

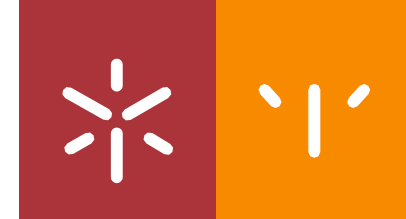


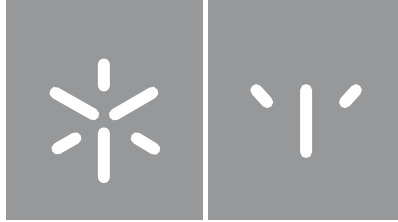
Atitudes dos Psicólogos Portugueses face à Prática Baseada em Evidência (PBE) no contexto das perturbações alimentares e emocionais

Inês Carolina Ferreira Fernandes Antunes

Escola de Psicologia

Universidade do Minho





Inês Carolina Ferreira Fernandes Antunes

**Atitudes dos Psicólogos Portugueses face à
Prática Baseada em Evidência (PBE) no contexto
das perturbações alimentares e emocionais**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em
Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Paulo Machado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que contribuíram, cada um à sua forma, para a finalização desta etapa...

À minha mãe por todo o apoio que me deu na recolha dos participantes e por nunca deixar que me faltasse motivação...

Ao meu pai por ser um exemplo daquilo a que se define a ser uma pessoa determinada...

Ao meu namorado por todo o amor, companheirismo e compreensão durante uma das fases mais desafiadoras da minha vida...

Ao Dr. Paulo Machado pela sua excelente orientação...

Aos meus amigos, em especial à Sara, por me proporcionarem momentos de descontração que também são necessários nesta fase...

Aos participantes deste estudo, que perderam um bocadinho do seu tempo para me ajudar e porque sem eles, a realização da dissertação não seria possível...

E por fim, agradeço a mim, porque sem mim, este projeto não teria sido concretizado.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

14 de outubro de 2022, Braga

Inês Antunes

Atitudes dos Psicólogos Portugueses face à Prática Baseada em Evidência nas Perturbações

Alimentares e Emocionais

Resumo

Introdução: Estudos relativos à prática baseada em evidência (PBE) em Portugal são relativamente escassos. No contexto da psicologia o cenário não fica mais favorável, principalmente se falarmos no âmbito das perturbações alimentares. Tentar perceber as atitudes face à PBE é extremamente importante pois isso irá predizer se há maior ou menor probabilidade de implementação de novos tratamentos testados cientificamente, dependendo de diferentes fatores associados. Posto isto, os objetivos de estudo seriam perceber se existe diferença em relação a essas mesmas atitudes em função de algumas variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, e a experiência clínica, e também, testar a existência de possíveis diferenças entre grupos em função da área das perturbações alimentares, do modelo teórico base, e da perceção, por parte do psicólogo/a, do tipo de liderança da organização de saúde onde se insere.

Métodos: Para a realização do estudo foi utilizada uma amostra total de 59 membros efetivos da ordem dos psicólogos portugueses (OPP). A tarefa inerente a este estudo foi preencher um questionário online no Google Forms, onde o participante teria de confirmar a sua participação no mesmo, após a leitura do Consentimento Informado, e de seguida preencher um questionário sociodemográfico mais a Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36).

Resultados: A atitude dos psicólogos portugueses face à PBE, no geral, demonstrou ser positiva. No entanto, as diferenças foram mais significativas em relação à pontuação total das diferentes subescalas da EAPBE-36. Os resultados mostram diferenças entre psicólogos que utilizam o modelo cognitivo comportamental na sua prática, pequenas diferenças entre as diferentes idades, e ser psicólogo no contexto das perturbações alimentares. Em contraste, não foram encontradas diferenças significativas em função do sexo, experiência clínica, e o tipo de liderança de uma organização de saúde.

Conclusão: Apesar dos resultados mistos, este estudo permitiu identificar pequenos fatores que podem constituir-se como barreiras, ou potenciadores, no que toca à implementação da PBE.

Palavras-chave: Perturbações Alimentares (PA); Prática Baseada em Evidência (PBE); Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36); Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Attitudes of Portuguese Psychologists towards Evidence-Based Practice for Eating and Emotional Disorders

Abstract

Introduction: Studies on evidence-based practice (EBP) in Portugal are relatively scarce. In the context of psychology, the scenario is not more favorable, especially if we talk about eating disorders. Trying to understand attitudes towards EBP is extremely important as this will predict whether there is a greater or lesser probability of implementing new scientifically tested treatments, depending on different associated factors. That said, the objectives of the study would be to understand if there is a difference in relation to these same attitudes according to some demographic variables such as sex, age, and clinical experience, and also, to test the existence of possible differences between groups depending on the area. of eating disorders, the basic theoretical model, and the psychologist's perception of the type of leadership of the health organization in which he works.

Methods: A total sample of 59 permanent members of the Portuguese psychologists' association (OPP) was used to carry out the study. The task inherent to this study was to fill out an online questionnaire on Google Forms, where the participant would have to confirm their participation in it, after reading the Informed Consent, and then fill out a sociodemographic questionnaire plus the Scale of Attitudes towards Practice Based in Evidence of 36 items (EAPBE-36).

Results: The attitude of Portuguese psychologists towards EBP, in general, proved to be positive. However, the differences were more significant in relation to the total score of the different subscales of the EAPBE-36. The results show differences between psychologists who use the cognitive behavioral model in their practice, small differences between different ages, and being a psychologist in the context of eating disorders. In contrast, no significant differences were found by gender, clinical experience, and the type of leadership in a healthcare organization.

Conclusion: Despite the mixed results, this study allowed us to identify small factors that can constitute barriers, or in turn, enhancers, with regard to the implementation of EBP.

Keywords: Eating Disorders (PA); Evidence-Based Practice (EBP); Evidence-Based Practice Attitudes Scale of 36 items (EBPAS-36); Order of Portuguese Psychologists (OPP).

Índice

Introdução	8
• O que é a Prática Baseada em Evidência (PBE) e o Tratamento com Base em Evidência (TBE)	8
• Fatores possivelmente associados à implementação da Prática Baseada em Evidência	10
• Estudos da PBE no contexto das Perturbações Alimentares e da Ingestão	12
• Estudos sobre a Prática Baseada em Evidência em Portugal	13
Hipóteses	15
Métodos	15
Procedimento	17
Análise dos dados	17
Resultados	18
Discussão	25
Conclusão	27
Referências Bibliográficas	28

Índice de tabelas

Tabela 1.....	19
Tabela 2.....	20
Tabela 3.....	22
Tabela 4.....	23

Introdução

O que é a prática baseada em evidência (PBE) e o tratamento com base em evidência (TBE)?

A prática baseada em evidência, segundo a *American Psychological Association* (APA) e segundo a “*APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*” define-se como: “A prática baseada em evidência (PBE) é a integração da melhor pesquisa disponível com experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do paciente” (APA, 2006, p.273), que vai muito de encontro à definição elaborada pelo Instituto de Medicina em 2001: “A prática baseada em evidência é a integração das melhores evidências de pesquisa com a experiência clínica e os valores do paciente”. Posto isto, e segundo a APA, “o objetivo da PBE é promover a prática psicológica eficaz e melhorar a saúde pública, aplicando princípios empiricamente apoiados de avaliação psicológica, formulação de casos, relacionamento terapêutico e intervenção” (APA, 2021a). É importante distinguir a definição entre prática baseada em evidência (PBE), e tratamento com base em evidência (TBE). A PBE é um conceito muito mais abrangente por incluir nessa mesma prática, toda uma conduta inerente. Nessa conduta consiste a avaliação psicológica, o diagnóstico clínico, a formulação de casos, a prevenção, os tratamentos, e por último o exercício clínico em formato consulta. Para além disso, a PBE envolve um processo de tomada de decisão que integra as componentes de melhor pesquisa disponível, a experiência clínica, e as características, cultura e preferências do paciente, no sentido de alcançar melhores resultados (as três componentes que abrangem a PBE irá ser melhor explicada mais a frente). Relativamente ao TBE, estes constituem tratamentos específicos considerados eficazes, para certos problemas ou condições, através de estudos com ensaios clínicos controlados (APA, 2021b). Os tratamentos baseados em evidência (TBE), depois de desenvolvidos, requerem duas formas para testar a sua eficácia: primeiro é necessário haver ensaios num ambiente controlado; e em segundo, o tratamento necessita de ser testado em ambientes clínicos (Waller, 2016).

Posto isto, a APA desenvolveu uma série de diretrizes para a prática profissional no contexto da saúde mental. Estas diretrizes funcionam como orientação educativa. Nesse seguimento, quando falamos das variáveis a ter em consideração para uma excelente atividade profissional no contexto saúde mental, não falamos apenas da implementação de tratamentos com base em evidência (TBE), mas também num conjunto de características interpessoais e intrapessoais. A PBE é baseada em evidências, como o próprio nome indica, de estudos confiáveis. Estudos esses que não se limitam apenas aos tratamentos a implementar, mas sim estendem-se ao longo de todo um processo terapêutico completo, que inclui desde a relação terapêutica; a experiência clínica; as características biopsicossociais do paciente; as habilidades interpessoais e profissionais do profissional que facilitam uma boa aliança

terapêutica; a adaptação flexível dos tratamentos empiricamente testados às características, culturas e preferências do paciente, para a obtenção de melhores resultados; a qualificação dos psicólogos para a aplicação da PBE; o compromisso do psicólogo que garante a não estagnação no treinamento da PBE, e a constante atualização dos métodos terapêuticos disponíveis; e constante desenvolvimento progressivo relativamente à experiência clínica e de como adaptar o método terapêutico às necessidades de saúde de cada paciente. Posto isto, e cumprindo com todas estas diretrizes, um psicólogo estará a conduzir de forma eficaz, um maior acesso de cuidados de saúde pública de qualidade aos utentes (APA, 2021b). Assim sendo, em relação à tomada de decisão para a aplicação da PBE, a APA elaborou um modelo tripartido que se constitui em 3 componentes base, que são as seguintes: a melhor evidência científica disponível; a experiência clínica do profissional; e as características, cultura, e preferências do paciente. A melhor evidência científica disponível refere-se a resultados científicos sobre a avaliação; as estratégias de intervenção; e os problemas clínicos em populações através de estudos a partir de amostras significativas em ambientes controlados. A experiência clínica do psicólogo refere-se às competências adquiridas através dessa mesma experiência¹, que facilita a eficácia do processo de tomada de decisão de qual tratamento a implementar. É também necessária uma introspeção e uma análise crítica do próprio psicólogo se tem ou não, as competências necessárias para a implementação da PBE. Por último, no que diz respeito às características psicossociais (características e valores pessoais) e culturais do paciente, estas constituem uma medida importante na tomada de decisão do tratamento, de forma a garantir que o tratamento é adequado às necessidades e características do utente. Assim, o psicólogo está a assegurar a prestação de um serviço fiável e flexível (APA, 2021b). Fiável, pois cumpre os requisitos da fidelidade, isto é, o cumprimento de um protocolo referente à aplicação de um determinado tratamento, às competências do psicólogo para a prestação desse tratamento, e o grau em que esse tratamento difere em relação a outros existentes. Flexível, pois para além de cumprir com o protocolo do tratamento, o psicólogo tem a capacidade necessária para adaptar o tratamento às características individuais do paciente, sem que isso comprometa a sua fidelidade. (Kendall & Frank, 2018). Apesar do esperado ser que os psicólogos consigam aprender o maior número de protocolos diferentes relativos a diferentes tratamentos, a realidade é ligeiramente diferente. O número existente de protocolos que, na sua base suporta a evidência científica, não é tão alto como o expectável e, existe também uma certa semelhança entre diferentes protocolos. Logo, desde que os psicólogos

¹ Avaliação; julgamento diagnóstico, formulação sistemática de casos e planeamento de intervenção; tomada de decisão clínica, implementação do tratamento e monitorização do progresso do paciente; perícia interpessoal; autorreflexão contínua e constante aquisição de competências; avaliação apropriada e uso de evidências de pesquisa em psicologia; compreender as diferenças individuais e culturais e de que forma influencia o tratamento; a procura de serviços complementares caso necessário; e por último, ter uma justificação forte para a escolha das estratégias clínicas escolhidas (APA, 2006).

consigam compreender a teoria, e cumprir com os elementos centrais de vários protocolos, assim como obter a sabedoria para implementá-los, está apto para tratar uma série de distúrbios mentais. Relativamente aos tratamentos, se existem vários, qual deles escolher? Através do nível de maior suporte empírico (Kendall & Frank, 2018).

Desta forma, o/a psicólogo/a que totalize estes requisitos, está a cumprir com o Princípio B do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), que nos fala da “Competência” ou seja “os/as psicólogos/as têm como obrigação exercer a sua atividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante atualização profissional, de forma a atingir os objetivos da intervenção psicológica. De outro modo, acresce a possibilidade de prejudicar o cliente e de contribuir para o descrédito da profissão.”; está a cumprir com o Princípio C, que consiste na “Responsabilidade”, isto é, “os/as psicólogos/as devem ter consciência das consequências que o seu trabalho pode ter junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral. Devem contribuir para os bons resultados do exercício da sua atividade nestas diferentes dimensões e assumir a responsabilidade pela mesma. Devem saber avaliar o nível de fragilidade dos seus clientes, pautar as suas intervenções pelo respeito absoluto da decorrente vulnerabilidade, e promover e dignificar a sua atividade.”; e por último, está a cumprir com o Princípio da “Prática e Intervenção Psicológicas”, que significa que “para além dos métodos e técnicas utilizados, a prática e intervenção psicológicas têm em conta os vários modelos teóricos disponíveis e os vários princípios associados a um exercício cientificamente informado, rigoroso e responsável da Psicologia, nomeadamente, princípios como a beneficência e não-maleficência ou a competência específica. A prática e intervenção psicológicas concretizam-se salvaguardando ainda o respeito pelas diferenças individuais e o consentimento informado”.

Fatores possivelmente associados à implementação da Prática Baseada em Evidência

Um estudo realizado por Hamill & Wiener (2018), relativamente a dados na Austrália, constatou que psicólogas do sexo feminino demonstraram significativamente melhores atitudes face à PBE, relativamente a psicólogos do sexo masculino. Para além destes resultados, também validaram que menos prática e experiência clínica está associada a resultados mais positivos em relação às atitudes face à PBE, assim como menos níveis de habilitações académicas. Na mesma linha de investigação, Hitch (2016) encontrou resultados semelhantes em relação a uma amostra de psicólogos/as ocupacionais. Psicólogos/as com maior experiência clínica percecionavam a PBE como menos atraente e, consequentemente apresentavam menos abertura à sua implementação. No entanto, há estudos que

mostram resultados mistos. Alguns mostram uma correlação positiva, e outros uma correlação negativa (Berke et al., 2011).

Para além destes resultados, a investigação mostra também que os psicólogos não sabem ao certo o conceito da PBE, e não têm o conhecimento necessário para aplicá-la na sua atividade. E, apesar da esmagadora maioria dos estudos se focarem noutros profissionais de saúde, os psicólogos apresentam, de uma forma geral, atitudes positivas face à PBE, assim como a sua possível adesão, apesar de não a aplicarem na sua atividade profissional. Num estudo de Berke et al. (2011) concluiu que 75% dos psicólogos clínicos reportaram usar a PBE, apresentando atitudes positivas face à mesma. Todavia, esses mesmo psicólogos clínicos não foram em momento algum questionados naquilo em que consiste a PBE, assim como a sua definição. De certa forma, esta falta de informação constitui uma limitação para este estudo, pondo em questão a veracidade dos factos.

Ademais a estas evidências, uma meta-análise de Li et al. (2018) permitiu identificar quais os fatores de uma organização de saúde, onde um profissional de saúde exerce a sua atividade profissional, estão mais fortemente associados à eficácia da implementação da PBE. Fatores como redes de contacto; colaborações internas e externas; trabalho em equipa; boa comunicação dentro da organização (comunicação ativa e passiva); uma boa liderança; equipa e carga de trabalho; recursos disponíveis; recursos financeiros; educação e treinamento; a duração do treinamento da PBE; avaliação-monitorização-feedback, e *champions* (poucos profissionais entendedores da PBE e que já a aplicam na sua atividade profissional, e que constituem potenciais influenciadores para o treinamento e implementação nos seus colegas). Posto isto, dentro dos fatores mencionados existem aqueles que estão mais fortemente correlacionados com a implementação da PBE, que é o caso do trabalho em equipa numa organização (que pode ser avaliado através da existência de uma boa relação entre os colegas de trabalho, a capacidade de comunicarem de forma clara e eficaz e, a capacidade de resolução de problemas em equipa aquando a implementação da PBE); de uma boa comunicação dentro da organização (que pode ser avaliada através da existência de sistemas de comunicação que promovam a iniciativa para a mudança); dos recursos financeiros (pois a falta de financiamento impede a elaboração de programas de formação e treinamento e, a criação das todas as condições necessárias para isso; e por último, uma boa liderança é sempre um fator crucial e de extremamente importância pois, para além de influenciar o sucesso da implementação da PBE, influencia também todos os outros fatores mencionados anteriormente. O líder ou os líderes de uma organização são normalmente percecionados como potenciais influenciadores na proliferação de novos conhecimentos e implementação de novas práticas. Sendo assim, quando estamos presentes de um líder que valoriza a mudança e a

implementação de novos tratamentos com base científica, automaticamente cria as condições necessárias para o uso da PBE. Posto isto, trata-se de um líder que promove o trabalho em equipa assim como uma comunicação clara e eficaz; direciona e reforça financiamento de recursos necessários para a implementação da PBE; e é um líder presente, solidário, que valoriza e executa a monitorização da implementação e na transferência de feedback. Por último, e apesar de não ter tanta influência como os outros fatores, a avaliação, a monitorização e o feedback principalmente prestados pelo(s) líder(es) de forma contínua, sustentam o uso da PBE a longo prazo. Em suma, para a implementação de novas intervenções nas organizações de saúde, é necessário que os líderes removam as barreiras para essa mesma implementação. Para isso, é necessário que direcionem esforços para haver um reajustamento da cultura e clima da organização; aumentarem e melhorarem os recursos disponíveis; incorporar programas de educação e treinamento ou aperfeiçoá-los, caso já existam; implementar estratégias que facilitem a adesão a novas práticas; e por último, avaliar as cargas de trabalho dos psicólogos e analisar a necessidade de mais contratações para haver um maior equilíbrio e uma maior eficiência (Wolf et al., 2017).

Estudos da PBE no contexto das Perturbações Alimentares e da ingestão

No contexto das perturbações alimentares e da ingestão, o panorama é favorável em relação ao número existente de protocolos baseados em evidência para o tratamento das perturbações alimentares (PA). No entanto, e apesar desta vasta existência de protocolos, os estudos mostram que os profissionais de saúde mental, que trabalham com as perturbações alimentares, apenas entre 6-35% relatam aderir a protocolos baseados em evidência. O que acontece na realidade, é a utilização de um misto de protocolos testados empiricamente, ou até mesmo a utilização de outros protocolos sem base científica (Tobin et al., 2007; Wallance & Ranson, 2011; Waller, 2016).

A dificuldade em administrar tratamentos com base em evidência no contexto das PA, por parte dos psicólogos/as/médicos/as, está associada a várias razões. Razões associadas ao serviço, que muda conforme a cultura (por exemplo, tentar adotar um tratamento que visa a implementar a “normalização da alimentação”, em que essa normalização não significa o mesmo para todas as culturas); e razões associadas ao paciente, isto é, os valores do paciente podem entrar em conflito com o protocolo do tratamento, isto porque, muitos deles têm preferência por tratamentos pouco desafiadores, e os profissionais acabam por omitir alguns passos do tratamento (e.g., pesagem e a manutenção dos registos) (Waller, 2016). Esta má conduta na administração de tratamentos contata-se ser um problema com um certo grau de gravidade pois, ensina os pacientes que a terapia clínica não deve ser desafiadora e que, não exige a mudança no padrão de comportamento, ao contrário daquilo que é uma das bases

do tratamento com base em evidência. Esta dinâmica pode estar mais presente quando o psicólogo juntamente com o paciente, se focam nas causas da perturbação alimentar, e ignoram os fatores de manutenção, como por exemplo, a não alteração dos padrões de comportamento alimentar, e por último, ou porque não obtêm treinamento suficiente para a administração do tratamento (Royal College of Psychiatrists, 2011; Wallace, 2012; Royal College of Psychiatrists, 2013;) ou porque depositam demasiado peso na sua experiência e nas suas capacidades clínicas ao contrário da eficácia validade de certo um tratamento, aquando no processo de tomada de decisão relativamente ao protocolo (Waller, 2016).

Estudos sobre a Prática Baseada em Evidência em Portugal

Relativamente aos resultados encontrados em Portugal, estes não diferem muito dos resultados dos restantes países, apesar deste tema ser ainda pouco explorado.

No estudo de Costa (2021) onde participaram psicólogos/as membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), psicólogos/as júnior e estudantes de psicologia, a amostra foi submetida ao preenchimento de um questionário sociodemográfico e à Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36). Esta escala permite perceber quais são as atitudes dos participantes face à PBE, e pode funcionar como preditor para a sua implementação. Ou seja, uma maior pontuação total relativa a esta escala, significa atitudes mais positivas em relação à PBE. Posto isto, este estudo mostrou que os psicólogos/as júnior fazem o balanço adequado entre a experiência e competências clínicas com a investigação científica, e por sua vez, estão mais abertos relativamente à utilização de novos tratamentos, mesmo que essa utilização seja exigida por uma entidade externa ou interna. Em relação aos psicólogos/as membros efetivos da OPP, estes resultados não se verificaram. Além disso, não foram encontrados resultados significativos no que toca aos anos de experiência por parte dos psicólogos/as (juniores e membros efetivos). No que toca à associação entre o modelo teórico base utilizado e às atitudes positivas face à PBE, o grupo de psicólogos/as que utiliza apenas o modelo cognitivo-comportamental demonstrou valorizar a experiência e as competências clínicas pessoais em função da investigação científica, e mostrou menos interesse no uso de tratamentos com base empírica manualizados. Por último, no contexto das perturbações alimentares não houveram diferenças significativas quando comparados a psicólogos/as de outras áreas. Além destes resultados, constatou-se que psicólogos que se dedicam mais à prática clínica do que à investigação, desvalorizam o papel da ciência. Ainda assim, de uma forma geral, psicólogos/as e estudantes de psicologia ambos apresentam atitudes positivas.

Ainda relativamente aos estudos feitos em Portugal sobre os tema das atitudes face à PBE, Camponês (2019) realizou um estudo que permitiu concluir que a grande maioria dos psicólogos/as portugueses dedicam a sua atividade profissional à prática clínica, com uma percentagem de 80%. Relativamente à condução da investigação apenas 18,4% dos psicólogos/as o fazem. Quando questionados acerca do que pode influenciar a sua tomada de decisão na escolha de um tratamento, a maioria referiu ser a “experiência contínua com os clientes e a supervisão/consulta de casos clínicos com colegas” do que propriamente fontes de informação proveniente de artigos científicos. No que toca às áreas de investigação consideradas mais uteis pelos psicólogos/as, a amostra revelou uma maior preferência pelos estudos de casos clínicos. Relativamente às orientações tóricas, psicólogos/as cognitivo-comportamentais apresentaram preferência por fontes de informação diretas/relacionadas à investigação, isto é, concentram-se mais nos resultados da terapia. Os resultados deste estudo também mostraram que 54.8% da amostra de psicólogos/as não é frequentemente influenciado/a pela “investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia” e que aproximadamente 50% dos psicólogos/as também não se sentem frequentemente influenciados pelo o uso de “manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia”. Em relação a sistemas de feedback, 70.3% dos psicólogos/as reportaram não utilizar qualquer tipo de sistema.

No que diz respeito a este estudo em concreto, o objetivo será comparar os resultados de certos grupos relativamente ao *score* total da Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36) e das diferentes subescalas consideradas mais relevantes (num total de 12 subescalas, serão testadas apenas 9 subescalas, que correspondem à *Abertura*, *Divergência*, *Limitações*, *Adequação*, *Monitorização*, *Equilíbrio*, *Sobrecarga*, *Apoio Organizacional*), assim como testar algumas correlações. Apesar das diferenças entre certos grupos em relação às atitudes face à PBE já tenham sido testadas em estudos anteriores em Portugal, faz sentido replicar essas comparações neste estudo, uma vez que a amostra utilizada é mais restrita (se restringe somente a psicólogos membros efetivos da ordem dos psicólogos portugueses). Posto isto, o objetivo será o seguinte: correlacionar os anos de experiência ou prática clínica e as atitudes face à PBE; correlacionar a idade com as atitudes face à PBE; testar se existem diferenças entre os sexos relativamente às atitudes face à PBE; testar se existe diferença as atitudes face à PBE entre os psicólogos/as que trabalham com as perturbações alimentares e psicólogos que trabalhem noutras áreas; e testar se os modelos teóricos utilizado na sua prática clínica influencia atitudes desenvolvidas face à PBE. Uma vez que em estudos anteriores, o tipo de liderança de uma organização de saúde em que o psicólogo exerce a sua atividade profissional mostrou ter influência na

implementação da PBE, e dado que esta relação ainda não foi testada em Portugal, é também um dos objetivos deste estudo.

Hipoteses

Posto isto, e segundo os dados encontrados na literatura, foram postuladas as seguintes hipóteses a serem validadas neste estudo:

H1: “Psicólogos do sexo feminino estão associados a melhores atitudes face à PBE”;

H2: “Psicólogos com menos anos de experiência clínica estão associados a melhores atitudes face à PBE”;

H3: “Psicólogos que utilizam o modelo teórico cognitivo-comportamental estão associados a melhores atitudes face à PBE”;

H4: “Psicólogos que trabalham para organizações de saúde onde o clima e cultura se caracteriza por saudável, através de uma liderança comunicativa, presente, solidária e para além disso, promove quer a implementação quer programas de treinamento, monitorização e feedback da PBE, estão associados a melhores atitudes face à PBE”.

H5: “A experiência clínica está negativamente associada ao desenvolvimento de atitudes positivas face à PBE”;

H6: “A idade está negativamente associada ao desenvolvimento de atitudes positivas face à PBE”.

Métodos

Participantes

A amostra utilizada para este estudo totalizou 59 participantes, todos eles membros efetivos da ordem dos psicólogos portugueses, e exercem a sua atividade profissional no âmbito da psicologia clínica e da saúde. Estas duas características mencionadas representavam os fatores de inclusão para a participação neste estudo. Desta forma, a amostra caracteriza-se por uma amostra por conveniência. Para além disso, dos 59 participantes, 25.4% (n=15) são do sexo masculino, e 74.6% (n=44) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 anos e os 53 anos ($M=39.2$; $DP=9.2$). No que diz respeito à nacionalidade, os 59 participantes têm nacionalidade portuguesa.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Neste estudo foi administrado um *questionário sociodemográfico* onde foi possível recolher informações acerca das seguintes características: nacionalidade; idade; sexo; ano de experiência clínica; o(s) modelo(s) teórico(s) que utilizados na prática clínica; se trabalha ou não numa organização de saúde, e se a resposta for “sim” a esta questão em particular, tentar perceber a cultura e o clima dessa mesma organização na perspetiva do participante; e a verificação de conhecimento da definição da prática baseada em evidência (PBE). No que diz respeito às quatro últimas características mencionadas, foram elaboradas as seguintes questões: relativamente ao tipo de modelo teórico utilizado, o participante teve a possibilidade de escolher mais do que uma das opções apresentadas, nomeadamente o modelos Cognitivo-Comportamental; Psicodinâmico/Psicanalítico; Humanista; Fenomenológico/Existencial; Familiar/Sistémico; Interpessoal; Processo-Experiencial; e “nenhuma das opções anteriores”. No que toca aos psicólogos que trabalham para uma organização de saúde, foi-lhes feita a seguinte questão: “Como considera ser a liderança da organização?”, à qual poderiam optar pelas seguintes respostas: a. autoritária, controladora, carente de uma comunicação clara e eficaz e sem iniciativa para a mudança e implementação de novos tratamentos; b. “presente, solidária, com uma comunicação clara e eficaz”; c. “promove a iniciativa para a mudança e a implementação de novos tratamentos”; d. “promove a iniciativa para a mudança e a implementação de novos tratamentos financiando a criação de programas de educação e treinamento”; e. “promove a iniciativa para a mudança e a implementação de novos tratamentos financiando programas de educação e treinamento e posteriormente oferece avaliação, monitorização e feedback na implementação”; “b + c”; “b + d”; e “b + e” (Wolf et al., 2017). Em relação à definição da prática baseada em evidência, foi construída a seguinte questão: “Escolha, qual ou quais das opções considera ser, a melhor ou as melhores para definir a prática baseada em evidência (PBE)”, à qual os participantes poderiam escolher mais do que uma opção das seguintes: 1. “investigação disponível sobre novos tratamentos cientificamente testados”; 2. “experiência clínica, e competências como psicólogo”; 3. “cultura, valores e necessidades do paciente”; e 4. “o uso da terapia cognitivo-comportamental (TCC)”. A resposta correta seria selecionar as três primeiras opções (APA, 2006).

Evidence-based Practice Attitude Scale (EBPAS-36) traduzida para português (PT)

A Evidence-based Practice Attitude Scale (EBPAS-36) (Rye et al., 2017) é uma escala que permite avaliar a implementação da prática baseada em evidência (PBE), por parte dos profissionais de saúde mental ou de serviços sociais. A EBPAS-36 é uma medida de autorrelato, constituída por 36 itens. Cada item é avaliado pelo participante através de uma *escala likert* que vai desde 0 a 4, em que 0 corresponde

a “não concordo nada” e 4 corresponde a “concordo totalmente”. Além disso, na sua composição esta totaliza 12 subescalas: o *Apelo* intuitivo da PBE; a probabilidade da adesão da PBE avaliada através dos *Requisitos* e *Abertura* a novas práticas; a *Divergência* entendida entre TBE e a prática clínica atual; as *Limitações* da PBE; o nível de *Adequação* da PBE às características idiossincráticas do utente; a percepção negativa da *Monitorização* ou supervisão; a avaliação do *Equilíbrio*, isto é, fazer o balanceamento da percepção do profissional acerca das suas competências juntamente com a importância dada pelo mesmo, ao papel da ciência na prática clínica; a *Sobrecarga* e a sua possível influência na implementação da PBE; o *Apoio Organizacional* como potenciador ou não da adesão à PBE; e a percepção positiva da receção de *Feedback* (Aarons, Cafri, & Sawitzky, 2012). Para a contagem do *score* total da escala, alguns itens têm de ser contabilizados na forma inversa, que é o caso dos itens 4, 5, 7, 8, e 9. Quanto maior for o *score* da escala total, melhor são as atitudes dos participantes face à PBE, e maior será a probabilidade da sua implementação na prática clínica (Rye et al., 2017).

Esta escala foi recentemente validada para a população portuguesa no estudo de Costa (2021), mostrando-se ser adequada e representativa.

Procedimento

A recolha dos dados foi feita com recurso à internet. Primeiramente construiu-se um questionário *online* através do *Google Forms*, e após essa realização o link do questionário foi divulgado através das redes sociais como o LinkedIn, Facebook e Instagram. Além disso, procedeu-se também à entrega física de um documento que continha um QR Code juntamente com a descrição e propósito do estudo, nas várias clínicas de psicologia situadas no concelho de Braga.

Previamente ao preenchimento do questionário, o participante teria primeiramente que aceitar participar no estudo, posteriormente à leitura do Consentimento Informado. Após essa leitura, seguia-se uma questão relativamente ao critério de inclusão para estudo, isto é, se “é membro efetivo da ordem dos psicólogos portugueses (OPP)”, à qual os participantes eram obrigados a responder. Os participantes que não se constituíam como membros efetivos da OPP, o questionário terminava automaticamente, e de seguida o mesmo teria de submeter o formulário. Para os membros efetivos da OPP, ao longo do questionário foram solicitados a responder a questões relativamente a características demográficas, em relação a determinadas variáveis, e por último, foram solicitados também a preencher a escala *Evidence-based Practice Attitude Scale* (EBPAS-36) traduzida para português (PT).

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita com recurso aos softwares IBM® SPSS® (versão 28) e IBM® SPSS® Amos (versão 28).

Antes de proceder para a análise dos dados, primeiramente recodificou-se as seguintes variáveis: os itens 4, 5, 7, 8, e 9, da escala EAPBE-36, fazendo o *score* inverso de cada item, para posteriormente calcular o *score* total da escala EAPBE-36; a variável idade, de forma a comparar grupos de diferentes faixas etárias (1. 22-32 anos; 2. 33-42 anos; 3. 43-53 anos); a variável modelo teórico utilizado (1. apenas o modelo CC; 2. mais do que um modelo; 3. nenhum dos modelos apresentados); a variável tempo de experiência clínica (1. 1-15 anos; 2. 16-28 anos) e por último, a variável liderança da organização de saúde (0. em branco; 1. fraca a moderada (a; b; c;); 2. boa a excelente (d; b+c; b+d; b+e;)).

De seguida, foi feita o teste para a normalidade dos dados da amostra e a análise descritiva da mesma. Os resultados demonstram que a amostra não segue uma distribuição normal. Posto isto, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o teste *Mann-Whitney (U)*^k e o teste de *Kruskal Wallis (X²(2))*^k, com o objetivo de explorar a existência de possíveis diferenças entre os grupos em relação às atitudes face à PBE (idade, sexo, anos de experiência clínica; trabalhar com as perturbações alimentares; modelo teórico utilizado; e tipo de liderança da organização de saúde). Para analisar as correlações entre a idade e as atitudes face à PBE, entre a experiência clínica e as atitudes face à PBE, e entre as diferentes subescalas da escala EAPBE-36 (*Abertura, Divergência, Limitação, Equilíbrio, Monitorização, e Apoio Organizacional*) foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.

Além disso, foi feita uma análise em relação à consistência interna da Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36), através do cálculo de alfas de Cronbach.

Resultados

Estatística descritiva das variáveis em estudo

Relativamente aos dados analisados da amostra deste estudo foi observado o seguinte: a média do *score* total da EAPBE-36 relativa à amostra total é de 72,75. Em relação ao facto de terem especialidade ou trabalhar na área das perturbações alimentares e da ingestão, 49.2% (n=29) respondeu que “sim” a esta questão, e 50.8% (n=30) respondeu que “não”; relativamente ao tempo de experiência clínica ($M=11.17$), 69.5% (n=41) indicaram exercer a sua atividade profissional entre 1-15 anos, enquanto que os restantes 30.5% (n=18) indicaram exercer entre 16-28 anos; no que toca ao modelo teórico utilizado na prática clínica, 40.7% (n=24) utilizam apenas o modelo cognitivo-comportamental, em comparação com os restantes 59.3% (n=35) que utilizam mais do que um modelo teórico (incluindo a TCC⁴), ou não utilizam nenhum dos modelos teóricos apresentados; no que diz respeito a trabalhar

^k Teste para 2 amostras independentes.

^k Teste para K amostras independentes.

⁴ Terapia Cognitivo-Comportamental.

numa organização de saúde, 54.2% (n=32) responderam que “sim” a esta questão, ao contrário dos 45.8% (n=27) dos restantes psicólogos, que responderam que “não”; dentro do grupo de profissionais que trabalham para uma organização de saúde (54.2%), 65.6% (n=21) consideram a liderança da organização “boa a excelente”, em contraste com os restantes 34.4% (n=11) que consideram a liderança da organização “fraca a moderada”; e, por último, no que se refere à definição da PBE, apenas 13.6% (n=8) acertaram na sua correta definição, ao contrário de 86.4% (n=51) dos participantes.

Tabela 1

Descrição das variáveis sociodemográficas

	Psicólogos (N = 59)
<i>Experiência Clínica</i>	<i>M</i> = 11.17
1-15 anos	69.5%
16-28 anos	30.5%
<i>Trabalhar com Perturbações Alimentares</i>	
Sim	49.2%
Não	50.8%
<i>Modelo Teórico utilizado</i>	
Apenas a modelo Cognitivo-Comportamental	40.7%
Mais do que um modelo teórico	52.5%
Nenhum dos modelos apresentados	6.8%
<i>Trabalhar para uma Organização de Saúde</i>	
Sim	54.2%
Não	45.8%
<i>Liderança da Organização de Saúde</i>	
Em branco	45.8%
Fraca-a-moderada	18.6%
Boa-a-excelente	35.6%
<i>Definição da PBE</i>	
Correta	13.6%
Incorreta	86.4%

No que diz respeito ao *score* total da EAPBE-36, relativo a amostra total de psicólogos, foi obtida uma média de 72.75, em que o valor mínimo corresponde a 35 e o valor máximo a 93. No que diz respeito à média, desvio padrão, valor mínimo, e valor máximo do *score* das subescalas *Abertura*, *Divergência*, *Limitações*, *Adequação*, *Monitorização*, *Equilíbrio*, *Sobrecarga*, *Apoio Organizacional*, e *Feedback*, os resultados encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 2

Estatística Descritiva da EAPBE-36

	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
<i>Abertura</i>	9	2.6	0	12
<i>Divergência</i>	2.42	1.78	0	7
<i>Limitações</i>	2.54	2.58	0	8
<i>Adequação</i>	10.53	2,03	2	12
<i>Monitorização</i>	4.53	1.82	0	9
<i>Equilíbrio</i>	4.15	2.99	0	12
<i>Sobrecarga</i>	1.22	1.75	0	6
<i>Apoio Organizacional</i>	6.64	3.61	0	12
<i>Feedback</i>	9.49	3.17	0	12
<i>Score Total</i>	72.75	11.39	35	93

Nota. Para *EAPBE-36* total e respetivas subescalas, N=59.

Trabalhar no contexto das perturbações alimentares e atitudes face à PBE

Os resultados deste estudo demonstraram que não existem diferenças significativas no *score* total da escala EAPBE-36, assim como o *score* total em quase todas as suas subescalas à exceção da subescala da *Sobrecarga* ($U=623.500$; $p < .05$).

Modelo teórico utilizado e atitudes face à PBE

No que diz respeito a esta relação, os resultados mostraram que não existem diferenças significativas em relação ao *score* total da escala EAPBE-36, e em relação ao *score* total das suas subescalas, à exceção da subescala da *Divergência* ($X^2(2)= 9.678$; $p < .05$) e da subescala do *Equilíbrio* ($X^2(2)= 7.181$; $p < .05$), entre pelos menos um dos três grupos (psicólogos que utilizam apenas o modelo cognitivo-comportamental; psicólogos que utilizam mais do que um modelo; psicólogos que não utilizam

nenhum dos modelos apresentados). Após a análise mais detalhada dos dados, conclui-se que, relativamente aos *scores* da *subescala Equilíbrio* psicólogos que, utilizam apenas o modelo CC apresentam uma média de *score* mais baixa em relação aos restantes grupos; e em relação à subescala *Divergência*, psicólogos que não utilizam nenhum dos modelos apresentados, apresentam um *score* médio mais alto, do que os restantes grupos.

Idades e atitudes face à PBE

Os resultados apresentam a não existência de diferenças significativas entre as diferentes faixas etárias (22-32 anos; 33-42 anos; 43-53 anos) no que toca tanto ao *score* total da escala *EAPBE-36*, tanto para o *score* total das subescalas, à exceção da subescala da *Limitação* ($X^2(2) = 10.101$; $p < .05$). Depois de uma análise mais profunda, concluiu-se que a média dos *score* da subescala *Limitação* para psicólogos com idades compreendidas entre os 33-42 anos registou-se mais alta ($M = 4.13$) da que dos restantes psicólogos.

Grupos onde não foram encontradas diferenças significativas

Relativamente aos grupos segundo o sexo; segundo a experiência clínica; e segundo a liderança da organização de saúde, os resultados demonstram não haver diferenças significativas entre os resultados de cada grupo face aos *scores* totais da escala *EAPBE-36* e suas subescalas.

Correlação entre a experiência clínica e atitudes face à PBE

Os resultados evidenciam que não há correlação significativa entre a experiência clínica e o *score* total da escala *EAPBE-36* ($r_s = .010$; $p > .05$), e entre a experiência clínica e o *score* total das suas diferentes subescalas, ou seja, assume-se assim a independência das amostras.

Correlação entre a idade e as atitudes face à PBE

Relativamente ao *score* total da escala *EAPBE-36* em relação às diferentes idades os resultados não mostram correlações significativas ($r_s = .333$; $p > .05$), isto é, assume-se a independência das amostras. Em relação à subescala *Apoio Organizacional*, os dados mostram que existe uma correlação negativa moderada ($r_s = -.271$; $p < .05$). Isto é, quanto maior for a idade, menor serão os *scores* relativamente à subescala *Apoio Organizacional*, e vice-versa.

Correlações entre as subescalas da escala EAPBE-36

Em relação às correlações entre as subescalas, foram encontradas correlações positivas significativas/moderadas entre a subescala da *Abertura* com a subescala da *Adequação* (correlação significativas); a subescala da *Divergência* e as subescalas da *Limitação* e *Equilíbrio* (correlações significativas); a subescala da *Limitação* com as subescalas *Monitorização*, *Sobrecarga* (correlações moderadas), e *Equilíbrio* (correlação significativa); a subescala do *Equilíbrio* com a subescala da

Sobrecarga (correlação moderada); a subescala do *Apoio Organizacional* e a subescala do *Feedback*; e uma correlação negativa significativa entre a subescala do *Apoio Organizacional* e subescala da *Monitorização*.

Tabela 3*Matriz de correlações*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Abertura	-									
2.Divergência	-0.064	-								
3.Limitação	-0.110	0.566**	-							
4.Adequação	0.404**	0.045	0.051	-						
5.Monitorização	-0.116	0.125	0.314*	-0.101	-					
6.Equilíbrio	0.145	0.461**	0.486**	0.207	0.089	-				
7.Sobrecarga	-0.066	0.168	0.258*	-0.100	0.136	0.298*	-			
8.Apoio Organizacional	0.180	-0.101	-0.076	0.214	-0.341**	0.100	0.165	-		
9.Feedback	0.205	-0.182	-0.058	0.098	-0.252	-0.081	-0.092	0.574**	-	
10.Score Total	0.366**	0.068	0.241	0.444**	-0.178	0.391**	0.249	0.712**	0.581**	-

Nota. A matriz refere-se à escala EAPBE-36.

*p < .05; **p < .01

Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens

No que diz respeito à consistência interna da EAPBE-36, o alfa de *Cronbach* para a escala total tem o valor de .69. Relativamente às subescalas, o valores do alfa variam entre .42 (subescala Divergência) e .95 (subescala Feedback). Desta forma, obteve-se um valor de alfa menor que .70 nas subescalas Divergência, Equilíbrio, e Sobrecarga. Ver tabela 4.

Tabela 4

Consistência interna da EAPBE-36

	Média	Desvio-Padrão	Correlação Item - total	Alfa	Alfa se item removido
<i>1.Abertura</i>	9.00	2.40		.87	
Item 1	3.00	0.97	0.68		0.87
Item 2	2.93	0.77	0.76		0.80
Item 3	0.66	1	0.80		0.76
<i>2.Divergência</i>	2.42	1.78		0.42	
Item 4	0.36	0.71	0.30		0.27
Item 5	1.66	1,17	0.29		0.34
Item 6	0.41	0.65	0.24		0.37
<i>3.Adequação</i>	10.53	2.03		0.82	
Item 13	3.68	0.63	0.72		0.75
Item 14	3.24	0.97	0.69		0.80
Item 15	3.61	0.72	0.71		0.74
<i>4.Limitação</i>	2.54	2.58		0.71	
Item 16	0.61	1	0.60		0.55
Item 17	1.07	1.26	0.48		0.73
Item 18	0.86	0.96	0.56		0.61
<i>5.Monitorização</i>	4.53	1.82		-0.83	
Item 19	0.68	1.14	0.12		-2.60
Item 20	1.03	1.30	-0.15		-1.14
Item 21	2.81	1.59	-0.55		0.70
<i>6.Equilíbrio</i>	4.15	1.82		0.83	
Item 22	0.86	1.24	0.67		0.40

Item 23	1.58	1.29	0.52		0.60
Item 24	1.71	1.26	0.18		0.78
<i>7.Sobrecarga</i>	1.22	1.75		0.64	
Item 25	0.27	0.67	0.56		0.41
Item 26	0.54	0.93	0.57		0.40
Item 27	0.41	0.67	0.28		0.74
<i>8.Apoio Organizacional</i>	6.64	3.16		0.848	
Item 31	1.68	1.30	0.58		0.92
Item 32	2.63	1.16	0.75		0.76
Item 33	2.34	1.15	0.84		0.67
<i>9.Feedback</i>	9.49	3.17		0.95	
Item 34	3.14	1.06	0.93		0.90
Item 35	3.24	1.09	0.93		0.90
Item 36	3.12	1.18	0.83		0.98

Nota. Esta tabela é relativa aos dados de consistência interna da EAPBE-36

Discussão

O presente estudo focou-se em tentar perceber quais seriam as atitudes face à prática baseada em evidência, por parte dos psicólogos portugueses (membros efetivos da OPP), assim como tentar identificar possíveis barreiras para a sua implementação. Assim sendo, e com base nos estudos anteriores, fez sentido analisar a associação entre as atitudes face à PBE com o tempo de experiência clínica, e o aumento da idade; perceber se o sexo tem influência sobre as atitudes face à PBE; avaliar se psicólogos da área das perturbações alimentares têm diferentes posições acerca da PBE, em relação a psicólogos de outras possíveis áreas; aferir se os psicólogos que utilizam apenas a terapia cognitivo-comportamental desenvolvem atitudes mais positivas face à PBE; e por último, testar se o clima e a cultura de uma organização de saúde pode ser um fator importante para a implementação da PBE por parte dos psicólogos que trabalham nessas mesmas organizações.

Começando por abordar a média do *score* total da Escala de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência de 36 itens (EAPBE-36), que por sua vez é relativamente alta ($M = 72.75$), o que significa que, no geral, os psicólogos portugueses desenvolvem atitudes positivas em relação à PBE. Este resultado vai de encontro à literatura que nos diz que de uma forma geral os psicólogos desenvolvem atitudes positivas face à PBE e apresentam abertura para a sua adesão, apesar de não a aplicarem na sua atividade profissional. No que diz respeito ao tempo de experiência clínica, este não demonstrou ter uma correlação significativa com as atitudes face à PBE assim como aconteceu com a idade. Este resultado opõe-se ao que Hamill & Wiener (2018) e Hitch (2016) evidenciaram nos seus estudos, pois mostraram que menor experiência clínica está associada a atitudes mais positivas em relação à PBE. No entanto, no artigo de Berke et al. (2011) informa-nos que há evidências de que os resultados em relação aos anos de experiência clínica são controversos. No estudo de Costa (2021) relativamente a uma amostra de psicólogos juniores e psicólogos membros efetivos da ordem dos psicólogos portugueses, não evidenciou associações significativas entre o tempo de experiência clínica e as atitudes face à PBE, apenas a evidência de *scores* significativamente mais altos na subescala Abertura para os psicólogos júnior. Ou seja, este último grupo apresenta maior abertura para a implementação de novos tratamentos testados empiricamente. Relativamente à idade, neste estudo, foi encontrada uma correlação negativa moderada com a subescala Apoio Organizacional. Isto é, à medida que a idade aumenta, os esforços de uma organização direcionados à implementação de um tratamento com base em evidência, tem menos peso na tomada de decisão para essa mesma implementação. Em contrapartida, psicólogos mais jovens aderem mais facilmente à PBE, caso essa prática seja encorajada pela organização em que se inserem. Relativamente ao sexo, Hamill & Wiener (2018) constataram que o sexo feminino está associado a

resultados mais positivos face às atitudes face à PBE, comparado com o sexo masculino. Esta evidência não foi demonstrada no presente estudo, aliás, não houve qualquer tipo de diferença em relação aos resultados obtidos entre os diferentes sexos. O que pode ter condicionado estes resultados foi o facto de haver uma grande discrepância no número de pessoas do sexo feminino ($n = 44$) e do o sexo masculino ($n=15$). No que se refere ao contexto das perturbações alimentares os resultados mostraram não haver diferenças significativas, à exceção da subescala Sobrecarga. E, pelo que se constatou, os psicólogos que trabalham noutras áreas têm *scores* mais altos nesta subescala, comparados com os psicólogos da área das perturbações alimentares. Isto quer dizer que, psicólogos da área das perturbações alimentares demonstram mais disponibilidade e flexibilidade na implementação de novos tratamentos baseados em evidência, na prática clínica. No entanto, o que a literatura mostra é que os psicólogos da área das PA sentem dificuldades em administrar tratamentos com base em evidência. Essas dificuldades estão associadas ao serviço prestado, e às características do paciente. Ou seja, pode haver de facto a flexibilidade para a implementação por parte dos profissionais, todavia aquando da administração dos tratamentos, sentem essas mesmas dificuldades. No que diz respeito ao modelo teórico utilizado, no geral, não foram encontradas diferenças significativas. Todavia, no que toca à subescala Equilíbrio, psicólogos que utilizam apenas o modelo cognitivo-comportamental apresentam um *score* médio mais baixo que os restantes psicólogos. Isto quer dizer que os profissionais que utilizam somente a TCC⁵ dão mais valor à ciência e à investigação, do que à experiência clínica e às competências como psicólogo. Em relação à subescala Divergência, psicólogos que utilizam apenas a TCC na sua prática, e psicólogos que utilizam mais do que um modelo teórico, obtiveram um *score* médio mais baixo, em relação a psicólogos que não utilizam nenhum dos modelos apresentados. Ou seja, profissionais que utilizam apenas a TCC e/ou utilizam mais do que um modelo teórico valorizam menos a experiência clínica na tomada de decisão para a implementação de um tratamento, e estão mais abertos ao uso de tratamentos manualizados. Estes resultados vão de encontro às evidências encontradas nos estudos de Camponês (2019) e contra aos resultados de Costa (2021), relativamente ao modelo teórico utilizado. No que toca à liderança de uma organização de saúde na qual o psicólogo exerce a sua atividade, os resultados não mostram diferenças significativas, ao contrário daquilo que foi constatado no estudo de Lil et al. (2018) e Wolf et al. (2017). A verdade é que a amostra de psicólogos que trabalham para uma organização de saúde é bastante pequena ($n=31$), e para além disso, o número de psicólogos em cada grupo diferia bastante ($n = 11$ em relação a uma liderança fraca a moderada; $n = 21$ em relação a uma liderança boa a excelente). Além de que, a construção da questão pode não ter sido bem feita, assim como a

⁵ Terapia Cognitivo-Comportamental

categorização dos grupos. No que concerne às correlações encontradas entre as diferentes subescalas, conclui-se o seguinte: quando os tratamentos com base em evidência são possíveis de ser adequados à abordagem clínica utilizada, e às necessidades do paciente (Adequação), a abertura para a sua implementação é maior (Abertura); profissionais que sobrevalorizam a experiência clínica e se recusam a utilizar tratamentos empíricos manualizados (Divergência), automaticamente desvalorizam a investigação científica (Equilíbrio) e, para além disso percebem a PBE como uma prática mais limitada (Limitação); psicólogos que percebem a PBE como uma prática limitada (Limitação), podem desvalorizar a importância da monitorização e da supervisão da prática clínica (Monitorização) e da investigação científica (Equilíbrio), assim como serem menos flexíveis para a sua implementação da PBE (Sobrecarga); psicólogos que desvalorizam a monitorização e a supervisão (Monitorização), por mais que a organização de saúde em que trabalham mobilize esforços para a implementação da PBE (Apoio Organizacional), não é suficiente para o sucesso da adesão; e por último, em contrapartida, psicólogos que valorizam os esforços de uma organização para a implementação da PBE (Apoio Organizacional), valorizam também a importância de receber feedback (Feedback).

Por último, no que diz respeito à definição da PBE, apenas 13.6% responderam corretamente, o que pode pôr em causa a veracidade dos resultados.

Conclusão

Segundo a análise dos resultados e da interpretação dos mesmos, permite-nos concluir o seguinte: a rejeição da hipótese 1, da hipótese 2, da hipótese 4, da hipótese 5, e a da hipótese 6 e apenas a aceitação da hipótese 3.

No que diz respeito às limitações deste estudo, pode-se afirmar que o tamanho da amostra total ($n = 59$) constitui uma limitação, assim como as discrepâncias em relação número total de pessoas dentro de cada grupo. Além disso, o facto de a possibilidade de algumas questões não terem sido bem elaboradas, e a possibilidade de a divisão dos grupos (tanto a nível categórico, como a nível quantitativo) não ter sido feita corretamente, também podem se constituir fatores de limitação para este estudo.

Por fim, relativamente à consistência interna, de um modo geral, pode-se considerar substancial, uma vez que o alfa de *Cronbach* para a EAPBE-36 está abaixo de 0.70, e uma vez que, em relação às subescalas, quatro delas apresentam um alfa de *Cronbach* abaixo de 0.70, sendo que um delas é um valor mais baixo significativo.

Referências Bibliográficas

1. 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. 50, 331–340. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0302-3>
2. Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., & Landsverk, J. A. (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Science*, 7(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-56>
3. American Psychological Association. (2021a, April 21). *Policy statement on evidence-based practice in psychology*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>
4. American Psychological Association. (2021b). Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>
5. Barnett, M., Brookman-Frazee, L., Regan, J., Saifan, D., Stadnick, N., & Lau, A. (2017). How intervention and implementation characteristics relate to community therapists' attitudes toward evidence-based practices: A mixed methods study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 824-837. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0795-0>
6. Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2011). What clinical psychologists know about evidence-based practice: Familiarity with online resources and research methods. *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 329–339. <https://doi.org/10.1002/jclp.20775>
7. Camponês, A. F. O. (2019). “Aversão à investigação”? Resultados de um questionário sobre a influência da investigação na prática clínica dos psicólogos e psicoterapeutas em Portugal [Tese de mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7312>
8. Costa, C. (2021). Adesão e atitudes dos psicólogos face à prática baseada em evidência em Portugal – Validação da EAPBE-36 [Tese de mestrado, Escola da Psicologia da Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/75077>
9. 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>
10. Hitch, D. P. (2016). Attitudes of mental health occupational therapists toward evidence-based practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(1), 27–32. <https://doi.org/10.1177/0008417415583108>

11. Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), Article e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
12. Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016/10/07). *Ordem dos Psicólogos Portugueses Código Deontológico*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016_1.pdf
13. Patterson Silver Wolf, D. A., van den Berk-Clark, C., Williams, S.-L., & Dulmus, C. N. (2017). Are therapists likely to use a new empirically supported treatment if required? *Journal of Social Work*, 18(6), 666–678. <https://doi.org/10.1177/1468017317743138>
14. Laurel M. Wallace; Kristin M. von Ranson (2012). Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals., 50(3), 0–222. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.006>
15. Royal College of Psychiatrists (2011): National Audit of Psychological Therapies for Anxiety and Depression, National Report 2011.
16. Royal College of Psychiatrists (2013). Report of the Second Round of the National Audit of Psychological Therapies (NAPT) 2013. London: Healthcare Quality Improvement Partnership.
17. Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (2017). The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): A brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation Science*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0573-0>
18. Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (under review). The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EPBAS-36): A brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in Norwegian and U.S. samples. *Implementation Science*.
19. Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 754–757. <https://doi.org/10.1002/eat.20426>
20. Wallace, L. M., & von Ranson, K. M. (2011). Treatment manuals: Use in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 815–820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.002>
21. Waller, G. Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Curr Psychiatry Rep* 18, 36 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0679-0>