modification*, *27*(1), 3–25. https://doi.org/10.1177/0145445502238690

Gunter, R. W., & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 194–202. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.001

Hamill, N. R., & Wiener, K. K. K. (2018). Attitudes of Psychologists in Australia towards evidence-based practice in psychology. *Australian Psychologist*, *53*(6), 477–485. https://doi.org/10.1111/ap.12342

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. In *Journal of Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1002/jclp.20108

Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Lopez, M., & Osterberg, L. D. (2009). Using Evidence-Based Treatments: The Experiences of Youth Providers Working Under a Mandate. *Professional Psychology: Research and Practice*. https://doi.org/10.1037/a0014690

Jones, J. L., & Mehr, S. L. (2007). Foundations and assumptions of the scientist-practitioner model. *American Behavioral Scientist*. https://doi.org/10.1177/0002764206296454

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*(23), 3095–3105. https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095

Kessler, R. C., Soukup, J., Davis, R. B., Foster, D. F., Wilkey, S. A., Van Rompay, M. I., & Eisenberg, D. M. (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, *158*(2), 289–294. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.289

Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159

Langer, D. A., McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1037/a0023821

Levant, R. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 1*.

Lilienfeld, S O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, *2*(1), 53–70. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

Lilienfeld, S O, Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Brown, A. P., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). The research-practice Gap: Bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(5), 386–394. https://doi.org/10.1002/eat.22090

Lilienfeld, Scott O, Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (2015). Science and pseudoscience in clinical psychology: Initial thoughts, reflections, and considerations. In *Science and pseudoscience in clinical psychology, 2nd ed.* (pp. 1–16). The Guilford Press.

Lim, A., Nakamura, B. J., Higa-McMillan, C. K., Shimabukuro, S., & Slavin, L. (2012). Effects of workshop trainings on evidence-based practice knowledge and attitudes among youth community mental health providers. *Behaviour Research and Therapy*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.008

Luckmann, R. (2001). Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2nd Edition: By David L. Sackett, Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, William Rosenberg, and R. Brian Haynes, Churchill Livingstone, 2000. *Journal of Intensive Care Medicine*, *16*(3), 155–156. https://doi.org/10.1177/088506660101600307

Lynn, S J, Malakataris, A., Condon, L., Maxwell, R., & Cleere, C. (2012). Post-traumatic Stress Disorder: Cognitive Hypnotherapy, Mindfulness, and Acceptance-Based Treatment Approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *54*(4), 311–330. https://doi.org/10.1080/00029157.2011.645913

Lynn, Steven Jay, Lock, T., Loftus, E. F., Krackow, E., & Lilienfeld, S. O. (2003). The remembrance of things past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy. In *Science and pseudoscience in clinical psychology.* (pp. 205–239). Guilford Press.

Medicine, I. of. (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/11955

Nakamura, B. J., Higa-Mcmillan, C. K., Okamura, K. H., & Shimabukuro, S. (2011). Knowledge of and attitudes towards evidence-based practices in community child mental health practitioners. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(4), 287–300. https://doi.org/10.1007/s10488-011-0351-2

Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. https://doi.org/10.1007/s10488-006-0044-4

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código deontológico da ordem dos psicólogos Portugueses. *Diário Da República, 2ª Série, 17931, 17936*.

Pagoto, S., Spring, B., Coups, E., Mulvaney, S., Coutu, M.-F., & Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 695–705. https://doi.org/10.1002/jclp.20376

Riley, W. T., Schumann, M. F., Forman-Hoffman, V. L., Mihm, P., Applegate, B. W., & Asif, O. (2007). Responses of practicing psychologists to a web site developed to promote empirically supported treatments. In *Professional Psychology: Research and Practice*. https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.44

Rodolfa, E., Greenberg, S., Hunsley, J., Smith-Zoeller, M., Cox, D., Sammons, M., Caro, C., & Spivak, H. (2013). A competency model for the practice of psychology. *Training and Education in Professional Psychology*. https://doi.org/10.1037/a0032415

Rodríguez Soto, N., Bernal, G., & Cumba Avilés, E. (2015). The role of individual characteristics, knowledge, and attitudes toward the use of Evidence-Based Practices among mental health providers in Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. Free Press.

Romanczyk, R. G., Turner, L. B., Sevlever, M., & Gillis, J. M. (2015). The status of treatment for autism spectrum disorders: The weak relationship of science to interventions. In *Science and pseudoscience in clinical psychology, 2nd ed.* (pp. 431–465). The Guilford Press.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *312*(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Sorsdahl, K., Blanco, C., Rae, D. S., Pincus, H., Narrow, W. E., Suliman, S., & Stein, D. J. (2013). Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(2), 136–141. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0978

Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it

matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(7), 611–631. https://doi.org/10.1002/jclp.20373

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476–493. https://doi.org/10.1093/ije/dyu038

Stewart, R. E., Stirman, S. W., & Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*. https://doi.org/10.1037/a0025694

Stiles, W. B., Hurst, R. M., Nelson-Gray, R., Hill, C. E., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Borkovec, T. D., Castonguay, L. G., & Hollon, S. D. (2006). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice? In *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions.* https://doi.org/10.1037/11265-002

Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.127

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203–215. https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203

Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. In *Nurse Education Today*. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012

Wilson, J. L., Armoutliev, E., Yakunina, E., & Werth Jr., J. L. (2009). Practicing Psychologists' Reflections on Evidence-Based Practice in Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 403–409. https://doi.org/10.1037/a0016247