


**PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA E TERAPIAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: UMA REVISÃO NARRATIVA DA
LITERATURA**

**EVIDENCE-BASED PRACTICES IN PSYCHOLOGY AND COGNITIVE-
BEHAVIORAL THERAPIES: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW**

**PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN PSICOLOGÍA Y TERAPIAS
COGNITIVO-CONDUCTUAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA
NARRATIVA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-212>

Data de submissão: 20/09/2025

Data de publicação: 20/10/2025

Eduardo Soares Damasco Rodrigues

Mestre em Psicologia

Instituição: Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO)

E-mail: eduardosoarespsi@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-1266-0041>

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão narrativa da literatura sobre as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) em Psicologia, com foco particular nas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs). A PBE em psicologia é definida pela integração de três componentes essenciais: a melhor evidência científica disponível, a expertise clínica do profissional e as características, valores e preferências do paciente. Discute-se a hierarquia dos níveis de evidência em pesquisa, desde metanálises e revisões sistemáticas, consideradas as mais robustas, até estudos descritivos e opiniões de especialistas. O trabalho explora a atuação da Divisão 12 da American Psychological Association (APA), a Society of Clinical Psychology, na identificação e promoção de intervenções psicológicas baseadas em evidências. São abordadas as principais terapias cognitivo-comportamentais reconhecidas por sua eficácia, como a Terapia Cognitiva (TC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT), detalhando seus fundamentos e aplicações. A TC, desenvolvida por Aaron Beck, foca na reestruturação cognitiva. A ACT, por sua vez, busca promover a flexibilidade psicológica através da aceitação e do compromisso com valores. Já a DBT, criada por Marsha Linehan, é eficaz no tratamento de desregulação emocional e transtorno de personalidade borderline. O objetivo desta revisão é consolidar o entendimento sobre a importância da PBE na prática psicológica, fornecendo um panorama atualizado das TCCs e seus níveis de evidência, contribuindo para uma prática clínica mais eficaz e ética.

Palavras-chave: Práticas Baseadas em Evidências. Psicologia. Terapias Cognitivo-comportamentais. Terapia Cognitiva. Terapia de Aceitação e Compromisso. Terapia Comportamental Dialética.

ABSTRACT

This article presents a narrative review of the literature on Evidence-Based Practices (EBP) in Psychology, with a particular focus on Cognitive-Behavioral Therapies (CBTs). EBP in psychology is defined by the integration of three essential components: the best available scientific evidence, the practitioner's clinical expertise, and the patient's characteristics, values, and preferences. The article discusses the hierarchy of levels of research evidence, from meta-analyses and systematic reviews,

considered the most robust, to descriptive studies and expert opinions. The work explores the role of Division 12 of the American Psychological Association (APA), the Society of Clinical Psychology, in identifying and promoting evidence-based psychological interventions. The paper addresses the main cognitive-behavioral therapies recognized for their effectiveness, such as Cognitive Therapy (CT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Dialectical Behavior Therapy (DBT), detailing their foundations and applications. CT, developed by Aaron Beck, focuses on cognitive restructuring. ACT, in turn, seeks to promote psychological flexibility through acceptance and commitment to values. DBT, created by Marsha Linehan, is effective in treating emotional dysregulation and borderline personality disorder. The objective of this review is to consolidate understanding of the importance of EBP in psychological practice, providing an updated overview of CBTs and their levels of evidence, contributing to more effective and ethical clinical practice.

Keywords: Evidence-based Practices. Psychology. Cognitive-behavioral Therapies. Cognitive Therapy. Acceptance and Commitment Therapy. Dialectical Behavioral Therapy.

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión narrativa de la literatura sobre Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) en Psicología, con especial atención a las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC). Las PBE en psicología se definen por la integración de tres componentes esenciales: la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional y las características, valores y preferencias del paciente. El artículo analiza la jerarquía de los niveles de evidencia de investigación, desde los metaanálisis y las revisiones sistemáticas, considerados los más robustos, hasta los estudios descriptivos y las opiniones de expertos. El trabajo explora el papel de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA), la Sociedad de Psicología Clínica, en la identificación y promoción de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia. El artículo aborda las principales terapias cognitivo-conductuales reconocidas por su eficacia, como la Terapia Cognitiva (TCC), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), detallando sus fundamentos y aplicaciones. La TDC, desarrollada por Aaron Beck, se centra en la reestructuración cognitiva. La TCC, a su vez, busca promover la flexibilidad psicológica mediante la aceptación y el compromiso con los valores. La TCD, creada por Marsha Linehan, es eficaz en el tratamiento de la disregulación emocional y el trastorno límite de la personalidad. El objetivo de esta revisión es consolidar la comprensión de la importancia de la PBE en la práctica psicológica, proporcionando una visión general actualizada de las TCC y sus niveles de evidencia, contribuyendo así a una práctica clínica más eficaz y ética.

Palabras clave: Prácticas Basadas en la Evidencia. Psicología. Terapias Cognitivo-conductuales. Terapia Cognitiva. Terapia de Aceptación y Compromiso. Terapia Dialéctica Conductual.

1 INTRODUÇÃO

A busca por intervenções psicológicas eficazes e cientificamente embasadas tem sido uma constante na história da psicologia. O movimento das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) em Psicologia representa um marco significativo nesse percurso, consolidando a necessidade de integrar o rigor científico à prática clínica. Este paradigma surgiu da necessidade de garantir que as decisões clínicas sejam informadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis, pela expertise do profissional e pelas características e preferências individuais do paciente (ROSA; LAPORT, 2021). A relevância da PBE reside na sua capacidade de promover a eficácia e a segurança dos tratamentos oferecidos, afastando-se de abordagens puramente intuitivas ou anedóticas (FIDELIS; NEUFELD, 2022).

Historicamente, a psicologia, assim como outras áreas da saúde, passou por um processo de amadurecimento que a levou a adotar uma postura mais crítica em relação à efetividade de suas intervenções. A American Psychological Association (APA), por meio de sua Divisão 12 (Society of Clinical Psychology), tem desempenhado um papel crucial na identificação e disseminação de tratamentos psicológicos apoiados por evidências, estabelecendo critérios rigorosos para a avaliação da eficácia das intervenções. Essa iniciativa visa aprimorar a qualidade dos serviços psicológicos e assegurar que os pacientes recebam os cuidados mais adequados e comprovadamente benéficos (APA, 2006).

No vasto campo das psicoterapias, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) destacam-se como um conjunto de abordagens que possuem um robusto corpo de evidências científicas que comprovam sua eficácia no tratamento de uma ampla gama de transtornos mentais (FIDELIS; NEUFELD, 2022). As TCCs englobam diversas modalidades terapêuticas, cada uma com suas particularidades, mas todas compartilhando a premissa de que pensamentos, emoções e comportamentos estão interligados e influenciam-se mutuamente. Dentre as TCCs mais estudadas e aplicadas, a Terapia Cognitiva (TC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) são exemplos proeminentes de intervenções baseadas em evidências, com aplicações específicas e comprovadas para diferentes condições clínicas (LOBO; NEUFELD, 2023; AVANSI; KLEIN, 2023).

Apesar da crescente produção científica sobre Práticas Baseadas em Evidências e Terapias Cognitivo-Comportamentais, ainda se observa uma limitação na disponibilidade de materiais que integrem e consolidem essas informações de forma abrangente e acessível. Essa escassez de compilações sistemáticas, integrativas e narrativas dificulta que profissionais e estudantes tenham acesso rápido a sínteses atualizadas que unam fundamentos teóricos, níveis de evidência e aplicações

práticas (SOUZA; MENDES, 2023). Tal lacuna reforça a importância de estudos que reúnam, organizem e discutam criticamente o conhecimento já produzido, contribuindo para a disseminação qualificada dessas práticas na Psicologia contemporânea.

O presente trabalho tem como objetivo principal realizar uma revisão narrativa da literatura sobre as Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia, com ênfase nas Terapias Cognitivo-Comportamentais, analisando seus fundamentos, níveis de evidência e aplicações. Especificamente, busca-se descrever o papel da Divisão 12 da American Psychological Association na avaliação e promoção de intervenções baseadas em evidências e; analisar três modalidades das Terapias Cognitivo-Comportamentais, incluindo a Terapia Cognitiva, a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia Comportamental Dialética, com foco em seus fundamentos teóricos e nas principais evidências de eficácia. Busca-se, assim, consolidar o conhecimento sobre a importância da PBE para a prática psicológica contemporânea e fornecer um guia para profissionais e estudantes interessados em intervenções eficazes e eticamente responsáveis.

2 METODOLOGIA

O presente artigo constitui uma revisão narrativa da literatura, um tipo de estudo que visa descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema, sem a necessidade de uma metodologia sistemática rigorosa para a seleção e análise dos estudos (ROTHER, 2007). A escolha por este método justifica-se pela amplitude e complexidade do tema abordado, que envolve a intersecção entre Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia e as diversas modalidades das Terapias Cognitivo-Comportamentais, bem como os níveis de evidência e o papel de entidades reguladoras como a APA Divisão 12.

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando bases de dados científicas e plataformas de periódicos eletrônicos, com foco em artigos publicados nos últimos 10 anos, priorizando a relevância e o impacto das publicações. Foram incluídos também livros de autores clássicos considerados essenciais para a compreensão dos conceitos fundamentais da Terapia Cognitiva e das Terapias Cognitivo-Comportamentais em geral. Os termos de busca utilizados incluíram: “Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia”, “Terapias Cognitivo-Comportamentais”, “Terapia Cognitiva”, “Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)”, “Terapia Comportamental Dialética (DBT)”, “Níveis de Evidência em Pesquisa em Psicologia” e “APA Divisão 12 Intervenções baseadas em evidências”.

Os artigos e livros selecionados foram lidos e analisados criticamente, com o objetivo de identificar os principais conceitos, definições, modelos teóricos, aplicações clínicas e evidências de eficácia de cada abordagem. As informações foram sintetizadas e organizadas de forma a construir

uma narrativa coesa e informativa, que abordasse os pontos fundamentais: definição de PBE, níveis de evidência, o papel da APA Divisão 12 e a descrição das TCCs específicas (TC, ACT, DBT). A coleta de dados foi direcionada para extrair informações que permitissem a elaboração de cada seção do artigo, garantindo a profundidade e a abrangência necessárias para um trabalho de caráter científico.

A elaboração do artigo seguiu as diretrizes de escrita acadêmica, com a utilização de citações indiretas em todos os parágrafos (exceto no resumo e nas considerações finais), conforme o modelo ABNT. As referências bibliográficas foram cuidadosamente selecionadas para garantir a credibilidade e a atualidade das informações apresentadas, priorizando as publicações dos últimos 10 anos, mas incluindo clássicos essenciais. A revisão narrativa permitiu a integração de diferentes perspectivas e a construção de um panorama abrangente sobre as Práticas Baseadas em Evidências em Psicologia e sua relação com as Terapias Cognitivo-Comportamentais, contribuindo para a disseminação do conhecimento e para o aprimoramento da prática clínica.

3 RESULTADOS

3.1 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E SEU TRIPÉ

A Prática Baseada em Evidências (PBE) em psicologia constitui um modelo de atuação clínica fundamentado na integração dinâmica de três componentes essenciais: a melhor evidência científica disponível, a expertise clínica do profissional e as características, valores e preferências do paciente (APA, 2006; ROSA; LAPORT, 2021). Essa articulação visa garantir que as decisões terapêuticas não sejam tomadas com base apenas em protocolos padronizados, mas sim fundamentadas em dados empíricos, ajustadas pela experiência do profissional e adequadas às necessidades individuais da pessoa atendida.

A evidência científica refere-se aos achados oriundos de pesquisas metodologicamente rigorosas (como revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos randomizados e controlados) que indicam a eficácia de uma intervenção para um transtorno específico ou população (GALVÃO, 2006). Por exemplo, a eficácia da Terapia Cognitiva no tratamento da depressão foi comprovada por inúmeras metanálises, o que lhe confere alto grau de confiabilidade empírica (AVANSI; KLEIN, 2023).

Entretanto, a evidência científica, por si só, não garante a efetividade da intervenção se desconsiderar o segundo pilar: a expertise clínica. Essa expertise é formada pelo repertório teórico, técnico e experiencial do psicólogo, que inclui sua capacidade de formular hipóteses clínicas, aplicar intervenções com sensibilidade ao contexto, adaptar técnicas aos limites e recursos do paciente e lidar com situações não previstas nos manuais (FIDELIS; NEUFELD, 2022). Por exemplo, diante de um

paciente que apresenta resistência à reestruturação cognitiva clássica, o profissional experiente pode recorrer a estratégias da ACT ou ajustar o ritmo da intervenção.

O terceiro pilar da PBE contempla as características, valores e preferências do paciente. Trata-se de reconhecer que o sujeito traz à terapia sua bagagem cultural, afetiva e existencial, que influencia diretamente a aceitação e a eficácia da intervenção proposta (APA, 2006). Por exemplo, um paciente com histórico de religiosidade pode responder melhor a metáforas e estratégias que dialoguem com sua cosmovisão, ou pode recusar abordagens que pareçam despersonalizadas. Nesse sentido, a aliança terapêutica se constrói na medida em que há escuta ativa, negociação e respeito à singularidade.

A articulação entre esses três elementos não ocorre de forma linear nem hierárquica, mas demanda reflexão crítica e atualização constante do profissional. A decisão clínica baseada em evidências, portanto, é fruto de um processo dialógico e responsivo que valoriza a ciência, sem abrir mão da ética do cuidado e da singularidade do sujeito (ROSA; LAPORT, 2021).

3.2 HIERARQUIA DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

No campo da pesquisa em saúde, a Prática Baseada em Evidências (PBE) adota uma hierarquia dos níveis de evidência que organiza os tipos de estudo segundo sua robustez metodológica, controle de viés e capacidade de sustentar inferências causais (GALVÃO, 2006). Essa hierarquia é frequentemente representada por uma pirâmide, onde os estudos do topo oferecem maior grau de confiabilidade.

No vértice da pirâmide encontram-se as revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos randomizados (ECRs). Esses estudos sintetizam dados de múltiplas pesquisas, aumentando a precisão das conclusões sobre a eficácia de uma intervenção. Um exemplo é a metanálise de cujos resultados apontam para a eficácia robusta da Terapia Cognitiva (TC) no tratamento da depressão leve a moderada (AVANSI; KLEIN, 2023). Já as revisões sistemáticas sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) indicam sua utilidade clínica para dor crônica, ansiedade e sofrimento psicológico em populações com doenças crônicas (LOBO; NEUFELD, 2023a).

Logo abaixo, os ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) representam o “padrão-ouro” para a avaliação da eficácia de tratamentos psicológicos. Ao distribuírem aleatoriamente os participantes entre grupos experimentais e de controle, os ECRCs minimizam o viés de seleção. Por exemplo, estudos randomizados mostram que a Terapia Comportamental Dialética (DBT) é eficaz na redução de comportamentos suicidas em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (LOBO; NEUFELD, 2023b).

Num nível intermediário estão os estudos de coorte e os estudos caso-controle. Os de coorte acompanham participantes ao longo do tempo e são úteis para investigar preditores de desfechos. Por exemplo, um estudo de coorte pode avaliar o impacto da continuidade terapêutica na evolução do transtorno de ansiedade social. Os estudos caso-controle, por sua vez, comparam retrospectivamente indivíduos com e sem um desfecho clínico, como pacientes com burnout e trabalhadores saudáveis, buscando identificar fatores associados.

Na base da pirâmide estão os estudos qualitativos, descritivos, relatos de caso e a opinião de especialistas. Embora ofereçam menor controle metodológico e menor força inferencial, são essenciais para gerar hipóteses, explorar fenômenos subjetivos e ampliar o entendimento clínico de populações negligenciadas. Por exemplo, relatos de casos são frequentemente usados para descrever adaptações culturais de intervenções como a TC para comunidades indígenas ou para pessoas surdas (SUAREZ MONSALVE et al., 2021).

Apesar da utilidade dessa hierarquia, ela não está isenta de críticas. Um dos principais questionamentos refere-se à valorização excessiva de métodos quantitativos em detrimento das abordagens qualitativas, que são fundamentais para compreender os aspectos subjetivos, relacionais e culturais do processo terapêutico (FIDELIS; NEUFELD, 2022). Além disso, a aplicabilidade de uma intervenção com forte respaldo empírico pode ser limitada na prática clínica real por falta de infraestrutura, ausência de capacitação adequada ou barreiras culturais.

Portanto, a hierarquia dos níveis de evidência deve ser usada como ferramenta orientadora e não como um modelo prescritivo. A efetividade de uma intervenção depende não apenas de sua posição na pirâmide, mas de sua integração com o julgamento clínico e com as especificidades da população atendida. O compromisso ético do psicólogo está em equilibrar essas dimensões, buscando sempre a melhor decisão possível para cada situação.

3.3 APA DIVISÃO 12 (SOCIETY OF CLINICAL PSYCHOLOGY – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION) E INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

A Divisão 12 da American Psychological Association (APA), conhecida como Society of Clinical Psychology, desempenha um papel fundamental na promoção e disseminação de intervenções psicológicas baseadas em evidências. Desde sua criação, a Divisão 12 tem se dedicado a identificar e listar tratamentos psicológicos que possuem respaldo científico comprovado, servindo como um recurso valioso para profissionais, pesquisadores e o público em geral (APA, 2006).

A APA, por meio de sua Força-Tarefa Presidencial sobre Práticas Baseadas em Evidências, estabeleceu que a PBE em psicologia é a integração da melhor evidência de pesquisa com a expertise

clínica no contexto das características, cultura e preferências do paciente. A Divisão 12, alinhada a essa diretriz, desenvolveu e atualiza continuamente critérios para avaliar a força da evidência que sustenta a eficácia de diferentes tratamentos psicológicos (APA, 2006).

Os critérios utilizados pela Divisão 12 para classificar a evidência de um tratamento foram inicialmente estabelecidos por Chambless e Hollon (1998) e, posteriormente, revisados por Tolin et al. (2015). Esses critérios classificam a evidência como “muito forte”, “forte”, “fraca” ou “insuficiente”, com base em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados. Essa classificação orienta os profissionais sobre o grau de confiança que se pode ter na eficácia de uma intervenção para uma condição específica (APA, 2006).

É importante notar que a ausência de um tratamento na lista da Divisão 12 não significa necessariamente que ele não tenha evidências de eficácia, mas sim que ainda não foi avaliado ou que a evidência existente não atende aos critérios estabelecidos. A Divisão 12 incentiva a submissão de propostas para avaliação de novos tratamentos, garantindo que a lista seja constantemente atualizada e reflita os avanços da pesquisa em psicologia clínica (APA, 2006).

3.4 INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS: TERAPIA COGNITIVA (TC), TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT) E TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT)

As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) representam um conjunto de abordagens terapêuticas que se destacam por sua forte base empírica e eficácia comprovada no tratamento de uma vasta gama de transtornos psicológicos. Dentre as diversas modalidades de TCC, a Terapia Cognitiva (TC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) são exemplos proeminentes de intervenções baseadas em evidências, reconhecidas por sua aplicação e resultados específicos.

3.5 AS ONDAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O campo das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) evoluiu em três ondas principais: A Primeira onda, fundamentada no behaviorismo, com foco na análise funcional do comportamento e no uso de técnicas como reforçamento, modelagem e dessensibilização sistemática; A Segunda onda, com a integração da cognição ao modelo, destacando o papel de pensamentos, crenças e interpretações na manutenção dos transtornos. É nessa fase que surge a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis; E, por fim, A Terceira onda incorporando conceitos como aceitação,

mindfulness, valores e flexibilidade psicológica, originando terapias como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT).

Apesar das diferenças, todas as ondas compartilham a compreensão de que pensamentos, emoções e comportamentos interagem reciprocamente e podem ser modificados por meio de estratégias estruturadas (BECK, 2021; LOBO; NEUFELD, 2023).

3.6 TERAPIA COGNITIVA (TC)

A Terapia Cognitiva (TC), desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, constitui uma das abordagens mais influentes e empiricamente validadas das terapias cognitivo-comportamentais. Seu modelo teórico parte do pressuposto de que as emoções e os comportamentos disfuncionais decorrem de distorções sistemáticas no processamento da informação, ou seja, da forma como os indivíduos interpretam e atribuem significado aos eventos (BECK, 2021).

A estrutura cognitiva é organizada em três níveis interligados: (1) os pensamentos automáticos, (2) as crenças intermediárias (regras e pressupostos) e (3) as crenças centrais.

Os pensamentos automáticos são frases breves, espontâneas e geralmente negativas, que surgem em resposta a situações cotidianas. Eles são rápidos, frequentes e muitas vezes aceitos como verdades absolutas, sem questionamento. Por exemplo, diante de um convite recusado, o indivíduo pode pensar: “Ninguém gosta de mim”. Esses pensamentos não surgem de forma isolada, mas estão ancorados em estruturas cognitivas mais profundas.

As crenças intermediárias são regras, atitudes e pressupostos que orientam o modo como o sujeito interpreta o mundo. Elas funcionam como “se... então...”, por exemplo: “Se eu demonstrar fraqueza, então serei rejeitado”. Já as crenças centrais, também chamadas de esquemas cognitivos, representam convicções globais e rígidas que a pessoa desenvolveu ao longo da vida, geralmente na infância, e que moldam sua autoimagem e sua visão do mundo e do futuro. Exemplos de crenças centrais incluem: “Sou incapaz”, “Não sou digno de amor” ou “O mundo é perigoso”. Essas crenças são nucleares e, por vezes, inconscientes, mas exercem forte influência sobre os demais níveis de cognição (BECK, 2021).

O modelo cognitivo sustenta que distorções cognitivas são padrões sistemáticos de erro no pensamento que reforçam as crenças disfuncionais e mantêm o sofrimento psicológico. Entre as mais comuns, destacam-se: a) Generalização excessiva: tirar uma conclusão ampla a partir de um único evento negativo (“Nada dá certo para mim”); b) Pensamento dicotômico (ou tudo ou nada): enxergar situações em extremos (“Se não for perfeito, é um fracasso”); c) Leitura mental: presumir o que o

outro pensa sem evidência (“Ela acha que sou um idiota”); d) Catastrofização: antecipar o pior cenário possível (“Vou perder o controle e enlouquecer”).

O objetivo central da TC é ajudar o paciente a identificar, avaliar e modificar esses pensamentos e crenças distorcidas, promovendo interpretações mais realistas e funcionais. Para isso, o terapeuta emprega uma série de técnicas estruturadas, sempre dentro de uma relação colaborativa e empática.

Entre as estratégias mais utilizadas estão: a) Registro de pensamentos disfuncionais: ferramenta que auxilia o paciente a monitorar seus pensamentos automáticos em situações específicas, identificando a emoção associada, a evidência pró e contra o pensamento e alternativas mais realistas; b) Reestruturação cognitiva: processo de questionamento socrático e substituição de pensamentos distorcidos por interpretações mais equilibradas e funcionais; c) Experimentos comportamentais: planejamento de ações na vida real para testar a validade de crenças e previsões disfuncionais (por exemplo, alguém com fobia social pode ser encorajado a iniciar uma conversa breve com um estranho para testar se será rejeitado); d) Testes de realidade e decatastrofização: analisar probabilidades reais de um evento temido ocorrer e explorar estratégias para lidar com ele caso aconteça.

A aplicação da TC exige que o terapeuta formule hipóteses cognitivas, conduza intervenções estruturadas e promova uma postura reflexiva no paciente. A abordagem é orientada por objetivos, geralmente de curto a médio prazo, e os progressos são monitorados continuamente.

A eficácia da Terapia Cognitiva está amplamente documentada na literatura científica. Metanálises e revisões sistemáticas confirmam sua efetividade no tratamento de transtornos depressivos, ansiosos, obsessivo-compulsivo, alimentares, transtornos da personalidade e até em condições médicas com impacto psicológico, como dor crônica e doenças autoimunes (APA, 2006; BECK, 2021). Sua adaptabilidade a diferentes populações (como crianças, idosos, pessoas com deficiência auditiva e contextos multiculturais) também reforça sua posição como uma das intervenções psicológicas mais bem estabelecidas e amplamente aplicadas.

3.7 TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT)

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), desenvolvida por Steven Hayes, fundamenta-se na Teoria das Molduras Relacionais (RFT – Relational Frame Theory), que fornece a base teórica para compreender como a linguagem e a cognição humanas estruturam o comportamento. Segundo a RFT, os seres humanos aprendem a relacionar eventos de maneira arbitrária, criando significados complexos que podem gerar sofrimento psicológico quando há rigidez cognitiva. Ou seja, a dificuldade em lidar com pensamentos e sentimentos considerados “negativos” ou “indesejáveis”

limita ações adaptativas e gera padrões de evitação experiencial (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2016).

Com base nessa perspectiva, a ACT propõe a promoção da flexibilidade psicológica, entendida como a habilidade de estar plenamente em contato com o momento presente, percebendo pensamentos e emoções como eventos transitórios, e agir de acordo com valores pessoais. Essa abordagem é operacionalizada pelo modelo hexaflex, um conceito central da ACT que organiza seis processos inter-relacionados essenciais para a mudança terapêutica: a) Aceitação: abertura para experiências internas, mesmo as desagradáveis, sem tentar controlá-las ou evitá-las; b) Desfusão cognitiva: desenvolvimento da capacidade de observar pensamentos e sentimentos como eventos mentais, sem que estes determinem o comportamento; c) Contato com o momento presente: prática de mindfulness, permitindo atenção plena à experiência atual, em vez de ser dominado por pensamentos sobre passado ou futuro; d) Self como contexto: percepção de um “eu observador” que permanece constante apesar de pensamentos, sentimentos e sensações transitórias; e) Valores: identificação clara do que é importante para o indivíduo, orientando escolhas e ações significativas; f) Ação comprometida: realização de comportamentos alinhados aos valores, mesmo frente a desconfortos emocionais ou cognitivos (LOBO; NEUFELD, 2023; HAYES et al., 2016).

Cada processo do hexaflex é interdependente e contribui para aumentar a flexibilidade psicológica. Por exemplo, um paciente com ansiedade social pode, por meio da desfusão, perceber o pensamento “vou ser julgado” como apenas um evento mental; com ação comprometida, ele se engaja em participar de uma reunião social alinhada aos seus valores de conexão interpessoal, enquanto aceitação e mindfulness permitem lidar com a ansiedade sem evitá-la ou se prender a ela. O self como contexto reforça a sensação de continuidade do eu, independentemente de pensamentos ou sentimentos, e os valores fornecem direção e motivação para ações consistentes (LOBO; NEUFELD, 2023; HAYES et al., 2016).

Portanto, a ACT combina a RFT, que explica a estrutura da linguagem e do pensamento, com o hexaflex, que oferece uma ferramenta prática para guiar intervenções clínicas, promovendo mudanças comportamentais significativas e redução do sofrimento psicológico. Essa articulação teórico-prática torna a ACT uma abordagem robusta e baseada em evidências, capaz de lidar com a complexidade da experiência humana.

3.8 TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT)

A Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan, integra os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com o conceito de dialética, que combina

aceitação e mudança, e incorpora práticas de mindfulness para aumentar a consciência e a regulação emocional. A DBT fundamenta-se na formulação biossocial, segundo a qual a desregulação emocional surge da interação entre vulnerabilidades biológicas (como alta reatividade emocional, dificuldade de autorregulação e baixa capacidade de retornar ao estado basal após a excitação) e ambientes invalidantes (contextos que desconsideram, rejeitam ou reforçam comportamentos disfuncionais), resultando em padrões persistentes de sofrimento e impulsividade (LINEHAN, 2015; AVANSI; KLEIN, 2023).

O tratamento é estruturado em quatro módulos de habilidades, cada um direcionado ao desenvolvimento de competências essenciais para a vida cotidiana: a) Mindfulness: habilidades para cultivar atenção plena e consciência do momento presente, aumentando a capacidade de observar pensamentos, emoções e sensações sem julgamento e reduzir respostas automáticas e impulsivas; b) Tolerância ao sofrimento (Distress Tolerance): estratégias para lidar com crises e situações emocionalmente intensas sem recorrer a comportamentos autodestrutivos ou de evitação, promovendo aceitação radical do momento presente; c) Regulação emocional: técnicas para identificar, compreender e modular emoções, diminuindo vulnerabilidade emocional e aumentando respostas adaptativas a experiências internas; d) Efetividade interpessoal: habilidades para estabelecer relações saudáveis e assertivas, negociar necessidades, manter limites e resolver conflitos de forma eficaz.

A aplicação clínica da DBT combina terapia individual, para análise de padrões de comportamento e planejamento de metas; treinamento em grupo, focado no ensino e prática de habilidades; coaching telefônico, fornecendo suporte em tempo real para crises; e supervisão de equipe, garantindo adesão ao modelo e suporte aos terapeutas (LINEHAN, 2015; AVANSI; KLEIN, 2023).

3.9 COMPARAÇÕES ENTRE TC, ACT E DBT

Embora compartilhem raízes na abordagem cognitivo-comportamental, a Terapia Cognitiva (TC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) apresentam diferenças conceituais e metodológicas significativas. A TC concentra-se na identificação e modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, buscando transformar o conteúdo dos pensamentos para promover mudanças emocionais e comportamentais (BECK, 2021). Já a ACT enfatiza a flexibilidade psicológica, focando na observação e aceitação de pensamentos e sentimentos sem se fundir a eles, com base na Teoria das Molduras Relacionais e no modelo hexaflex (HAYES et al., 2016; LOBO; NEUFELD, 2023). Por sua vez, a DBT combina aceitação e mudança por meio de uma formulação biossocial, integrando habilidades de regulação emocional, tolerância ao sofrimento,

mindfulness e efetividade interpessoal em contextos de alta vulnerabilidade emocional, como o Transtorno de Personalidade Borderline (LINEHAN, 2015; AVANSI; KLEIN, 2023).

Apesar dessas diferenças, as três abordagens compartilham elementos centrais. Todas reconhecem a interação entre pensamentos, emoções e comportamentos, utilizam estratégias estruturadas para promover mudança e valorizam a relação terapêutica como fator fundamental para a eficácia clínica. Tanto ACT quanto DBT incorporam práticas de mindfulness e enfatizam a aceitação de experiências internas como forma de reduzir sofrimento, enquanto a TC e a ACT podem se beneficiar de formulações cognitivas para compreender padrões de pensamento e comportamento. Além disso, todas são suportadas por evidências empíricas robustas, embora a natureza dos estudos varie, com TC possuindo maior número de ensaios clínicos randomizados, e ACT e DBT sendo frequentemente estudadas em contextos clínicos complexos e populações específicas.

3.10 INTEGRAÇÃO E SÍNTESE

Em síntese, TC, ACT e DBT representam diferentes vertentes das terapias cognitivas e comportamentais, oferecendo instrumentos complementares para a prática clínica contemporânea. A TC é mais estruturada na modificação do conteúdo cognitivo, enquanto ACT e DBT privilegiam processos de flexibilidade psicológica, aceitação e habilidades de enfrentamento. A ACT concentra-se na relação com os pensamentos e sentimentos, a DBT acrescenta a dimensão dialética e a aquisição de competências interpessoais e de regulação emocional, e a TC atua sobre o pensamento como mediador das emoções e comportamentos. Juntas, essas abordagens demonstram como a prática psicológica baseada em evidências pode ser adaptada às necessidades individuais, conciliando rigor científico, expertise clínica e consideração pelas características e valores do paciente, o que reafirma a importância do tripé da PBE para a efetividade das intervenções psicológicas.

Esses conceitos e autores servem como a base teórica para analisar a evolução e eficácia das terapias cognitivo-comportamentais no contexto da prática psicológica baseada em evidências.

4 DISCUSSÃO

A presente revisão narrativa reforça a importância inegável das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) no campo da psicologia, especialmente no que tange às Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs). A integração da melhor evidência científica, da expertise clínica e das características do paciente não é apenas um ideal, mas uma necessidade para a promoção de uma prática psicológica ética, eficaz e responsável (ROSA; LAPORT, 2021). A adesão a esse modelo garante que as intervenções oferecidas aos pacientes sejam respaldadas por pesquisas rigorosas,

minimizando a aplicação de abordagens ineficazes ou potencialmente prejudiciais (FIDELIS; NEUFELD, 2022).

A hierarquia dos níveis de evidência, com metanálises e revisões sistemáticas no topo, serve como um guia fundamental para a tomada de decisões clínicas (GALVÃO, 2006). No entanto, é crucial que os profissionais compreendam que a ausência de evidências robustas para uma intervenção específica não significa necessariamente sua ineficácia, mas sim a necessidade de mais pesquisas. Da mesma forma, a existência de evidências não isenta o clínico de considerar a individualidade de cada paciente e adaptar a intervenção às suas necessidades específicas (ROSA; LAPORT, 2021).

A atuação da Divisão 12 da APA é exemplar na promoção da PBE, ao fornecer uma lista de tratamentos psicológicos com suporte empírico. Essa iniciativa não apenas valida a eficácia de certas abordagens, mas também estimula a pesquisa e o desenvolvimento de novas intervenções. Contudo, a constante atualização dessa lista é um desafio, dada a velocidade com que novas pesquisas são publicadas e a necessidade de reavaliar continuamente as evidências existentes (APA, 2006).

As TCCs, com destaque para a Terapia Cognitiva (TC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT), demonstram a solidez da abordagem cognitivo-comportamental como um todo. A TC, com seu foco na reestruturação cognitiva, continua sendo uma ferramenta poderosa para uma vasta gama de transtornos (BECK, 2021; SUAREZ MONSALVE et al., 2021). A ACT, ao enfatizar a flexibilidade psicológica e a aceitação, oferece uma perspectiva valiosa para lidar com o sofrimento humano de forma mais adaptativa (LOBO; NEUFELD, 2023b). A DBT, por sua vez, preenche uma lacuna importante no tratamento de condições complexas como o Transtorno de Personalidade Borderline, fornecendo um conjunto de habilidades essenciais para a regulação emocional (LOBO; NEUFELD, 2023a; AVANSI; KLEIN, 2023).

É importante ressaltar que, embora essas terapias sejam baseadas em evidências, sua aplicação exige treinamento adequado e supervisão contínua. A mera replicação de técnicas sem a compreensão dos princípios subjacentes e a capacidade de adaptá-las ao contexto clínico pode comprometer a eficácia do tratamento. A formação contínua e a busca por supervisão são, portanto, componentes essenciais para os profissionais que desejam atuar de forma baseada em evidências (FIDELIS; NEUFELD, 2022).

Um desafio persistente na implementação da PBE é a lacuna entre a pesquisa e a prática clínica. Muitos profissionais ainda não incorporam plenamente as evidências científicas em sua rotina, seja por falta de acesso à literatura, por resistência a novas abordagens ou pela percepção de que a pesquisa não se aplica à complexidade do indivíduo (FIDELIS; NEUFELD, 2022). Superar essa lacuna exige

esforços contínuos de disseminação do conhecimento, educação e incentivo à pesquisa translacional, que busca traduzir os achados científicos em intervenções clinicamente aplicáveis.

Além disso, a PBE não deve ser interpretada como uma forma de padronizar a prática clínica, mas sim como um guia para a tomada de decisões informadas. A arte da terapia reside na capacidade do profissional de integrar a ciência com a sensibilidade humana, adaptando as intervenções às necessidades únicas de cada paciente. A PBE, portanto, não diminui a importância da relação terapêutica ou da criatividade do terapeuta, mas as enriquece com o respaldo da ciência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Práticas Baseadas em Evidências (PBE) em Psicologia representam um marco fundamental para a consolidação de uma prática clínica ancorada no rigor científico, na experiência profissional e no respeito às características e valores dos pacientes. Ao integrar esses três pilares, a PBE oferece um modelo robusto para decisões terapêuticas mais eficazes, éticas e alinhadas às demandas contemporâneas. A hierarquia dos níveis de evidência, embora não seja um sistema rígido, constitui um guia valioso para a avaliação da força e da confiabilidade dos achados de pesquisa, preservando, contudo, a flexibilidade necessária para adequações individualizadas.

A análise das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs), especificamente da Terapia Cognitiva (TC), da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Terapia Comportamental Dialética (DBT), confirma a consistência do suporte empírico dessas abordagens. Metanálises e ensaios clínicos randomizados atestam sua eficácia para uma ampla gama de condições, reforçando sua inclusão nas listas de tratamentos com respaldo científico. Todas apresentam suporte empírico consistente, mas exigem treinamento especializado e supervisão contínua para que seu potencial terapêutico seja plenamente realizado.

No entanto, persiste o debate sobre a aplicabilidade dos resultados obtidos em estudos controlados para contextos clínicos reais, nos quais a complexidade dos casos, a comorbidade entre diagnósticos e fatores socioculturais impõem adaptações aos protocolos. Tais ajustes, embora necessários para atender à singularidade de cada paciente, podem comprometer a integridade das técnicas originalmente validadas, gerando a tensão constante entre fidelidade ao modelo e responsividade clínica. A simples replicação de técnicas, sem compreensão dos princípios subjacentes ou sem adaptação ao contexto, pode comprometer resultados e afastar-se do espírito da PBE.

Outro ponto crítico diz respeito à capacitação e supervisão contínuas. A literatura e as diretrizes profissionais enfatizam que a aplicação eficaz de TC, ACT e DBT exige treinamento especializado e acompanhamento técnico para assegurar competência, aderência e adaptação ética dos métodos.

Contudo, barreiras concretas dificultam esse processo, como o custo elevado de formações reconhecidas, a limitação na disponibilidade de formadores experientes, a escassez de supervisores capacitados e, em alguns contextos, a resistência institucional à atualização de práticas. Tais fatores podem contribuir para a perpetuação de intervenções desatualizadas ou parcialmente implementadas, comprometendo a efetividade esperada.

A lacuna entre pesquisa e prática clínica permanece significativa, sendo alimentada por dificuldades de acesso a artigos científicos completos, desigualdade de recursos entre serviços e pela percepção, por parte de alguns profissionais, de que as evidências produzidas em contextos experimentais não refletem integralmente a complexidade do cotidiano clínico. Essa distância não se limita a uma questão de conhecimento, mas tem consequências práticas relevantes: a manutenção de intervenções sem suporte empírico pode resultar em tratamentos ineficazes, prolongamento do sofrimento dos pacientes e desperdício de recursos, além de aumentar o risco de efeitos adversos não previstos.

Além disso, a implementação de protocolos baseados em evidências enfrenta desafios em contextos diversos, como diferenças culturais, limitações de infraestrutura, capacitação inadequada dos profissionais e resistência institucional. Tais barreiras podem comprometer a fidelidade das intervenções, dificultar a generalização dos resultados de pesquisa e limitar o alcance das práticas mais efetivas. Dessa forma, torna-se fundamental a condução de pesquisas de efetividade em cenários naturais, que considerem variáveis contextuais, culturais e os recursos disponíveis, ampliando a relevância externa das intervenções baseadas em evidências e fortalecendo a ponte entre ciência e prática clínica (ROSA; LAPORT, 2021; FIDELIS; NEUFELD, 2022).

O papel de organizações como a Divisão 12 da American Psychological Association (APA) é crucial na identificação e disseminação de intervenções com suporte empírico, fortalecendo a qualificação da prática psicológica. No entanto, ainda há escassez de materiais que consolidem, de forma integrada e acessível, fundamentos teóricos, níveis de evidência e aplicações práticas das TCCs. Essa lacuna dificulta a atualização sistemática de profissionais e estudantes, somando-se à persistente distância entre pesquisa e prática, alimentada por barreiras institucionais e resistência à adoção de novos modelos.

Para a prática clínica, a adoção da Prática Baseada em Evidências (PBE) deve ser compreendida não apenas como um diferencial, mas como um compromisso ético com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Isso exige investimento contínuo em capacitação, desenvolvimento de competências críticas para a avaliação de evidências e participação ativa em comunidades científicas.

Com base nas lacunas identificadas durante esta revisão, recomenda-se que pesquisas futuras sejam direcionadas para áreas específicas de fragilidade: (1) efetividade em contextos naturais, incluindo diversidade cultural, socioeconômica e populacional, já que grande parte das evidências atuais provém de ambientes controlados e amostras homogêneas; (2) adaptação e implementação de protocolos, investigando como transformar evidências robustas em práticas viáveis e sensíveis às realidades clínicas locais, minimizando barreiras de infraestrutura e capacitação; (3) integração de abordagens e comparações entre terapias, com revisões sistemáticas e narrativas que ofereçam síntese crítica de diferentes modalidades (TC, ACT, DBT) e facilitem o acesso de profissionais a recursos consolidados; e (4) investigação de desfechos a longo prazo, considerando não apenas redução sintomatológica, mas também impacto funcional, qualidade de vida e manutenção dos ganhos terapêuticos.

Essas direções contribuem para que a pesquisa em psicologia não apenas fortaleça a base empírica, mas também promova uma ponte efetiva entre ciência e prática clínica, garantindo intervenções mais eficazes, seguras e adaptadas às necessidades individuais e contextuais dos pacientes (ROSA; LAPORT, 2021; FIDELIS; NEUFELD, 2022).

Assim, mais do que reafirmar a importância da PBE, torna-se imprescindível problematizar as condições para sua implementação real, reconhecendo que a eficácia demonstrada em laboratório é apenas um ponto de partida. O desafio contemporâneo consiste em traduzir esse conhecimento para práticas viáveis, acessíveis e sustentáveis, sem perder de vista o compromisso ético com a qualidade do cuidado psicológico. Isso demanda políticas institucionais de incentivo à formação, estratégias de supervisão viáveis e produção de materiais que conciliem rigor científico com aplicabilidade prática.

Em síntese, a PBE não deve ser entendida como um modelo engessado ou uma camisa de força que limita a criatividade e a sensibilidade do terapeuta, mas como um alicerce que sustenta a prática clínica com evidências sólidas, equilibrando ciência e sensibilidade humana. Somente ao enfrentar criticamente suas limitações e barreiras, será possível garantir que a psicologia, como ciência e profissão, mantenha-se relevante, eficaz e capaz de oferecer intervenções que realmente transformem vidas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, v. 61, n. 4, p. 271-285, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>.

AVANSI, I. G.; KLEIN, P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de personalidade borderline. *Repositório Ânima Educação*, 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstreams/fbd309d8-d4a6-4719-9d0f-d506b0a16c8d/download>. Acesso em: 9 ago. 2025.

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

FIDELIS, P. C. B.; NEUFELD, C. B. O crescimento das terapias cognitivo-comportamentais: review do Seminário ALAPCCO 25 anos. *Artmed*, 2 mar. 2022. Disponível em: <https://artmed.com.br/artigos/o-crescimento-das-terapias-cognitivo-comportamentais-review-do-seminario-alapcco-25-anos>. Acesso em: 9 ago. 2025.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 7-8, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g>. Acesso em: 9 ago. 2025.

LOBO, B. O. M.; NEUFELD, C. B. Terapia de aceitação e compromisso (ACT): fundamentos e evidências. *Artmed*, 4 dez. 2023a. Disponível em: <https://artmed.com.br/artigos/terapia-de-aceitacao-e-compromisso-act-fundamentos-e-evidencias>. Acesso em: 9 ago. 2025.

LOBO, B. O. M.; NEUFELD, C. B. Terapia comportamental dialética (DBT): o que é, objetivos e aplicação. *Artmed*, 11 dez. 2023b. Disponível em: <https://artmed.com.br/artigos/terapia-comportamental-dialetica-dbt-o-que-e-objetivos-e-aplicacao>. Acesso em: 9 ago. 2025.

ROSA, M. G.; LAPORT, T. J. A importância da prática psicológica baseada em evidências: aspectos históricos, conceituais e procedimentais. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, v. 12, n. 3, p. 61-66, 2021. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/download/2831/1728/15011>. Acesso em: 9 ago. 2025.

SUAREZ MONSALVE, L. F.; GUERRERO CLAVIJO, M. A.; BEDOYA OLAYA, A. D. Ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck en una muestra piloto de personas sordas señantes, una sistematización de experiencia. *Revista de Psicoterapia*, v. 32, n. 118, p. 217-236, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7790269.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2025