

FATORES INDIVIDUAIS E ORGANIZACIONAIS ASSOCIADOS A IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR GRADUANDOS DE FISIOTERAPIA DO CEARÁ

Individual and organizational factors associated with the implementation of evidence-based practices by Ceará's undergraduate physical therapy students

Jamylle Lima Alves¹, Lidiane Andréa Oliveira Lima (PhD)²

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: jamylle.lima@gmail.com

² Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: lidianelima848@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prática baseada em evidência (PBE) é definida como a tomada de decisão clínica nos cuidados com o paciente, e a educação para a PBE é um importante fator para promoção de seu hábito. **OBJETIVO:** Investigar o conhecimento, a autoeficácia, a preparação acadêmica, o comportamento, as opiniões e interesses relativos à PBE, assim como as influências do meio acadêmico e as barreiras a sua implementação, em graduandos em Fisioterapia Estado do Ceará (CE). **METODOLOGIA:** Estudo transversal e descritivo, cuja amostra consistiu de acadêmicos matriculados no quinto/último ano de cursos de Fisioterapia do Estado do Ceará. Foi aplicado um questionário no período de março a setembro de 2017. **RESULTADOS:** Cento e dez graduandos participaram da pesquisa, a maioria cursa sua graduação na cidade de Fortaleza e frequenta cursos em instituições particulares. Apresentam atitudes positivas quanto a PBE, porém são neutros quanto ao incentivo para a prática no ambiente de “trabalho”. A principal forma de atualização foi leitura de artigos científicos; a base de dados mais utilizada foi a Scielo; e a principal barreira para a implementação da PBE foi o idioma da literatura. **CONCLUSÃO:** Os graduandos compreendem de forma limitada os conceitos da PBE, não estando satisfeitos com a preparação obtida durante a graduação. Entretanto assumem-se neutros quanto à existência de incentivo para a PBE no ambiente que atuam. Consideram-se moderadamente autoeficazes, porém não utilizam bases de dados contendo a melhor evidência, possivelmente devido à improficiência na língua inglesa, relatada como a principal barreira para a PBE.

Descritores: Prática Clínica Baseada em Evidências. Fisioterapia. Estudantes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Evidence-based practice (EBP) is defined as the clinical decision-making in patient care, and education for EBP is an important factor to promote its habit. **OBJECTIVE:** To investigate the knowledge, self-efficacy, academic preparation, behavior, opinions and interests regarding EBP, as well as the influences of the academic environment and the barriers to its implementation in Physical Therapy undergraduates in the State of Ceará (CE). **METHODOLOGY:** A cross-sectional descriptive study in which the sample consisted of academics enrolled in the fifth / last year of Physical Therapy school in the State of Ceará. A questionnaire was applied during the period from March to September, in 2017. **RESULTS:** One hundred and ten undergraduates participated in the research, most of them attending undergraduate courses in private institutions in the city of Fortaleza. They have a positive attitude towards EBP, but are neutral regarding the incentive to this practice in their ‘work’ environment. The update was done mainly through the reading of scientific articles; the most used database was Scielo; and the main barrier to the implementation of EBP was the language of the literature. **CONCLUSION:** The undergraduates understand the concepts of EBP to a limited extent, and are not satisfied with the preparation received during graduation. However, they are neutral regarding the incentive for EBP in the environment they work. They consider themselves moderately self-efficacious, but do not use databases containing the best evidence, possibly due to the lack of English proficiency, reported as the main barrier to EBP.

Keywords: Evidence-Based Practice. Physical Therapy. Students.

INTRODUÇÃO

Sackett et al¹ definiram a prática baseada em evidência (PBE) como a tomada de decisão clínica nos cuidados com o paciente. A implantação da PBE nos cuidados em saúde deve ter como objetivo a melhora na qualidade dos serviços prestados e nos desfechos clínicos dos pacientes²⁻⁴ e seu processo deve ser feito através do uso da melhor e mais atualizada evidência científica, originada de uma pesquisa sistemática, de forma consciente, explícita e sensata, integrando-a com o conhecimento e a experiência clínica individual do profissional e com as necessidades e preferências de cada paciente^{1,3,5,6}.

O desenvolvimento da PBE consiste em seguir algumas etapas: inicia-se com a compreensão das circunstâncias do paciente, visando à formulação de questões clínicas com o objetivo de responder possíveis lacunas de conhecimento; a partir disso, deve-se realizar a pesquisa de literatura, havendo uma análise crítica da evidência em relação à sua validade, pertinência e aplicabilidade na clínica^{7,8} na tomada de decisão, deve ser considerada a relação entre a melhor evidência científica e a experiência clínica do profissional, e a preferência do paciente; sendo que a última etapa consiste na avaliação constante e rotineira da aplicação da evidência na clínica^{1,7-10}.

Entretanto, apesar da pertinência da PBE, pesquisas recentes ainda observaram que práticas sem evidência continuam frequentes na atuação clínica do fisioterapeuta¹¹⁻¹³. Mesmo sendo considerada importante, a pesquisa de evidência científica visando a prática clínica ainda não se encontra desenvolvida na fisioterapia, ainda que no decorrer dos anos temos observado um aumento no número de pesquisas clínicas de alta qualidade e diretrizes¹⁴.

Recentemente, diversos autores apresentaram as dificuldades apontadas pelos profissionais da saúde para a implementação da PBE na prática clínica^{2,6,8,11-22}, e podemos observar que algumas dessas barreiras estão diretamente relacionadas a formação do profissional tanto na sua graduação quanto na sua educação continuada. A educação para a PBE é um importante fator para promoção de seu hábito. O profissional precisa compreender seu processo¹⁵ e possuir as habilidades específicas requisitadas para sua execução e melhora da qualidade na prática clínica^{9,13}. A inclusão de competências e habilidades para a PBE nos currículos da graduação, como a educação para o uso das bases de dados¹³ e interpretação e integração das evidências com os dados clínicos⁹, pode contribuir para a difusão da prática e melhora das habilidades.

No Brasil, até o presente momento, somente os fisioterapeutas da grande Florianópolis²⁰ e do estado de São Paulo¹³ foram investigados quanto à prática baseada em evidência. Torna-se pertinente também conhecer os fatores que interferem na implementação da PBE pelos acadêmicos de fisioterapia. O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento, a autoeficácia, a preparação acadêmica, o comportamento, as opiniões e interesses relativos à PBE, assim como as influências do meio acadêmico e as barreiras a sua implementação, em graduandos em Fisioterapia Estado do Ceará (CE).

MÉTODO

Estudo de delineamento transversal e descritivo, cuja amostra consistiu de acadêmicos matriculados no quinto/último ano de cursos de Fisioterapia do Estado do Ceará. A pesquisa foi realizada através de um questionário, aplicado no período de março a setembro de 2017 nas unidades acadêmicas dos respectivos cursos, e em formato de questionário *on-line*, através da ferramenta *Google Forms*, quando houve o impedimento de aplicação presencial.

O critério de inclusão consistia em estar matriculado no último ano de cursos de graduação em Fisioterapia do Estado no Ceará. Foram excluídos da pesquisa acadêmicos que não cumprissem o critério de inclusão e que não desejassem participar da pesquisa. A amostra foi não probabilística, por conveniência. Todas as informações referentes ao estudo foram disponibilizadas e todos os voluntários que decidiram tomar parte no estudo tiveram que fornecer seu consentimento conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Instrumento

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário (APÊNDICE 1), autoaplicável, elaborado a partir de instrumentos previamente publicados^{13,16,20,23}. Sua organização consiste nas seguintes seções:

- 1) ofício atual do participante;
- 2) dados sociodemográficos (questões de nº 2 a 8, dos tipos aberta, indicação de porcentagem, e fechada);
- 3) conhecimento sobre PBE (questões de nº 9 a 13, com respostas constituídas por escala do tipo *Likert* de cinco pontos, qualificados como discordo totalmente, discordo, neutro, concordo e concordo totalmente);
- 4) autoeficácia para da PBE, o qual apresentou consistência interna de 0,9²³ (questão de nº 14, em que o acadêmico registrava em 12 atividades sua confiança na aplicação da PBE, por intermédio de uma escala percentual, onde 0% indica ausência total de confiança, e 100%, confiança máxima). A partir destas respostas, foi realizada a mediana das respostas de 1º e 3º quartil (Q₁ e Q₃), qualificando a porcentagem da resposta em três estratos de autoeficácia: baixa (quando a mediana da confiança encontrava-se até 50%), moderada (entre 50% e 80%), e alta (valores acima de 80%);
- 5) preparação acadêmica para aplicação da PBE (questões de nº 15 a 17, tipo *Likert* de cinco pontos);
- 6) comportamento relativo à PBE (questões de nº 18 a 26, com pergunta para ranquear três opções, questão fechada, e tipo *Likert* de cinco pontos);
- 7) opiniões e interesses sobre a PBE (questões de nº 27 a 34, tipo *Likert* de cinco pontos);
- 8) influências do ambiente de trabalho no uso da PBE (questões de nº 35 a 41, tipo *Likert* de cinco pontos); e
- 9) barreiras para a implementação da PBE (questão de nº 42, ranquear cinco opções).

Este estudo obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e possui Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC/UFC de número 1.851.560.

Análise estatística

Foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics* 20, *International Business Machines* - IBM, Armonk, NY, Estados Unidos). Foram quantificadas as frequências absoluta e relativa das variáveis categóricas (sociodemografia, conhecimento, preparação acadêmica, comportamento, opiniões e interesses, ambiente de trabalho e barreiras).

As variáveis contínuas (idade e autoeficácia) foram testadas quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e foram apresentadas como média e desvio-padrão ou mediana e quartis, dependendo dos dados com distribuição normal ou não-normal, respectivamente.

RESULTADOS

Das 20 faculdades e universidades que oferecem o curso de graduação em fisioterapia no Estado do Ceará, apenas duas responderam não possuir alunos cursando o último ano. Treze cursos não permitiram a aplicação do questionário ou não responderam ao convite à participação. As outras cinco instituições (quatro privadas e uma pública) possuíam alunos matriculados no último ano de graduação e permitiram a aplicação do questionário. Assim, 110 graduandos participaram da pesquisa, com duração média de tempo de resposta de 20 minutos. Contudo, alguns não responderam todas as perguntas do instrumento, fazendo com que o número de respondentes, em cada pergunta, seja variável. Desta forma, nas tabelas deste estudo, n representará o número de respondentes em cada questão.

A tabela 1 apresenta a característica demográfica dos participantes. Respondentes do sexo masculino correspondem a 23,6% e feminino a 76,4%, apresentando nossa amostra a mediana de 23 anos de idade. A maioria cursa sua graduação na cidade de Fortaleza (80,9%), estando 19,1% dos respondentes no município de Quixadá. Os participantes de instituições particulares consistem em 75,5%, e a instituição pública representa 24,5%. A habilidade para leitura de textos no idioma inglês foi relatada como boa ou excelente somente por 21,8% dos respondentes.

A tabela 2 apresenta informações quanto ao conhecimento, a preparação acadêmica, o comportamento, as opiniões e os interesses relativos à PBE, bem como para as influências do ambiente de trabalho, as frequências (absolutas e relativas) de respostas para cada uma das cinco categorias *Likert*. Apresenta também a mediana, com o primeiro e o terceiro quartis (Q1 e Q3, respectivamente), de cada uma das doze questões sobre autoeficácia e da média final dos doze itens componentes da escala. Os principais achados encontram-se detalhados na discussão.

Na tabela 3 são apresentados mais dados sobre o comportamento. As bases de dados online mais utilizadas para realizar as buscas dos artigos científicos foram Scielo (33,3%), PubMed (29,6%) e Google Acadêmico (27,8%). A frequência de utilização dessas bases de dados foi de 1 a 3 vezes na semana (68,2%) e da leitura dos artigos (40,0%), e o principal local para a realização das buscas foi em casa, com 73,4%. As três principais formas de atualização classificadas pelos graduandos foram: Leitura de artigos científicos (citada em 61,0% das vezes como primeira opção), Leitura de livros (em 36,1% como segunda opção) e Participação em congressos, conferências e palestras, (em 33,8% como terceira opção).

Na tabela 4 pode ser observado o ranqueamento das cinco principais barreiras apontadas pelos estudantes para a implementação da PBE. As principais foram: Idioma do artigo científico (na primeira posição em 31,6% dos questionários, citada entre as cinco principais por 68,4%), Falta de acesso ao artigo na íntegra (16,5% como 2ª maior barreira, entre as cinco principais por 54,1%), Falta de tempo (13,5% como 3ª maior barreira, entre as cinco principais por 46,6%), Falta de compreensão de análises estatísticas (12,8%, em 4ª posição, entre as cinco principais por 44,4%) e Falta de treinamento em PBE durante a graduação (6,8%, em 5ª posição como principal barreira, citada entre as cinco principais por 39,1%).

DISCUSSÃO

As características sociodemográfica dos participantes nos apresenta uma amostra de maioria feminina, com mediana de 23 anos de idade que cursam sua graduação na cidade de Fortaleza, havendo somente um curso participante de outro município, correspondendo a 19,1% dos respondentes. Das cinco instituições participantes, as de ensino privado contavam com o maior número de representantes, havendo um curso de instituição pública, compreendendo 24,5% dos participantes.

Quanto ao conhecimento, mais da metade dos alunos concorda que sabe o significado do termo PBE (55%) e 53,7% concorda ter recebido treinamento em como avaliar criticamente a literatura científica. Entretanto somente 37,1% concordaram que estão satisfeitos com a formação, sendo que quase dois terços dos respondentes discordam (total ou parcialmente) ou são neutros quanto a ter conhecimento suficiente para aplicar a PBE na prática clínica (61,9%). Associado a isso, quanto ao comportamento, observou-se que mais da metade dos alunos concordaram em afirmar que busca implantar a melhor evidência científica na prática clínica (59,1%), usam diretrizes clínicas (*practice guidelines*) na prática clínica (82,7%) e considera a opinião de especialistas da área na tomada de decisão (77,3%). Percebemos esse conhecimento sobre a PBE como parcial, considerando que essa valorização da opinião de especialistas acima das evidências vai de encontro com um dos pilares da prática baseada em evidência, quando essa opinião não é avaliada criticamente e à luz da melhor evidência¹.

Quando questionados sobre a opinião e interesse acerca da prática baseada em evidências, a maioria acredita que a PBE é necessária para a prática clínica (68,2%), melhora o atendimento e a qualidade dos serviços de saúde (72,7%). Concordaram também que os rendimentos financeiros irão aumentar se a PBE for incorporada na prática clínica (46,4%) e que tem interesse em aprender ou aprofundar os conhecimentos em PBE (78,9%) e de aumentar o uso de evidência científica na prática diária (69,8%), interesses semelhantes também apresentados por profissionais fisioterapeutas^{12,16,20}. Atitudes positivas quanto à PBE são comumente observadas em outros trabalhos, tanto entre profissionais^{12,13,15,16,20,24,25} quanto estudantes^{26,27}. Entretanto, alguns estudos mostram que apesar das atitudes positivas quanto a PBE, os respondentes não consideravam prioridade na prática clínica a busca e leitura de evidências^{17,18}. Em outro estudo, os respondentes demonstraram valorizar a experiência pessoal, em oposição à prática baseada em evidência⁶, podendo indicar uma compreensão limitada do conceito de PBE, onde a experiência do profissional não se opõe, mas serve como parâmetro para como a evidência será aplicada na prática clínica.

Entretanto, parece que o ambiente de “trabalho” (estágios) desses acadêmicos não incentiva o uso da PBE. Mesmo que reportem a existência de estrutura física com recursos como computador, internet e acesso a bases de dados eletrônicas relevantes (64,2%), os participantes relataram-se neutros quanto a possuírem incentivos do “trabalho” para implantar a PBE (44,8%), possuírem tempo reservado para leitura de artigos científicos (47,7%), que discutem sobre PBE (41,3%) e que o “trabalho” os obriga a usar resultados de pesquisas atuais na prática (40,9%). Em um estudo realizado em 26 universidades da Suécia apresentou que graduando em Enfermagem relatam uma baixa taxa de apoio na utilização de pesquisas durante o período de aprendizagem nas clínicas quando comparado à educação no campus²⁹. Os autores supõem que nesta fase os tutores não focam na utilização de pesquisa ou mesmo não a utilizam na sua própria prática, talvez devido a estes profissionais não possuírem um alto nível de competência acadêmica²⁹.

Dois estudos realizados na Noruega, ambos com acadêmicos de último ano em Fisioterapia, os estudantes preferiam ou percebiam como mais conveniente utilizar os

instrutores clínicos e outras pessoas como fonte de informação. Nesses estudos, os acadêmicos também perceberam pouco comportamento relativo à PBE vindo de seus instrutores e professores em campo, indicando uma falta de modelos a seguir em PBE no ambiente de prática clínica²⁸; e que, independente do nível de exposição à PBE que tiveram durante a graduação, consideram a cultura do local de estágio como uma importante barreira para sua implementação^{27,30}. É possível que a estrutura física, citada previamente, não seja fator suficiente para adoção da PBE na formação dos acadêmicos.

Relativo à autoeficácia, os acadêmicos definem-se em um grau moderado quanto à habilidade de executar as etapas da PBE (mediana geral 70,83%). Um ponto importante é a moderada autoeficácia quanto à identificação dos problemas clínicos, elaboração da pergunta norteadora da busca na literatura e na busca efetiva da literatura relevante. A prática baseada em evidência se dá por um processo, e este precisa ser homogêneo e todas as fases precisam ser executadas de forma adequada^{1,7-10}. Apesar de nossos achados mostrarem uma alta autoeficácia quanto aos itens relativos à fase de aplicação da evidência, uma menor percepção de capacidade nos primeiros passos da PBE pode comprometer o desenvolvimento dos passos seguintes, dificultando o processo ou levando ao ponto em que não há uma PBE sendo realmente realizada²⁹.

A principal barreira relatada em nossa pesquisa foi o idioma, sendo citado entre as cinco principais por 68,4% dos respondentes. Este dado se relaciona com a preferência pelo uso de uma base de dados com a maior parte dos artigos em português e espanhol (SciELO, relatada por 33,3% dos participantes – tabela 3), e se justifica pelo número de acadêmicos que relatam habilidades ruim e razoável no idioma inglês (78,2%). Resultados similares relativos ao idioma são observados na realidade de fisioterapeutas em países de língua não inglesa, onde estudos demonstram uma preferência de busca de evidência no idioma nativo^{12,13,20}. Devemos observar que a preferência por estudos em idiomas que não o inglês pode limitar o acesso às evidências científicas de maior qualidade, que se encontram nas revisões sistemáticas com metanálise e, em seguida, nos ensaios clínicos aleatorizados⁹, e para a Fisioterapia as principais bases para realização dessas pesquisas são, respectivamente, a biblioteca Cochrane e a PEDro, ambas com conteúdo científico majoritariamente em inglês¹³.

A segunda principal barreira relatada é o acesso aos artigos na íntegra (54,1%), e a terceira, falta de tempo (46,6%). A dificuldade de acesso à evidência é um achado comum em diversos estudos^{6,13-15,21}, e a falta de tempo, tanto entre profissionais e estudantes, se não o principal, encontra-se entre os principais fatores limitantes para a PBE, o que pode estar relacionado ao grau de incentivo do ambiente de “trabalho”, em reservar um período ou local para a realização das buscas neste ambiente, ou a falta de habilidades na realização da pesquisa^{6,12,15-17,19-21,24,25,27,30-32}. Apesar de metade dos respondentes considerar ter recebido treinamento em estratégias de busca, a conjugação dessas barreiras prejudica o desenvolvimento da prática baseada em evidência.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Os resultados poderiam ser mais precisos caso obtivéssemos o consentimento de um maior número de instituições para a realização da pesquisa. Além disso, o questionário não é um instrumento produzido para um público específico, sendo destinado também a aplicação com graduados em Fisioterapia. Tal fato, combinado com a duração média de aplicação de 20 minutos, pode ter gerado equívocos durante o preenchimento, justificando a presença de questões não respondidas e, conseqüentemente, um número de respondentes diferente para cada questão. Apesar no número reduzido de entidades participantes, nesta pesquisa nos foi favorável ter acesso a acadêmicos tanto de cursos particulares quanto do único curso público de Fisioterapia do

Estado do Ceará, obtendo assim dados relevantes de ambas as realidades sobre a relação dos estudantes com a prática baseada em evidência.

CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, concluímos que os graduandos de Fisioterapia do Ceará compreendem de forma limitada os conceitos da prática baseada em evidência, não estando satisfeitos com a preparação obtida durante a graduação. Assumem-se neutros quanto à existência de incentivo para a PBE no ambiente em que atuam. Consideram-se moderadamente autoeficazes, porém não utilizam majoritariamente bases de dados contendo a melhor evidência, possivelmente devido à improficiência na língua inglesa, sendo esta relatada como a principal barreira para a PBE. A melhora na implementação da PBE na prática clínica perpassa obrigatoriamente pela educação dos estudantes para o mesmo. Assim, focar na transposição do aprendizado acadêmico sobre PBE para a atuação clínica, buscando inibir as barreiras comumente citadas na literatura, é um passo importante nesse caminho.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra.

	Frequência absoluta (frequência relativa: %)
<i>Sexo</i>	
Feminino	84 (76,4)
Masculino	23 (23,6)
<i>Cidade</i>	
Fortaleza	89 (80,9)
Quixadá	21 (19,1)
<i>Universidade/faculdade que está cursando</i>	
Privada	83 (75,5)
Pública	27 (24,5)
<i>Habilidade para ler textos em inglês</i>	
Ruim	47 (47,2)
Razoável	39 (35,5)
Boa	20 (18,2)
Excelente	4 (3,6)
	Mediana (Q₁ e Q₃)
Idade (anos)	23 (22 e 25)

n = 110; Q₁: 1º quartil; Q₃: 3º quartil.

Tabela 2. Fatores individuais (conhecimento, autoeficácia, preparação acadêmica, comportamento, opiniões e interesses) e organizacionais (ambiente de trabalho) para a implementação da prática baseada em evidências por graduandos em fisioterapia.

(continua)

	N	Frequência absoluta (frequência relativa: %)				
		Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Conhecimento						
Sei o significado do termo prática baseada em evidências (PBE)	110	0 (0,0)	4 (3,6)	21 (19,1)	61 (55,5)	24 (21,8)
As diretrizes clínicas (<i>practice guidelines</i>) sintetizam a evidência científica disponível sobre um determinado assunto	107	0 (0,0)	5 (4,7)	47 (43,9)	45 (42,1)	10 (9,3)
Tenho conhecimento suficiente para aplicar a PBE	105	1 (1,0)	14 (13,3)	50 (47,6)	30 (28,6)	10 (9,5)
A PBE leva em consideração as preferências do paciente na tomada de decisão clínica	109	8 (7,3)	27 (24,8)	28 (25,7)	34 (31,2)	12 (11,0)
A PBE leva em consideração a experiência clínica	110	7 (6,4)	16 (14,5)	34 (30,9)	40 (36,4)	13 (11,8)
Preparação acadêmica						
O conhecimento sobre PBE, que adquiri durante a graduação, foi suficiente para aplicar a PBE	105	3 (2,9)	15 (14,3)	38 (36,2)	39 (37,1)	10 (9,5)
Durante minha graduação, recebi treinamento em estratégias de busca para encontrar pesquisas relevantes à minha prática	110	3 (2,7)	14 (12,7)	19 (17,3)	55 (50,0)	19 (17,3)
Durante minha graduação, recebi treinamento em como avaliar criticamente a literatura científica	108	0 (0,0)	6 (5,6)	41 (38,0)	58 (53,7)	03 (2,8)
Comportamento						
Busco implantar a melhor evidência científica na minha prática clínica	110	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (8,2)	65 (59,1)	36 (32,7)
Uso diretrizes clínicas (<i>practice guidelines</i>) na minha prática clínica	104	2 (1,9)	1 (1,0)	5 (4,8)	86 (82,7)	10 (9,6)
Considero a opinião de especialistas da minha área na minha tomada de decisão	110	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,9)	85 (77,3)	23 (20,9)
Considero as preferências do meu paciente na minha tomada de decisão	110	1 (0,9)	15 (13,6)	54 (49,1)	32 (29,1)	8 (7,3)

Tabela 2. Fatores individuais (conhecimento, autoeficácia, preparação acadêmica, comportamento, opiniões e interesses) e organizacionais (ambiente de trabalho) para a implementação da prática baseada em evidências por graduandos em fisioterapia.

(continuação)

<i>Opiniões e interesses</i>						
Acredito que a PBE é necessária para a minha prática clínica	110	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (12,7)	75 (68,2)	21 (19,1)
Acredito que a PBE melhora o atendimento do paciente em fisioterapia	110	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (6,4)	77 (70,0)	26 (23,6)
Acredito que a PBE melhora a qualidade dos serviços de saúde	110	0 (0,0)	1 (0,9)	6 (5,5)	80 (72,7)	23 (20,9)
Acredito que a opinião de especialistas da minha área é o fator mais importante na minha tomada de decisão	106	2 (1,9)	5 (4,7)	38 (35,8)	50 (47,2)	11 (10,4)
Acredito que meus rendimentos financeiros irão aumentar se eu incorporar a PBE na prática clínica	110	0 (0,0)	7 (6,4)	38 (34,5)	51 (46,4)	14 (12,7)
Acredito que a adoção da PBE impõe uma demanda excessiva aos fisioterapeutas	110	3 (2,7)	3 (2,7)	62 (56,4)	37 (33,6)	5 (4,5)
Tenho interesse em aprender ou aprofundar meus conhecimentos em PBE	109	0 (0,0)	2 (1,8)	18 (16,5)	86 (78,9)	3 (2,8)
Tenho interesse em aumentar o uso de evidência científica na minha prática diária	106	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (13,2)	74 (69,8)	18 (17,0)
<i>Ambiente de trabalho</i>						
Possuo incentivo do meu trabalho para implantar a PBE	105	5 (4,8)	11 (10,5)	47 (44,8)	36 (34,3)	6 (5,7)
Possuo recursos como computador, internet e acesso a bases de dados eletrônicas relevantes no meu local de trabalho	106	3 (2,8)	4 (3,8)	1 (0,9)	68 (64,2)	30 (28,3)
Possuo tempo reservado para leitura de artigos científicos no meu local de trabalho	107	20 (18,7)	6 (5,6)	51 (47,7)	23 (21,5)	7 (6,5)
Meu local de trabalho fornece apoio financeiro para participar de eventos científicos (cursos, <i>workshops</i> , congressos, simpósios)	100	22 (22,0)	28 (28,0)	25 (25,0)	20 (20,0)	5 (5,0)
Realizo discussões sobre PBE no meu local de trabalho	109	9 (8,3)	22 (20,2)	45 (41,3)	29 (26,6)	4 (2,7)
Meu trabalho me obriga a usar resultados de pesquisas atuais na prática	110	10 (9,1)	23 (20,9)	45 (40,9)	23 (20,9)	9 (8,2)
Meus colegas de trabalho são céticos em relação à PBE	105	18 (17,1)	29 (27,6)	36 (34,3)	21 (20,0)	1 (1,0)

Tabela 2. Fatores individuais (conhecimento, autoeficácia, preparação acadêmica, comportamento, opiniões e interesses) e organizacionais (ambiente de trabalho) para a implementação da prática baseada em evidências por graduandos em fisioterapia.

		<i>(conclusão)</i>		
	n	Q₁ (%)	Mediana (%)	Q₃ (%)
<i>Autoeficácia</i>				
Identificar problemas clínicos após a avaliação de um paciente	110	60	80	90
Elaborar uma pergunta, baseada no problema clínico, para guiar uma busca na literatura	109	60	80	90
Buscar efetivamente a literatura relevante para solucionar a questão	110	70	80	90
Analisar criticamente a literatura quanto à confiabilidade e à relevância	108	50	70	88
Analisar criticamente as propriedades psicométricas das medidas de desfecho	106	50	60	70
Analisar criticamente as forças e fraquezas de diferentes delineamentos de estudo	110	50	60	80
Interpretar resultados de procedimentos estatísticos tais como testes t e qui-quadrado	104	30	50	70
Interpretar resultados de procedimentos estatísticos tais como regressão linear ou regressão logística	109	20	50	60
Aplicar apropriadamente a evidência da literatura ao paciente individual	106	70	80	90
Compreender as necessidades do seu paciente e suas preferências de tratamento	107	80	90	100
Decidir sobre um plano de tratamento apropriado em colaboração com o paciente	108	80	90	100
Avaliar continuamente o efeito da sua prática	109	80	90	100
Média da autoeficácia	108	63,75	70,83	78,75

Q₁: 1º quartil; Q₃: 3º quartil.

Tabela 3*(continua)*

	N	Frequência absoluta (frequência relativa: %)
<i>Base de dados que mais utiliza</i>	108	
Scielo		36 (33,3)
Google acadêmico		30 (27,8)
PubMed		32 (29,6)
Bireme		5 (4,6)
Lilacs		2 (1,9)
PEDro		2 (1,9)
Cochrane		1 (0,9)
Outra		0 (0,0)
<i>Frequência de utilização das bases de dados nos últimos 6 meses</i>	107	
Todos os dias		12 (11,2)
1 a 3 vezes na semana		73 (68,2)
1 a 3 vezes no mês		16 (15,0)
1 vez a cada 2 meses		4 (3,7)
Muito raramente		2 (1,9)
Não uso base de dados		0 (0,0)
<i>Frequência de leitura de artigos científicos nos últimos 6 meses</i>	105	
Todos os dias		23 (21,9)
1 a 3 vezes na semana		42 (40,0)
1 a 3 vezes no mês		26 (24,8)
1 vez a cada 2 meses		13 (12,4)
Muito raramente		1 (1,0)
Não li artigos científicos		0 (0,0)

Tabela 3*(conclusão)*

	n	Frequência absoluta (frequência relativa: %)			
<i>Principal local de realização de busca nas bases de dados</i>	109				
Casa					80 (73,4)
Universidade					28 (25,7)
Trabalho					1 (0,9)
Não uso base de dados					0 (0,0)
Outro					0 (0,0)
	n	Frequência absoluta (frequência relativa: %) de ranqueamento			
<i>Formas de atualização</i>	106	Entre as três mais citadas	1ª posição	2ª posição	3ª posição
Leitura de artigos científicos		123 (30.6)	83 (61.0)	33 (24.8)	7 (5.3)
Leitura de livros		90 (22.4)	26 (19.1)	48 (36.1)	16 (12.0)
Participação em congressos, conferências e palestras		74 (18.4)	6 (4.4)	23 (17.3)	45 (33.8)
Participação em cursos		50 (12.4)	8 (5.9)	15 (11.3)	27 (20.3)
Leitura de textos informais (ex: blogs, revista do CREFITO)		46 (11.4)	9 (6.6)	9 (6.8)	28 (21.1)
Participação em grupos de estudos		19 (4.7)	4 (2.9)	5 (3.8)	10 (7.5)

Tabela 4. Ranqueamento das barreiras, encontradas pelos graduandos em fisioterapia, para a implementação da prática baseada em evidências.

Barreiras	Frequência absoluta (frequência relativa: %) de ranqueamento					
	Entre as cinco mais citadas	1ª posição	2ª posição	3ª posição	4ª posição	5ª posição
Idioma dos artigos científicos	91 (68,4)	42 (31,6)	26 (19,5)	12 (9,0)	6 (4,5)	5 (3,8)
Falta de acesso a artigos na íntegra	72 (54,1)	22 (16,5)	22 (16,5)	14 (10,5)	7 (5,3)	7 (5,3)
Falta de tempo	62 (46,6)	18 (13,5)	10 (7,5)	14 (10,5)	11 (8,3)	9 (6,8)
Falta de compreensão de análises estatísticas	59 (44,4)	5 (3,8)	16 (12)	11 (8,3)	17 (12,8)	10 (7,5)
Falta de treinamento em PBE durante a graduação	52 (39,1)	8 (6,0)	14 (10,5)	13 (9,8)	8 (6,0)	9 (6,8)
Desconhecimento sobre como usar as bases de dados	47 (35,4)	13 (9,8)	9 (6,8)	16 (12,0)	2 (1,5)	7 (5,3)
Incapacidade de avaliar a qualidade metodológica do estudo	44 (33,1)	7 (5,3)	12 (9,0)	12 (9,0)	11 (8,3)	2 (1,5)
Dificuldade em interpretar os resultados dos estudos	38 (28,6)	4 (3,0)	8 (6,0)	13 (9,8)	5 (3,8)	8 (6,0)
Falta de qualidade das evidências	28 (21,2)	1 (0,8)	3 (2,3)	7 (5,3)	12 (9,0)	5 (3,8)
Falta de aplicabilidade de resultados de pesquisas na minha prática clínica	28 (21,0)	4 (3,0)	4 (3,0)	6 (4,5)	4 (3,0)	10 (7,5)
Falta de obrigatoriedade no meu ambiente de trabalho	25 (18,9)	3 (2,3)	1 (0,8)	7 (5,3)	8 (6,0)	6 (4,5)
Falta de interesse	25 (18,9)	5 (3,8)	2 (1,5)	3 (2,3)	6 (4,5)	9 (6,8)
Falta de apoio dos meus colegas no meu local de trabalho	8 (6,2)	1 (0,8)	2 (1,5)	1 (0,8)	1 (0,8)	3 (2,3)
Outra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

n = 110; PBE: prática baseada em evidências

REFERÊNCIAS

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 312(7023): 71-2;
- 2 Haynes B; Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ*. 1998 317(7153): 273-6;
- 3 Salbach, NM; Jaglal, SB. Creation and validation of the evidence-based practice confidence scale for health care professionals. *J Eval Clin Pract*. 2011 17(4): 794-800;
- 4 Scianni, AA. Barreiras e Limitações à Implementação da Prática Baseada em Evidências na Reabilitação Após AVE. *Rev Fisioter S Fun*. 2014 3(1): 8-10;
- 5 Dopson S, Locock L, Gabbay J, Ferlie E, Fitzgerald L. Evidence-Based Medicine and the Implementation Gap. *Health*. 2003 7(3): 311-330;
- 6 Valdes K, von der Heyde, R. Attitudes and Opinions of Evidence-based Practice among Hand Therapists: A Survey Study. *J Hand Ther*. 2012 25(3): 288-296;
- 7 Guyatt, GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD, et al. Users' Guides to the Medical Literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the Users' Guides to patient care. *JAMA*. 2000 284(10): 1290-1296;
- 8 Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ*. 2000 163(7): 837-41;
- 9 Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003 37(4): 43-50;
- 10 Rappolt S. The Role of Professional Expertise in Evidence-Based Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 2003 57(5): 589-593;
- 11 Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsen P, Larsson MEH. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *J Eval Clin Pract*. 2015 21: 1169-1177;
- 12 Dyermayr G, Schachner H, Eidenberger M, Lohkamp M, Salbach NM. Evidence-based practice in physical therapy in Austria: Current state and factors associated with EBP engagement. *J Eval Clin Pract*. 2015 21(6): 1219-1234;
- 13 Silva TM, Costa LCM, Costa LOP. Evidence-based practice: A survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Braz J Phys Ther*. 2015 19(4): 294-303;
- 14 Maher CG, Sherrington C, Elkins M, Herbert RB, Moseley AM. Challenges for evidence-based physical therapy: accessing and interpreting high-quality evidence on therapy. *Phys Ther*. 2004 84(7): 644-654;

- 15 Iles R, Davidson M. Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiother Res Int*. 2006 11(2): 93-103;
- 16 Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Research Report Evidence-Based Practice : Beliefs , Attitudes , Knowledge , and Behaviors of Physical Therapists. *Phys Ther*. 2003 83(9): 786-805;
- 17 Metcalfe C, Lewin R, Wisner S, Perry S, Bannigan K, Moffett JK. Barriers to Implementing the Evidence Base in Four NHS Therapies. *Physiotherapy*. 2001 87(8): 433-441;
- 18 Moseley AM, Sherrington C, Elkins MR, Herbert RD, Maher CG. Indexing of randomised controlled trials of physiotherapy interventions: a comparison of AMED, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, hooked on evidence, PEDro, PsycINFO and PubMed. *Physiotherapy*. 2009 95(3): 151-6;
- 19 Palfreyman S, Tod A, Doyle J. Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *Br J Nurs*. 2003 12(4): 246-253;
- 20 Queiroz PS, Santos MJ. Facilidades e habilidades do fisioterapeuta na procura, interpretação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica: um estudo piloto. *Fisioter Mov*. 2013 26(1): 13-23;
- 21 Schreiber J, Stern P, Marchetti G, Provident I, Turocy PS. School-Based Pediatric Physical Therapists' Perspectives on Evidence-Based Practice. *Pediatr Phys Ther*. 2008 20(4): 292-302;
- 22 Young JM, Glasziou P, Ward JE. General practitioners' self ratings of skills in evidence based medicine: validation study. *BMJ*. 2002 324(7343): 950-1;
- 23 Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*. 2007 87(10): 1284-1303;
- 24 Cimoli C. Evidence-Based Practice (EBP) in Rehabilitative Physiotherapy. *Internet J Allied Health Sci Pract*. 2012 10(4): 1-11;
- 25 Ramírez-Vélez R, Bagur-Calafat MC, Correa-Bautista JE, Girabent-Farrés M. Barriers against incorporating evidence-based practice in physical therapy in Colombia: current state and factors associated. *BMC Med Educ*. 2015 (15): 220;
- 26 Pruskil S, Burgwinkel P, Georg W, Keil T, Kiessling C. Medical students' attitudes towards science and involvement in research activities: A comparative study with students from a reformed and a traditional curriculum. *Med Teach*. 2009 31: e254-e259;
- 27 Stronge M, Cahill M. Self-reported Knowledge, Attitudes and Behaviour towards Evidence-based Practice of Occupational Therapy Students in Ireland. *Occup Ther Int*. 2012 19: 7-16;

- 28 Olsen NR, Bradley P, Lomborg K, Nortvedt MW. Evidence based practice in clinical physiotherapy education: a qualitative interpretive description. *BMC Med Educ.* 2013 13:52;
- 29 Florin J, Ehrenberg A, Wallin L, Gustavsson P. Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students. *J Adv Nurs.* 2012 68(4), 888-897;
- 30 Olsen NR, Lygren H, Espehaug B, Nortvedt MW, Bradley P, Bjordal JM. Evidence-based Practice Exposure and Physiotherapy Students' Behaviour during Clinical Placements: A Survey. *Physiother Res Int.* 2014 19: 238-247;
- 31 Brown CE, Kim SC, Stichler JF, Fields W. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today.* 2010 30: 521-527;
- 32 Manns PJ, Norton AV, Darrah J. Cross-Sectional Study to Examine Evidence-Based Practice Skills and Behaviors of Physical Therapy Graduates: Is There a Knowledge-to-Practice Gap?. *Phys Ther.* 2015 95(4): 568-78.