

**PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA:  
FISIOTERAPEUTAS A TRABALHAR EM HOSPITAIS  
DA REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE LISBOA  
E VALE DO TEJO**

**EVIDENCE BASED PRACTICE:  
PHYSIOTHERAPISTS WORKING IN HOSPITALS  
AT THE HEALTH REGION OF LISBOA AND VALE DO TEJO**

*Paula Antunes<sup>1</sup>  
António Alves Lopes<sup>2</sup>  
Eulália Filipe<sup>3</sup>*

**Palavras-chave: fisioterapia, prática baseada na evidência, levantamento**

**Key words: physiotherapy, evidence based practice, survey**

**Resumo**

O objectivo do presente estudo é conhecer a realidade relativamente à Prática Baseada na Evidência (PBE) no contexto clínico dos fisioterapeutas dos hospitais abrangidos pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, determinando também as suas atitudes, conhecimentos e comportamentos relativos a esta prática. Para tanto, foi distribuído um questionário “Questionário sobre Prática Baseada na Evidência” (versão portuguesa, adaptada de Jette *et al.*, 2003) a 224 fisioterapeutas dos hospitais da região

---

<sup>1</sup> paulantunes@gmail.com; Estudo realizado no contexto de elaboração de monografia de licenciatura em Fisioterapia, Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

<sup>2</sup> Docente na Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Centro de Recuperação Infantil de Fátima e Clínica Pediátrica de Caldas da Rainha

em estudo, tendo sido obtidas 127 respostas. No geral os inquiridos demonstram atitudes e comportamentos positivos relativamente à PBE. A maior parte dos inquiridos afirma ter recebido formação sobre estratégias de pesquisa e revisão/análise crítica da literatura, confiando nas suas competências para fazer essa revisão/análise crítica. As três barreiras à PBE assinaladas são a falta de tempo, a falta de conhecimentos e a falta de fontes de informação. Os inquiridos mais jovens e os que possuem um grau académico mais elevado em Fisioterapia assumem uma postura mais positiva e afirmam ter capacidades e confiança em relação ao acesso e avaliação crítica da evidência. Verifica-se também o interesse dos fisioterapeutas em aumentar as suas capacidades de utilização da PBE na prática clínica.

### **Abstract**

The main goal of the present study is to characterize the physiotherapist's Evidence Based Practice (EBP) reality into hospital context in Lisboa and Vale do Tejo Health Region, and also to determine their attitudes, knowledge and behaviours relative to this practice. A questionnaire survey *Questionário sobre Prática Baseada na Evidência* (Portuguese version adapted from Jette *et al.*, 2003) was distributed to 224 physiotherapists having been received 127 answers. Generally, the respondents demonstrated a positive attitude and behaviour about EBP. Most of them stated that they received formal training in search strategies and critical appraisal of research literature, and they are confident in their ability to critically review literature. Although, was referred also, that the lack of time, lack of knowledge and lack of information sources are contributors to a *non* consolidate EBP. The younger and higher graduated physiotherapists are more positive about EBP and stated to have capacities and confidence to access and critically evaluate the evidence. The interest of physiotherapists in increasing their capacities and EBP adoption is verified.

### **Introdução**

Este estudo pretende abordar uma temática que tem vindo a ser debatida, pelos Fisioterapeutas, ao longo dos últimos 10 anos, e que se tornou no novo paradigma da profissão, apesar do seu conceito original se estender há mais de 150 anos. É um conceito extremamente importante para a confirmação da efectividade das intervenções realizadas, para o desenvolvimento e afirmação da Fisioterapia.

Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes e Richardson (1996), definiram a Medicina Baseada na Evidência (MBE) como o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência na tomada de decisões acerca do cuidado individual do utente, e, acrescentado por Abalos (2005), integrando a experiência clínica individual, incluindo um diag-

nóstico efectivo e eficiente e interpretando os comportamentos, valores, e necessidades do utente.

Bury (1996) entende que ao alterar a expressão “medicina baseada na evidência” por “prática baseada na evidência” (PBE) torna a discussão mais abrangente a todos os profissionais de saúde, incluindo assim os Fisioterapeutas.

Segundo os padrões de prática, descritos pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2002), os Fisioterapeutas na sua recolha de dados devem identificar toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível, no sentido de proporcionar um cuidado efectivo aos utentes.

Ao longo dos últimos anos os Fisioterapeutas têm desenvolvido estudos clínicos de modo a promover a efectividade das intervenções em reabilitação e os seus resultados. Estes estudos têm merecido um lugar de respeito na Comunidade de Saúde (Jone & Santaguida, 2005).

A PBE não é um conceito novo, mas tem-se tornado mais explícito em muitos países nos últimos anos, tendo como objectivos:

- Melhorar os cuidados dos utentes, as suas carreiras e as comunidades;
- Reduzir as variações na prática;
- Usar a evidência de uma pesquisa de elevada qualidade para uma prática informada, ponderando os benefícios e os riscos;
- Desafiar os pontos de vista baseados nas “crenças” em vez da evidência;
- Tornar as decisões mais transparentes;
- Integrar as preferências dos utentes nas decisões;
- Assegurar que a prática continua a ser baseada no conhecimento através de aprendizagem contínua (Bury, 2003).

Bury (1996) defende ainda que a Fisioterapia necessita de desenvolver uma base estável de conhecimentos, suportada pela evidência científica e enriquecida pela experiência clínica e vice-versa. Os Fisioterapeutas devem também não ter receio de eliminar os elementos da sua prática que estão provados serem ineficazes. As áreas que são efectivas irão sobreviver e assegurar a sobrevivência de uma profissão saudável e em forma, que continuará a evoluir no século XXI e a fornecer os melhores cuidados de saúde possíveis.

A prática da fisioterapia relaciona-se directamente com as publicações científicas, bem como com indicadores de uma intervenção efectiva na forma de *standards* e *guidelines* clínicos. (European Benchmark Statement, 2003).

### **Linhas orientadoras da prática clínica (*guidelines*)**

A World Confederation for Physical Therapy (WCPT, 2002) define as linhas orientadoras da prática clínica (*guidelines*) baseada na evidência como declarações desenvolvidas de um modo sistemático de modo a ajudar os profissionais e os utentes nas decisões acerca do tratamento apropriado para circunstâncias clínicas específicas.

Uma das razões, defendidas por Scalzitti (2001), para o desenvolvimento de *guidelines* da prática, é a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente. A consolidação da evidência de literatura recente, acerca da efectividade relativa das várias estratégias de tratamento, deve resultar numa mudança de atitude por parte dos profissionais acerca das escolhas de tratamento, o que levará a mudanças de comportamento e, segundo o Philadelphia Panel (2001), melhorando os serviços prestados e a evolução do estado do utente.

### **Níveis de Evidência**

Na pesquisa da evidência existem hierarquias para os desenhos metodológicos destinados a responder questões sobre a efectividade dos tratamentos (Bury, 2003):

- Nível I – Forte evidência demonstrada pelo menos numa revisão sistemática de múltiplos ensaios clínicos aleatorizados com desenhos metodológicos adequados.
- Nível II – Forte evidência demonstrada pelo menos num ensaio clínico aleatorizado com desenho metodológico adequado e uma amostra de suficiente dimensão.
- Nível III – Evidência demonstrada através de ensaios clínicos sem aleatorização, grupos simples com pré e pós teste, desenhos de séries temporais ou casos emparelhados.
- Nível IV – Evidência demonstrada através de estudos não experimentais com um desenho metodológico adequado e conduzido em mais do que um centro ou por mais do que um grupo de investigadores.
- Nível V – Opiniões de autoridades respeitadas pelos seus pares baseadas na evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comissões de peritos (Bury, 2003).

Turner (2001) identifica os níveis de evidência desde as meta-análises dos ensaios clínicos aleatorizados ao mais alto nível, passando por um único ensaio clínico aleatorizado, ensaios clínicos não-aleatoriza-

dos, estudos experimentais, estudos de observação ou retrospectivos, até à opinião dos *experts* a um nível mais baixo.

### **A necessidade da PBE**

A PBE torna-se valiosa para os Fisioterapeutas pois promove a reflexão relativamente às intervenções tradicionais, validando umas e invalidando outras, verifica novas aplicações terapêuticas, torna os profissionais mais eficazes e as intervenções mais efectivas e promove uma profissão intelectualmente robusta (Jones & Santaguida, 2005).

A evidência fidedigna também é essencial para os sistemas de saúde, de modo a melhorar a qualidade e suportar um uso mais eficiente dos recursos limitados. Os responsáveis pelas decisões na área da saúde necessitam de evidência de alta qualidade de modo a suportar decisões clínicas e políticas de saúde, assegurando assim, que os recursos são investidos em estratégias efectivas e apropriadas para promover a saúde pública e pessoal e não é desperdiçada em intervenções prejudiciais e com custos desnecessários (Abalos, 2005).

### **Encontrar a evidência**

Para aceder à evidência os Fisioterapeutas dispõem de variadas fontes. Os livros e cursos de desenvolvimento profissional contínuo têm sido uma maneira tradicional de estar actualizado, no entanto, são uma via pouco eficaz para estar a par sobre o que a melhor evidência tem a dizer (Bury, 2003).

Cada vez mais informação está disponível na Internet e os Fisioterapeutas podem agora aceder aos jornais mais relevantes *online*. Esta facilidade no acesso obriga a que os profissionais sejam exigentes no que lêem e consigam identificar a informação de qualidade (Walker, 2002).

Abalo (2005) refere que um dos problemas da pesquisa de bibliografia em bases de dados, mesmo para utilizadores experientes, é o tempo requerido na procura de artigos. Ao decidir onde procurar, a abordagem mais eficiente é começar por fontes de evidência “pré-filtradas”. Estas bases de dados são actualizadas periodicamente com estudos metodológicos.

Bury (2003) identifica outra fonte de evidência, a experiência clínica, ganha ao longo do tempo e incorporando o conhecimento aprendido de especialistas em certa área bem como a prática clínica individual. Desde que não exista investigação com qualidade suficiente numa determinada área da Fisioterapia, esta pode ser a melhor evidência disponível em certas circunstâncias.

### **Etapas na procura da evidência**

Rosenheim (2004) identifica as etapas na procura da melhor evidência. O ponto de partida desta prática é a formulação de uma pergunta a partir de um problema clínico. Esta pergunta parte do problema do paciente e generaliza-o.

A etapa seguinte consiste em examinar a literatura à procura de dados relevantes. Esta investigação faz-se em bases de dados das quais existem dois tipos, as bases de dados bibliográficas e as bases de dados analíticas.

A leitura crítica da evidência resume-se grosseiramente nestas questões: Este estudo é válido? Se sim, os resultados são importantes? Estes resultados são aplicáveis (Rosenheim, 2004)? E o estudo pode ser replicado?

### **Avaliação crítica da evidência**

Ter a capacidade de avaliar criticamente a literatura é uma capacidade adicional que muitos Fisioterapeutas necessitam de adquirir. Só porque algo foi publicado não significa que é relevante ou de elevada qualidade. Compreender os métodos usados na investigação faz parte de um “consumidor” crítico da evidência (Bury, 2003).

O estudo deve ser abandonado se a selecção da amostra não for clara, se o método de amostragem for inapropriado, a amostra inapropriada para a questão colocada, ou se a amostra não for semelhante à população do Fisioterapeuta (Walker, 2005).

### **Barreiras e vantagens da PBE**

Pomeroy, Tallis e Stitt (2003) identificam várias barreiras à implementação da evidência na prática relacionadas com a falta de capacidades de pesquisa, falta de capacidades na avaliação crítica, falta de conhecimentos estatísticos e falta de compreensão acerca dos processos de pesquisa. Também referem as barreiras relacionadas com a implementação dos resultados da investigação, barreiras relacionadas com a cultura, como falta de tempo, falta de recursos, falta de acesso a formação, resistência à mudança por parte de profissionais mais velhos, falta de apoio dos outros profissionais ou directores.

Muitos dos obstáculos à PBE identificados podem ser ultrapassados por uma atitude positiva entre os administradores, os profissionais, tanto na prática clínica como na educação, e o uso eficiente e efectivo do tempo e dos recursos. Para além disto também é essencial que os profissionais disponham dos recursos necessários ao acesso à evidência (Morris, 2003).

Appley, Walshe e Ham (1995; citados por Bury & Mead, 1998) demonstraram como é que as barreiras reais e potenciais podem ser transformadas em oportunidades e constituir assim vantagens.

As vantagens apresentadas por estes autores são:

- Melhorar do cuidado ao utente;
- Minimizar as lacunas entre a “boa” pesquisa clínica e a prática;
- Promover a aprendizagem autónoma e facilitar o desenvolvimento profissional contínuo;
- Melhorar os hábitos de leitura, as competências para as tecnologias da informação, a pesquisa de literatura e a avaliação crítica;
- Promover o trabalho em equipa;
- Melhorar a eficiência dos médicos de clínica geral;
- Identificar a pesquisa adicional;
- Impedir a continuidade da intervenção ineficaz ou até mesmo prejudicial;
- Melhorar a compreensão dos métodos de pesquisa;
- Melhorar o uso dos recursos;
- Melhorar informação para o utente, facilitando a tomada de decisão interactiva;
- Mais informação na abordagem de intervenção, estabelecimento de prioridades e adopção de políticas.

### **Integrar a PBE na prática clínica**

Não é suficiente assegurar que a pesquisa é realizada e que a evidência é identificada, os resultados devem ser disseminados e aplicados à prática, quando aplicável (Bury, 1996)

Para aplicar efectivamente a evidência na prática, além da capacidade de obter a história, avaliar, determinar um diagnóstico e as opções apropriadas de intervenção, Guyant *et al.* (2000, citados por Jette *et al.*, 2003) afirmam que o clínico deve ter a capacidade de:

- 1 – Identificar lacunas no conhecimento;
- 2 – Formular questões clinicamente relevantes;
- 3 – Conduzir uma pesquisa de literatura eficiente;
- 4 – Aplicar regras da evidência, incluindo a hierarquia da evidência, para determinar a validade dos estudos;
- 5 – Aplicar o que foi achado na literatura adequado ao problema do paciente; e
- 6 – Perceber em que medida os valores do paciente afectam o equilíbrio entre as potenciais vantagens e desvantagens das opções de tratamento disponíveis, e envolver apropriadamente o paciente na decisão.

Para atingir uma decisão clínica não é esperado que se excluam todos os conhecimentos anteriores e se baseie esta decisão apenas na evidência existente. A síntese da evidência com a informação referente à avaliação do utente é criticamente avaliada com a ajuda da experiência clínica do profissional (Bury, 1996), não esquecendo de incorporar também as preferências dos utentes, os seus medos e ansiedades, estilo de vida e tudo o que faz da sua situação específica (Sackett *et al.*, 1996).

Existem várias causas para o facto de a evidência, resultante da investigação, não ser implementada na prática clínica. Pode ser devido às políticas de saúde, à complexidade da prática de fisioterapia, às dificuldades de acesso e interpretação da evidência, barreiras organizacionais e programas de educação contínua ineficazes (Maher, Sherrington, Elkins, Herbert & Moseley, 2004).

A responsabilização pessoal dos Fisioterapeutas é vital, mas também um ambiente de trabalho que envolva e promova a PBE. São necessárias estruturas de suporte, recursos, equipamentos e oportunidades para o desenvolvimento profissional contínuo (Bury, 2003). As entidades empregadoras e as associações profissionais têm a responsabilidade de proporcionar um ambiente que fomente e recompense a PBE, e que permita desenvolver as capacidades necessárias para implementar a PBE no contexto de trabalho.

As conclusões retiradas dos estudos realizados tardam, inaceitavelmente, a ser implementadas, resultando, deste modo, na não prestação do melhor tratamento aos utentes. Os resultados das revisões sistemáticas devem ser incorporados em cursos de educação contínua, auditorias clínicas e também nas *guidelines* clínicas (Haines & Jones, 1994).

### **Ensino de competências na PBE**

Segundo o *European for physiotherapy benchmark statement*, o ensino e a aprendizagem devem ser fundamentados na PBE actual. Estes devem desenvolver um modelo educacional que promova *skills* para resolução de problemas, para fazer diagnóstico, para intervir e reflectir sobre a prática. A aprendizagem centrada no estudante deve incentivar a crescente responsabilidade para que este possa identificar as necessidades de aprendizagem (WCPT, 2003).

Os educadores de Fisioterapia têm a obrigação de usar a evidência científica para suportar os conhecimentos académicos, as competências técnicas que ensinam e devem inculcar valores acerca da PBE nos estudantes, que os irão transmitir à prática clínica (Turner & Whitfield, 1999, citados por Morris, 2003).

Turner & Whitfield, (1997) afirmam que os educadores enfrentam muitos dilemas no que ensinar aos alunos quando a evidência não suporta

o uso de certas modalidades de tratamento que se encontram em uso na prática clínica. Estes devem assegurar acima de tudo que as futuras gerações de Fisioterapeutas serão educados num clima onde a referência e a implementação dos resultados das investigações são norma, e que a prática da fisioterapia é baseada na melhor evidência científica, mesmo que isso signifique rejeitar as técnicas que têm uma fraca base científica ou efectividade.

### **Desenvolvimento profissional contínuo**

A evidência usada nas decisões clínicas é obtida numa variedade das fontes, através da leitura (livros, apontamentos, protocolos, bem como jornais), da discussão com os seus colegas, experiência anterior, demonstrações e conferências (Turner & Whitfield, 1997). Os cursos de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) têm sido uma maneira tradicional de manter-se actualizado, no entanto, são frequentemente uma maneira pobre de descobrir o que a melhor evidência tem a dizer (Bury, 2003), ou até sem qualquer referência ou suporte de evidência (Turner & Whitfield, 1999 citados por Morris, 2003). Os Fisioterapeutas precisam de ser exigentes e decidir quais os cursos a que devem assistir, o que pode levar ao aumento da qualidade dos cursos disponíveis (Morris, 2003).

Para Morris (2003), o curso de base deve ser considerado apenas como o início da aprendizagem profissional. É o desenvolvimento profissional contínuo, com a PBE como plano de fundo, que deveria informar a profissão e assegurar o seu crescimento.

### **Problemas em estudo**

No presente trabalho pretende-se responder às seguintes questões:

- Qual é a aplicação da Prática Baseada na Evidência pelos Fisioterapeutas da Sub – Região de Saúde da Grande Lisboa e Vale do Tejo?
- Qual a postura dos Fisioterapeutas na região inquirida em relação às suas Atitudes e Comportamentos, Educação, Conhecimentos e Capacidades, Nível do uso da literatura, Acesso e disponibilidade da informação e Barreiras à aplicação da PBE?

De modo a descrever a realidade relativamente à Prática Baseada na Evidência (PBE) no contexto clínico dos Fisioterapeutas dos hospitais localizados na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foi utilizado o Questionário sobre a Prática Baseada na

Evidência, originalmente desenvolvido para inquirir Fisioterapeutas membros da American Physical Therapy Association (APTA) acerca: das suas atitudes e comportamentos em relação à PBE; do interesse e motivação para a PBE; nível de educação, conhecimento e capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação; nível de uso da literatura; o acesso e a disponibilidade de informação para promover a PBE; e as barreiras ao uso da evidência na prática (Jette *et al.*, 2003).

As principais conclusões retiradas do estudo de Jette *et al.* (2003) indicam que os inquiridos assumem uma posição muito positiva em relação à PBE e demonstram interesse em aumentar as suas capacidades e o uso de evidência na sua prática. Muitos dos comportamentos, conhecimentos e convicções encontram-se relacionados com a idade e anos após a licenciatura. Constatou-se, pela análise dos resultados, que os profissionais mais novos, licenciados mais recentemente e com outro grau para além do bacharelato, tendem a expressar atitudes mais positivas e afirmar que possuem mais confiança e capacidades em aceder e analisar criticamente a informação. O uso de bases de dados on-line para pesquisa de literatura e a quantidade de pesquisa efectuada num mês, encontrava-se relacionado com o acesso a computadores em casa e no emprego. A falta de tempo foi referida como a maior barreira para a PBE (Jette *et al.*, 2003).

Este questionário foi sujeito a uma adaptação cultural e linguística e a validação para a população portuguesa por Filipe (2004), através do seu estudo: “Contributo para adaptação e validação do questionário, *Evidence-Based Practice Questionnaire*, para a realidade Portuguesa”.

O questionário permitiu conhecer a realidade da região inquirida e poderá promover/facilitar a implementação de políticas educativas e profissionais.

Um questionário aceitável envolve a correcta especificação dos objectivos da investigação, das hipóteses a serem testadas, das escalas de resposta das perguntas do questionário, dos métodos de análise dos dados (Belhot, 2006). Nesse sentido, conforme afirma Malhotra (2001, citado por Belhot, 2006), não existem princípios científicos que garantam um questionário óptimo ou ideal, a sua concepção é uma capacidade que se adquire com experiência.

## **Metodologia**

### **Participantes**

Participaram no estudo 127 Fisioterapeutas dos hospitais localizados na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo,

número correspondente a cerca de 57% do total de inquiridos. O acesso a esta população foi dificultado pela falta de informação exacta acerca do número de Fisioterapeutas a trabalhar em todos os Hospitais desta região, tendo sido distribuídos 224 questionários, a partir dos indicadores obtidos.

### **Instrumento**

O instrumento que foi utilizado, a versão portuguesa do *Evidence-Based Practice Questionnaire*, atrás referido, tem como objectivo medir as convicções, atitudes, comportamentos, e conhecimentos sobre a PBE. O questionário é composto por 50 questões de resposta múltipla. A maior parte dos itens relativos às atitudes, convicções, educação, conhecimentos, e *skills* relativos à PBE são analisados utilizando a escala de *5-Point Likert Scale*. Outros itens relativos ao acesso à informação são analisados com respostas sim ou não (Jette *et al.*, 2003).

Da análise dos dados obtidos deste questionário, segundo Jette *et al.* (2003), poderemos tirar conclusões acerca das atitudes e convicções acerca da PBE (Ex. se a PBE/literatura é necessária, se a PBE melhora a qualidade dos cuidados do paciente, se a evidência auxilia no processo de decisão); interesse e motivação no aproveitamento da PBE; educação base, conhecimentos e *skills* relativos ao acesso e interpretação da informação (se tiveram ou não formação, na escola ou em formação contínua, em PBE ou estratégias de pesquisa); nível de atenção e utilização da literatura (leitura de literatura relacionada com a prática clínica, uso da literatura para ajudar no processo de decisão, uso de bases de dados *online* para pesquisa de literatura relevante); acesso e avaliação da informação na promoção da PBE; barreiras existentes para a utilização da evidência na prática. Este ainda recolhe dados demográficos e da área profissional.

Inicialmente o questionário foi submetido a um processo de tradução/retroversão executado por 4 peritos bilingues (2 fisioterapeutas e 2 tradutores), em cada uma das fases deste processo foi efectuada uma análise das várias traduções e no final foi comparado com o original inglês. De seguida, foi analisada a validade de conteúdo das várias secções e questões, tendo sido utilizado um painel de *experts* constituído por 11 elementos seleccionados por conveniência e qualidade. A consulta ao painel foi efectuada em 2 rondas uma vez que existiram algumas discordâncias e sugestões. No final da 2ª ronda e após análise conseguiu-se obter um nível de acordo mínimo para todas as questões numa relação de 7 para 3, pelo que foi decidido não proceder a nova ronda. Foi realizado o pré-teste para a verificação da linguagem clara, simples, sem ambiguidades e dificuldades de interpretação. Para tal foi seleccionada uma amostra de conveniência de 18 fisioterapeutas, tendo em atenção a zona geográfi-

ca onde intervêm, as habilitações académicas e o número de anos após ter terminado a formação base (Filipe, 2004).

### **Procedimentos**

De seguida serão descritos os passos que foram realizados de modo a por em prática a investigação e atingir os objectivos propostos previamente:

1. Listagem dos Hospitais localizados na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Novembro de 2005) – A listagem foi realizada através de dados dos Ministério da Saúde e da Internet.

2. Contacto dos Hospitais e/ou Unidades de Fisioterapia e pedido de autorização para a distribuição dos questionários pelos Fisioterapeutas (Dezembro de 2005) – Foi enviada uma carta através da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, a todos os locais, com o pedido de autorização para a distribuição dos questionários pelos Fisioterapeutas dos serviços.

3. Obtenção da autorização dos coordenadores/chefes de serviço (Dezembro de 2005 a Fevereiro de 2006) – Após o envio do pedido de autorização por carta, aos conselhos de Administração dos Hospitais, e da resposta à respectiva autorização, foram contactados por telefone todos os coordenadores dos Departamentos de Fisioterapia, de modo a solicitar a sua disponibilidade para a entrega dos questionários.

4. Distribuição e recolha dos questionários (Janeiro de 2006 a Junho de 2006) – Juntamente com os questionários foi entregue um envelope com selos e com a morada para a qual, após preenchidos, deviam ser enviados.

5. Tratamento de dados (Julho de 2006 a Agosto de 2006).

### **Forma de tratamento de dados**

Foi efectuada estatística descritiva, análise de frequências, utilizando o SPSS versão 10.0 e o Microsoft® Excel 2002. Foram analisadas as frequências e as relações entre os dados obtidos no questionário, conforme indicado no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis a relacionar

A – <i>Atitudes e Comportamentos</i>	<i>Idade, anos desde o curso de base</i>
B – Interesse e Motivação	Acesso à informação
C – Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação	Idade, grau académico mais elevado em Fisioterapia
D – Nível do uso da literatura	Acesso à informação (casa/trabalho)
E – Acesso e disponibilidade da informação	Acesso à informação no trabalho, local de trabalho

**Resultados**

Como atrás referido, a taxa de resposta obtida foi de 56,7%, correspondendo a 127 Fisioterapeutas inquiridos. Estes apresentam uma média de 37 anos de idade e 70,9% são do sexo feminino. Do total, 30,7% possuem o bacharelato e 58,3% a licenciatura, 10,2% o mestrado e 0,8% doutoramento como grau mais elevado em Fisioterapia, tendo 46,5% terminado o curso de base há mais de 15 anos. Da amostra, 45,7% trabalha num Hospital geral e 44,1 % aborda condições neuro-músculo-esqueléticas, 92,1% frequenta regularmente cursos de formação contínua.

Na Figura 1 encontram-se os resultados relativamente às *atitudes e comportamentos*. No geral os inquiridos demonstraram uma atitude e comportamentos positivos em relação à PBE, com a maior parte a concordar ou concordar totalmente que: é necessário utilizar/aplicar a PBE (92,1%); a literatura é útil para a prática (93,7%); precisa de aumentar a utilização/aplicação da PBE (84,2%); está interessado em aprender ou melhorar

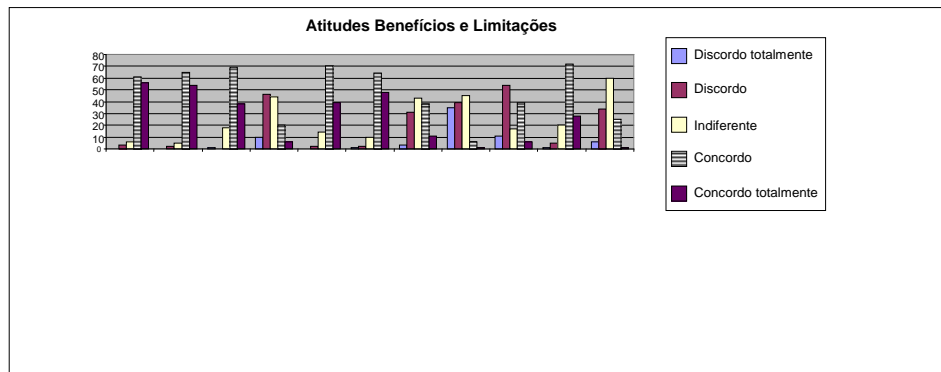


Figura 1. Questão 1 a 11 do questionário *Atitudes e Comportamentos*

os conhecimentos necessários para introduzir a PBE na prática clínica (85,8%); a PBE melhora a prestação de cuidados aos utentes (88,2%); e a evidência ajuda no processo de decisão (78,7%). Acerca da sobrecarga da PBE sobre os Fisioterapeutas, 36,2% discordam e 34,6 estão indiferentes; se a PBE tem em conta as limitações do contexto da prática clínica, 88,2% das respostas repartem-se entre o discordo, indiferente e concordo; quanto ao aumento dos rendimentos aquando da introdução da PBE 93,7% das respostas também se dividem entre discordo totalmente, discordo e indiferente. Relativamente a se a PBE não tem em conta as preferências dos utentes, 47,2% demonstram indiferença.

Na Figura 2, em relação ao *Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades*, relacionadas com o acesso e interpretação da informação, a maior parte dos inquiridos concordaram que receberam formação sobre estratégias de pesquisa (43,3%), estão familiarizados com motores de busca (40,9%), receberam formação sobre revisão/análise crítica da literatura (41,7%), confiam nas suas competências para a revisão/análise crítica da literatura (59,8%), confiam nas suas competências para encontrar respostas para as questões (68,5%). Quanto ao apoio no local de trabalho e à aprendizagem das bases fundamentais durante a formação académica, as respostas são diversas e distribuem-se por todas as opções, com maior tendência para o concordo, 29,1% e 31,5% respectivamente.

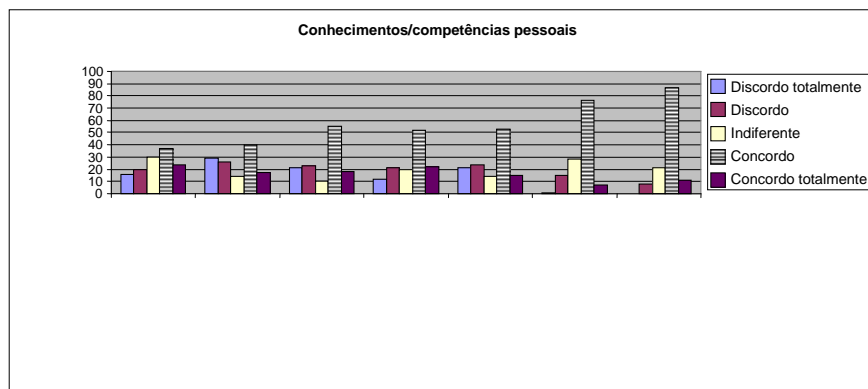


Figura 2. Questão 24 a 30 do questionário  
*Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades*

Foi realizada uma análise através do teste de Kruskal-Wallis, uma técnica não paramétrica, que permite analisar variáveis com valores numa escala ordinal. Através deste teste compararam-se dados relativos ao nível de educação, conhecimentos e capacidades relacionadas com o

acesso e interpretação da informação e a idade ou grau acadêmico mais elevado em Fisioterapia. De seguida apenas estão apresentados os dados que indicam um baixo valor da significância ( $< 0,05$ ) indicando relação entre as duas variáveis.

O Quadro 2, que se refere à relação entre o *Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação e a idade*, indica que a faixa etária com menos de 26 anos (os recém formados) aprendeu as bases sobre a PBE, recebeu formação sobre estratégias de pesquisa e revisão crítica da literatura científica durante o curso de base e está familiarizada com motores de busca na área da saúde.

Quadro 2. Relação entre o Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação e a idade

	25. Aprendi as bases fundamentais da PBE durante a minha formação académica		26. Recebi formação sobre estratégias de pesquisa para encontrar investigação relevante para a minha prática clínica		27. Estou familiarizado com motores de busca na área da saúde como por ex. MEDLINE, CINAHL, PEDro		28. Recebi formação sobre revisão/análise crítica de literatura científica durante a minha formação académica	
	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank
26 anos ou menos	17	<b>89,41</b>	17	<b>78,79</b>	17	<b>83,09</b>	17	<b>79,41</b>
entre 27 e 36 anos	46	65,48	46	66,90	46	62,58	46	68,15
entre 37 e 46 anos	47	55,70	47	56,38	47	54,98	47	58,26
mais de 47 anos	14	42,86	14	48,79	14	62,50	14	37,64
Total	124		124		124		124	

O Quadro 3 refere-se à relação entre o *Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação e o grau acadêmico mais elevado em Fisioterapia*: segundo os dados apresentados, os Fisioterapeutas licenciados são o grupo que indica maior formação sobre estratégias de pesquisa e análise crítica da literatura durante a formação académica; os mestrados indicam que aprenderam as bases fundamentais da PBE durante a formação académica.

Quadro 3. Relação entre o Nível de educação, Conhecimentos e Capacidades relacionadas com o acesso e interpretação da informação e o grau académico mais elevado em Fisioterapia

	25.Aprendi as bases fundamentais da PBE durante a minha formação académica		26.Recebi formação sobre estratégias de pesquisa para encontrar investigação relevante para a minha prática clínica		27.Estou familiarizado com motores de busca na área da saúde como por ex. MEDLINE, CINAHL, PEDro		28.Recebi formação sobre revisão/análise crítica de literatura científica durante a minha formação académica	
	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank
Bacharelato	39	45,50	39	47,71	39	49,69	39	46,71
Licenciatura	74	71,99	74	<b>72,71</b>	74	70,33	74	<b>72,63</b>
Mestrado	13	<b>75,62</b>	13	65,69	13	69,69	13	69,04
Doutoramento	1	43,50	1	33,00	1	<b>79,50</b>	1	34,50
Total	127		127		127		127	

Na questão relativa ao *nível do uso da literatura*, 52% referem ler, por mês, entre 2 a 5 artigos relacionados com a sua prática e 37% menos de um; 49,6% usam, por mês, entre 2 a 5 vezes a literatura nas suas decisões e 45,7% utilizam menos de uma vez por mês as bases de dados (Figura 3).

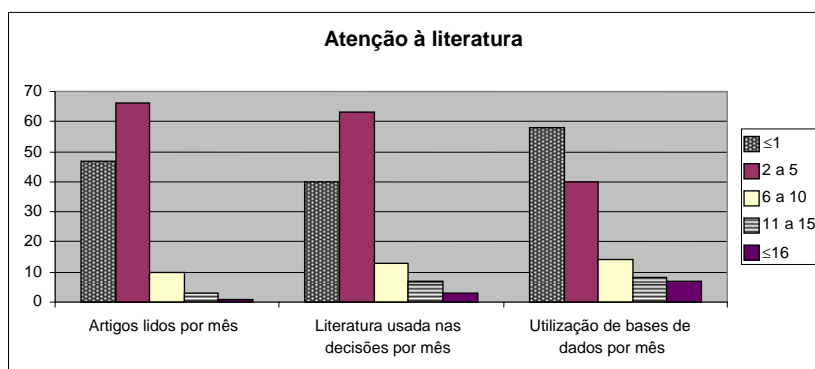


Figura 3. Questão 12 a 14 do questionário  
*Nível do uso da literatura*

Quanto ao *acesso e disponibilidade da informação*, 68,5 % têm acesso à literatura em forma de papel pelos artigos, 83,5% confirmam ter conhecimento de *guidelines* da sua prática clínica e 81,1% sabem que estas existem *online*. Constata-se que existe maior possibilidade de aceder a bases de dados relevantes em casa (85%) do que no trabalho (62,2%). Os resultados estão resumidos pelas respectivas frequências nos Quadros 4 e 5.

Quadro 4. Questão 21 a 23 do questionário – acesso e disponibilidade da informação –

	Sim	Não	Não sei
Tenho acesso à literatura actualizada através de artigos em revistas científicas	87	40	
Tenho possibilidade de aceder a bases de dados relevantes e à internet no local de trabalho	79	42	6
Tenho possibilidade de aceder a bases de dados relevantes e à internet em casa e outros locais	108	15	3

Quadro 5. Questão 15, 18 e 19 do questionário – acesso e disponibilidade da informação –

	Sim	Não	Não sei
Existem linhas orientadoras (guidelines) para a minha prática clínica	106	4	16
Sei que as linhas orientadoras (guidelines) da prática clínica estão disponíveis online	103	23	
Tenho acesso online às linhas orientadoras (guidelines) da prática clínica	88	38	

As três *barreiras* assinaladas (Figura 4) como as mais impeditivas à PBE são a falta de tempo (52,8%), a falta de conhecimentos (14,2%) e a falta de fontes de informação (11%).

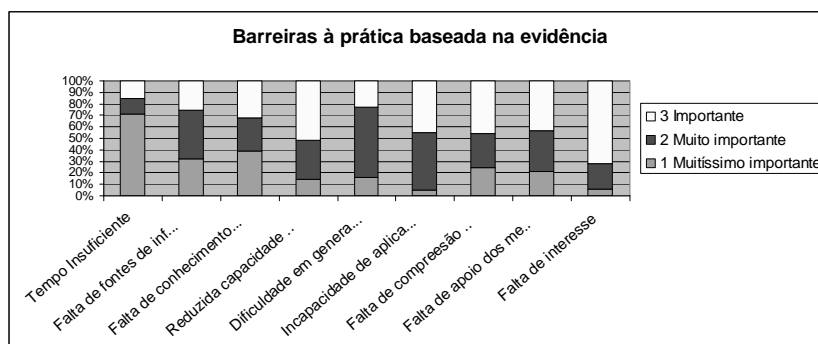


Figura 4. Questão 32 do questionário *Barreiras à PBE*

## **Discussão**

### **Atitudes e Comportamentos**

Através da análise das frequências pode-se constatar que os Fisioterapeutas inquiridos, dos Hospitais localizados na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam considerações positivas em relação à PBE. Os resultados sugerem que eles acreditam que é necessário utilizar/aplicar a PBE, a literatura é útil para a prática e a PBE melhora a prestação de cuidados aos utentes. Estas atitudes estão reflectidas de uma forma semelhante num estudo realizado a médicos por Freeman & Sweeney (2001).

Não existe uma confluência de respostas em relação a se a PBE tem em conta as limitações do contexto da prática clínica, dividindo-se as respostas entre o discordo, indiferente e concordo, e quanto a se a PBE não tem em conta as preferências dos utentes, a maior parte demonstram indiferença. Para que a evidência seja incorporada na prática clínica é necessário que as entidades empregadoras e as associações profissionais se responsabilizem por proporcionar um ambiente que fomente e recompense a PBE, desenvolvendo as capacidades necessárias para implementar a PBE no contexto de trabalho (Bury, 2003). O aumento do conhecimento por parte do utente é considerado como um passo vital na adesão e participação e influenciando o sucesso da reabilitação (WCPT, 2002).

Uma grande proporção de respostas indicam que existe interesse em aumentar a utilização/aplicação da PBE e aprender ou melhorar os conhecimentos necessários para introduzir a PBE na prática clínica. Freeman & Sweeney (2001), no seu estudo, disponibilizam uma série de adjectivos associados com o aumento do uso da evidência na prática, e as palavras usadas para descrever a implementação da evidência clínica eram “ansiedade”, “trabalho árduo”, “arriscado”, no entanto os médicos transmitiam a vontade de o realizar.

### **Educação, Conhecimentos e Capacidades**

A idade e o nível educacional estão relacionados com o conhecimento, sugerindo que nos últimos anos todos os programas educacionais, independentemente do grau, têm enfatizado progressivamente mais nas capacidades necessárias para a implementação da PBE. Pode-se verificar ainda que os Fisioterapeutas com grau de bacharelato afirmam não ter tantas capacidades como os com graus mais elevados. Estas diferenças devem-se, possivelmente, ao maior ênfase dado nas graduações superiores ao bacharelato para as capacidades de pesquisa e avaliação crítica da evidência (Jette *et al.*, 2003).

Os inquiridos mais jovens, na faixa etária inferior a 26 anos, podem também ter apresentado mais confiança nas suas capacidades do que os mais velhos, pelo facto de pertencerem a uma geração que cresceu com computadores em casa e na escola.

Segundo o European Benchmark Statement (2003) os Educadores devem desenvolver um modelo educacional que promova *skills* para resolução de problemas, para fazer diagnóstico, para intervir e reflectir sobre a prática. A aprendizagem centrada no estudante deve incentivar a crescente responsabilidade para que este possa identificar as necessidades de aprendizagem (WCPT, 2003).

### **Nível do uso da literatura**

De todos os Fisioterapeutas, 52% referem ler, num mês típico (normal), entre 2 a 5 artigos relacionados com a sua prática e 49,6% usa entre 2 a 5 vezes a literatura nas suas decisões. Em estudos realizados em Inglaterra por Turner & Whitfield (1997) revelam um menor hábito de leitura pelos Fisioterapeutas, afirmando ler uma vez por mês ou menos. Talvez os resultados deste estudo não se enquadrem nos propósitos da PBE. Jette *et al* (2003) consideram que os profissionais de saúde experientes que tratam utentes com problemas similares no dia a dia, podem não necessitar de recorrer tão frequentemente à literatura, podendo recorrer, segundo Bury (2003), à experiência clínica como outra fonte de evidência, ganha ao longo do tempo, incorporando o conhecimento aprendido de especialistas em certa área bem como a prática clínica individual.

Constata-se que 45,7% utiliza menos de uma vez por mês as bases de dados, e dado que a maior parte dos jornais relacionados com a saúde serem publicados mensalmente, esta frequência de revisão pode ser adequada.

### **Acesso e disponibilidade da informação**

Segundo Jette *et al.* (2003) o uso da evidência na prática só é possível quando existe um acesso eficiente às fontes de informação. Eficiência requer um fácil acesso à informação, uso de fontes *online*, e capacidades para procura de fontes relevantes.

A maioria dos inquiridos tinham acesso a informação *online*, no entanto, 85% tinham acesso em casa e 62,2% no trabalho.

### **Barreiras**

A falta de tempo foi considerada a principal barreira à implementação da PBE, o que corrobora com as conclusões de vários autores (Jette *et al.*, 2003).

A falta de conhecimentos/competências de investigação foi referida por 14,2%, o que chega a ser contraditório com os dados já referidos da confiança das competências dos Fisioterapeutas relativamente à PBE.

Quanto à falta de fontes de informação referido por 11% pode-se dever ao facto de muitos dos artigos não se encontrarem disponíveis em texto integral, tendo por isto os Fisioterapeutas de investir na compra dos mesmos caso estejam interessados.

As estratégias a seguir de modo a promover a PBE em Fisioterapia devem ser focadas na tentativa de ultrapassar as barreiras identificadas em estudos anteriores e confirmadas por este estudo.

### **Conclusões**

Poder-se-á considerar como principal limitação a este estudo a taxa de resposta, já que apenas 56,7% dos Fisioterapeutas que faziam parte da população responderam ao questionário. Apesar de terem sido distribuídos questionários por todos os Hospitais que autorizaram o estudo, os resultados da análise podem estar enviesados pela possibilidade de ter havido uma maior taxa de resposta dos interessados por esta temática da PBE e consequentemente, reflectindo uma postura mais positiva. Nos últimos anos a PBE tem sido mais divulgada e os inquiridos podem ter efectuado respostas socialmente correctas, podem ter assinalado mais comportamentos e atitudes positivas e níveis de conhecimento mais elevado do que realmente têm. Neste questionário não é referida nenhuma descrição do conceito da PBE, que tem evoluído ao longo dos tempos, e pressupõe-se que é considerado apenas um tipo de evidência, podendo por isto verificar-se várias interpretações. Por outro lado a informação excessiva relativamente à evolução da PBE poderia enviesar mais os resultados, respondendo ao ideal e não ao real. Este questionário foi construído por médicos tendo sido adaptado para Fisioterapeutas, no entanto devemos ter em conta que a PBE tem sido debatido pela classe médica há muito mais tempo do que na Fisioterapia, por isso deve-se adoptar uma postura diferente ao analisar as atitudes, comportamentos e identificar as barreiras para os Fisioterapeutas.

Após a pesquisa efectuada constatou-se, que a Prática Baseada na Evidência (PBE) se trata de um tema que apesar de se debater há mais de uma década, tem ocupado um lugar de destaque nos debates mais recentes da Fisioterapia.

Os Fisioterapeutas devem-se responsabilizar por desenvolver capacidades, aumentar os seus conhecimentos e empenhar juntamente com as entidades empregadoras e as associações profissionais, de modo a proporcionando um ambiente necessário para implementar a PBE no contexto de trabalho. A PBE deverá ser encarada como intrínseca ao melhor cuidado prestado a cada utente.

A PBE também contribui para o aumento do conhecimento e envolvimento por parte do utente, e tem sido considerado como um passo vital na adesão e participação e influenciando o sucesso da reabilitação.

Não deve ser esquecido que o curso de base deve ser considerado apenas como o início da aprendizagem profissional. Qualquer profissional deve estar consciente da necessidade do seu constante desenvolvimento, assumindo uma postura pró-activa e capacidade crítica de avaliação na exploração de todos os recursos existentes.

A PBE requer que o Fisioterapeuta esteja familiarizado com a literatura actual de modo a poder seleccionar as intervenções apropriadas, bem como compreender a metodologia da pesquisa para conseguir concluir se dispõe de evidência relevante. É necessário despende tempo para interpretar a literatura e integrar a melhor evidência na sua prática, ter a coragem de avaliar criticamente a sua prática e reconhecer que não é correcto aplicar os conhecimentos apenas baseados na experiência clínica (European Benchmark Statement, 2003).

Apesar de a implementação da PBE ser complexa, nenhum dos obstáculos identificados são insuperáveis e muitas soluções existem. A Fisioterapia necessita de avançar do debate para adoptar uma postura positiva e por em prática a PBE de uma forma coerente em toda a profissão

É necessário que os Fisioterapeutas também desenvolvam capacidades de acordo com os avanços das Tecnologias de Informação (TI), que têm facilitado o acesso à informação mundial e possuam sistemas apropriados e infra-estruturas necessárias (*European Benchmark Statement*, 2003).

Como se verifica neste pesquisa, os inquiridos demonstraram na sua maioria uma atitude e comportamentos positivos em relação à PBE e estão interessados em aumentar as suas capacidades e a utilização da PBE na sua prática clínica.

Muitos dos conhecimentos, capacidades e nível de educação analisados estão relacionados com a idade e com o grau académico mais elevado em Fisioterapia. Os inquiridos mais jovens e os com grau académico mais elevado em Fisioterapia, assumem uma postura mais positiva e afirmam ter capacidades e confiança em relação ao acesso e avaliação crítica da evidência.

A falta de tempo foi referida como a barreira mais importante à PBE.

Estes resultados poderão dar um contributo para desenvolver programas de incentivo para a implementação da PBE na área da Grande

Lisboa e Vale do Tejo, dado que a PBE se tem revelado de bastante importância para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, para a eficácia do fisioterapeuta e para uma intervenção efectiva, assim como também corresponderá a uma afirmação e maior credibilidade dos fisioterapeutas. Por isto, pode-se concluir que o objectivo deste estudo foi alcançado.

A temática desenvolvida é de extrema importância actualmente no desenvolvimento e afirmação da profissão, autónoma e responsável por desempenhar os melhores cuidados disponíveis a cada utente.

### Referências bibliográficas

- Abalos, E. (2005). The tools and techniques of evidence-based medicine. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19 (1), 11-26.
- Belhot, R. (2006). Universidade de S. Paulo, Brasil <http://www.sistemas1.usp.br:8080/fenixweb/fexDisciplina?sgldis=SEP5794>, 4h38 01-12-06.
- Bettencourt, C., Machado, I., Fonseca, J., Pascoalinho, J., Avilez, M. & Murta, O. (2002). *Fisioterapia, Padrões de prática* (Adaptação do documento da Região Europeia da WCPT – *Core standards of physical therapy practice*). Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Bury, T. (1996). Evidence-based practice – survival of the fittest. *Physiotherapy*, 82 (2), 75-76.
- Bury, T. (2003). Evidence Based Practice – an overview. WCPT Keynotes, EBP
- Bury, T. & Mead, J. (1998). *Evidence-based healthcare: A practical guide for therapist*. Oxford: Reed Educational and Professional Publishing Ltd.
- Filipe, E. (2004). *Contributo para a adaptação e validação do questionário, Evidence-Based Practice Questionnaire, para a realidade Portuguesa*. Monografia de fim de curso da Licenciatura em Fisioterapia: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Freeman, A. & Sweeney, K. (2001). Why general practitioners do not implement evidence: Qualitative study. *BMJ*, 323, 1100-1102.
- Haines, A. & Jones, R. (1994). Education and debate: Implementing findings of research. *BMJ*, 308, 1488-1492
- Jette, D., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R., Hill, J., Ogilvie, L. & Volk, D. (2003). Evidence-based practice: Beliefs, attitudes, knowledge, and behaviours of Physical Therapists. *Physical Therapy* 83 (9), 786-805.
- Jones, R. & Santaguida, P. (2005). Evidence-based practice and health policy development: The link between knowledge and action. *Physiotherapy*, 91, 14-21.
- Maher, C., Sherrington, C., Elkins, M., Herbert, R. & Moseley, A. (2004). Challenges for Evidence-Based Physical Therapy: Accessing and

- interpreting high-quality evidence on therapy. *Physical Therapy*, 84 (7), 644-654.
- Morris, J. (2003). Evidence-based Practice: The way forward. *Physiotherapy* 89 (6), 330-331.
- Pomeroy, V., Tallis, R. & Stitt, E. (2003). Dismantling some barriers to evidenced-based rehabilitation with 'hands-on' clinical research secondments: Initial development. *Physiotherapy*, 89 (5), 266-275.
- Philadelphia Panel (2001). Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions: Overview and Methodology. *Physical Therapy*, 81 (10), 1629-1640.
- Rosenheim, M. (2004). La médecine fondée sur des preuves: Principes. *EMC-Médecine 1*, 487-493.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Muir Gray, J., Haynes R. & Richardson, W. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 486-496.
- Scalzitti, D. (2001). Evidence-based guidelines: Application to clinical practice. *Physical Therapy*, 81 (10), 1622-1628.
- Turner, P. (2001). Evidence-based practice and physiotherapy in the 1990s. *Physiotherapy Theory and Practice* 17, 107-121.
- Turner, P. & Whitfield, A. (1997). Physiotherapists' use of evidence based practice: A cross-national study. *Physiotherapy Research International*, 2(1), 17-29.
- Turner, P. & Whitfield, T. (1997). A multivariate analysis of physiotherapy clinicians' journal readership. *Physiotherapy Theory and Practice*, 12, 221-230.
- Walker, J. (2002). Reading tips for the clinician: How to tell whether an article is worth reading. WCPT Keynotes – EBP: Critical appraisal skills.
- Walker, J. (2005). Reading tips for the clinician 2: Criteria for deciding the quality of an article. WCPT Keynotes – EBP: Critical appraisal skills.
- WCPT (2002). *Evidence based practice – An international perspective*. Report of an expert meeting of WCPT member organizations.
- WCPT (2003). *European for physiotherapy benchmark statement*. Adopted final version at the Extraordinary General Meeting. Spain.