

Reflexões acerca do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental

Reflections on the iatrogenic potential of psychotherapies in the field of Mental Health

Cláudio Kazuo Akimoto Júnior¹

Maria Lívia Tourinho Moretto²

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

RESUMO

Este trabalho apresenta pesquisa teórica sobre o tema do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental, propondo uma reflexão sobre o problema que se coloca a partir dos achados. Desde a Grécia Antiga, com Hipócrates, estabeleceu-se como princípio basilar das práticas de cura que, primeiramente, não se deve causar mal ao paciente. Hoje sabe-se que qualquer tratamento com potencial para curar tem também potencial iatrogênico. As pesquisas indicam que tratamentos em saúde mental provocam piora do quadro clínico do paciente em até 10% dos casos. Contudo, neste campo, a pesquisa sobre o tema pouco avançou, enfrentando forte resistência por parte dos profissionais da área, que dão mais ênfase às pesquisas sobre os efeitos terapêuticos de suas práticas, apresentando pouca familiaridade com a questão das iatrogenias. Concluímos que, de acordo com o princípio hipocrático, é fundamental que psicoterapeutas e outros profissionais da área da Saúde, estejam atentos ao potencial iatrogênico de suas práticas, possibilitando, simultaneamente, uma fundamentação mais consistente com relação aos efeitos terapêuticos de seu trabalho. Espera-se que este trabalho sirva de base para ampliar a discussão sobre o potencial iatrogênico dos tratamentos em saúde mental, visando, em última instância, a redução de danos decorrentes dos mesmos. **Palavras-chave:** psicoterapia; iatrogenia; efeitos iatrogênicos; saúde mental.

ABSTRACT

This paper presents a theoretical research on the iatrogenic potential of psychotherapies in the field of Mental Health, proposing a reflection on the problem that arises from the findings. Since ancient Greece, with Hippocrates, it was established as a basic principle of healing practices that, firstly, the doctor

¹ Advogado, Psicólogo e Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição (LABPSI-USP). E-mail: claudio.akimoto@usp.br.

² Doutora em Psicologia Clínica e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: liviamoretto@usp.br.

should not cause harm to the patient. Today it is known that any treatment with the potential to cure also has a iatrogenic potential. Research indicates that mental health treatments cause worsening of the clinical condition of the patient in up to 10% of cases. However, in this field, research on the topic made little progress, facing strong resistance from professionals, who give more emphasis to research on therapeutic effects of its practices, with little familiarity with iatrogenic effects. We conclude that, following the Hippocratic principle, it is essential that psychotherapists - and other health professionals - become aware of the iatrogenic potential of their practices, also enabling a more consistent basis regarding the therapeutic effects of their work. It is hoped that this work will serve as basis for a broader discussion on the iatrogenic potential of treatments in mental health, aimed ultimately at the possibility of reducing damages caused by iatrogenic effects.

Keywords: psychotherapy; iatrogenesis; iatrogenic effects; mental health.

Introdução

Desde a Grécia Antiga, com Hipócrates (460 – 370 A.C.), um dos mais importantes referenciais da história médica, conhecido como o pai da medicina ocidental (Grammaticos & Diamantis, 2008), já se reconhecia a possibilidade de que um tratamento de saúde causasse dano ao paciente, sendo vital que aquele que conduz o tratamento, antes de mais nada, tivesse a devida cautela visando evitar ou, ao menos, minimizar esses danos.

O juramento hipocrático, adotado até hoje na prática médica, visa estabelecer princípios éticos ou padrões de conduta capazes de orientar o exercício das práticas de cura e, também, mitigar esses potenciais efeitos nocivos. Dentre os princípios elencados nesse juramento, o primeiro e mais importante é o princípio de “não maleficência” (*primun non nocere*), ou seja, antes de mais nada, não se deve causar danos ao paciente, sendo esse o pilar central da ética médica (Jones, 1868/2006).

Um segundo princípio - que recebe menos destaque, mas também tem grande importância - é o *vulgare vulnerabilia*, ou seja, a obrigação de tornar público, divulgar e informar os pacientes e a população acerca das possíveis situações de vulnerabilidade a que estão expostos, bem como os riscos envolvidos nos tratamentos e nos métodos a serem aplicados (Jones, 1868/2006).

Considerando estes princípios, temos a orientação para que o profissional de saúde atue, antes de mais nada, evitando causar mal ao paciente para,

só então, pensar em produzir resultados positivos com o tratamento, devendo, inclusive, alertar e informar o paciente sobre potenciais riscos ou perigos do tratamento que será utilizado. Implícita nessas orientações está a concepção de que uma atuação médica pode causar tanto efeitos positivos quanto efeitos negativos para o paciente e, desde os tempos da Grécia Antiga, já havia até mesmo previsão em textos legais acerca da possibilidade de responsabilização jurídica e punição do médico em caso de danos causados ao paciente no curso de um tratamento.

Para os casos em que o médico não seguia as práticas de cura estabelecidas, resultando em morte do paciente, era cabível indenização pecuniária à família da vítima. Também o Código de Hammurabi (1970-1770 a.C.), já previa punições rigorosas ao médico, no caso de morte de pacientes (Bittar, 1991).

Atualmente, a possibilidade de danos ou prejuízos causados pelo tratamento de saúde a um paciente é comumente referida pelo conceito de iatrogenia (Tavares, 2007). Buscas em dicionários da língua portuguesa definem o termo como aquilo que se relaciona às noções de erro ou dano causado por um tratamento ou prática terapêutica ou de saúde. Em dicionário da língua portuguesa (Ferreira, 1985), a iatrogenia está definida como: “Parte da Medicina que estuda a ocorrência de doenças que se originam do tratamento de outras; patologia da terapêutica”. Já o dicionário Webster da língua inglesa (Webster, 1993), apresenta, sobre o termo iatrogenia (iatrogenesis): “(...) agora o termo se aplica a qualquer condição de que sofra um paciente como resultado de qualquer tipo de tratamento médico, como uma reação a um medicamento, por exemplo”. Neste sentido, a definição dada pelo Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional (CPMSO, 1999) é: “iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico ou de outro profissional de saúde”.

Essas definições dão indícios de como é amplo o significado do termo, podendo englobar categorias diversas de efeitos do tratamento, como: efeitos adversos, efeitos colaterais, deterioração, complicações, dentre outros conceitos que são usados, muitas vezes, de modo quase que intercambiável na literatura (Padilha, 2001). Outro ponto importante é que o tema não diz respeito a-

penas a tratamentos médicos, mas também àqueles oferecidos por outros profissionais de saúde (Padilha, 2001), inclusive os psicólogos. Para Tavares (2007, p. 181):

Iatrogenia (ou iatrogenose, iatrogênese) abrange, portanto, os danos materiais (uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, etc.) e psicológicos (psicoiatrogenia – o comportamento, as atitudes, a palavra) causados ao paciente não só pelo médico como também por sua equipe (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais).

Contudo, apesar de atualmente vinculada à noção de um efeito adverso causado por um tratamento médico, em sua origem grega, a palavra *iatrogenia* deriva do radical *iatro* (“iatrós”), que significa médico, curandeiro, remédio; e da palavra *geno* (“gennáo”), significando aquele que gera, que produz; e do prefixo “la”, que indica uma qualidade, ou seja, o termo *iatrogenia*, em sua origem, se referiria, na verdade, a todos os efeitos produzidos pelo curandeiro, a toda e qualquer ação médica, todo efeito produzido por um tratamento, seja esse efeito benéfico ou prejudicial ao paciente (Tavares, 2007).

Ainda que haja essa noção geral acerca do significado do termo *iatrogenia*, com sua aproximação atual da noção de prejuízos causados pelo tratamento ao paciente, seu status de conceito na literatura científica ainda não está rigorosamente estabelecido (Padilha, 2001). Diversas áreas como Medicina, Farmacologia, Psicologia, Direito, Sociologia, fazem uso do termo, por vezes com concepções variadas, com maior ou menor abrangência, referindo-se a fenômenos dos mais diversos. Mesmo dentro de um único campo, há disputas na literatura acerca do que exatamente poderia ser enquadrado como uma iatrogenia (Padilha, 2001).

Apesar do reconhecimento dos potenciais efeitos nocivos dos tratamentos desde tempos antigos, bem como estudos atuais que mostram o potencial nocivo dos efeitos iatrogênicos na área de saúde (Starfield, 2000), o tema da iatrogenia nem sempre é tratado com a devida relevância. No âmbito da Farmacêutica e também da Medicina, há maior proximidade e esforços no campo das pesquisas para tentativas de investigação e redução dos potenciais riscos ao paciente, buscando tratamentos cada vez menos invasivos e menos doloro-

tos ou com menor grau de efeitos colaterais (Padilha, 2001). Tal debate é muito comum especialmente no que diz respeito aos novos medicamentos e também em intervenções cirúrgicas, estando submetidos a uma extensa fase de testes para aferir sua segurança, antes que possam ser oferecidos amplamente. Porém, em outras áreas da saúde, que se aproximam mais da prática clínica, em especial dentre profissionais da área de saúde mental, o tema ainda é pouco abordado (Padilha, 2001).

No campo da saúde mental, a própria questão do déficit na pesquisa sobre efeitos iatrogênicos dos tratamentos é algo questionado na pouca literatura existente sobre o tema, sendo levantadas algumas possíveis explicações (Berk & Parker, 2009). Em primeiro lugar, os autores destacam uma certa ignorância dos profissionais das áreas da saúde mental acerca da possibilidade de que seu tratamento possa causar mal (Boisvert & Faust, 2007). Perdura neste campo certa noção, especialmente dentre as psicoterapias, de que por se tratar apenas de uma “conversa”, de coisas ditas entre paciente e terapeuta, estaria configurado um procedimento não invasivo e que, portanto, não haveria risco de danos (Nutt & Sharpe, 2008).

Um segundo problema levantado é a tendência de profissionais da área à simplesmente não perceber ou então subestimar os danos que causam a seus pacientes, tendo maior tendência a acreditar que o tratamento que oferecem está sendo bem sucedido (Boisvert & Faust, 2007). Em terceiro lugar, destacam a série de dificuldades metodológicas envolvidas no estudo do tema, como a falta de clareza terminológica que permita uma melhor comunicação sobre assunto e falta de métodos adequados para aferir e mensurar a ocorrência dos efeitos adversos (Linden, 2012).

Alguns trabalhos importantes, como os estudos de Bergin (1966), ao desenvolver o conceito de “*deterioration effect*”, tiveram o papel relevante de comprovar experimentalmente a possibilidade de que um tratamento psicoterápico cause danos, sendo seguido por outros autores que verificaram, experimentalmente, tal possibilidade de piora do paciente após início do tratamento (Mays & Franks, 1985; Mohr, 1995; Moos, 2005; Boisvert & Faust, 2007; Jarret, 2007; Berk & Parker, 2009). Porém, ainda é necessário muito avanço na pes-

quisa sobre o tema para que se possa, de fato, reduzir os níveis de efeitos iatrogênicos causados. Segundo a literatura atual sobre o tema, na média, cerca de 10% dos pacientes tratados com psicoterapia sofrem com efeitos iatrogênicos do tratamento (Jarret, 2007), o que nos parece um número bastante preocupante.

Atualmente, se fortalece cada vez mais uma busca incansável por estudos científicos que possam comprovar de modo experimental a eficácia dos tratamentos no campo da saúde mental. Contudo, este esforço não ocorre na mesma velocidade para o estudo dos efeitos iatrogênicos, que acabam sendo relegados para um segundo plano, o que vai contra o princípio hipocrático de, acima de tudo, não causar mal ao paciente.

Em especial, no campo da psicanálise, as pesquisas sobre o tema são raras. Desde Freud, passando por Lacan e até os dias atuais, poucos são os trabalhos que abordam diretamente o assunto (Berk & Parker, 2009), sendo necessário um trabalho de coleta de pequenos fragmentos ao longo das obras desses autores para tentar construir algo que possa dar alguma orientação acerca dos cuidados a serem tomados pelo analista para evitar efeitos iatrogênicos.

Pode-se, por exemplo, identificar questões levantadas acerca dos erros cometidos por Breuer na condução do tratamento de Anna O., ou mesmo dificuldades em outros casos relatados por Freud. Ainda em Freud (1913/1996), temos a questão acerca da importância do tratamento de ensaio para verificar as possibilidades de continuidade da análise com cada paciente, antes de se dar início ao tratamento de fato, evitando assim consequências que poderiam vir a ser traumáticas para o paciente. Ou, ainda, elaborações sobre conceitos como *acting out*, transferência negativa, dentre outros. Porém, são poucos os textos que abordam diretamente a questão dos possíveis danos causados pelo tratamento.

Desse modo, pretende-se com esse artigo apresentar os resultados de uma pesquisa teórica sobre o tema e a questão da possibilidade de ocorrência de efeitos iatrogênicos no campo das psicoterapias em Saúde Mental, visando

ampliar a discussão sobre o mesmo, no intuito de contribuir, em última análise, para uma redução na ocorrência de iatrogenias.

Sobre as Iatrogenias

Acerca da importância do médico no curso de um tratamento Balint (1957, p. 198) escreve:

Em um desses seminários, o primeiro tópico discutido foram as drogas usualmente prescritas pelo médico. Muito rapidamente a discussão revelou – certamente não pela primeira vez na história da medicina – que de longe a droga mais usada na prática médica é o próprio médico. Não são apenas os remédios nos frascos ou as pílulas nas caixas que importam, mas o modo como o médico as ministra ao paciente – de fato, toda a atmosfera na qual a droga é prescrita e ingerida.

Contudo, Balint destaca também as dificuldades que essa constatação apresenta, uma vez que a "droga" médico não tem uma farmacologia clara, tampouco regras de dosagem, forma, frequência e, nem mesmo, uma descrição de potenciais efeitos colaterais ou adversos.

Ainda que se possa acreditar que, com o tempo e a devida formação, o médico seja capaz de estabelecer certa noção acerca desses elementos, é evidente que a situação é muito diversa do que a que se verifica no uso de medicamentos.

Paira, então, o receio de que o trabalho do profissional de saúde possa também ser prejudicial ao paciente e, ao invés de promover sua cura e um restabelecimento do bem estar, possa causar um agravamento do sofrimento ou perpetuação da doença. Balint (1957, p. 688), então, alerta:

Eu sei que essas ideias trazem uma pesada e alarmante responsabilidade para todos nós – clínicos gerais, especialistas, psicanalistas, e demais – mas eu não acredito que possamos evitar enfrentar isso. E eu, firmemente, acredito que, ao nos tornar mais e mais advertidos de nossos papéis na relação entre médico e paciente – ou seja, nós como drogas passíveis de causar efeitos colaterais – nossa eficiência terapêutica irá prosperar.

Balint destaca, então, a importância de que, cada vez mais, se possa considerar uma maior gama de variáveis envolvidas na relação médico-paciente, em especial os eventuais efeitos adversos, sendo esse o caminho

também para a melhora na eficácia e sucesso terapêutico dos tratamentos. Acima de tudo, espera que os profissionais possam tomar consciência dos próprios efeitos colaterais que podem causar aos pacientes.

Desde então, com o passar dos anos, a questão dos efeitos adversos avançou significativamente no campo da medicina. Com o desenvolvimento de técnicas médicas cada vez mais sofisticadas e também com os avanços no campo da Farmacologia, mostrou-se necessário um maior cuidado com o potencial danoso dos novos tratamentos e a importância de se buscar tratamentos que possam ser menos invasivos possíveis para os pacientes.

Neste sentido, é prática comum a existência de agências reguladoras responsáveis por testar os novos medicamentos e tratamentos e decidir quais devem (ou não) ser permitidos. O papel das agências reguladoras influi diretamente nos tratamentos e medicamentos oferecidos, sendo um elemento importante a se ter em mente nessa discussão. A proposta, ao menos em tese, é de se buscar ao máximo reduzir os potenciais efeitos adversos dos tratamentos prescritos aos pacientes.

Mesmo com os cuidados tomados atualmente, a iatrogenia representa ainda um problema sério no campo da saúde, ocorrendo com frequência no curso dos tratamentos médicos, colocando em risco e até mesmo levando à morte muitos pacientes.

Em um estudo realizado em um hospital universitário norte-americano, no ano de 1981, resultados mostraram que até um terço das doenças diagnosticadas no hospital eram de causa iatrogênica (Steel *et al.*, 1981). Dessas doenças, uma em cada 10 era considerada grave e em 2% dos casos, levou à morte. A maior parte dos casos era relacionada com os medicamentos indicados, ou seja, iatrogenia farmacológica, mas outras causas relevantes de iatrogenia foram a má avaliação de pacientes e os erros diagnósticos, bem como falta de acompanhamento e monitoramento adequados do quadro do paciente, que poderiam evitar os efeitos iatrogênicos.

Em outros estudos realizados nos Estados Unidos (Leape, 1992; Phillips *et al.*, 1998; Lazarou *et al.*, 1988) números anteriores ao ano 2000 mostram as seguintes estatísticas de mortes por iatrogenia no país: 12 mil mortes em cirur-

gias desnecessárias; 7 mil mortes por erros de medicação prescrita em hospitais; 20 mil mortes por outros erros hospitalares; 80 mil mortes por infecções hospitalares; e 106 mil mortes por efeitos colaterais dos medicamentos (não por erro de medicação prescrita).

Considerando estes números, pode-se considerar que iatrogenias são responsáveis por cerca de 225.000 mortes por ano, número que coloca a iatrogenia como terceira maior causa de morte nos Estados Unidos, abaixo apenas de doenças cardíacas e câncer, e muito acima da causa seguinte na lista que seria a doença cerebrovascular. Outros estudos conduzidos pelo Instituto de Medicina norte-americano mencionam números entre 230 mil e 284 mil (Starfield, 2000). E essas são estatísticas extraídas considerando apenas ambientes hospitalares, de modo que os números poderiam ser ainda maiores, se considerados pacientes que não estão internados.

Além disso, tais estudos consideram apenas mortes, não incluindo outros possíveis efeitos negativos. Esses dados fornecem uma boa ilustração da magnitude do problema da iatrogenia nos serviços de saúde.

No âmbito da Farmacologia, a questão das iatrogenias tem recebido especial atenção, sendo muitos comuns - e até mesmo obrigatórias - pesquisas que verifiquem os efeitos adversos dos medicamentos. Novos medicamentos são submetidos a rigorosos testes que buscam verificar não apenas sua eficácia para o tratamento de uma determinada condição, mas também os potenciais efeitos adversos envolvidos no seu uso (Nutt & Sharpe, 2008).

Também na Medicina, o assunto é objeto de atenção, especialmente em se tratando de procedimentos cirúrgicos ou invasivos, buscando-se sempre novas soluções que não apenas sejam eficazes para tratar o problema alvo, mas que também o façam com o menor grau possível de sofrimento e prejuízo ao paciente. Como já mencionado, desde Hipócrates, já se tinha ciência do potencial nocivo das intervenções médicas, sendo estabelecido no Juramento Hipocrático o princípio de que, antes demais nada, não se faça mal ao paciente.

Contudo, no campo da saúde mental, mais particularmente dentre as psicoterapias, os avanços sobre o tema foram mais tardios, tanto em termos de

comprovação científica da eficácia dos tratamentos como na investigação acerca dos possíveis efeitos iatrogênicos, não alcançando ainda o mesmo patamar constatado na Farmacologia ou mesmo na Medicina (Hansen *et al.*, 2002).

Possibilidade de efeitos iatrogênicos nas psicoterapias

No começo da década de 50, Eysenck (1952) afirmou que nenhum tipo de psicoterapia seria capaz de produzir qualquer tipo de efeito positivo adicionais para o paciente. A afirmação de Eysenck se pautava em uma revisão de 19 outros estudos empíricos realizados com diversas modalidades de psicoterapias, incluindo as de orientação psicanalítica, avaliando quais as taxas de melhoras para o paciente alcançadas por cada modalidade.

No total, mais de 7000 casos de pacientes neuróticos foram avaliados, sendo que a única medida de sucesso ou fracasso do tratamento era o registro fornecido pelo próprio terapeuta em termos de quatro categorias possíveis: cura ou muita melhora; melhora; pouca melhora; e nenhuma melhora.

Os resultados alcançados por Eysenck mostraram que os tratamentos psicanalíticos alcançaram melhora de 66%. Já os pacientes tratados com outras psicoterapias alcançaram melhora de 64%, enquanto pacientes tratados de maneira mais geral por profissionais médicos, sem uso de psicoterapias, alcançaram melhoras de 72%. Desse modo, os resultados alcançados pela psicanálise, pelas outras psicoterapias ou pelo simples tratamento sem psicoterapias seriam praticamente equivalentes. Diante dos resultados, Eysenck (1952, p. 321) conclui que:

De modo geral, certas conclusões são possíveis a partir desses dados. Eles falham em comprovar que psicoterapia, freudiana ou outra qualquer, possam facilitar a recuperação de pacientes neuróticos. Dados mostram que aproximadamente dois terços de um grupo de pacientes neuróticos irão se recuperar ou melhorar até um certo ponto em um período de cerca de dois anos contados do começo do adoecimento, sejam eles tratados com psicoterapias ou não. Esse percentual parece ser surpreendentemente estável de uma pesquisa para outra, independentemente do tipo de paciente tratado, o padrão de recuperação aplicado ou o método de terapia usado. Do ponto de vista do neurótico, esses dados são encorajadores; mas do ponto de vista dos psicoterapeutas, as evidências dificilmente podem ser considerados a favor de seus argumentos.

As conclusões de Eysenck (1952) foram inquietantes e levaram a opiniões diversas entre os profissionais e pesquisadores da área. Alguns terapeutas ignoraram as implicações da publicação de Eysenck e continuaram defendendo que a prática da psicoterapia era importante, tomando a psicoterapia e sua eficácia como algo facilmente constatável, para o qual não seriam necessárias maiores investigações. Continuavam a defender o papel vital das psicoterapias no âmbito da saúde mental, destacando sua clara eficácia no cotidiano das clínicas, sem maiores preocupações acerca da verificabilidade desses dados. Henry & Strupp (1994, p. 54) chegam a afirmar que:

(...) observações clínicas documentam amplamente que muitos pacientes se beneficiam de uma relação interpessoal com um profissional quando estão perturbados por dificuldades da vida e procuram ajuda. Argumentar o contrário é simplesmente fechar os olhos para os fatos.

Em resposta a esse grupo, Eysenck (1952), de maneira irônica, lembra que durante muito tempo todos também sabiam que a terra era plana...

Já outros, indo em sentido oposto, seguiram a posição apresentada por Eysenck, chegando a defender o fim das psicoterapias como um todo, vez que não haveria utilidade ou viabilidade de se dar continuidade ao uso de tratamentos que não tinham provas científicas de sua eficácia no âmbito da saúde mental.

Contudo, o mais relevante efeito das conclusões apresentadas por Eysenck (1952) foi o início de uma insistente busca pela demonstração científica para a eficácia e validade do uso das psicoterapias (Barlow, 2010). Ao longo das décadas seguintes, diversos trabalhos de revisão foram realizados e os resultados, em geral, demonstravam haver, sim, uma alta eficácia de resultados para as psicoterapias, apesar de não serem capazes de localizar grandes diferenças ao comparar as diversas linhas de tratamento (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980), contrariando, portanto, os resultados identificados por Eysenck.

Luborsky, Singer & Luborsky (1975, p. 997), revisando um total de 105 pesquisas que comparavam diversas práticas psicoterápicas, concluíram que:

(...) a maioria dos estudos comparativos das diferentes formas de psicoterapia revelaram diferenças insignificantes nas proporções de pacientes que melhoraram ao final da psicoterapia.

Smith, Glass & Miller (1980), em outra revisão, consideraram um total de 475 estudos utilizando grupos-controle para testar os resultados das psicoterapias. Os resultados mostraram que a média dos indivíduos tratados teve melhoras 85% acima da média dos indivíduos do grupo controle, o que reforça a eficácia do uso de psicoterapias.

Contudo, apesar dos avanços sobre a questão da eficácia das psicoterapias ou a diferença de eficácia entre as diversas linhas teóricas, pouco se avançava no tocante aos possíveis efeitos adversos causados pelo tratamento. Tal hipótese viria a ser mais bem explorada por Bergin (1966), em uma resposta aos resultados alcançados por Eysenck (1952).

Bergin faz uma revisão dos mesmos trabalhos usados como base por Eysenck, mas com uma análise mais detalhada e minuciosa dos dados. A partir dessa revisão, Bergin (1966, p. 235) extrai seis conclusões, das quais nos interessa em especial a primeira delas: "Psicoterapia pode fazer com que pessoas se tornem melhor ou pior ajustadas quando comparadas com pessoas que não receberam o tratamento." (grifos nossos).

Assim, a conclusão alcançada por Bergin é de que as psicoterapias podem tanto trazer efeitos positivos, como também efeitos negativos para os pacientes. Resultados preliminares de estudos realizados com pacientes esquizofrênicos (Rogers, 1961; Truax, 1963; Carkhuff & Truax, 1964) já pareciam indicar que os pacientes tratados com psicoterapia podiam ter melhoras ou pioras em seus níveis de ajustamento social, se comparados aos pacientes dos grupos controles.

Outros estudos (Barron & Leary, 1955; Cartwright, 1956; Cartwright & Vogel, 1960; Fairweather *et al.*, 1960; Mink, 1959; Powers & Witmer, 1951; Rogers & Dymond, 1954) também mostravam resultados semelhantes. Porém, em todos esses casos, tais resultados não eram a descoberta principal da pesquisa e, portanto não recebiam maior atenção (Bergin, 1966).

Interessante notar que nos trabalhos analisados por Bergin, os resultados indicavam, na média, que a variação na saúde dos pacientes era quase a

mesma, tanto nos que foram tratados com psicoterapia quanto nos do grupo controle. Porém, a diferença identificada por Bergin estava na variabilidade de resultados. Os resultados de mudanças, dentre os pacientes submetidos ao tratamento, tiveram uma dispersão muito maior, com valores bem acima e também bem abaixo da média, enquanto que, dentre os pacientes do grupo controle, os resultados se mostraram mais concentrados, próximos à média dos resultados. A diferença residia na dispersão dos resultados, ainda que, na média, os efeitos fossem equivalentes.

Ou seja, considerando a média de resultados, seria possível sustentar a hipótese de Eysenck, de que as psicoterapias não operam efeitos significativos sobre os pacientes, afinal a média de resultados era equivalente entre os pacientes tratados e os pacientes do grupo controle. Contudo, uma análise mais minuciosa mostra que há diferenças entre os pacientes tratados com psicoterapia e os pacientes do grupo controle, sendo que os pacientes que passaram pelo tratamento demonstraram melhoras muito mais significativas que os do grupo controle, em alguns casos, mas, em outros casos, mostraram pioras muito mais significativas que os pacientes que não receberam tratamento. Nas palavras de Bergin (1966, p. 235):

(...) Agora frequentemente documentada, essa informação é alarmante, para dizer o mínimo. Psicoterapia pode e faz com que pacientes fiquem pior do que os membros do grupo controle!

Cartwright (1956, p. 403), ao realizar uma reanálise do estudo de Barron & Leary (1955) (um dos artigos analisados também por Bergin), afirma que:

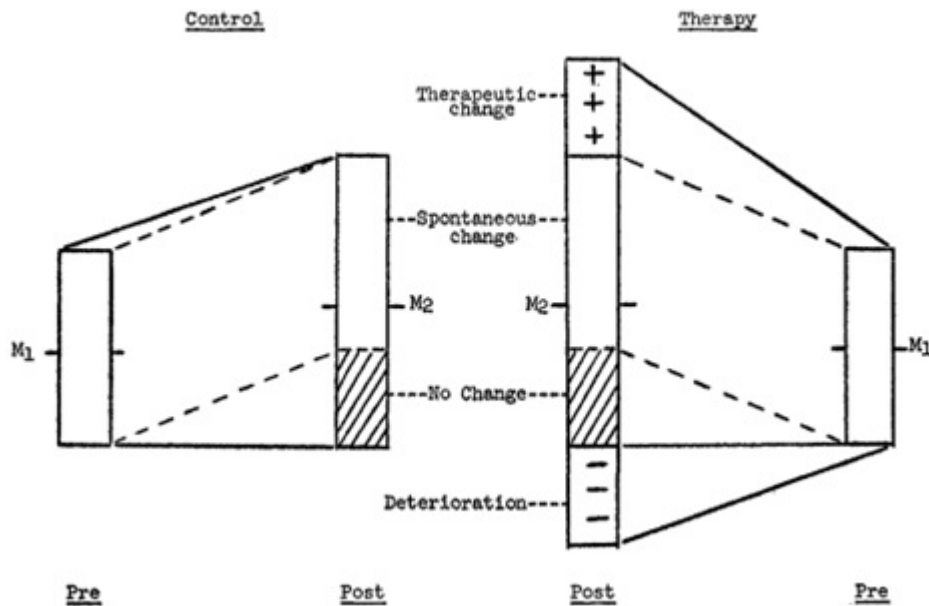
(...) Em muitas escalas, os resultados de variação entre os dois grupos estão ausentes devido a diferenças de dois tipos, opostas em valência, que estão presentes. Parece que alguns pacientes submetidos a terapia *pioraram* mais do que os que ficaram no grupo controle, enquanto que alguns pacientes de terapia de fato melhoraram significativamente mais do que os membros do grupo controle.

E Bergin (1966, p. 237), em resposta a Eysenck:

(...) Felizmente, esses diversos dados indicam que psicoterapia pode produzir melhoras significativas para pacientes, se comparados aos pacientes do grupo controle. Desse modo, contrário ao que sustentam alguns críticos, psicoterapias podem produzir melhoras para além do que é produzido apenas pela re-

missão espontânea. Consistentemente replicados, esse é uma direta e inequívoca refutação da antes-citada posição (Eysenck, 1960, 1965).

Para representar tais resultados, Bergin (1966) propõe a representação gráfica abaixo e sugere a utilização do termo “*Deterioration Effect*”:



Fonte: Bergin, 1966, p. 238.

A partir do conceito de *Deterioration Effect*, Bergin extrai então três implicações relevantes para o campo das psicoterapias. Em primeiro lugar, o fato de que não se deve abandonar o uso das psicoterapias, como alguns defendiam, pois os estudos demonstraram que o método é capaz de produzir melhoras significativas para o paciente.

O segundo ponto é a importância de que profissionais e pesquisadores se engajem e se dediquem mais para pesquisar a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos de seus tratamentos. A terceira implicação é a importância de se confirmar, no nível individual, se existem terapeutas que só causam melhoras e outros que só causam mal, ou se um mesmo terapeuta é capaz de causar as duas coisas. Tendo essas respostas, seria possível ajustar a prática e a técnica psicoterápica de modo a diminuir os efeitos adversos e acentuar os efeitos positivos.

Pesquisas sobre efeitos iatrogênicos nas psicoterapias

Assim, se reconhecemos que todo o tratamento, inclusive tratamentos psicoterapêuticos, tem o poder para curar um paciente, é forçoso reconhecer também que esses tratamentos detêm um potencial iatrogênico, oferecendo riscos ao paciente que pode ter seu quadro agravado após passar pelo tratamento, como demonstrado por Bergin. Segundo Crown (1983, p. 436):

(...) Todo tratamento, de aspirinas a esteróides e de psicotrópicos a psicotóxicos, se são eficazes, inevitavelmente terão efeitos tanto curativos quanto adversos. Nesse sentido, psicoterapia não é diferente de outros tratamentos de saúde. Seus efeitos adversos devem ser reconhecidos, suas fontes investigadas e explicitadas e estratégias sugeridas para como evitar ou reduzir tais efeitos.

Mas se aceitamos a possibilidade de ocorrência dos efeitos iatrogênicos no curso das psicoterapias, cabe questionar em que medida tais efeitos iatrogênicos se fazem presentes no curso de um tratamento psicoterapêutico, sendo necessário avançar na pesquisa sobre o tema, visando também a redução da ocorrência de iatrogenias. Contudo, apesar dos avanços nas tentativas de comprovação científica dos efeitos das psicoterapias, no geral pouca ênfase tem sido dada à questão dos possíveis efeitos adversos dos tratamentos. Neste sentido, Berk & Parker (2009, p. 787):

(...) qualquer intervenção potente tem tanto a capacidade de curar quanto de causar danos. Para testes com terapias baseadas em medicação, o monitoramento de efeitos adversos é obrigatório. Em contraste, a avaliação das psicoterapias tem historicamente privilegiado apenas o lado benéfico da equação.

Ou, ainda (Berk & Parker, 2009, p. 793):

(...) psicoterapias são uma base de eficácia da prática atual. A própria potencia de tais terapias dá origem a riscos que podem não ter sido devidamente apreciados, e, portanto, há uma presunção tácita pelos profissionais e pacientes de que a psicoterapia é amplamente livre de riscos. Isso pode ser um grande engano.

O pouco avanço nas pesquisas sobre o tema da iatrogenia nas psicoterapias é reflexo também das dificuldades metodológicas envolvidas na pesquisa sobre o tema. Em estudos conduzidos por Lambert (Bergin & Lambert, 1978; Lambert, Bergin & Collins, 1977) coletando evidência de mais de 50 es-

tudos, foi realizada busca de dados acerca da prevalência, incidência e magnitude dos efeitos adversos. Lambert destaca que o trabalho de coleta desses dados é muito árduo, sendo necessária a coleta de pequenas peças de informações espalhadas em diversas pesquisas para tentar delas extrair algum saber acerca dos efeitos iatrogênicos. Isso porque são poucos os estudos que abordam diretamente a questão dos efeitos adversos. Assim, ao realizar revisões na bibliografia sobre esse tema, é necessário certo trabalho interpretativo, para identificar quais dados indicam efeitos adversos no tratamento.

Lambert destaca também outra dificuldade no estudo do tema que é a grande resistência dos profissionais em tratar dessa questão, sendo que estudos mais antigos sequer consideravam a hipótese de deterioração no quadro do paciente ao estabelecer as categorias de avaliação do paciente numa pesquisa. Durante muito tempo, a possibilidade de efeitos adversos era simplesmente ignorada pelos pesquisadores.

Mas Lambert reconhece que, aos poucos, avanços foram feitos nesse tema, sendo possível notar um aumento no rigor e na precisão das investigações realizadas, o que tem, como consequência, resultado também em aumento da qualidade das terapias oferecidas, permitindo alcançar melhores resultados com os pacientes.

Apesar dessa certa melhora, os resultados coletados mostram que os efeitos adversos ainda se mantêm e numa taxa significativa. Mesmo para os pacientes que participam desses experimentos e que, portanto, são tratados em ambientes experimentais cuidadosamente controlados e preparados, eram verificados casos de piora no quadro dos pacientes. Mais do que isso, constatou-se que o número de pacientes do grupo controle que apresentavam efeitos adversos era menor do que dentre os pacientes que de fato receberam o tratamento, um dado que coloca um maior alerta sobre os riscos envolvidos no tratamento (Beutler *et al.*, 1984; Doherty, Lester & Leigh, 1986; Emmelkamp, De Haan & Hoodguin, 1990; Henry, Scraacht & Strupp, 1986).

Assim, as pesquisas tem alcançado certo sucesso em obter evidências acerca da ocorrência dos efeitos adversos. Porém, ainda não alcançou maiores avanços em identificar quais seriam as causas ou aspectos envolvidos na ocor-

rência desses efeitos adversos, ou em propor mecanismos para redução desses índices.

No geral, os resultados das pesquisas com testes randomizados utilizando grupos controle demonstraram que cerca de dois terços dos pacientes adultos apresentam melhoras após 14 atendimentos, mas um terço dos pacientes não apresenta melhora ou até pioram (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Os mesmos autores investigaram resultados de mais de 6.000 pacientes do cotidiano em clínicas públicas e centros de saúde mental - portanto fora de um ambiente experimental controlado - e os resultados foram ainda mais alarmantes: cerca de apenas um terço dos pacientes apresentou melhora ou recuperação, mais de 50% não responderam ao tratamento e uma média de 8% pioraram (resultados variaram de 3% a 14%).

Em estudos controlados realizados com pacientes crianças (Weiss *et al.*, 1999; Weisz, Donenberg, Han & Lauyneckis, 1995), os resultados foram mais preocupantes do que os constatados com adultos: a média dos resultados obtidos mostrou que os efeitos observados para o grupo que recebeu o tratamento foram praticamente os mesmos dos resultados para as crianças do grupo controle, ou seja, sem benefícios adicionais para aqueles que de fato receberam o tratamento. Warren *et al.* (2010), em um estudo com pacientes de instituições públicas de saúde mental, com mais de 4.000 pacientes crianças e adolescentes concluíram que as taxas de piora dentre os pacientes tratados era de pelo menos 14%, podendo chegar a surpreendentes 24%. Na ampla maioria, os estudos consideravam apenas técnicas psicoterápicas, em especial, as de orientação comportamental. Diante desses dados, Lambert & Ogles (2004, pg. 192) afirmam:

A literatura sobre efeitos negativos sugere, ainda que os estudos tenham muitas limitações metodológicas e ambiguidades, que a evidência de que psicoterapias podem e causam mal a uma porção dos pacientes que se propõe a ajudar é substancial. O fato de que uma porção relativamente consistente dos adultos (5% a 10%) e uma proporção surpreendentemente alta entre crianças (14% a 24%) pioram durante o curso do tratamento – especialmente em cuidado diário – carece de soluções. O estudo de efeitos adversos tem importantes implicações para a seleção de alunos para pesquisas, a seleção de pacientes para o tratamento, a adequação de procedimentos

ou métodos específicos para certos pacientes, e a seleção, treino e avaliação de terapeutas.

Lambert, Bergin & Collins (1977) fazem um levantamento de estudos que tentaram avaliar a questão dos efeitos adversos nas psicoterapias em geral. Alguns resultados afirmam que de 3% a 10% dos pacientes pioram após entrar na psicoterapia, com taxas de 7% a 15% no caso de pacientes com abuso de substâncias (Mohr, 1995; Moos, 2005; Boisvert & Faust, 2007). Em outro artigo, a estimativa é de que aproximadamente 10% das pessoas pioram após o início do tratamento (Jarret, 2007).

Já para Hansen, Lambert & Forman (2002), utilizando testes clínicos randomizados, em que os tratamentos eram oferecidos por terapeutas supervisionados e cuidadosamente selecionados, e tratando apenas de pacientes já diagnosticados previamente com alguma doença específica, cerca de 35% a 40% dos pacientes não obtiveram nenhum benefício com a psicoterapia e uma pequena parcela dos pacientes, entre 5% e 10% tiveram piora na sua condição. Lambert & Ogles (2004), afirmam que aproximadamente 5% a 10% dos pacientes sofrem pioras no curso do tratamento. Os números podem chegar a até 10% a 15% no caso de pacientes com problemas de abuso de substâncias (Lilienfeld, 2007). Outros estudos de importância também demonstraram os efeitos negativos de diversas modalidades de abordagens psicoterapêuticas em diversas populações clínicas (Foa & Emmelkamp, 1983; Mays & Franks, 1985; Hans *et al.*, 1977).

Hadley & Strupp (1976) realizaram uma pesquisa consultando 150 psicoterapeutas acerca da existência e natureza dos efeitos adversos. Setenta desses profissionais responderam, sendo eles de orientações teóricas variadas, como behavioristas, psicodinâmicos e fenomenológicos, e os resultados mostraram que 3% a 6% dos pacientes tiveram pioras.

De modo geral, portanto, as pesquisas encontradas na literatura alcançam êxito em demonstrar a possibilidade de ocorrência de efeitos iatrogênicos nas psicoterapias, bem como em identificar as taxas de ocorrência desses efeitos iatrogênicos. Contudo, apesar de tais evidências, pouco ainda se avançou no sentido de identificar as causas ou fatores envolvidos nesses processos ia-

trogênicos, dificultando o desenvolvimento de estratégias adequadas para redução do potencial iatrogênico dos tratamentos.

Nos perguntamos: quais fatores são indicados pela literatura como obstáculos ao avanço das pesquisas sobre o tema?

Resistência à pesquisa sobre iatrogenias

Apesar das evidências indicando a possibilidade de ocorrência de efeitos iatrogênicos no curso do tratamento psicoterapêuticos e dos alertas para a importância da pesquisa sobre o tema, as pesquisas neste campo pouco avançaram, enfrentando uma série de obstáculos metodológicos. Isso porque ao buscar investigar se um tratamento causou prejuízos a um paciente não se trata apenas de aferir quais pacientes pioraram após o início do tratamento, mas sim de se criar um mecanismo de análise que permita identificar também se os efeitos adversos observados foram ou não causados pelo tratamento.

Nesse sentido, por exemplo, um paciente que apresenta piora no curso de um tratamento talvez pudesse ter piorado ainda mais caso não houvesse recebido o tratamento, de modo que o tratamento, na verdade, teria sido positivo, ao reduzir o grau de deterioração do quadro do paciente. Outro exemplo são casos em que uma piora no quadro do paciente é constatada, mas tal piora é, na verdade, decorrente de fatores completamente alheios ao tratamento (como, por exemplo, a morte de um familiar ou outro evento adverso na vida pessoal do paciente).

No sentido oposto, um paciente que apresenta melhoras não necessariamente foi beneficiado pelo tratamento. Talvez o paciente já tivesse uma tendência a melhorar e o tratamento na verdade retardou ou dificultou sua recuperação, ou simplesmente não teve impacto nenhum no curso de seu processo de cura.

Assim, a análise acerca dos efeitos negativos é complexa e multifatorial, sendo necessários maiores esforços na busca de uma metodologia capaz de contemplar esse tipo de investigação. Mas dentre os diversos fatores envolvidos na pesquisa sobre o tema, a literatura destaca a postura dos próprios psicoterapeutas em relação ao tema da iatrogenia.

Como demonstra Levenson *et al.* (2010), psicoterapeutas tem dificuldade em prever o curso de um tratamento, bem como em identificar eventuais fracassos e pioras na condição do paciente, tendo uma tendência a crer que o tratamento oferecido está sendo positivo. Em especial, quanto aos efeitos adversos, Eaton *et al.* (1993), destacam que há uma maior dificuldade do terapeuta em reconhecer tais efeitos, havendo uma tendência a desqualificar o reconhecimento de um efeito negativo, atribuindo-o a características ou comportamentos do próprio paciente, mas não como efeito do tratamento. Assim, terapeutas, de modo geral, tendem a não perceber ou não reconhecer os efeitos adversos que causam.

Lambert, Bergin & Collins (1977) afirmam que a ideia de que uma psicoterapia possa causar prejuízos tem sido historicamente recebida com inércia e oposição. Boisvert & Faust (2007) apontam também que psicoterapeutas tendem a subestimar a ocorrência dos efeitos negativos de seus tratamentos. Já para Crown (1983), os psicoterapeutas que tentam abordar esse tema são vistos pelos colegas com certa desconfiança, como profissionais que possuem dúvidas acerca da prática que exercem, o que seria outro motivo que desestimula pesquisas sobre o tema.

Castonguay *et al.* (2010, p. 34) também destacam a importância de que os terapeutas possam, por mais doloroso que seja, reconhecer que é muito provável que todos tenham, em algum ponto de suas carreiras, causado danos a um ou mais pacientes:

(...) nos arriscamos a presumir que todos psicoterapeutas com alguma experiência, em um ponto ou outro de suas carreiras, já falharam em cumprir o mais básico e eticamente importante princípio que guia a profissão: primeiramente, não causar mal ao paciente (American Psychological Association, 2002). Considerando o desafio e a complexidade dos problemas clínicos envolvidos no processo terapêutico, que psicoterapeutas cometam erros isolados na estratégia clínica e/ou uma falta momentânea de cuidado com as necessidades do paciente, é inevitável.

Dimidjian & Hollon (2010) também concordam com a importância de que o tema seja abordado abertamente nos fóruns de discussão, promovendo pesquisas sistemáticas e evidenciando esta problemática, por meio de discussões francas e abertas entre psicoterapeutas e também na comunidade, tratando de

modo mais direto a questão dos possíveis danos causados por um tratamento psicoterápico, sendo esse o caminho possível para redução dos riscos de efeitos adversos no curso do tratamento.

Neste sentido, cumpre destacar a pesquisa de Boisvert & Faust (2007), em que foi realizada uma consulta com 181 psicólogos em atividade espalhados pelos Estados Unidos, verificando-se que 28% dos entrevistados não estavam sequer cientes da possibilidade de que o tratamento psicoterapêutico possa causar efeitos adversos. Os resultados da pesquisa demonstraram também que tais profissionais tinham pouco conhecimento acerca de pesquisas que vinham sendo realizadas sobre a eficácia e efeitos adversos dos tratamentos com os quais trabalham.

Mesmo ciente dessas dificuldades, Linden (2012) destaca a importância de que os psicoterapeutas possam estar atentos aos efeitos adversos pois, acima de tudo, como em qualquer outro tratamento de saúde, a primeira regra deve ser de não causar danos ao paciente. Somente partindo dessa premissa é que se pode pensar em produzir algum efeito terapêutico para o paciente. Desse modo, para que haja avanços na pesquisa sobre o tema é necessário primeiramente que os profissionais possam se familiarizar com o tema e estar abertos à possibilidade de que sua atuação venha a causar iatrogenias para os pacientes. A partir dessa abertura dos profissionais para o debate e investigação sobre o tema, seria possível articular maiores avanços na pesquisa sobre o tema, viabilizando o desenvolvimento de estratégias para redução dos efeitos iatrogênicos.

Conclusão

Como visto, desde cedo na história das práticas de cura já se reconhecia a possibilidade de que os processos de cura pudessem também representar riscos para os pacientes, destacando-se a importância de que aqueles que se dispõem a conduzir um trabalho terapêutico tenham a cautela de, antes de mais nada, evitar causar prejuízos aos que pretende curar. Ainda assim, até os dias atuais os efeitos iatrogênicos se fazem presentes, sendo responsáveis por altas taxas de agravamento de doenças e mortalidade. Neste sentido, atual-

mente, a busca pela diminuição dos efeitos iatrogênicos dos tratamentos representa um importante desafio para as diversas áreas da saúde, inclusive na Saúde Mental.

Partindo da premissa de que todo tratamento que tem poder para curar uma pessoa possui também o potencial de produzir efeitos iatrogênicos, constatou-se que as psicoterapias, enquanto métodos eficazes de tratamento para o sofrimento humano, possuem também um potencial iatrogênicos. Pesquisas alcançam êxito em demonstrar a eficácia das psicoterapias, bem como os efeitos iatrogênicos produzidos.

Contudo, apesar dessas evidências, constata-se que a pesquisa sobre o tema pouco avançou, não tendo ainda alcançado maiores êxitos em identificar os fatores responsáveis por aumento no potencial iatrogênico dos tratamentos, tampouco foi capaz de propor mecanismos relevantes para redução desse potencial iatrogênico.

Como indica a literatura sobre o tema, este cenário, com poucos avanços na pesquisa sobre iatrogenias no campo da Saúde Mental é reflexo também, em grande parte, de uma postura de resistência por parte dos profissionais da área que, por motivos diversos, tendem a não reconhecer ou evitar discussões sobre o potencial iatrogênico de suas práticas.

Diante do exposto, entende-se que o primeiro passo para o avanço nas pesquisas sobre o potencial iatrogênico das psicoterapias e, futuramente, para possibilidade de elaboração de mecanismos de redução do potencial iatrogênico, passa pela possibilidade de uma maior abertura entre os profissionais do campo, para discutir os possíveis danos causados ao paciente no curso do tratamento, podendo repensar e justificar o modo como conduzem suas práticas.

Nesse sentido, concluímos que, de acordo com o princípio hipocrático, é fundamental que psicoterapeutas, e outros profissionais da área da Saúde, estejam atentos ao potencial iatrogênico de suas práticas, possibilitando o avanço na pesquisa e nos debates sobre esse tema e, simultaneamente, promovendo uma fundamentação mais consistente com relação aos efeitos terapêuticos de seu trabalho. Espera-se que este trabalho seja um passo nesta direção. sirva de base para ampliar a discussão sobre o potencial iatrogênico dos tratamen-

tos em saúde mental, visando, em última instância, a redução de danos decorrentes dos mesmos.

Referências

- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. (2nd ed.). London: Pitman Medical.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20.
- Barron, F. & Leary, T. (1955). Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19(4), 239-245.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. Garfield, & A. E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The Elephant on the Couch: Side-Effects of Psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794.
- Beutler, L. E., Frank, M., Schieber, S. C., Calvert, S., & Gaines, J. (1984). Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry*, 44, 67-76
- Bittar, C. (1991). *Responsabilidade Civil Médica, odontológica e hospitalar*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. F. (2007). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 708-716.
- Carkhuff, R. & Truax, C. (1964). For better or for worse: The process of psychotherapeutic change. In *Recent advances in behavioral change*. Montreal: McGill University Press.
- Cartwright, D. S. (1956). Note on "changes" in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 403-404.
- Cartwright, R. D., & Vogel, J. L. (1960). A comparison of changes in psychoneurotic patients during matched periods of therapy and no-therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 24(2), 121-127.
- Castonguay, L.; Boswell, J.; Constantino, M.; Goldfried, M.; & Hill, C. (2010). Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49.

- Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (1999). *Artigos: Introgenia*. Recuperado em 26 de abril, 2016, do Website da CPMSO: <http://www.cpmso.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=Content&file=print&pid=121>
- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 143, 436-441.
- Dimidjian, S., & Hollon, S. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33.
- Doherty, W. J., Lester, M. E., & Leigh, G. K. (1986). Marriage encounter weekends: Couples who win and couples who lose. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 49-61.
- Eaton, T. T., Abeles, N., Gutfreund, M. J. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 115-123.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319.
- Fairweather, G. W., Simon, R., Gebhard, M. E., Weingarten, E., Holland, J. L., Sanders, R., Stone, G. B., Reahl, J. E. (1960). Relative effectiveness of psychotherapeutic programs: a multicriteria comparison of four programs for three different patient groups. *Psychological Monographs: General and Applied*, 74(5), 1-26.
- Ferreira, A. (1985). *Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nacional.
- Foa, E. B., & Emmkelkamp, P. M. (1983). *Failures in behavioural therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Editora Imago
- Grammaticos, P. C., & Diamantis, A. (2008). Useful known and unknown views of the father of modern medicine, *Hippocrates and his teacher Democritus*. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 11(1), 2-4.
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy: an integrated account. *Archives of General Psychiatry*, 33(11), 1291-1302

- Hans, H., Strupp, H., Suzanne, W., Hadley, B., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. Califórnia: Editora J. Aronson.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Jarrett, C. (2008). When Therapy Causes Harm. *The Psychologist*, 21(1), 10-12.
- Jones, W. (1868/2006). *Hippocrates Collected Works I*. Cambridge: Harvard University Press, retrieved September 28.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 169-218). New York: Wiley.
- Lambert, M., Bergin, A., & Collins, J. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman, & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Lazarou, J., Pomeraz, B., & Corey, P. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *The Journal of the American Medical Association*, 279(15), 1200-1205.
- Leapel, L. (1992). Unnecessary Surgery. *Health Services Research*, 24(3), 351-407.
- Levenson, J. C., Frank, E., Cheng, Y., Rucci, P., Janney, C. A., Houck, P., Forgiione, R. N., Swartz, H. A., Cyranowski, J. M., & Fagiolini, A. (2010). Comparative outcomes among the problem areas of interpersonal psychotherapy for depression. *Depression and Anxiety*, 27(5), 434-440.
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1).
- Linden, M. (2012). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 286-296.

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies in psychotherapy: a review of quantitative research. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Mays, D., & Franks, C. (Eds.). (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- Mink, O. (1959). *A comparison of effectiveness of nondirective therapy and clinical counseling in the junior high school*. School Counselor.
- Mohr, D. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27.
- Moos, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595-604.
- Nutt, D. & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 3.
- Padilha, K. (2001). Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 287-90.
- Phillip, D., Christenfeld, N., & Glynn, L. (1998). Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*, 351, 643-644.
- Powers, E., & Witmer, H. (1951). *An experiment in the prevention of delinquency*. New York: Columbia University Press.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1961). *A theory of psychotherapy with schizophrenics and a proposal for its empirical investigation*. In J. G. Dawson, & N. P. Dellis (Eds.), *Psychotherapy with schizophrenics*. Baton Rouge: Louisiana State University Press.
- Smith, M., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Starfield, B. (2000). Is US Health Really the Best in the World? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 483-485.
- Steel, K., Gertman, P., Crescenzi, C., & Anderson, J. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 76-80.
- Tavares, F. M. (2007). Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 180-185.

- Truax, C. (1963). *Effective ingredients in psychotherapy*. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 46(5), 1023-1035.
- Warren, J., Nelsom, P., Mondragons, S., Baldwin, S., Burlingam, G. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144-55.
- WEBSTER (1993). *Third new international dictionary*. Springfield, MA: Merriam-Webster. Disponível em: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/>
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 82-94.
- Weisz, J., Donenberg, G., Han, S., & Launeckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments and in clinics: Why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 83-106.