

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Contributos da Gestão da Qualidade nas Práticas em Fisioterapia  
O caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham  
junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Fátima Isabel Alves Ferreira  
4436

Orientadores

Prof.<sup>a</sup>. Doutora Luísa Maria Reis Pedro  
(Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa)

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva  
(Universidade de Évora)

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Évora/Lisboa  
Novembro, 2010

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**"Contributos da Gestão da Qualidade nas Práticas em Fisioterapia.  
O caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham  
junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda"**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Fátima Isabel Alves Ferreira  
4436

Orientadores

Prof.<sup>a</sup>. Doutora Luísa Maria Reis Pedro  
(Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa)

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva  
(Universidade de Évora)

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Évora/Lisboa  
Novembro, 2010

**“Do no harm”  
(Hipócrates)**



## **Agradecimentos**

Um agradecimento especial à Professora. Doutora. Luísa Pedro orientadora desta tese, pela sua incansável dedicação à investigação em Fisioterapia que muito útil se revelou e também pela aprendizagem que me proporcionou. Pelo seu empenho, paciência e disponibilidade no acompanhamento da execução deste estudo em todas as suas fases, mesmo nas mais difíceis. Um grande bem-haja!

Ao Professor. Doutor. Carlos Alberto da Silva pelos seus sensatos e exaustivos conselhos que contribuíram de forma marcante para a formação na área de investigação. Quero realçar também a disponibilidade sempre revelada. Obrigada por tudo!

Aos Coordenadores dos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, em especial à Coordenadora Carla Baltazar e respectivos colegas Fisioterapeutas que participaram neste estudo permitindo a realização do mesmo.

À família e amigos que tanta paciência e apoio deram nestes últimos meses. E também aos que leram, corrigiram os erros e deram sugestões de melhoria.



## **"Contributos da Gestão da Qualidade nas Práticas em Fisioterapia. O caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda"**

### **Resumo**

Durante os últimos anos tem sido preocupação dos fisioterapeutas conduzir a investigação para melhorar a eficácia, eficiência e efectividade dos tratamentos que prestam e que conduzam aos melhores resultados possíveis, com base na melhor evidência científica disponível. Esta investigação tinha como objectivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia, investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica e examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia. A amostra foi constituída por treze fisioterapeutas e a recolha dos dados feita através de uma entrevista semi-estruturada. Verificou-se que no geral, os fisioterapeutas, revelam atitudes e comportamentos positivos relativos à Prática Baseada na Evidência, tendo ainda dificuldade em usá-la a seu favor. Constatou-se que os principais obstáculos á implementação da Prática Baseada na Evidência são de ordem individual, institucional e organizacional. Sendo que o maior obstáculo se prende com a existência de recursos disponíveis para acesso á informação.

Palavras-chave: Prática Baseada na Evidência, Fisioterapia, Obstáculos, Gestão Clínica, Gestão da Qualidade



## **“Quality management contributions in Physiotherapy clinical practice. The particular case of physical therapists perceptions in children and infants with bronchiolitis”**

### **Abstract**

During the last years it's been the physical therapists concern to lead the research to improve efficacy, efficiency e effectiveness of treatments which they provide and that they lead to the best achievable results, based in the best scientific evidence available. This research had as its main goal, understand what contribute does the quality management give to the physiotherapy practice, discover which barriers and obstacles are perceived, by the physical therapists, in the evidence-based practice implementation and analyze their attitudes and behavior towards physiotherapy research. The sample was formed by thirteen physical therapists and the data was collected by a semi-structured interview. The results showed that generally, the physical therapists demonstrated positive attitude and behavior regarding Evidence-Based Practice having, nevertheless, difficulties using it in their profit and benefit. The study revealed that the principle obstacles perceived, in the implementation of Evidence-Based Practice are of individual, institutional and organizational order. The biggest obstacle perceived is the availability of resources to achieve information.

Key words: Evidence-Based Practice; Physiotherapy; Obstacles; Clinical Management, Quality Management



## Índice

Agradecimentos.....	5
Resumo.....	7
Abstract .....	9
Índice de Tabelas.....	12
Índice de Ilustrações.....	13
Índice de Abreviaturas .....	14
Introdução .....	15
1 Enquadramento Teórico .....	19
1.1 Clinical Governance.....	19
1.2 Gestão da Qualidade .....	26
1.3 Medicina Baseada na Evidência.....	31
1.3.1 Linhas orientadoras da prática clínica ou guidelines .....	34
1.4 Prática Baseada na Evidência.....	38
1.4.1 Ensino de Competências na PBE .....	40
1.4.2 Barreiras, Obstáculos e Vantagens da PBE.....	40
1.4.3 Integrar a PBE na prática clínica.....	44
1.5 Níveis de Evidência na Bronquiolite.....	47
2 Opções Metodológicas .....	54
2.1 Problemas em estudo.....	54
2.2 Os Entrevistados .....	55
2.3 Instrumento .....	56
2.4 Procedimentos para a Recolha de Informação .....	58
2.5 Procedimentos para o Tratamento de Dados.....	58
3 Apresentação dos Resultados .....	61
3.1 Aspectos sócio-demográficos dos entrevistados .....	61
3.2 Resultados da análise de conteúdo do <i>corpus</i> das entrevistas.....	67
3.2.1 Primeira Dimensão - Ser Fisioterapeuta .....	70
3.2.2 Segunda Dimensão – Ter Conhecimentos .....	72
3.2.3 Terceira Dimensão – Como Aplicar os Conhecimentos .....	73
3.2.4 Quarta Dimensão – Como avaliar .....	73
3.2.5 Quinta Dimensão – Como Fazer melhor .....	75
3.2.6 Resumo da Análise de Conteúdo .....	80
Considerações Finais.....	89
Recomendações.....	102
Referências Bibliográficas .....	104
Apêndices.....	111
Apêndice I – Guião da Entrevista .....	111
Apêndice II – Pedidos de autorização às unidades Hospitalares .....	112
Apêndice III – Pedido de Consentimento Informado .....	113
Apêndice IV – Questionário Sócio-Demográfico .....	114

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1- Modelo de Passos sequenciais para o desenvolvimento de Expertise (Grol et al)</i> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<i>Tabela 2- Intervenções para promover mudança comportamental entre os profissionais de saúde segundo Bero (1998 p. 467)</i> .....	38
<i>Tabela 3- Evidência para melhorar os cuidados de saúde e os problemas na sua implementação e as suas possíveis soluções, adaptado de Haynes (1998 p. 274)</i> .....	42
<i>Tabela 4- Estatística descritiva da variável idade</i> .....	61
<i>Tabela 5- Frequências da variável grau académico</i> .....	62
<i>Tabela 6- Estatística descritiva da variável anos de experiência profissional</i> .....	63
<i>Tabela 7- Estatística descritiva da variável anos na instituição</i> .....	64
<i>Tabela 8- Frequências da variável situação profissional</i> .....	64
<i>Tabela 9- Estatística descritiva da variável anos de intervenção na patologia</i> .....	65
<i>Tabela 10- Frequências da variável escola de formação</i> .....	66
<i>Tabela 11- Frequências da variável grau académico</i> .....	66
<i>Tabela 12- Frequências da variável técnicas utilizadas</i> .....	71
<i>Tabela 13- Frequências da variável técnicas eficazes</i> .....	71
<i>Tabela 14- Frequências da variável evidência científica das técnicas utilizadas</i> .....	72
<i>Tabela 15- Frequências da variável relevância da PBE</i> .....	73
<i>Tabela 16- Frequências da variável aspectos positivos da implementação da PBE</i> .....	73
<i>Tabela 17- Frequências da variável aspectos negativos da implementação da PBE</i> .....	74
<i>Tabela 18- Frequências da variável obstáculos da implementação da PBE</i> .....	75
<i>Tabela 19- Frequências da variável facilitadores da implementação da PBE</i> .....	78

## Índice de Ilustrações

<i>Ilustração 1 - Esquema do conceito Clinical Governance</i> .....	23
<i>Ilustração 2- Esquema do Modelo do Total Quality Management</i> .....	27
<i>Ilustração 3- Esquema resumo do modelo a percorrer para a obtenção da evidência científica</i> .....	33
<i>Ilustração 4- Entidades responsáveis pela regulamentação, definição e implementação da evidência científica e dos padrões de prática</i> .....	47
<i>Ilustração 5- Frequência de indivíduos por grupo etário</i> .....	61
<i>Ilustração 6- Frequência de indivíduos por grau académico</i> .....	63
<i>Ilustração 7 - Frequência de indivíduos por anos na instituição</i> .....	64
<i>Ilustração 8 - Percentagem de indivíduos por anos de intervenção na patologia</i> .....	65
<i>Ilustração 9 - Respostas dadas segundo as técnicas identificadas</i> .....	71
<i>Ilustração 10 -Frequência da variável noção de evidência científica</i> .....	72
<i>Ilustração 11 -Respostas dadas da variável aspectos positivos da implementação da PBE segundo as categorias</i> .....	74
<i>Ilustração 12 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas</i> .....	75
<i>Ilustração 13 -Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas</i> .....	76
<i>Ilustração 14 - Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas</i> .....	77
<i>Ilustração 15 - Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas</i> .....	77
<i>Ilustração 16 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas</i> .....	78
<i>Ilustração 17 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas</i> .....	79
<i>Ilustração 18 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas</i> .....	79
<i>Ilustração 19 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas</i> .....	80
<i>Ilustração 20 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 1ª dimensão do estudo</i> .....	80
<i>Ilustração 21 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 2ª dimensão do estudo</i> .....	81
<i>Ilustração 22 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 3ª dimensão do estudo</i> .....	82
<i>Ilustração 23 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 4ª dimensão do estudo</i> .....	83
<i>Ilustração 24 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 5ª dimensão do estudo</i> .....	85
<i>Ilustração 25 - Desfasamento entre os modelos teóricos e a prática clínica diária dos Fisioterapeutas</i> .....	87
<i>Ilustração 26 - Aspectos Positivos da Implementação da PBE</i> .....	94
<i>Ilustração 27 - Aspectos Negativos da Implementação da PBE</i> .....	95
<i>Ilustração 28 - Ilustração dos Obstáculos na Implementação da PBE</i> .....	99
<i>Ilustração 29 - Facilitadores na Implementação da PBE</i> .....	100
<i>Ilustração 30 - Ilustração dos Problemas e possíveis soluções dos obstáculos identificados neste estudo</i> .....	102

## Índice de Abreviaturas

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APF
- Bronquiolite Viral Aguda – BVA
- Common Assessment Framework – CAF
- Conventional Chest Physiotherapy - CPT
- Direcção Geral de Saúde – DGS
- European Foundation for Quality Management – EFQM
- Grupo de Trabalho em Fisioterapia – GTF
- King's Fund Health Quality Service - KFHQS
- Medicina Baseada na Evidência – MBE
- Microsoft Excel home student edition 2007- Excel 2007
- Normas de Orientação Clínica – NOC
- Organização Mundial de Saúde – OMS
- Prática Baseada na Evidência – PBE
- Projecto dos indicadores da qualidade – IQIP
- Qualidade da gestão – QualiGest
- Statistical Package for Social Sciences 17 - SPSS 17
- Total Quality Management – TQM
- World Confederation of Physical Therapy - WCPT

## Introdução

Este projecto de investigação surge no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde e tem como objectivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade oferece às práticas em fisioterapia. Pretende também investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência (PBE) na sua prática clínica. Pretende-se também examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia. Para tal foi construída uma entrevista semi-estruturada.

O sector da saúde tem sido palco, ao longo das últimas décadas, de sucessivas reestruturações, potenciando a sua capacidade produtiva através da melhoria de processos, métodos de trabalho e optimização de custos, permitindo-lhe efectuar com assinalável eficácia a gestão dos respectivos recursos. Esta tem sido uma das preocupações da Direcção Geral de Saúde (DGS) e do Estado Português. Os conceitos de *Total Quality Management (TQM)*, Gestão da Qualidade, Prática Baseada na Evidência e *Clinical Governance* deixaram há muito de ser apenas vocabulário dos políticos e gestores, passaram a fazer parte da prática diária dos profissionais de saúde, passando a ser uma das maiores preocupações das associações profissionais e fazem parte dos Princípios da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF).

Em Portugal este processo foi iniciado em centros de saúde e serviços hospitalares, passando presentemente a ser objectivo das mais variadas instituições, não só públicas mas também das privadas. A expressão governação clínica tornou-se popular entre os profissionais de saúde devido à difusão do projecto de acreditação dos hospitais pelo *King's Fund Health Quality Service* e outros modelos. Segundo Cardoso (2005 p.31): "*Em 1983 um documento da Organização Mundial de Saúde definiu qualidade clínica: como a articulação de quatro elementos: Desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica); Eficiência no uso dos recursos; Gestão de Risco (onde se inclui a segurança do doente) e o Índice de Satisfação do doente*". É de ressaltar que estes conceitos são a base dos processos de melhoria contínua, exigindo uma actualização permanente na prática clínica diária, pelo que se justifica o teor deste trabalho. A governação clínica assenta na gestão da articulação destes conceitos. Este trabalho assenta essencialmente na vertente da eficácia, eficácia esta, que se mede através da avaliação dos resultados obtidos mediante o tipo de tratamento utilizado. Segundo Cardoso (2005 p.32): "*A comparação dos resultados só poderá ser efectuada se a prescrição tiver por base normas de orientação clínica comuns às diversas patologias*".

Como qualquer outro profissional de saúde, os fisioterapeutas ambicionam atingir eficácia e eficiência na prestação dos cuidados de saúde, e cada vez mais esta aparece associada à prática baseada na evidência, sendo que esta pode ser definida, e segundo Sackett (2000): *"como a integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, da experiência do clínico e das preferências do paciente (...) "*.

Este estudo tem a seguinte questão de partida: Embora os fisioterapeutas, bem como os outros profissionais de saúde não ignorem a existência e a importância da evidência científica, de que modo os fisioterapeutas a define e a incorpora na prática diária?

Objectiva-se também analisar a atitude dos fisioterapeutas em relação às guidelines, pois a literatura defende o seu potencial de ajuda e importância, reconhecendo-as como excelentes ferramentas educacionais e como uma fonte de melhoria constante na prestação de cuidados de saúde. Quais são então as barreiras e obstáculos percebidos pelos fisioterapeutas na implementação da prática baseada na evidência na sua prestação de cuidados?

Pretende-se com este estudo contribuir para melhores práticas em fisioterapia reafirmando a importância da prática baseada na evidência na prestação dos cuidados de saúde em fisioterapia, pois, e segundo Sackett (2000): *"a evidência proporcionada por pesquisas pode focalizar a acurácia e precisão de testes de diagnóstico, a força de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação (...) "*.

É também objectivo realçar a importância da investigação em fisioterapia sabendo que: *"Novas evidências podem invalidar testes de diagnóstico e tratamentos previamente aceites e proporcionar a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros."* (Sackett, 2000), tendo sempre presente que a prática baseada na evidência contribui para a afirmação do fisioterapeuta como profissional.

Para que os objectivos da investigação sejam alcançados delineou-se um estudo exploratório, para o qual foram seleccionadas três unidades hospitalares pediátricas na região de Lisboa, visto serem as que mais casos de bronquiolite viral aguda recebem. Dentro destas unidades hospitalares, foram seleccionados todos os fisioterapeutas que realizam tratamentos a crianças com esta patologia e que se disponibilizaram a participar no estudo. Foi realizado um pedido para a recolha de dados e construiu-se uma entrevista semi-estruturada com base num guião cuja grelha se encontra no apêndice I. A análise dos dados será feita com base em análise de conteúdo que após codificação será tratada estatisticamente no Statistical Package for Social Sciences 17 (SPSS 17).

Com este tipo de desenho, pretende-se identificar se a gestão da qualidade contribui para melhores práticas em fisioterapia, na perspectiva dos fisioterapeutas. Para tal partiu-se dos quadros de referência europeus, no que diz respeito aos requisitos para a implementação da prática baseada na evidência e construiu-se uma grelha qualitativa baseada nas dimensões identificadas pelos estudos como sendo as necessárias para a implementação da prática baseada na evidência e verificar se existe desfasamento entre aquilo que deve ser o processo de implementação e aquilo que na realidade existe na prática clínica dos fisioterapeutas, especificamente no universo dos profissionais que lidam com crianças e jovens com diagnóstico de bronquiolite. Com base neste diferencial conseguir-se-á perceber os obstáculos, barreiras e constrangimentos com os quais os fisioterapeutas se deparam quando tentam implementar a prática baseada na evidência.

Este Projecto encontra-se organizado em cinco capítulos distintos. Um primeiro capítulo no qual se faz o enquadramento teórico, começando por abordar as questões da Clinical Governance, Gestão da Qualidade e os seus impactos no contexto das profissões de saúde, da Medicina Baseada na Evidência, dentro da qual é abordada a problemática das guidelines (génese e implementação), da Prática Baseada na Evidência com especial ênfase no ensino dessas competências, na procura da identificação das barreiras e obstáculos que existem sua implementação e na possível forma de facilitar a integração desta na prática clínica. Por último são apresentados os níveis de Evidência na Bronquiolite.

O segundo capítulo corresponde à metodologia utilizada no presente estudo, no qual se descrevem os problemas em estudo, a selecção da amostra, a concepção do instrumento e os procedimentos, tanto para a recolha, bem como para o tratamento dos dados objectivando a obtenção das respostas para as questões do estudo.

O terceiro capítulo corresponde à apresentação dos resultados que inclui os aspectos sócio-demográficos dos entrevistados e os resultados da análise de conteúdo do *corpus* das entrevistas.

O quarto capítulo corresponde às considerações finais, no qual se apresentarão as principais conclusões do estudo, em que será possível validar ou rejeitar o conteúdo da informação recolhida previamente no que diz respeito à implementação da prática baseada na evidência, aos dilemas referenciados pelos profissionais e através do desvio encontrado permitirá identificar os problemas a que os fisioterapeutas se encontram sujeitos no exercício profissional e com estes dados poderá ser criado um plano de intervenção facilitador para a implementação da prática baseada na evidência.

O último capítulo será reservado para as recomendações, nas quais será apresentado um plano de Intervenção Sócio-Organizacional para o problema estudado, baseado nos resultados do estudo.

# 1 Enquadramento Teórico

## 1.1 *Clinical Governance*

Segundo Guerra (2007 p.5): *“A necessidade de implementar sistemas de qualidade, está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.”.*

Apesar do conceito de Qualidade ser ainda recente na Cultura Organizacional em saúde, não impediu o crescente interesse pelo tema, adquirindo mesmo particular importância ao nível das instituições governamentais, devido aos compromissos assumidos nas políticas europeias.

Em Portugal este processo foi iniciado em centros de saúde e serviços hospitalares, passando presentemente a ser objectivo das mais variadas instituições, não só públicas mas também e cada vez mais das privadas.

Na perspectiva de Pisco (2001 p.4): *“criar sistemas de qualidade em saúde revela-se assim uma acção prioritária. As associações profissionais da área da saúde desempenham um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas.”*

O sector da saúde, e particularmente os hospitais enfrentam hoje um ambiente externo turbulento, confuso e em constante mutação. Segundo Campos (2007): *“Mutações que têm sido condicionadas sobretudo pela envolvente externa do país e são disso exemplo as alterações económicas cada vez mais determinadas pela globalização dos mercados, alterações políticas e legislativas dominadas pelas preocupações de contenção de custos, alterações sócio-demográficas decorrentes do envelhecimento da população, das modificações dos estilos de vida e dos crescentes fluxos migratórios e alterações tecnológicas, quer a nível da medicina, da genética e da biotecnologia. E neste sentido, pode afirmar-se que a característica essencial da gestão estratégica em saúde será o de tornar as ameaças do ambiente externo e transformá-las em oportunidades para o futuro.”.*

Segundo Campos (2007): a *“Governança do Sistema Nacional de Saúde”* é, antes do mais, um exercício de influência e de reorientação estratégica. (...) É uma aposta na condução ética do sistema, privilegiando objectivos de serviço público: *Garantir ganhos em saúde mensuráveis; Favorecer um sistema mais justo e que contribua para a diminuição da desigualdade nos resultados em saúde dos portugueses e portuguesas; Assegurar que o funcionamento do sistema seja mais eficiente e mais flexível, adaptado e adaptável às necessidades dos cidadãos.”*

Para o ex-ministro da Saúde: *“Para que a Governança pública do sistema de saúde tenha qualidade, há pelo menos cinco condições a assegurar: Garantir a centralidade do cidadão no sistema; Promover a descentralização e responsabilização na gestão das organizações prestadoras; Exercer uma influência intersectorial e junto de actores sociais, que permita actuar sobre as determinantes da saúde e as desigualdades em saúde - que “escapam” à alçada exclusiva do Ministério da Saúde; Investir estrategicamente nos sistemas de informação; E planear a organização e a reorganização do sistema de saúde de modo coerente e integrado, em função das necessidades em saúde da população e da melhor evidência científica disponível sobre “o que funciona.”* (Campos, 2007).

Em Portugal, neste momento promovem-se medidas de implementação de programas de saúde, tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efectividade das intervenções. E para reforçar esta efectividade e qualidade iniciou-se o processo de Acreditação das várias Instituições de Saúde, públicas e privadas, através da adopção de protocolos como o *King’s Fund Health Quality Service* (KFHQS) para os Hospitais, ou o *MoniQuOr* que é um projecto de avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde, e que tenderá a evoluir para um sistema de qualificação de centros de saúde, que deverá incorporar também os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e profissionais. Cada vez mais é necessário melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão e para isso estes indicadores devem, então basear-se numa avaliação sustentada da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e para tal estão a ser desenvolvidos projectos no âmbito da avaliação de indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, do processo e de resultados dos hospitais.

De forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total (TQM), tem-se apostado na qualidade da gestão (Quali-Gest), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for*

*Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF).

O Programa do actual Governo e segundo Barros (1998): *"Apresenta como uma das suas prioridades políticas a sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde e o aperfeiçoamento da gestão do sector."* Para isso apostou na reforma de quase todos os planeamentos anteriormente criados, visto que existiram variações nas condições iniciais desse mesmo planeamento que obrigaram a reformular e recriar um novo para o Plano Nacional de Saúde no qual são definidas as novas orientações estratégicas para a gestão da mudança. Segundo o mesmo: *"Estas novas orientações têm como objectivo preparar os hospitais para melhor lidarem com este ambiente mais imprevisível, tornando-os organizações pró-activas preocupadas em anteciparem-se às mutações externas e em avaliarem o impacto da sua actividade sobre a procura que devem satisfazer. Mas o processo que lhe está inerente serve também propósitos mais instrumentais ao obrigar os gestores à tomada de decisões com uma perspectiva alargada da organização, à definição de prioridades face a recursos escassos, à obtenção de consensos que fomentem a coesão organizacional e à comunicação com os colaboradores aos diferentes níveis hierárquicos, resultando globalmente num melhor desempenho das pessoas."*

O modelo da gestão da qualidade (TQM) e a sua introdução nas instituições de saúde é uma das orientações estratégicas contempladas no Plano Nacional de Saúde para a Gestão da mudança (2004). E actualmente, focaliza-se a noção de cultura, tanto nos estudos das organizações, como das práticas de gestão. Tratando-se assim de um avanço em relação às existentes por volta dos anos 60 e 70, quando todas as atenções se centralizavam no comportamento económico dos actores organizacionais assim como nos aspectos da racionalização do trabalho. Hoje a preocupação centra-se em identificar como é que as pessoas se relacionam no seio das organizações e também a forma como reagem às emoções e à subjectividade.

É necessário perceber alguns conceitos, como é o caso de governação, para que se torne mais clara a sua importância no contexto da saúde, e assim se compreenda a sua ligação com a gestão da qualidade ao nível da prestação dos cuidados de saúde e que Ferreira (2006 p.285) definiu como: *"Conjunto de acções e meios adoptados por uma sociedade para promover uma acção colectiva e lançar soluções na procura de objectivos comuns (...) é a interacção entre cidadãos e governantes e os meios pelos quais os governos podem ajudar ou impedir a satisfação e prosperidade material."*

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1988) a boa governação para a saúde é: *" (...) a capacidade, de activar a participação de todos os interessados na formulação e desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a*

*sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.*". Segundo os mesmos: *"Alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são o primado da pessoa, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares."* sendo que o que está em causa e segundo Ferreira (2006 p.286): *"São as boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, implementação de soluções, à avaliação e monitorização e à correcção de eventuais desvios."*

Segundo Nogueira (2007 p.289): *"A governação clínica não é mais do que um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia em processos para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais de saúde prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica."* Para este, a governação clínica constitui-se de 6 componentes chave: gestão do risco, abertura, formação, auditoria clínica, efectividade clínica e investigação e desenvolvimento.

Na perspectiva do autor, a formação reflecte a ideia da importância da educação contínua e da constante aprendizagem e a auditoria clínica torna-se fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados clínicos tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado do desempenho face a padrões definidos. A efectividade clínica é fulcral na determinação do ponto até que uma determinada intervenção funciona tendo em conta aspectos como eficiência, segurança, implicações legais e evidência científica. A investigação e desenvolvimento estão directamente associados à procura de boas práticas e à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de guidelines e à implementação de estratégias. A abertura é fundamental à promoção da qualidade, conseguida através de escrutínio público. Por último, a gestão do risco é também uma componente major, na medida em que permite a minimização dos riscos associados à prática clínica, seja do risco para os utentes ou do risco para os prestadores ou organização.

Em 1983 um documento da Organização Mundial de Saúde definia qualidade clínica como a articulação de Quatro elementos: *"desempenho profissional, eficiência no uso dos recursos, gestão de risco o índice de satisfação do utente"*.

A *Clinical Governance* ou Governança Clínica pode ser então esquematizada da seguinte forma:

### Ilustração 1 - Esquema do conceito Clinical Governance



Adaptado de Cardoso (2005 p.31)

Pode então afirmar-se que a governação clínica consiste na gestão da articulação destas vertentes. Iremos de seguida desenvolver cada uma destas vertentes visto que da boa articulação da equipa multidisciplinar, da capacidade de se sensibilizar a Administração para os problemas e dificuldades encontrados resultará, ou não, uma prática clínica de excelência, com elevados níveis de satisfação do utente e dos profissionais de saúde envolvidos.

A Formação Profissional segundo Cardoso (2005 p.31): *"É um processo de melhoria contínua e exige uma actualização contínua da prática diária, pelo que devem ser incentivados os programas de formação direccionados às necessidades específicas de cada profissional, para além das exigências genéricas de cada um."* No entanto, a legislação portuguesa, apesar de estabelecer algumas directrizes, não tem um papel particularmente motivador da formação e actualização dos profissionais, sendo essa tarefa executada muito mais por iniciativa do próprio do que por uma imposição do serviço onde trabalha.

Aumentar a qualidade dos sistemas de educação e de formação significa melhorar a adequação entre os recursos e as necessidades, permitindo aos estabelecimentos escolares realizar novas parcerias com o intuito de os ajudar no seu novo papel, mais diversificado do que outrora.

Mas porque falha também a própria formação dentro da empresa que aposta na formação? Segundo Lopes (2004) *"Normalmente os planos de formação dentro da empresa estão estruturados com base nos objectivos da empresa e não nas necessidades dos formandos. A empresa utiliza muitas vezes a formação sem ter em conta as reais necessidades/lacunas dos seus empregados. E por sua vez, os*

*empregados, que realizam uma formação que lhes é inadequada também não aproveitam a aquisição de valências complementares. Outra questão que se coloca é também a parca aposta das empresas na formação que são incapazes de perceberem a formação dos seus recursos como um benefício para a empresa e apenas são capazes de perceberem objectivamente os seus custos.”.*

A eficácia clínica mede-se através da avaliação dos resultados obtidos com as propostas terapêuticas utilizadas. Segundo Cardoso (2005 p.31): *“A comparação dos resultados só pode ser efectuada se a prescrição tiver por base normas de orientação clínica comuns às diversas patologias. A prática de uma medicina baseada na evidência é essencial como garante da aplicabilidade das regras ditadas pelo estado da arte, não sendo de todo um actor limitador do desenvolvimento da investigação clínica para aqueles que a ela se dedicam.”.*

As auditorias aqui referem-se a todos os dados recolhidos no registo do processo clínico de todos os actos praticados referentes a todos os grupos profissionais envolvidos no processo terapêutico. Das autoridades competentes, espera-se uma constante avaliação, sendo que avaliar qualidade em saúde é complexo, principalmente devido ao facto da multiplicidade de variáveis e situações, assim como o ser uma área socialmente considerada de enorme valor, muito frágil e vulnerável.

Segundo Cardoso (2005 p.32): *“Vários hospitais aderiram ao projecto dos indicadores da qualidade (IQIP), que lhes dá uma base de dados importantíssima sobre desempenho das suas instituições em diversos aspectos da prática clínica. A colecção desta informação é uma excelente base de trabalho para o desenvolvimento de processo de melhoria, desde que suportados por um processo de auditorias que detecte as dificuldades e aponte o caminho para a sua solução ou aperfeiçoamento.”.*

A qualidade em saúde implica um maior controlo dos processos, que é efectuado através de auditorias regulares. Estas orientações reflectem-se no plano de actividades e nos relatórios anuais de todas as unidades de saúde, através de planos de desenvolvimento organizacional e de qualidade.

A gestão do risco clínico tem sido amplamente debatida, e tem-se tornado neste século uma das maiores preocupações tendo em conta que é inevitável concluir-se que os actos clínicos se revestem de risco, tanto para os utentes como para os profissionais de saúde. Segundo Cardoso (2005 p.32): *“A prevenção das situações de risco tem de ser uma prioridade dos serviços prestadores de cuidados médicos. Daí ser fundamental uma cuidadosa avaliação das situações de risco e um cuidadoso registo de todos os acontecimentos inesperados ou adversos, a fim que sejam implementadas medidas que previnam novas ocorrências.”.*

É impossível pensar em qualidade e não mencionar a satisfação do utente, pois os serviços de saúde existem para prestar cuidados aos utentes e estes são o fulcro do sistema, ou seja é para eles que todas as medidas são dirigidas. Segundo Cardoso (2005 p.32): *"Não basta ter uma prática correcta de acordo com a legis artis. É necessário que a relação com o doente o leve a compreender porque se actua de determinada forma em detrimento de outra."* Segundo Ramos (2004 p.297): *"uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais com os técnicos de saúde em geral."*

Jensen et al (2000 p.195) identificou o utente: *" (...) como a chave do conhecimento durante os tratamentos. Para atingir este nível é necessário que o fisioterapeuta tenha a capacidade de escuta activa e que adquira a abordagem de tratamento centrada no doente."*

Torna-se fundamental também compreender que a relação entre fisioterapeuta-utente sofreu modificações ao longo do tempo, e que essas transformações implicam também reformulações no que diz respeito às tomadas de decisão em fisioterapia.

No entanto, sabemos que o quadro da decisão e da acção política é complexo e na Saúde, a decisão política é influenciada por múltiplos factores, e a evidência científica é apenas um deles, pois a ideologia, as questões éticas e as questões religiosas, os recursos financeiros limitados, a pressão da opinião pública e das associações, e a pressão dos *lobbies*, quer privados quer públicos, são factores que condicionam, influenciam e moldam as decisões políticas na Saúde, a par com a evidência científica disponível relativamente à matéria em decisão. Segundo Campos (2007): *" (...) a luta de quem tem por obrigação garantir uma boa governação da saúde é a de favorecer a influência deste último factor na tomada da decisão. Ou seja, construir uma orientação política clara no sentido de a evidência científica ganhar peso, entre os factores que condicionam a tomada de decisão na Saúde, a todos os níveis decisores (...) É, portanto, mais pragmático e mais útil falar em política de saúde alertada para a evidência ("evidence-aware policy"), uma formulação mais realista mais do que a, ideal e abstracta, política assente na evidência ("evidence-based policy")."*

Segundo o mesmo autor (2007): *"Assim, uma política de saúde consciente da evidência científica procura construir e considerar toda a informação válida disponível e relevante para decidir sobre a questão em causa, com o objectivo de obter ganhos em saúde de forma eficiente e efectiva (...) E, isto, é válido ao nível das decisões políticas estratégicas, ao nível da gestão regional ou institucional e ao nível da prática clínica quotidiana."*

Mas a existência e a disponibilidade de informação válida e relevante que apoie a tomada de decisões nem sempre é uma realidade, e é absolutamente fundamental investir nos sistemas de informação na saúde. Só com informação clinicamente relevante se pode garantir uma eficaz gestão da doença, do risco clínico e a avaliação necessária e transparente dos profissionais, das equipas e das instituições que prestam cuidados.

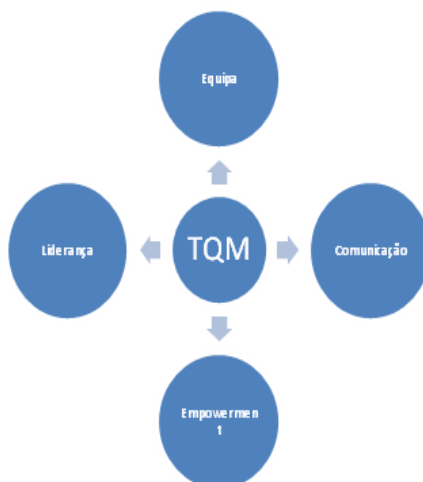
Em resumo, usar a melhor evidência disponível é importante não apenas para o desenvolvimento das políticas de saúde, mas também para a forma de implementação das políticas, informando qual o modo mais eficaz de implementar, na prática clínica diária, sendo que este é um dos objectivos deste trabalho.

## ***1.2 Gestão da Qualidade***

Cada vez mais se fala na *Total Quality Management* (TQM), ou Gestão da Qualidade Total, que não é mais do que uma forma abrangente e integrada de gerir uma organização para que se vá ao encontro das necessidades dos clientes, conseguindo uma melhoria contínua em todos os aspectos das actividades da organização. Segundo Santos (2007 p.230): *"Representa uma forma planeada e sistemática de gestão optimizada dos meios, sejam eles humanos ou materiais que conduzam à melhoria dos resultados (...) acima de tudo traduz-se no envolvimento de todos os que trabalham nessa organização e nas actividades que lhes estejam associadas."*

De uma maneira sucinta podemos afirmar que o TQM e a satisfação do cliente dependem da Liderança, do Reconhecimento, do *Empowerment*, da Comunicação e da Equipa. Sabemos que é através de uma liderança de excelência que todas as intenções manifestadas e os objectivos definidos, na orientação e planeamento para a qualidade, são materializados em acções. A comunicação é um dos pilares fundamentais da gestão baseada nas pessoas, sendo que para estabelecer uma comunicação eficaz é necessário que exista *feedback*. O *empowerment* não é mais do que dar o poder de decisão a alguém, proporcionando a formação adequada em ferramentas de melhoria contínua e o tempo suficiente para as aplicar. E como já foi referido anteriormente o trabalho em equipa aumenta a confiança, melhora a comunicação, promove a participação e o empenho de todos na resolução de problemas. O reconhecimento não é mais do que uma forma de motivação que a organização utiliza para agradecer aos colaboradores que contribuíram para o seu sucesso.

## Ilustração 2- Esquema do Modelo do Total Quality Management



Irani, 2004 p.644

No entanto não existe nenhuma receita acerca de qual a melhor forma de implementar o TQM, pois este tem que estar perfeitamente adaptado à cultura própria de cada organização. Muitos autores afirmam que o TQM está directamente relacionado com aquilo que designam por *total quality culture*, embora permaneça a dúvida se a implementação do TQM implica modificação de cultura organizacional para se chegar à qualidade total ou se significa usar a cultura vigente. O TQM por si próprio representa a cultura desejada de uma organização cujo objectivo e missão não são mais do que a satisfação do cliente com crescente qualidade.

Quando o conceito de cultura organizacional se começou a popularizar estava associado a excelência organizacional e a relacioná-la com a forma como os membros da organização aprenderam a pensar, sentir e agir e que Jonhson e Scholes (1984) citados por Irani (2004 p.644) definem como: *“E, como tal, a cultura organizacional é caracterizada pela capacidade que os seus membros têm de partilhar e compreender conceitos específicos da organização”*. Estes conceitos podem ser definidos pelo mesmo autor como: *“A forma como fazemos as coisas por aqui.”*, sendo o factor chave o facto de a cultura ser ensinada aos novos membros como a forma certa de se comportarem, perpetuando a sobrevivência e o crescimento da empresa.

Vários investigadores dos quais destacamos Kotter e Heskett (1992) citados por Irani (2004 p.644), concluíram que a cultura organizacional pode ajudar ou prejudicar o sucesso de uma organização, pois uma organização demasiado rígida impede o fluxo de informação, diminui a partilha, não incentiva o trabalho em equipa. E na realidade, o sucesso está associado à flexibilidade e à capacidade de adaptação.

A implementação do TQM implica a modificação dos pressupostos e do quadro de referência dos empregados, e a compreensão que a maioria das organizações se molda e modifica devido à sua interacção com o meio envolvente. Estas mudanças provocam impactos reais nas crenças e valores que estes tinham como soberanas. Como a cultura organizacional influencia de forma bem visível as acções das pessoas e os seus comportamentos, qualquer alteração na cultura irá ter um impacto nos seus colaboradores e a maioria dos estudos, como o de Klein (1995) citado por Irani (2004 p.645): "*A cultura tem um impacto directo sobre a qualidade do serviço.*". No entanto mudar para uma visão genuína de qualidade é uma transformação que requer muitas vezes um reajustamento radical na cultura interna da organização.

É possível compreender que a implementação do TQM não se vislumbra uma tarefa fácil, porque requer uma mudança significativa na cultura organizacional, mudanças na forma como a gestão é executada sobretudo ao nível da partilha das decisões, bem como a participação de todos os empregados no processo de melhoria da qualidade. Como refere Irani (2004 p.646): "*A cultura é boa se encaixar nos objectivos.*". Afirma ainda que a cultura organizacional cujo objectivo seja a melhoria constante e o TQM é um factor crucial que aumenta as capacidades das empresas, sobretudo a inovação e que ainda reduz os conflitos entre os colaboradores providenciando-lhes um propósito comum e unificador, bem como linguagem e uma cultura própria que não existia antes.

Podemos falar numa mudança fundamental ao nível das organizações, que passa pela inversão da relação quantidade/qualidade, em que a nova lógica subjacente é fundada na prioridade que é dada à qualidade. A vantagem competitiva que as empresas procuram agora é a qualidade. E esta não depende apenas do investimento material, mas da qualidade e pertinência do investimento imaterial, ou seja, nas pessoas, nos sistemas de relação e na cultura. São os recursos humanos que vão fazer a diferença e estes já não surgem como descartáveis e são os principais responsáveis pela inovação. A capacidade de inovar torna-se a qualidade primeira em relação à capacidade de racionalização, ou seja, inovar simultaneamente no produto, na técnica, na organização e na relação com o cliente.

O Estado tem tido um papel decisivo na implementação de programas que conduzam a uma maior qualidade e excelência organizacional e é disso exemplo a introdução de vários protocolos de qualidade como é o caso do TQM, que como foi dito anteriormente faz parte da gestão da mudança. No entanto não se consegue criar uma forte e robusta cultura de qualidade numa organização hospitalar em pouco tempo, ela requer tempo de aprendizagem, a construção de novos objectivos e também uma ligeira

alteração na missão, que passa de cuidar de doentes, para cuidar com crescente qualidade e eficiência.

Esta cultura de qualidade é apontada na literatura (Barros, 1998; Santos, 2007) como a chave para aumentar a competitividade organizacional, que é também um dos objectivos do Estado Português numa fase em que a contenção de custos se revela tão determinante ao nível das políticas de Saúde.

Para que as organizações hospitalares sobrevivam às alterações económicas será necessário que estas se focalizem nos clientes/utentes e nas suas necessidades, e para a maioria destas organizações isto implica uma mudança severa na sua cultura interna. O conceito base do TQM é que a focalização no utente, associada à procura da constante melhoria e inovação dos serviços prestados, pode conduzir a uma cultura organizacional bem sustentada que irá aumentar o nível de competitividade.

Segundo Santos (2007 p.233): *"O sistema de qualidade em saúde deve constituir-se como um conjunto integrado de actividades bem planeadas e baseadas na definição de metas objectivas e explícitas assim como na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados tendo como objectivo final a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo atenção na envolvência de todos os participantes desde, os utentes, prestadores, gestores, financiadores, não esquecendo também a classe política."* E acima de tudo nunca esquecer que todos nós apresentamos perspectivas diferentes quanto à definição de qualidade de cuidados de saúde e aquilo que ela representa e a forma como é percebida.

A razão de ser de qualquer investimento/negócio dá-se essencialmente pela conquista e principalmente pela fidelização dos clientes, sendo estes os objectivos principais de qualquer organização. Mas, para alcançar esses objectivos é de extrema importância satisfazer as potenciais e efectivas necessidades dos clientes, sendo esta sem dúvida a linha orientadora de qualquer empresa, que pretenda ter êxito. A conquista e manutenção dessa satisfação exigem da parte das organizações os mais variados esforços.

Os clientes, procuram os serviços que mais lhes agradam, sendo hoje em dia, cada vez maior o seu grau de exigência, que os irá levar numa busca incessante de qualidade, executada aos mais variados níveis, entre eles: qualidade no atendimento, preço, comodidade, segurança e garantia de boas práticas. A maioria dos estudos (Irani 2004, Irvine 2002) realizados nesta área revela que a maioria das empresas bem sucedidas são aquelas que conseguem estabelecer fortes laços de intimidade com os seus clientes, despertando assim uma relação de confiança, humanização e proximidade.

No entanto nós, enquanto profissionais de saúde ainda não adquirimos a tão desejada cultura de qualidade que nos tem sido cada vez mais requerida. Neste momento começam a dar-se os primeiros passos naquilo que se pretende que se tornem as equipas multidisciplinares orgânicas, mas tal como foi possível verificar, estas deparam-se com verdadeiras muralhas de obstáculos a ultrapassar. Mas estudos como o de Irani et al (2002) e o de Irvine (2002) revelam que estes obstáculos quando transpostos se tornam a vantagem competitiva que todas as organizações procuram e que conduzem a excelência organizacional e profissional.

É de ressaltar que as ordens profissionais, as associações e as escolas, assumem aqui um papel preponderante na moldagem dos profissionais. É prática vigente, o ensino de fechamento profissional e *gate-keeping* como fundamentais para a afirmação e reconhecimento do *status* profissional. É-nos inculcado o dever de lutarmos pela nossa autonomia e delimitarmos o nosso universo de trabalho, impedindo que as outras profissões exerçam competências que só a nós são conferidas. Mas o nosso processo de profissionalização, mesmo com o aumento de formação académica continua a não representar poder ou autonomia, ou pelo menos autonomia de saber, pois apesar dos profissionais não médicos poderem assumir novas atitudes e responsabilidades, o controlo do processo de trabalho não está ainda nas nossas mãos permanecendo o poder da decisão clínica aos médicos.

A qualidade na prestação dos cuidados de saúde depende, cada vez mais, da capacidade que uma cultura organizacional tem para adoptar procedimentos que conduzam à qualidade total e de clarificar estes novos objectivos aos seus colaboradores. Por sua vez os profissionais de saúde têm que ter a capacidade de conjugar um vasto leque de abordagens multidisciplinares e de as conseguir operacionalizar. As equipas multidisciplinares nascem com a teoria emergente e com a percepção de que só a adopção de uma cultura organizacional que invista nos seus recursos humanos e que lhe potencie uma participação activa conduzirá à qualidade total. Para Irani et al (2002 p.647): *“Continuous improvement and Innovation are considered to be life-blood of many companies (...) A implementação destes conceitos requerem uma mistura de criatividade, pensamento claro e a capacidade de fazer as coisas. Requer que quem cria e quem implementa trabalhem em estreita colaboração.”*.

Com base nos estudos de Irvine et al (2002), Iranil (2002), Dolan (2003), Stacy (1991), Nonaka (1997) podemos inferir que a introdução da qualidade como um dos requisitos à excelência organizacional veio motivar alterações na cultura organizacional das instituições de saúde, conduzindo estas a alterações na forma como os profissionais se relacionam e comunicam, sendo que a sua tradução visível é a criação de equipas multidisciplinares, nas quais os profissionais são estimulados à partilha do conhecimento

e da responsabilidade, e que este é sem dúvida o caminho para a qualidade total e consequente satisfação dos utentes.

### **1.3 Medicina Baseada na Evidência**

Sem duvida que a prestação dos cuidados de saúde tem sido marcada por uma crescente preocupação com o uso efectivo das práticas provenientes do conhecimento científico com o objectivo de melhorar a assistência, de gerir melhor os recursos limitados, da protecção contra o risco de acusações relativas à prática profissional e a redução de custos.

Segundo Crisóstomo (2008 p.1): *“Hoje é internacionalmente aceite a pressuposição de que a implementação de directrizes para a prevenção, diagnóstico e reabilitação de doenças definidas a partir da evidência científica disponível acerca da eficácia e efectividade das intervenções, produz melhores resultados na população assistida.”*

Têm sido várias as organizações a nível mundial que se têm dedicado à sistematização da evidência científica e ao desenvolvimento de guidelines para a assistência em saúde, merecendo destaque as agências governamentais, pelo volume e independência que têm de forma directa ou indirecta no financiamento de projectos. Desempenham também um papel fundamental as organizações profissionais e as instituições académicas.

Segundo Crisóstomo (2008 p.2): *“Assume-se que directrizes podem contribuir para a melhoria da qualidade na assistência à saúde”*, sendo que o objectivo destas é providenciar elementos que fundamentem e substanciem a implementação de guidelines clínicas. E neste sentido, podemos afirmar, a valorização da medicina baseada na evidência serve como cenário para o desenvolvimento de guidelines. Torna-se então necessário tentar definir os conceitos de medicina e de prática baseada na evidência.

È importante, também, distinguir três conceitos que normalmente aparecem associados aos cuidados de saúde e são eles a eficácia, a efectividade e a eficiência. Segundo Jones (2005 p.14): *“Eficácia é quando uma intervenção funciona em circunstâncias ideais (...) efectividade quando a mesma intervenção funciona na prática diária (...) e eficiência que é o valor relativo da intervenção apresentado sobre forma de percentagem.”*

De acordo com Sackett (2000 p.250): *“Medicina baseada na evidência é a integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, a*

*experiência do clínico e das preferências do paciente. A evidência proporcionada por pesquisas pode focalizar a acurácia e precisão de testes de diagnóstico, a força de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação (...) Novas evidências podem invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceites e proporcionam a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros. (...) como experiência clínica, entende-se a habilidade do clínico em usar o seu conhecimento e experiência e identificar rapidamente o diagnóstico e estado de saúde de cada paciente, seus riscos e potenciais benefícios do uso de intervenções e seus valores e expectativas pessoais (...) os valores dos pacientes representem também as suas preferências, preocupações e expectativas trazidas para o médico, que dêem para ser integrados à decisão clínica."*

É defendido por Szcrerban (2005 p.122): "*(...) que para atingir os requisitos da medicina baseada na evidência, o modelo de ensino tem que ter a capacidade de integrar dois domínios que são a ciência e a prática (...) e que pela sua própria natureza a MBE estimula os profissionais para a aprendizagem"*. Segundo o mesmo (2004 p.126): "*Uma relação equilibrada entre a ciência e a prática é um objectivo da MBE, pois ao referir-se a evidência científica robusta realça o papel da ciência, e ao formular questões acerca das práticas em saúde, a investigação é estimulada para encontrar essas respostas."*

A formação contínua aparece como um pré-requisito para a qualidade crescente e contínua dos cuidados de saúde e Szcrerban (2005 p.124) afirma que: "*(...) manter esta qualidade sem as referências à MBE é impossível, visto que os indicadores de qualidade só podem ser obtidos se for possível comparar resultados."*

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

Nível 1 – Forte evidência demonstrada pelo menos numa revisão sistemática de múltiplos ensaios clínicos aleatorizados com desenhos metodológicos adequados.

Nível 2 – Forte evidência demonstrada pelo menos num ensaio clínico aleatorizado com desenho metodológico adequado e uma amostra de suficiente dimensão.

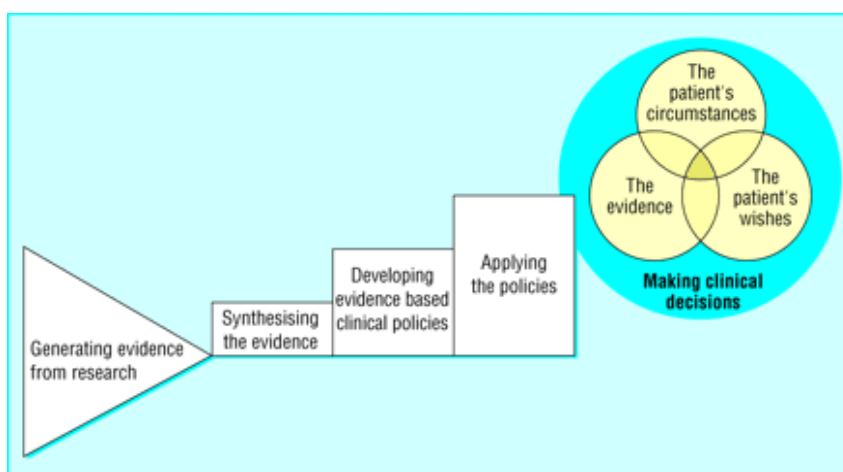
Nível 3 – Evidência demonstrada através de ensaios clínicos sem aleatorização. Grupo simples com pré e pós teste, desenhos de séries temporais ou casos emparelhados.

Nível 4 – 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 5 – Opiniões de autoridades respeitadas pelos seus pares baseadas na evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comissões de peritos.

Segundo Haynes (1998 p.274): “ (...) para se gerar evidência proveniente da investigação científica torna-se necessário que a informação esteja sintetizada e que sejam desenvolvidas e criadas políticas baseadas na evidência clínica.”. A fase seguinte passa pela aplicação dessas mesmas políticas. No entanto este autor ressalva que a tomada de decisão clínica tem sempre que ter em conta, a própria evidência em si, as circunstâncias em que o utente se apresenta e os seus desejos. Em vez de dissecar todas as barreiras e obstáculos este autor apresentou um modelo do caminho a percorrer para a obtenção da evidência. A Ilustração 3 esquematiza os achados.

**Ilustração 3- Esquema resumo do modelo a percorrer para a obtenção da evidência científica**



Haynes, 1998 p.274

A síntese da evidência, o desenvolvimento de políticas baseadas na evidência clínica e a aplicação das mesmas representam os três passos necessários para servir de armadura à pesquisa da evidência científica para os profissionais de saúde. Estes três passos devem ser aplicados no contexto certo e de modo correcto e no tempo adequado de modo a conseguir formar uma ligação válida entre a evidência e a prática.

Na perspectiva de Haynes (1998 p.275): “ Para que as políticas de saúde sejam baseadas na evidência e ao mesmo tempo úteis na prática clínica tem que se conseguir atingir um equilíbrio entre aquilo que é apresentado como evidência e as limitações próprias da investigação científica no contexto da prática clínica.”.

Segundo Szcrerban (2005 p.124):” *Um dos aspectos mais complexos da MBE passa pela conversão dos resultados em evidência. A abundância de informação é um obstáculo real e começa logo na própria definição do que é a evidência científica, qual a sua metodologia, praticabilidade e obviamente pela conversão dos resultados em evidência.*”.

Apesar das origens da medicina baseada na evidência não serem recentes é ainda uma disciplina nova cujos impactos positivos estão apenas agora a começar a ser validados. A evolução será possível graças à formação e educação contínua nesta matéria.

### **1.3.1 Linhas orientadoras da prática clínica ou guidelines**

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

As guidelines constituem-se como posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar os profissionais de saúde e os utentes acerca dos cuidados de saúde mais adequados em cada situação específica. Estas recomendações contemplam indicações, contra-indicações, benefícios e os riscos inerentes a cada procedimento. É importante aqui salientar que o termo cuidado de saúde está apenas relacionado aos cuidados nos quais os benefícios esperados excedem, por uma margem razoável, as consequências negativas.

Segundo Crisóstomo (2008 p.3), a discussão acerca das guidelines tem a sua génese na percepção de que existe: ” (...) *variação dos padrões de prática e utilização de serviços de saúde, uso inapropriado de serviços e incerteza dos resultados obtidos pelo uso ou não uso de serviços ou procedimentos.*”.

Para além dos profissionais de saúde e utentes, as guidelines tornam-se fundamentais para outros *stake-holders*, tais como os financiadores, os seguros de saúde ou para o estado, visto que estes podem decidir acerca de quais os cuidados a reembolsar e a encorajar.

Scalzitti no seu estudo em 2002 defende que uma das razões fundamentais para o desenvolvimento de guidelines é a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes e que a evidência da literatura deve resultar numa clara mudança de atitude por parte dos profissionais acerca das escolhas de tratamento.

São definidos por Crisóstomo (2008 p.5) cinco objectivos das guidelines: *“Orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos; educar indivíduos e grupos; avaliar e garantir qualidade na assistência; orientar a alocação de recursos na assistência à saúde; e fornecer elementos de boa prática médica.”*

As guidelines relacionam-se directamente mais com o processo de cuidados do que com os resultados obtidos, pois estas descrevem apenas o processo de gestão mais adequado da situação clínica e num contexto de melhoria contínua da qualidade da prestação. Neste sentido, tenta promover-se que estas guidelines sejam mais sensíveis às preferências dos utentes na tomada de decisão clínica, dando-se particular ênfase ao consentimento informado e à satisfação do utente. As guidelines também se podem constituir como excelentes auxiliares na identificação de resultados e pesquisas científicas. Segundo Crisóstomo (2008 p.8) as guidelines: *“ (...) constituem-se um elemento fundamental para a gestão clínica ou governança clínica (...) a governança clínica foi definida como um arcabouço pelo qual as organizações de saúde se comprometem em melhorar continuamente os seus serviços e manter elevados padrões de cuidados, criando um ambiente propício para a excelência no cuidado clínico.”*

Existe já um determinado entendimento em relação ao processo de desenvolvimento e criação das guidelines. O desafio que se coloca hoje é a sua implementação. Esta dificuldade de implementação tem sido alvo de variados estudos que objectivam identificar e perceber quais as características facilitadoras e inibidoras (barreiras e obstáculos) para o seu uso e quais as melhores estratégias para a sua implementação. Neste domínio e segundo estudo de Grol (1998) uma das estratégias facilitadoras é sem dúvida é a força da evidência científica ou seja quanto mais inquestionável for a evidência das guidelines mais fácil é a sua implementação. É também realçado neste estudo a importância das organizações profissionais neste processo.

O estudo de Jackson (1998) conclui que mesmo na ausência de evidência científica forte que permita o desenvolvimento de guidelines devem ser tidos em conta três aspectos fundamentais, que são a identificação das decisões chave e das suas consequências, a revisão da literatura existente relevante e válida sobre os benefícios, riscos e custos de decisões terapêuticas alternativas e ainda a apresentação da evidência em formato simples e acessível.

Outro aspecto que é identificado em estudos como facilitador na implementação das guidelines prende-se com a sua constante actualização e revisão para que estas representem sempre a melhor evidência clínica disponível. É referido nas conclusões do estudo de Shekelle (2001) que a actualização das guidelines deve ser feita sempre que surjam mudanças ou novas evidências acerca dos benefícios e riscos de determinada

abordagem terapêutica, sempre que surgirem resultados clinicamente relevantes, sejam através de novas intervenções ou abordagens ou decorrentes da evidência de que a prática corrente é a mais apropriada. Este estudo realça também a importância que os custos e os recursos têm na revisão e mudança nas guidelines.

A implementação de guidelines está, obviamente, dependente da sua disseminação junto dos profissionais de saúde e esta é sem dúvida uma estratégia que pode ser facilitadora. Estudos como o de Bero (1998), reforçam a importância de uma disseminação efectiva das guidelines tais como informação recorrente via *web*, auditorias e *feedback*, encontros educacionais, formação específica e conclui que informação apenas passiva não se revela como uma estratégia eficaz de disseminação.

Segundo Hendriks (2000 p.2): *"A investigação acerca dos efeitos da implementação das Guidelines revela-se em dois níveis distintos - ao nível dos profissionais de saúde (se os profissionais seguem as guidelines) e ao nível dos clientes (se os resultados obtidos nos tratamentos se reflectem com a implementação das guidelines)."*

No entanto a investigação destes dois níveis na prática clínica da fisioterapia é ainda insuficiente. A maioria dos estudos efectuados acerca dos efeitos da implementação das guidelines está ainda no domínio da medicina e mesmo no campo das especialidades médicas, os estudos realizados têm sido focalizados na adesão destes profissionais às guidelines e não propriamente no seu efeito nos clientes.

Grimshaw (1995 p.60) refere que após uma revisão de 59 estudos, encontrou melhorias significativas em 55 estudos no que diz respeito ao comportamento dos profissionais de saúde após a implementação de guidelines. Este mesmo autor afirma que dos 11 estudos que estudaram os benefícios da implementação das guidelines ao nível dos efeitos nos clientes, 9 revelaram efeitos positivos para os mesmos. Segundo este autor: *"Esta revisão demonstrou que o efeito da introdução das guidelines, especialmente ao nível do impacto da prática clínica é maior do que seria inicialmente presumido."* (ibidem, 1995 p.63).

Hendriks (2000 p.3) concluiu que: *"Guidelines desenvolvidas de forma consistente e robusta podem alterar os padrões de intervenção da prática clínica e podem produzir mudanças positivas nos resultados obtidos com os clientes (...) no entanto a aceitação e uso destas está intrinsecamente ligado à forma como estas são desenvolvidas e introduzidas."* Este artigo reforça a ideia de que as guidelines devem ser desenvolvidas por grupos de *experts* independentes e multidisciplinares que sejam representativos de todas as organizações profissionais envolvidas na prestação dos cuidados de saúde e que estas guidelines sejam o resultado da análise de revisões

sistemáticas e meta-análises porque, acima de tudo, as guidelines devem providenciar recomendações clínicas claras, baseadas na melhor informação clínica e científica.

Neste domínio torna-se fulcral perceber quais as intervenções mais eficazes na introdução das guidelines, para que se possa induzir a mudança desejada na prática clínica diária. Os estudos de Grol e Barnhorn citados por Hendriks (2000 p.3) propõem um modelo de passos sequenciais para o desenvolvimento de *expertise* que se encontra resumido na tabela 1.

**Tabela 1- Modelo de Passos sequenciais para o desenvolvimento de *Expertise***

<b>Modelo de Grol</b>	<b>Modelo de Barnhorn</b>
<b>Orientação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ser conhecido</b></li><li>• <b>Tornar-se Interessado</b></li></ul>	Modo tecnológico <ul style="list-style-type: none"><li>• A inovação ocorre e permite a implementação pela atractividade dos que trabalham no meio</li></ul>
<b>Compreensão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Compreender os conteúdos</b></li><li>• <b>Desenvolver insight nos padrões de prática</b></li></ul>	Modo de Poder <ul style="list-style-type: none"><li>• A inovação ocorrer por qualquer meio necessário incluído compulsão e/ou coerção</li></ul>
<b>Aceitação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Desenvolver uma atitude positiva</b></li><li>• <b>Aceitar a mudança</b></li></ul>	Modo Político-cultural <ul style="list-style-type: none"><li>• A inovação é implementada como um resultado entre os "inovadores" e os que exercem a prática clínica</li></ul>
<b>Mudança</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Introduzir a mudança na prática clínica</b></li><li>• <b>Manutenção da mudança</b></li></ul>	Modo Evolutivo <ul style="list-style-type: none"><li>• Os profissionais que exercem prática clínica aprenderam como introduzir a inovação através dos meios disponibilizados pelas organizações profissionais</li></ul>

Grol et al, citado por Hendriks 2000 p.3

Segundo Bero (1998 p.465): *"Apesar da considerável quantia de dinheiro investido em investigação clínica, tem sido dada pouca atenção à necessidade de assegurar que as descobertas da investigação sejam implementadas na rotina da prática diária (...) existem várias formas de intervenção para a implementação que podem ser usadas para promover a modificação de comportamento entre os profissionais de saúde."*

As estratégias propostas por Bero (1998 p.467) encontram-se resumidas na tabela 2.

**Tabela 2- Intervenções para promover mudança comportamental entre os profissionais de saúde**

Maior Eficácia	Eficácia Variável	Menor ou nenhuma Eficácia
Visitas Educacionais	Auditoria, <i>feedback</i>	Material educativo (inclui recomendações e guidelines e publicações electrónicas)
Lembretes (computador)	Opinião de <i>experts</i> locais	Palestras
Auditoria, <i>feedback</i> , <i>marketing</i>	Intervenção mediada aos doentes	
Reuniões educacionais ( <i>workshops</i> )		

Bero 1998 p. 467

Segundo o mesmo autor (1998 p. 466): “ *As revisões sistemáticas providenciam a melhor evidência científica acerca da eficácia da implementação de diferentes estratégias para promover a implementação dos achados da investigação (...) a disseminação passiva de informação é geralmente ineficaz (...) parece tornar-se necessário usar estratégias específicas para encorajar a implementação dos resultados baseados nas recomendações para assegurar mudanças na prática diária.*”.

Em forma de resumo, pode-se afirmar que a evidência científica, transposta através das guidelines pode sem dúvida, fundamentar a determinação de prioridades para a melhoria e padronização de cuidados específicos, bem como determinar a necessidade de mais estudos específicos relativos à efectividade de algumas intervenções.

## **1.4 Prática Baseada na Evidência**

Prática Baseada na Evidência segundo Sackett (1996) citado por Jones (2005 p.14): “*É o grau de perícia individual com a melhor informação clínica disponível proveniente da investigação sistemática.*”. McIbbon (2002), também citado por Jones (2005 p.14) define a mesma como: “ *(...) a abordagem onde os profissionais de saúde usam a melhor evidência científica possível (...) para a tomada das decisões clínicas para cada um dos utentes. A prática baseada na evidência valoriza, cresce e sedimenta com base na experiência clínica, conhecimento do mecanismo da doença e fisiopatologia. Envolve uma decisão complexa e conscienciosa não só com base na*

*evidência disponível, mas sim também com base nas características e nas preferências do utente."*

A prática baseada na evidência objectiva providenciar os meios para que a melhor evidência científica disponível possa ser aplicada de uma forma conscienciosa na prevenção, detecção de desordens nos cuidados de saúde. Segundo Haynes (1998 p.274): *"Este objectivo é muito ambicioso dada a lentidão com que novos tratamentos são disseminados na prática clínica e na resistência que os profissionais de saúde têm em retirar tratamentos estabelecidos mesmo quando verificada a sua inutilidade e ineficácia."*

Outro objectivo da prática baseada na evidência é a integração da melhor evidência científica disponível nas políticas clínicas na prática, no entanto os profissionais de saúde revelam ter dificuldades em encontrar, aceder, interpretar e aplicar a melhor evidência científica, mas para isso tem-se tentado criar serviços que disponibilizem a informação de uma forma mais clara, concisa e organizada, facilitando o acesso à mesma. Embora o progresso seja lento na criação de políticas de saúde baseadas na evidência, o que é importante é que a evidência e as políticas de saúde sejam aplicadas ao mesmo tempo.

Esta evidência é fundamental para os sistemas de saúde, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e também a uma gestão mais adequada e eficiente dos recursos existentes. Abalos (2005) afirma que os responsáveis pelas decisões clínicas na área da saúde necessitam de evidência científica de alta qualidade de modo a suportar decisões clínicas e as políticas de saúde, assegurando assim, que os recursos são investidos em estratégias efectivas e apropriadas para promover a saúde.

Na perspectiva de Jones e Santaguida (2005 p. 15) *" A garantia de qualidade e a relação custo/efectividade são as principais preocupações dos cuidados de saúde e como tal são os grandes objectivos das políticas de saúde a nível mundial. Uma das estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos fisioterapeutas passa exactamente por conseguir minimizar a variabilidade indesejada que surge na prática clínica através do desenvolvimento e implementação de práticas baseadas na evidência."*

A PBE torna-se valiosa para os fisioterapeutas pois, e segundo Jones e Santaguida (2005 p. 17): *" (...) 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 mais robusta."*

### **1.4.1 Ensino de Competências na PBE**

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. Mas quem ensina enfrenta frequentemente um grande dilema, que é o que ensinar aos alunos quando a evidência não suporta a prática clínica. No entanto, o importante é mesmo, quando assim o é, que os educadores tenham a capacidade de ensinar que a referência tem que ser a evidência e que a prática da fisioterapia tem que ser baseada na melhor evidência científica existente.

### **1.4.2 Barreiras, Obstáculos e Vantagens da PBE**

É referido pelo Plano Nacional de Saúde (2004), que um dos principais obstáculos à qualidade e às boas práticas é a escassa cultura de qualidade. É observável, por todos, que o nosso sistema de saúde falha, desde logo pela fraca resposta que dá às expectativas dos utentes, mas também pela falta de informação disponibilizada aos mesmos, sobretudo no que diz respeito à divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso.

É do conhecimento geral e por todos sentido, que existe um défice organizacional dos serviços de saúde, sendo que os diagnósticos efectuados e publicados referentes ao desempenho dos mesmos têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham. É fundamental referir também que os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião convergem na constatação da escassez (ou mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde.

Existe também insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica, embora em Portugal e segundo o Plano Nacional de Saúde (2004): “ (...) tenha já sido feito um bom progresso no que diz respeito à criação de um conjunto de suportes que forneçam bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica (...) Está demonstrada a sua efectividade na integração das actividades das

*diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, reduzindo a variabilidade não desejada e reforçando a adopção de boas práticas.*". Embora a criação de Práticas Padrão e de boas Práticas continuem a cargo das Ordens ou Associações Profissionais.

Mas mesmo com a criação das Normas de Orientação Clínica (NOC), em que foram definidas metodologias de referência, verifica-se que a sua aceitação não é consensual pelos prestadores, e como normas/recomendações que são, não têm carácter obrigatório ou vinculativo, permitindo assim a sua, ou não, utilização. Existem vários estudos, sobretudo em Inglaterra e Estados Unidos, como são exemplo os de Perlstein (2000), Metcalfe (2001) e Jones (2005) que referem os obstáculos que existem à adopção das NOC pelos Profissionais de Saúde, e referem sobretudo a faltam de informação acerca da existência das NOC, a credibilidade das mesmas (algumas por falta de evidência científica) e também porque normalmente quem as cria, não exerce a profissão.

Os Países em desenvolvimento têm recursos limitados, por isso torna-se particularmente importante investir em serviços e cuidados de saúde que sejam realmente eficazes e efectivos. O crescente aumento de revisões sistemáticas relevantes pode ajudar os "*policy makers*", clínicos e consumidores na tomada de decisão.

Segundo Garner (1998 p.531): "*A disseminação dos achados em revisões sistemáticas, policy makers, profissionais de saúde e consumidores é um pré-requisito para a mudança das práticas (...) no entanto vários obstáculos impedem a implementação da evidência na prática e que precisam de auto-regulação.*".

Segundo Garner (1998 p.533): "*O maior constrangimento de todos na implementação da evidência na prática são as políticas de saúde.*"

Os clínicos e os decisores em saúde que pretendem melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde encontram ajuda na evidência. Esta evidência está cada vez mais acessível através de informação que combina alta evidência com as tecnologias de informação. No entanto, existem várias barreiras à implementação da evidência na prática clínica diária. Segundo Haynes (1998 p.274) a evidência para melhorar os cuidados de saúde e os problemas na sua implementação e as suas possíveis soluções estão esquematizadas na Tabela 3.

**Tabela 3- Evidência para melhorar os cuidados de saúde e os problemas na sua implementação e as suas possíveis soluções**

Problema	Solução
Tamanho e complexidade da investigação	Utilização de serviços que sintetizem a informação
Dificuldade em desenvolver políticas baseadas na evidência	Produção de guidelines; Utilização de sistemas que integrem evidência e guidelines nos cuidados
Dificuldades na implementação da evidência na prática devido aos seguintes factores:	Desenvolvimento de incentivos para encorajar cuidado efectivo e melhores sistemas de gestão da doença
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acesso pobre à melhor evidência científica</li><li>• Barreiras Organizacionais</li><li>• Programas de Formação Contínua Ineficazes</li><li>• Fraca Adesão dos utentes aos tratamentos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhorar a efectividade do ensino de qualidade; Programas de melhoria para os clínicos</li><li>• Desenvolvimento de estratégias mais eficazes para encorajar os utentes a seguir os conselhos dos profissionais de saúde</li></ul>

adaptado de Haynes, 1998 p. 274

No que diz respeito às profissões da saúde e em especial à fisioterapia os estudos que existem reflectem já os principais obstáculos à implementação da PBE.

Um estudo de Metcalfe (2001) tinha como objectivo examinar as atitudes perante a investigação e as barreiras que existem à implementação da prática baseada na evidência em quatro profissões da saúde: dietética, terapia ocupacional, fisioterapia e terapia da fala. Foi realizado um questionário que depois de analisado permitiu chegar aos seguintes resultados: A maioria dos terapeutas concordou que a maioria dos achados das investigações são importantes para o desenvolvimento da prática profissional. Apenas 5% dos inquiridos demonstraram não ter interesse nenhum em ler os resultados das investigações. A maioria dos indivíduos revelou ter dificuldade na interpretação dos dados estatísticos, no facto da literatura não se encontrar compilada num mesmo local e também o facto das implicações práticas destas descobertas não se tornarem claras e visíveis no exercício profissional. Os problemas relacionados com a evidência científica incluem resultados controversos, problemas metodológicos, dificuldade na replicação dos estudos e a fraca generalização. As maiores barreiras institucionais identificadas pelos inquiridos foram: tempo insuficiente, instalações inadequadas, trabalho isolado e a falta de colaboração da classe médica para operar as mudanças.

Antunes (2007) realizou um estudo intitulado: "Prática Baseada na Evidência: Fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da Região de Saúde da Grande Lisboa e Vale do Tejo" cujo objectivo foi 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. Segundo Antunes et al (2007 p.31): *"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."*

O artigo de Mccoll (1998) revelou que, apesar de variações consideráveis, os profissionais de saúde consideram que a promoção da medicina baseada na evidência é muito bem-vinda e que acima de tudo melhora os cuidados de saúde prestados aos doentes. Os profissionais de saúde consideram também que têm pouco conhecimento acerca dos jornais científicos, publicações e bases de dados relacionados com a Medicina Baseada na Evidência e que o maior obstáculo percebido para a prática é a falta de tempo. Outro obstáculo prende-se com a inacessibilidade à Internet nos locais de trabalho, em que apenas 20% dos profissionais de saúde revelam ter acesso. Outro obstáculo prende-se com a terminologia, em que muitos dos inquiridos revelaram dificuldade na explicação de alguns termos. A maioria dos indivíduos acredita que a melhor forma de implementar a MBE é usar as guidelines e os protocolos desenvolvidos por colegas.

Para aceder à evidência os fisioterapeutas dispõem de variadas fontes. Os livros e cursos de desenvolvimento profissional contínuo têm sido uma dessas formas, no entanto acabam por ser uma via pouco eficaz. O estudo de Bury (2003) conclui que a formação é pouco eficaz para se estar a par sobre o que a melhor evidência tem a dizer.

Existe cada vez mais informação disponível na Internet, mas este facilitismo obriga a que os fisioterapeutas sejam exigentes no que lêem e que consigam identificar a informação de qualidade. Para Walker (2002) e Abalos (2005) o tempo requerido na procura de artigos também constitui um factor relevante, pois mesmo para os utilizadores mais experientes a identificação de estudos e de informação pré-filtrada não se torna fácil.

Para os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, outra fonte de evidência passa claramente pela experiência clínica, tanto sua como dos seus pares. E na perspectiva de Bury (2003) desde que não exista investigação com evidência e

qualidade numa determinada área da fisioterapia, esta poderá ser a melhor evidência disponível, como é no caso da bronquiolite viral aguda.

### 1.4.3 Integrar a PBE na prática clínica

Somos, enquanto profissionais de saúde, obrigados a implementar as guidelines e a evidência científica ou é apenas uma questão de escolha individual? A prática baseada na evidência continua a ser uma opção desejada, mais do que uma imposição ou uma obrigação. As associações de investigação e as organizações educacionais e profissionais continuam a desempenhar um papel fundamental na promoção do conceito da prática baseada na evidência. O Grupo de Trabalho em Fisioterapia (2004), desenvolveu um documento para definir o perfil de Competências de Formação para o 1º e 2º Ciclo em que reforçou quais os Princípios Orientadores para a definição do Plano de Estudos tendo em conta a Implementação do Processo de Bolonha, tendo por base, o progresso científico e tecnológico.

Tendo por base a natureza da prática da fisioterapia e o conceito de competências que o Grupo de Trabalho em Fisioterapia (GTF) entendeu como mais adequado de forma a garantir uma aprendizagem de qualidade, foi definido um conjunto de critérios que orientaram a formulação do quadro de competências, nomeadamente, a necessidade de definir um perfil. Neste documento encontra-se claramente definida e reforçada a importância da evidência científica e da prática baseada na mesma. No que diz respeito ao primeiro ciclo o documento define que (2004 p.8) as bases científicas da Fisioterapia devem incluir: *“Compreensão das ciências biológicas, físicas e comportamentais que suportam a Fisioterapia; Capacidade para usar esse conhecimento e compreensão numa variedade de contextos e Capacidade para exercer prática clínica baseada em evidência da investigação.”* Para o 2º ciclo o GTF definiu (2004 p.9): *“Capacidade para usar o conhecimento aprofundado e compreensão em contextos de intervenção específicos; Analisa e avalia criticamente a evidência e a sua aplicabilidade prática; Desenvolve e dirige programas de intervenção para populações com necessidades de saúde específicas; Contribui para o desenvolvimento da Fisioterapia através da criação/ implementação/ divulgação de novo conhecimento e novas práticas; Faz planeamento e gestão de recursos inerentes aos serviços de Fisioterapia e contribui para as políticas de desenvolvimento da organização.”* Quando se fala em responsabilidade e autonomia profissional, o GTF (2004 p.10) realça também a importância do fisioterapeuta: *“Contribuir para o desenvolvimento e disseminação de uma prática baseada na evidência, no contexto do seu exercício profissional.”*

Bury (2003) no seu estudo conclui que 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 possível. Mas para aplicar a evidência os profissionais para além das capacidade de recolher a história clínica, avaliar e determinar um diagnóstico, devem ser dotados e segundo Guyant et al (2000), da capacidade de identificar lacunas no conhecimento, formular questões clinicamente relevantes, conduzir uma pesquisa de literatura eficiente, aplicar as regras da evidência, incluindo a hierarquia da mesma, aplicar os achados na literatura ao problema do cliente e perceber em que medida os valores do cliente afectam o equilíbrio entre as potenciais vantagens e desvantagens das opções terapêuticas.

Durante os últimos anos tem sido preocupação dos fisioterapeutas conduzir a investigação para melhorar a eficácia, eficiência e efectividade dos tratamentos que prestam e que conduzam aos melhores resultados possíveis. Segundo Jones (2005 p.14): *"A investigação levou a fisioterapia a um lugar respeitado dentro da comunidade dos prestadores. E agora existe um esforço das instituições governamentais para melhorar os cuidados de saúde prestados aos utentes e também no sentido de melhorar o uso eficiente dos recursos existentes."*

Segundo a *Quality Assurance Agency for Higher Education* (2003): *"A prática em fisioterapia faz referência directa à investigação baseada na evidência publicada, bem como a indicadores de intervenção eficazes sob a forma de padrões de actuação clínica e guidelines. A informação sobre os padrões de prática é feita, aos fisioterapeutas, por investigação específica, bem como através de literatura científica, de forma a permitir prática baseada na evidência."*

Esta afirmação realça a importância da prática baseada na evidência como central e reafirma a obrigação, tanto profissional como ética, que os fisioterapeutas têm de prestar cuidados de saúde com base na melhor evidência científica disponível. No entanto, nem sempre se torna possível atingir estes objectivos. Têm sido identificados inúmeros obstáculos e barreiras à implementação da prática baseada na evidência e estes obstáculos influenciam a qualidade dos serviços, provocando também constrangimentos às profissões que pretendem adoptar este modelo.

Um bom exemplo destes obstáculos é mencionado por Turner e Whitfield (1999) e enfatiza a problemática do ensino em Fisioterapia, no qual os professores enfrentam dilemas pelo facto de terem que ensinar métodos e técnicas que a evidência clínica não suporta, mas que no entanto se vêem obrigados a ensinar, e são exemplo claro disso as modalidades de tratamento da bronquiolite.

Apesar de existirem melhorias significativas no acesso a documentação e a revistas científicas, o que se verifica é que na realidade ainda são insuficientes as publicações e dados disponíveis. A informação científica disponível devia ser levada em conta no processo de tomada de decisão clínica, mas o problema passa pelo facto de muitos dos trabalhos de investigação não terem qualidade suficiente para serem considerados inquestionáveis.

Baker e Robertson (2002) reforçam, com o seu estudo, a ideia de que o uso continuado de determinadas modalidades de tratamento e técnicas, nas quais não se encontra evidência ou eficácia, deve ser um motivo de preocupação, visto que poderá pôr em causa a segurança dos nossos clientes e em último caso poderá trazer consequências judiciais.

Segundo Morris (2003 p.330): *"Muitos dos obstáculos identificados podem ser superados com uma atitude positiva acerca da prática baseada na evidência por parte dos profissionais de saúde, tanto ao nível clínico bem como ao nível da educação."* Este mesmo autor defende que uma das soluções passa pelo treino dos profissionais e alunos para a importância da investigação e da disseminação da informação aprendida e enfatiza a importância da discussão de resultados da investigação entre pares, afirmando que esta *" (...) é mais valiosa do que a discussão da experiência profissional visto não estar ligada à evidência."* (ibidem 2003 p.330)

Morris (2003 p.330) defende: *" (...) que se torna indispensável um uso mais eficiente do tempo para realizar pesquisa, mas refere que isto implica alterações em termos da cultura organizacional, pois torna-se indispensável a aquisição de recursos que permitam o fácil acesso à informação."*

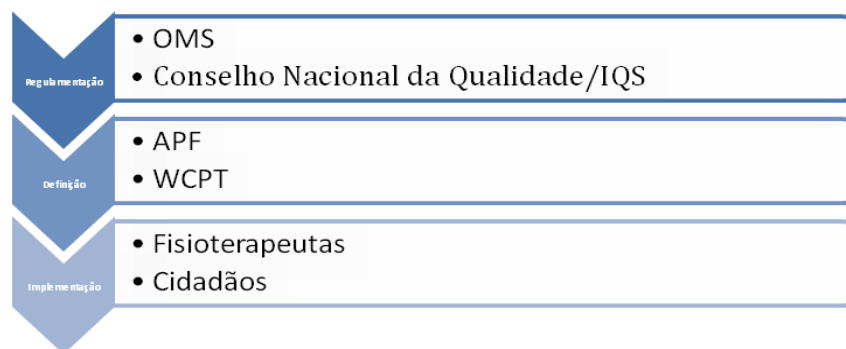
A prática baseada na evidência necessita de disseminação de informação de qualidade, baseada em pesquisas relevantes. E os investigadores, na perspectiva de Culham (1998), têm a obrigação de facilitar o acesso à investigação e de garantir a fiabilidade desta.

O estudo de Turner e Whitfield (1999) revelou também que a selecção das técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas é baseada naquilo que aprenderam enquanto alunos. Segundo os mesmos (1999 p.17): *"Os educadores em fisioterapia têm a obrigação de utilizar a evidência para suportar o conhecimento académico e as técnicas que ensinam e acima de tudo inculcar a importância da prática baseada na evidência."*

## 1.5 Níveis de Evidência na Bronquiolite

A finalidade da World Confederation for Physical Therapy (WCPT) e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) é a de melhorar a qualidade dos cuidados globais da saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia. Para tal, tem vindo a criar Normas de Orientação Clínica e Padrões de Prática que sirvam de suporte à prática clínica baseada na evidência.

### Ilustração 4- Entidades responsáveis pela regulamentação, definição e implementação da evidência científica e dos padrões de prática



Para a bronquiolite não existe consenso, nem evidência científica robusta acerca da eficácia dos tratamentos prestados pela fisioterapia respiratória, mas no entanto cada vez mais, os fisioterapeutas são solicitados a intervir no tratamento da bronquiolite viral aguda. Na realidade existem poucos estudos que incidam na eficácia ou não da actuação da fisioterapia respiratória na bronquiolite para que se possa taxativamente assumir que eles não são recomendados ou que não têm eficácia.

Enquanto fisioterapeutas vemo-nos todos os dias perante diagnósticos de bronquiolite com evolução favorável após a realização dos tratamentos de fisioterapia respiratória. Será que vivemos todos numa ilusão colectiva? Será que a fisioterapia não traduz, na realidade, melhoria significativa e alívio nos sintomas da bronquiolite? *“Serão estes estudos suficientemente robustos (metodologicamente) para se poder afirmar que a fisioterapia não traz qualquer benefício às crianças com bronquiolite?”* (Crespo, 2007 p.13).

Existem duas correntes distintas de pensamento no que diz respeito ao tratamento da bronquiolite, em crianças. A mais antiga é a anglo-saxónica, que recorre a técnicas como a drenagem postural, vibração e percussão. A corrente francófona defende a utilização de técnicas como a expiração lenta prolongada, expiração forçada, tosse provocada e/ou dirigida.

Segundo os estudos anglo-saxónicos, e no que diz respeito à bronquiolite, constata-se que os estudos existentes são escassos e não referem evidência que justifique que a fisioterapia respiratória tenha benefícios no tratamento das crianças. (Agence Nationale D'Accreditation En Santé (2000); Nicholas, K.. (1999); Perlstein, . (2000))

Os estudos francófonos também não conseguem comprovar que estas técnicas sejam mais eficazes no tratamento da bronquiolite. (Martinón-Torres, (2001) Stagnara,. (2001); Crespo (2007))

Será que estas perspectivas implicam que tenhamos que repensar a nossa prática? E a realização de estudos que provem a prática baseada na evidência torna-se fundamental, para que haja uma maior e melhor partilha e integração de conhecimentos, que obviamente se reflecta em melhores resultados na prática clínica.

O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar as crianças. A qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados.

Daí tornar-se importante fazer uma clara distinção entre aquilo que são práticas padrão, ou seja, as práticas que são por nós utilizadas e instituídas pela nossa associação profissional, e aquilo que são práticas bem sucedidas, ou seja, os procedimentos que na realidade conduzem aos melhores resultados e a tratamentos de qualidade. O objectivo é que, na realidade, as práticas padrão se revelem práticas bem sucedidas.

Mas a experiência reflecte uma realidade bem diferente. Ainda não se tornou possível a criação de Normas de orientação clínica para inúmeras patologias, ainda não existe consenso para a resolução de inúmeros diagnósticos e a investigação em fisioterapia ainda está a dar os primeiros passos em Portugal.

No que diz respeito à bronquiolite a situação é ainda mais complicada, pois os métodos de ensino universitário reflectem um défice acentuado acerca daquilo que têm sido os progressos observados pela evidência científica através de projectos de investigação. Neste momento continuam a ser ensinadas técnicas e procedimentos que comprovadamente não têm benefícios no tratamento desta patologia, e a aprendizagem

das técnicas com evidência científica tem que ser procurada pelos profissionais após a conclusão da sua formação académica. Claro está, que nós como fisioterapeutas mantemos a necessidade constante de procura de conhecimento e de actualização para podermos potenciar tratamentos de qualidade, com eficácia, segurança e validade científica. Mas não deveria essa aposta passar pela reformulação dos programas curriculares?

Segundo Postiaux (2004 p.39):” *a bronquiolite é a doença respiratória mais frequente na 1ª infância, tendo maior incidência entre os 2 e os 10 meses de idade (...) Trata-se de uma doença inflamatória aguda das vias aéreas inferiores, de etiologia predominantemente viral e com carácter sazonal e que se caracteriza por sibilos, tosse, dificuldade respiratória e hiperinsuflação, sendo, contudo, uma doença auto-limitada no tempo, com duração média de aproximadamente 12 dias.*”.

Segundo a *Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation En Santé* (2000) foi demonstrado, através da realização de inquéritos, que a fisioterapia respiratória é prescrita em 82 a 99% dos casos de bronquiolite diagnosticados em França. Por outro lado, esta prática é posta em causa nos países anglo-saxónicos. Esta divergência deve-se principalmente à utilização de diferentes métodos terapêuticos.

Nos países anglo-saxónicos usa-se sobretudo a drenagem postural, as percussões e as expirações forçadas (*Conventional Chest Physiotherapy ou CPT*). Os efeitos adversos observados com a aplicação destas técnicas (colapso brônquico, aumento das sibilâncias, hipoxia) podem explicar o desuso, por parte dos anglo-saxónicos, da Fisioterapia respiratória. (Bronchiolitis Guideline Team, 2001)

Os Franceses e os seguidores dos seus métodos privilegiam técnicas expiratórias passivas e lentas, associadas à tosse provocada. Segundo Postiaux (2004 p:62): “ (...) *estas técnicas apoiam-se nas particularidades dos brônquios das crianças que, associadas à ausência de ventilação colateral, favorecem o colapso alveolar, a estase de secreções e a formação de rolhões mucosos. A estas técnicas associam-se outras, visando a desobstrução das vias aéreas superiores.*” Segundo o mesmo: “ (...) *a avaliação da eficácia das técnicas e da sua tolerância deve ser observada ao longo da sessão de tratamento, com base na auscultação e no grau de obstrução. A continuação da sessão está dependente da ausência de cianose ou palidez, do grau de dispneia, da tiragem costal e da fadiga.*”. (ibidem 2004 p.62)

O primeiro artigo encontrado foi elaborado pela *Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé* (2000), e que tendo em conta as ambiguidades do diagnóstico e as diferentes terapêuticas instituídas tentou promover um consenso no qual participaram representantes de várias classes profissionais que intervêm no tratamento

desta doença. Como recomendações, este grupo de profissionais, assumiu não serem necessárias medidas de saturação de oxigénio, raios X e colheitas laboratoriais, excepto para estudos epidemiológicos. A utilização de broncodilatadores alfa adrenérgicos revela, por vezes algumas melhorias a muito curto prazo, não sendo contudo, responsáveis por qualquer alteração ao nível do internamento. Referem ainda que a eficácia dos corticóides não está comprovada, quer na evolução imediata, quer na prevenção de recidivas. No que diz respeito à fisioterapia respiratória este grupo afirma não existir evidência científica que a suporte, mas que justificado pela observação de uma melhoria franca nas crianças ela é aconselhada. São usadas técnicas de desobstrução brônquica tal como é recomendado pela Conferência do Consenso de Lyon em 1994. No entanto, devem ser encorajados e realizados estudos que validem a prática no tratamento da bronquiolite viral aguda, pois não existem bases científicas sólidas que a justifiquem. Por isso, este grupo afirma que a prescrição rotineira de fisioterapia respiratória não está suportada por argumentos científicos e como tal atribui uma recomendação de grau C.

O segundo artigo analisado foi desenvolvido pela Bronchiolitis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital. Esta guideline foi publicada em 1996 e revista em 2001, 2004 e 2005, sem alterações significativas.

A *Bronchiolitis Guideline Team* (2001) propõe que esta venha a fornecer uma abordagem prática, baseada na evidência, para o diagnóstico e tratamento da bronquiolite em crianças com menos de um ano. As recomendações baseiam-se na mais recente e melhor informação científica disponível. Na ausência de evidência de qualidade, usaram a opinião de *experts* e grupos de consenso.

Segundo esta guideline os estudos laboratoriais ou radiológicos não demonstraram qualquer utilidade. A oxigenoterapia é recomendada para crianças com saturação persistente abaixo dos 91%. Aerossóis com broncodilatadores não são aconselhados, excepto em crianças com melhoria clínica documentada. Os antibióticos são desaconselhados, excepto se em presença de infecção bacteriana claramente comprovada. Os anti-histamínicos, descongestionantes orais e vasoconstritores nasais não são recomendados como terapia de rotina. A aspiração de secreções é recomendada antes da alimentação e antes da terapia inalatória.

A fisioterapia respiratória não é recomendada, bem como a atmosfera húmida fria e aerossóis com soro fisiológico, mas temos que levar em consideração que para esta guideline apenas foram utilizados dois artigos que avaliavam a eficácia da fisioterapia respiratória sendo que um data de 1985 e o outro de 1991.

Não deixa de ser interessante o facto de esta guideline reforçar a ideia que deve ser promovida a permeabilidade das vias aéreas, a drenagem das secreções, ensino aos pais acerca das técnicas correctas de desobstrução das vias aéreas. Não são estas as funções do Fisioterapeuta? E da Fisioterapia?

Os terceiro e quarto artigos analisados foram de Perlstein (1999 e 2000). Estes, tinham como objectivo descrever as mudanças ocorridas num hospital pediátrico num período de três anos após a implementação na prática clínica de uma guideline baseada na evidência no tratamento da bronquiolite, ou seja, verificar a validade do segundo artigo. Foram comparados os dados obtidos após a implementação da guideline com os dados de anos anteriores. Esta guideline recomenda que a bronquiolite, na sua apresentação típica, seja vista como uma doença auto-limitada. Encoraja a manutenção da oxigenação e hidratação adequadas, desaconselha a realização das rotinas laboratoriais e radiológicas. No que diz respeito à fisioterapia respiratória, atmosferas húmidas, tosse dirigida, aspiração, aerossol salino, inalação de esteróides e uso de aerossol com broncodilatador, o autor desaconselha a sua utilização.

Será importante verificar que o número de internamentos diminuiu, bem como a sua duração. Houve igualmente uma diminuição do número de exames laboratoriais, radiológicos, do recurso à fisioterapia respiratória e diminuição do número de crianças a utilizar os aerossóis. Mas se era este o objectivo da guideline, não será o resultado redundante? Não quererão os resultados apenas demonstrar que as guidelines foram cumpridas?

O quinto artigo encontrado foi de Martínón-Torres, (2001) Este artigo refere que pouco se avançou na investigação do tratamento da bronquiolite e que em numerosos casos a terapia é controversa e apoiada em recomendações gerais e não em estratégias baseadas na evidência.

Martinón-Torres (2001) concluiu que a intervenção terapêutica justificada recai sobre o tratamento de suporte, adrenalina nebulizada e sobre a ventilação mecânica. Reforçam que a fisioterapia, a nebulização, humidificação aquecida e hélios surfactante necessitam de estudos aleatórios controlados que definam melhor a sua eficácia. Referem também que não existe evidência para o uso de corticóides, alfa-adrenérgicos, antibióticos, imunoglobulinas, interferão e vitamina A.

No que diz respeito à fisioterapia respiratória verifica-se que esta, também, é empregue de forma rotineira no tratamento da bronquiolite viral aguda, apesar de não existir, segundo os autores do artigo, evidência directa que demonstre que esta terapia seja benéfica para as crianças. Portanto, o grau de recomendação deste artigo para a

utilização da fisioterapia respiratória é de Classe D. Mas mais uma vez, e como no artigo anterior, foram usados os mesmos artigos para análise da eficácia da fisioterapia.

Em 2005 Stagnara publicou uma revisão bibliográfica que tinha como objectivo determinar a eficácia e a segurança da fisioterapia respiratória, realizada em crianças com menos de 24 meses de idade e com diagnóstico de bronquiolite viral aguda. Este artigo baseou-se nos resultados obtidos nos estudos de Nicholas, 1999; Webb, 1985; Bohe, 2004. Os protocolos de fisioterapia respiratória nestes estudos incluíam técnicas manuais de vibração e percussão em posições de drenagem postural, com as respectivas modificações de acordo com a tolerância das crianças. Seguiu-se a aspiração de secreções após cada mudança de decúbito.

Os autores concluíram que, com base nos achados destes 3 estudos, a fisioterapia respiratória, usando técnicas de percussão e vibração, não pode ser recomendada para o tratamento de crianças hospitalizadas com bronquiolite viral aguda.

O último artigo encontrado foi Fisioterapia Respiratória no Tratamento da Bronquiolite - revisão sistemática, realizado por Fisioterapeutas portuguesas (Crespo, 2007) que desempenham as suas funções no hospital D. Estefânia em Lisboa, e publicado em 2007. Esta revisão tinha como objectivo principal saber o que dizem os estudos publicados acerca do tratamento não farmacológico da bronquiolite viral aguda, nomeadamente, qual o papel da fisioterapia respiratória no tratamento da bronquiolite. As conclusões deste estudo e segundo os autores (2007 p.13) revelam que: *“de acordo com a pesquisa realizada, os artigos publicados referem que não está demonstrada a evidência científica relativamente à intervenção da Fisioterapia respiratória nos doentes com bronquiolite (...) No entanto, apesar de todas as referências bibliográficas não recomendarem a prática da Fisioterapia respiratória no tratamento da bronquiolite, o que se verifica é que somos cada vez mais solicitados a intervir nestes doentes...”* Estes autores terminam levantando a questão de que: *“Serão estes estudos suficientemente robustos (metodologicamente) para se poder afirmar que a Fisioterapia não traz qualquer benefício às crianças com bronquiolite?”* (Ibidem. 2007 p.13).

É também levantada por estes autores a questão mais pertinente de todas, que se prende com o facto de as técnicas usadas nos 3 estudos analisados terem sido apenas a percussão, vibração e drenagem postural (as técnicas que são vigentes no ensino em Portugal).

É importante salientar que a literatura reforça a ideia de que práticas bem desenvolvidas, com suporte na melhor evidência clínica disponível, têm um papel fundamental na garantia da qualidade da prestação dos serviços de saúde. E é neste sentido que se torna preponderante falar do seu processo de implementação na prática

clínica diária. Se a evidência científica revela os seus benefícios, porque seremos nós incapazes de a aceitar e implementar na nossa prática diária?

Somos, enquanto profissionais de saúde, obrigados a implementar as guidelines e a evidência científica ou é apenas uma questão de escolha individual? A prática baseada na evidência continua a ser uma opção desejada, mais do que uma imposição ou uma obrigação.

Sem dúvida, que os fisioterapeutas, bem como os outros profissionais de saúde, não ignoram a existência e a importância da evidência científica, mas saberemos nós na realidade defini-la e incorporá-la na nossa prática diária?

É importante analisar a atitude dos profissionais de saúde em relação às guidelines, pois todos nós concordamos quanto ao seu potencial de ajuda e importância, reconhecemo-las como excelentes ferramentas educacionais e como uma fonte de melhoria constante na prestação de cuidados de saúde, no entanto revelamos uma enorme incapacidade na sua aplicação e implementação. Quais são então as barreiras e obstáculos percebidos pelos fisioterapeutas na implementação da prática baseada na evidência na sua prestação de cuidados?

Em resumo, a Gestão da Qualidade e a *Clinical Governance* fornecem ferramentas aos profissionais de saúde que são imprescindíveis e fundamentais para melhorar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados, como é o caso da criação das guidelines e a possibilidade de ter acesso á melhor evidência científica. Usar a melhor evidência disponível é importante não apenas para o desenvolvimento das políticas de saúde, mas também para a forma de implementação das políticas, informando qual o modo mais eficaz de implementar, na prática clínica diária, sendo que este é um dos objectivos deste trabalho.

## 2 Opções Metodológicas

O presente estudo é um estudo exploratório, transversal, descritivo mediante análise qualitativa. Segundo Fortin (1999 p.138), este é considerado um estudo de nível I, "(...) no decurso do qual são utilizados métodos de entrevista, tomado geralmente o nome de estudos exploratórios descritivos ou somente descritivos (...)".

Com este tipo de desenho, pretendemos identificar se a gestão da qualidade contribui para melhores práticas em fisioterapia, na perspectiva dos fisioterapeutas. Para tal ir-se-á partir dos quadros de referência europeus, no que diz respeito aos requisitos para a implementação da prática baseada na evidência e tentar-se-á construir uma grelha qualitativa baseada nas dimensões identificadas pelos estudos como sendo as necessárias para a implementação da prática baseada na evidência e verificar se existe desfasamento entre aquilo que deve ser o processo de implementação e aquilo que na realidade existe na prática clínica dos fisioterapeutas, especificamente no universo dos profissionais que lidam com crianças e jovens com diagnóstico de bronquiolite. Com base neste diferencial conseguir-se-á perceber os obstáculos, barreiras e constrangimentos com os quais os fisioterapeutas se deparam quando tentam implementar a prática baseada na evidência.

### 2.1 Problemas em estudo

Na perspectiva de Fortin (1999 p.69) questões de investigação: "(...) em que se descobrem e clarificam conceitos e em cujo domínio existe pouco material bibliográfico, este elemento deverá ser mais elaborado (...)".

Com o presente trabalho pretende-se responder à seguinte questão de partida:

Embora os fisioterapeutas, bem como os outros profissionais de saúde não ignorem a existência e a importância da evidência científica, de que modo os fisioterapeutas a define e a incorpora na prática diária?

Em termos específicos, apresenta-se as seguintes questões de investigação:

**Questão 1** – Qual o nível de relevância e benefícios, que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência?

É importante analisar a atitude dos profissionais de saúde em relação às guidelines, pois todos nós concordamos quanto ao seu potencial de ajuda e importância, reconhecemo-las como excelentes ferramentas educacionais e como uma fonte de

melhoria constante na prestação de cuidados de saúde, no entanto revelamos uma enorme incapacidade na sua aplicação e implementação.

Somos, enquanto profissionais de saúde, obrigados a implementar as guidelines e a evidência científica ou é apenas uma questão de escolha individual? A prática baseada na evidência continua a ser uma opção desejada, mais do que uma imposição ou uma obrigação. As associações de investigação e as organizações educacionais e profissionais continuam a desempenhar um papel fundamental na promoção do conceito da prática baseada na evidência.

**Questão 2** – Será que os fisioterapeutas, recorrem na sua prática diária à evidência científica?

Em forma de resumo, pode afirmar-se que a evidência científica, transposta através das guidelines, pode, sem dúvida, fundamentar a determinação de prioridades para a melhoria e padronização de cuidados específicos, bem como determinar a necessidade de mais estudos específicos relativos à efectividade de algumas intervenções. É importante salientar que a literatura reforça a ideia de que práticas bem desenvolvidas, com suporte na melhor evidência clínica disponível, têm um papel fundamental na garantia da qualidade da prestação dos serviços de saúde. E é neste sentido que se torna preponderante falar do seu processo de implementação na prática clínica diária. Se a evidência científica revela os seus benefícios, porque seremos nós incapazes de a aceitar e implementar na nossa prática diária?

**Questão 3** – Quais são os obstáculos e barreiras que existem na implementação da prática baseada na evidência, na perspectiva dos fisioterapeutas?

## ***2.2 Os Entrevistados***

A população alvo dos entrevistados do estudo foram os fisioterapeutas que desempenhem a sua prática diária no sector público com intervenção em crianças com diagnóstico de bronquiolite viral aguda, na área de Lisboa.

Não se tratando de muitos casos, não criámos nenhuma amostra. Assim, participaram no estudo 13 fisioterapeutas dos 18 que intervêm, na sua prática diária em Fisioterapia Respiratória nos Hospitais de referência na área de Lisboa, que corresponde a 72,2% dos fisioterapeutas elegíveis para este estudo.

Para a recolha de informação junto dos fisioterapeutas, construímos uma entrevista semi-estruturada que pretende saber quais os obstáculos e as barreiras que

os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica.

A selecção dos casos a entrevistar baseou-se nos seguintes critérios:

Os fisioterapeutas foram seleccionados pelo facto de exercerem a sua profissão nos hospitais de referência de intervenção pediátrica em BVA, ou seja, Hospital D. Estefânia, Hospital de Santa Maria e Hospital Fernando da Fonseca.

Os Fisioterapeutas tinham que exercer a sua prática diária em Fisioterapia Córdio-Respiratória e ter pelo menos 5 anos de intervenção na mesma, para que não tivessem sido formados no regime de Bolonha.

De entre esta selecção foram excluídos todos aqueles que não quiseram participar no estudo; aqueles que realizam o seu exercício profissional em prática privada e todos os fisioterapeutas que realizam prática pública e privada concomitantemente, visto que poderiam ser vieses na posterior análise dos dados.

A entrevista foi realizada pela investigadora, fisioterapeuta, mas em locais onde nunca desempenhou funções, ou seja, para garantir que não existia contacto prévio entre investigador e fisioterapeuta, de forma a não influenciar as respostas dadas. Para além disso estas entrevistas foram realizadas perante a ausência do coordenador do serviço e/ou director clínico, assim como outros elementos que pudessem restringir e influenciar o nível das respostas dadas.

### **2.3 Instrumento**

A recolha dos dados foi efectuada com base na construção de uma entrevista semi-estruturada. A sua análise foi feita com base na aplicação de tratamento estatístico.

A entrevista foi construída com base no mesmo perfil das dimensões do "questionário sobre a prática baseada na evidência" adaptado em 2004 pelo Professor Doutor António Lopes, tomando como pano de fundo os quadros de referência europeus e os seus pressupostos para se implementar de forma bem sucedida a prática baseada na evidência.

Segundo Fortin (1999 p.240): "*(...) quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório descritivo o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno (...), (...) são utilizados a este nível as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas (...).*"

Como se pode verificar, neste estudo recolheu-se a informação com base em entrevistas semi-estruturadas. A entrevista foi orientada para o objectivo definido. Esta recolheu, através de interrogatório aos informantes, dados para a pesquisa (abordagem qualitativa). A informação foi analisada com base na saturação das respostas. As entrevistas foram gravadas em gravador áudio.

A definição de entrevista segundo Ghiglione (2001 p.65): “ (...) é uma conversa tendo em vista um objectivo que apresenta a vantagem de ser suficientemente ampla para englobar uma grande variedade de entrevistas possíveis, mas, em contrapartida, é muito vaga para permitir distinguir os diferentes tipos de entrevista (...) ”.

Segundo Gil (2002 p.114-115): “ (...) entrevista, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face-a-face” e em que uma delas formula questões e a outra responde (...).”, (...) é fácil verificar como, entre todas as técnicas de interrogação, a entrevista é que apresenta maior flexibilidade, tanto é que pode assumir as mais diversas formas (...).”.

Para Fortin (1999 p.245-246): “ (...) a entrevista é um método de colheita de dados correntemente utilizado. Permite recolher informações junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes.”, (...) “ é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”, “ (...) a entrevista preenche geralmente três funções: servir de método exploratório para examinar conceitos, relações entre as variáveis e conceber hipóteses; servir de principal instrumento de medida de uma investigação; servir de complemento a outros métodos tanto para explorar resultados não esperados, como validar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda para ir mais em profundidade.”.

A entrevista semi-estruturada, segundo Ghiglione (2001 p.64): “ (...) numa entrevista semi-directiva (por vezes chamada clínica ou estruturada): o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista.”.

Segundo Gil (2002 p.117): “ (...) a entrevista pode ser parcialmente estruturada quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do curso da mesma (...).”.

Esta entrevista foi antecedida de um questionário demográfico, questionário fechado. Segundo Ghiglione (2001 p.63): “ (...) é constituído por questões sucessivas, cuja ordem e formulação foram fixadas antecipadamente, e às quais a pessoa inquirida

*deve responder, escolhendo numa lista também construída previamente, a resposta que melhor lhe convém (...). Este questionário recolherá os dados demográficos da população visada e irá ser alvo de um pré-teste."*

Segundo Fortin (1999 p.253) o pré-teste: " *Consiste no preenchimento de uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (...), (...) avalia a eficácia e a pertinência deste e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos, verificar redacção e a ordem das questões. (...)* "

## ***2.4 Procedimentos para a Recolha de Informação***

O primeiro passo foi o levantamento dos Hospitais que tinham maior número de entradas de crianças por bronquiolite viral aguda. Estes dados foram obtidos através da solicitação dos mesmos ao Ministério da Saúde em Abril de 2009. Verificou-se que as unidades hospitalares elegíveis eram o Hospital D. Estefânia, Hospital de Santa Maria e Hospital Fernando da Fonseca.

Posteriormente foram contactadas estas unidades hospitalares através de correio (Janeiro de 2010), no qual era solicitada a colaboração das mesmas na recolha dos dados. O pedido foi feito ao Conselho de Administração dos Hospitais e ao coordenador do Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Após a obtenção da autorização, apenas concedida por parte, do Hospital D. Estefânia e Fernando da Fonseca, foram contactados pessoalmente os coordenadores e os fisioterapeutas para se agendar então a entrevista.

Finalmente foram realizadas as entrevistas (Fevereiro 2010), em ambiente isolado e com recurso a um gravador áudio.

O tratamento de dados foi realizado durante o mês de Março de 2010.

## ***2.5 Procedimentos para o Tratamento de Dados***

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Segundo Pecheux em 1967 citado por Vala (1986 p.102): " (...) *chega-se ao sentido de um segmento do texto atravessando a sua estrutura linguística (...), o trabalho do analista apoia-se em indicadores linguísticos cuja pertinência não está fixada.*"

Segundo Bardin (1977 p.9): “ (...) a análise de conteúdos consiste num conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O factor comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extracção de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: em inferência.”.

Existem assim fortes críticas metodológicas à análise de conteúdo. De entre elas uma das mais importantes será a intervenção de todo o codificador no estabelecimento do sentido do texto.

Berleson (1952) citado por Vala (1986 p.103) definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “ (...) a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Adoptando esta mesma afirmação Cartwright (1953) citado por Vala (1986) alarga o âmbito da análise de conteúdo ao propor “ (...) a sua extensão a todo o comportamento simbólico”. Em 1980 Krippendorff citado por Vala (1986) “ (...) definiu análise de conteúdo como sendo uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto. Esta técnica sendo uma técnica de pesquisa exige a maior explicitação de todos os procedimentos utilizados.”. Segundo vários autores esta técnica deve servir objectos predominantemente descritivos e classificatórios.

O procedimento específico da análise de conteúdo das entrevistas realizadas seguiu a tradição analítica da técnica categorial, sendo as categorias identificadas tratadas *a posteriori* em termos quantitativos, através de medidas descritivas da estatística, com vista à aferição do seu nível importância no *corpus* analisado.

A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida na amostra. Segundo Fortin (1996 p.269): “a estatística permite, com a ajuda das estatísticas descritivas, resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra.”

De relevar que o tipo de medida utilizado neste trabalho tomou como base a codificação das respostas, com a criação de categorias não arbitrárias, que no entanto respeitem uma certa ordem lógica e que permitam situar os sujeitos da amostra entre si.

A análise dos dados permitiu validar ou rejeitar o conteúdo da informação recolhida previamente no que diz respeito à implementação da prática baseada na evidência, aos dilemas referenciados pelos profissionais e através do desvio encontrado permitirá identificar os problemas a que os fisioterapeutas se encontram sujeitos no exercício profissional e com estes dados poderá ser criado um plano de intervenção facilitador para a implementação da prática baseada na evidência.

Os dados obtidos foram codificados e tratados estatisticamente recorrendo ao Statistical Package for the Social Sciences 17 (SPSS17) para Windows e o Microsoft Excel Home Student Edition 2007.

### 3 Apresentação dos Resultados

Para realizar a análise da componente sócio-demográfica e das questões deste estudo recorreu-se ao programa de software SPSS 17. Utilizou-se também o Microsoft Excel 2007 para analisar os resultados das Categorias, Subcategorias. Aqui apresentam-se apenas as tabelas e gráficos mais relevantes, encontrando a restante informação descrita no Apêndice III.

#### 3.1 Aspectos sócio-demográficos dos entrevistados

##### 1. Idade

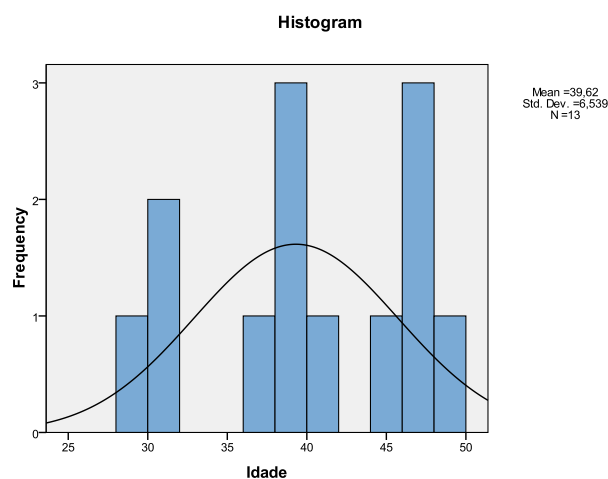
No que diz respeito á idade, a nossa amostra de entrevistados foi constituída por fisioterapeutas que tinham em média 39,62 anos com um desvio padrão de 6,539 anos. Metade dos indivíduos tinha até 39 anos.

**Tabela 4- Estatística descritiva da variável idade**

Mean		39,62
Median		39,00
Mode		31 <sup>a</sup>
Std. Deviation		6,539
Skewness		-,302
Kurtosis		-1,214
Minimum		29
Maximum		48
Percentiles	25	33,50
	50	39,00
	75	46,00

Nota: 13 casos

**Ilustração 5- Frequência de indivíduos por grupo etário**



## 2. Sexo

Pela análise dos resultados constata-se que a maioria dos indivíduos (76,9%) são do sexo feminino e 23,1% são do sexo masculino.

**Tabela 5- Frequências da variável sexo**

<b>Sexo</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	3	23,1	23,1	23,1
	feminino	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Nota: 13 casos

## 3. Grau Académico

Pela análise da tabela seguinte verifica-se que a maioria dos indivíduos (69,2%) possui o grau de Licenciatura.

**Tabela 6- Frequências da variável grau académico**

<b>Grau_académico</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	licenciatura	9	69,2	69,2	69,2
	mestrado	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Nota: 13 casos

## 4. Anos de Experiência Profissional

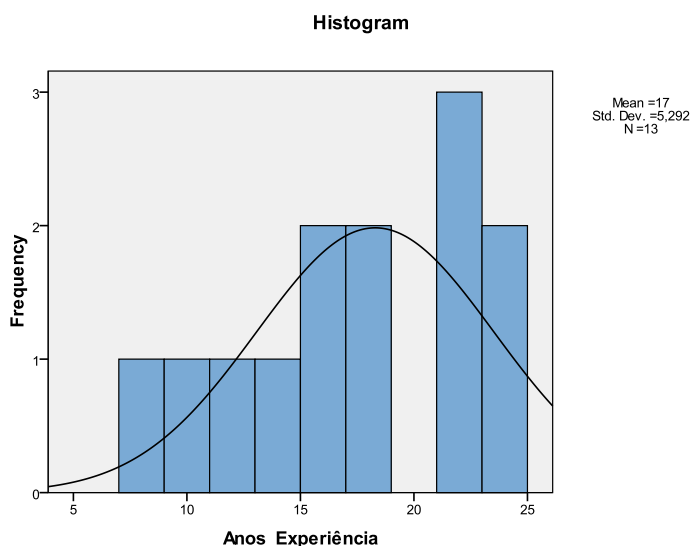
Os resultados obtidos revelam que a maioria dos indivíduos tem em média 17 anos de experiência profissional com um desvio padrão de 5,292 anos. Verifica-se que o maior número dos indivíduos tem 21 anos de experiência profissional. Consta-se ainda que 25% dos indivíduos têm até 12,5 anos de experiência profissional e que metade dos indivíduos tem até 17 anos de experiência profissional.

**Tabela 7- Estatística descritiva da variável anos de experiência profissional**

Statistics		
Mean		17,00
Median		17,00
Mode		21 <sup>a</sup>
Std. Deviation		5,292
Variance		28,000
Skewness		-,255
Std. Error of Skewness		,616
Kurtosis		-1,061
Std. Error of Kurtosis		1,191
Minimum		8
Maximum		24
Percentiles	25	12,50
	50	17,00
	75	21,50

Nota: 13 casos

**Ilustração 6- Frequencia de indivíduos por grau académico**



## 5. Anos na Instituição

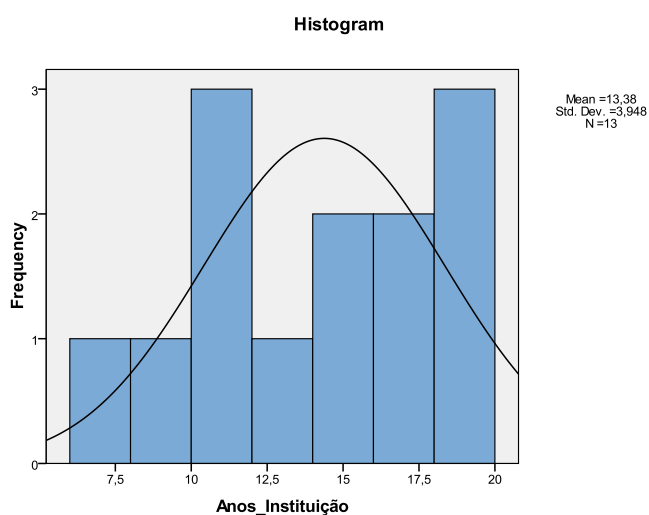
Pela análise da tabela seguinte verifica-se os indivíduos têm em média 13,38 anos na instituição, com um desvio padrão de 3,948 anos. Observa-se também que a maioria dos indivíduos desempenha funções na instituição há 18 anos. De relevar que o maior número de indivíduos tem 18 na instituição. Verifica-se que 25% dos indivíduos têm até 10 anos na instituição e que metade dos indivíduos têm até 14 anos na instituição.

**Tabela 8- Estatística descritiva da variável anos na instituição**

Mean		13,38
Median		14,00
Mode		18
Std. Deviation		3,948
Variance		15,590
Skewness		-,233
Std. Error of Skewness		,616
Kurtosis		-1,439
Std. Error of Kurtosis		1,191
Minimum		7
Maximum		18
Percentiles	25	10,00
	50	14,00
	75	17,50

Nota: 13 casos

**Ilustração 7 - Frequência de indivíduos por anos na instituição**



## 6. Situação Profissional

Os resultados obtidos mostram que todos os indivíduos (100%) se encontram no quadro da instituição.

**Tabela 9- Frequências da variável situação profissional**

		Situação profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Quadro	13	100,0	100,0	100,0

## 7. Anos de Intervenção na Patologia

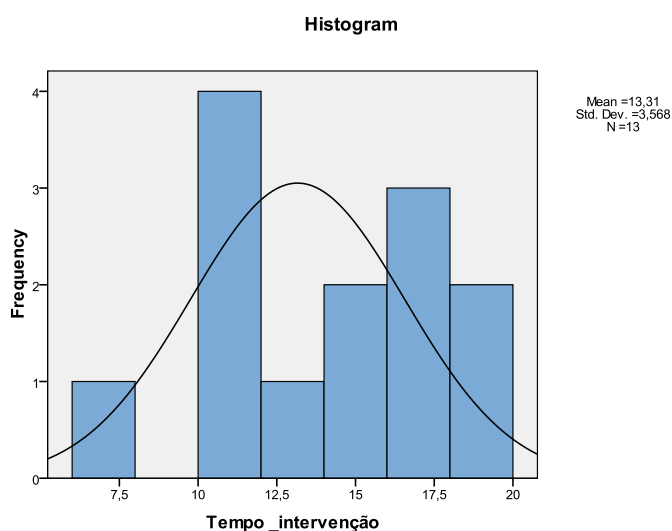
Pela análise dos resultados observa-se que em média os indivíduos da amostra intervêm na patologia há 13,31 anos, com um desvio padrão de 3,568 anos. De relevar que o maior número dos indivíduos intervêm há 10 anos na patologia, sendo que 25% dos indivíduos intervêm há 10 anos ou menos na patologia. Denota-se ainda que metade dos indivíduos intervêm há 14 anos ou menos na patologia. É curioso assinalar que 75% dos indivíduos intervêm há 16,5 anos ou menos na patologia.

**Tabela 10- Estatística descritiva da variável anos de intervenção na patologia**

Mean		13,31
Std. Error of Mean		,990
Median		14,00
Mode		10
Std. Deviation		3,568
Skewness		-,168
Std. Error of Skewness		,616
Kurtosis		-1,176
Std. Error of Kurtosis		1,191
Minimum		7
Maximum		18
Percentiles	25	10,00
	50	14,00
	75	16,50

Nota: 13 casos

**Ilustração 8 - Percentagem de indivíduos por anos de intervenção na patologia**



## 8. Escola de Formação

Verifica-se pela análise da tabela seguinte que a maioria dos indivíduos (84,6%) tem a sua formação de base na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Tabela 11- Frequências da variável escola de formação**

Escola_Formação					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estes'L	11	84,6	84,6	84,6
	ESSA	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Nota: 13 casos

## 9. Escola de Complemento

É demonstrado pela análise dos resultados que todos os indivíduos que tem formação complementar a realizaram no ISCTE.

**Tabela 12- Frequências da variável grau académico**

Escola_Complemento					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ISCTE	4	30,8	100,0	100,0
Missing	999	9	69,2		
Total		13	100,0		

Nota: 13 casos

### 3.2 Resultados da análise de conteúdo do *corpus* das entrevistas

Pretende-se com esta análise de conteúdo caracterizar o nível de relevância e benefícios que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência, bem como identificar através das suas verbalizações os obstáculos e barreiras que existem na implementação da prática baseada na evidência.

Após uma leitura flutuante do *corpus* da nossa análise (treze entrevistas) foi nos possível definir categorias e subcategorias para cada uma das questões em estudo.

Para a primeira questão, ou seja, qual o nível de relevância e benefícios, que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência, foram apresentados três qualificantes: Muito Importante, Ponto-chave/ Fulcral e Fundamental. Sendo pedido aos indivíduos da amostra que identificassem então os aspectos positivos e negativos da implementação da prática baseada na evidência. Para os aspectos positivos foram encontradas duas categorias: o Estado da Arte e o Profissionalismo

A codificação foi efectuada da seguinte forma:

**Categoria A** – Estado da Arte – Aspectos do estado da arte apresentados como relevantes pelos participantes do estudo relativos aos aspectos positivos da implementação da prática baseada na evidência. As subcategorias foram codificadas como A1 a A2.

**Categoria B** – Profissionalismo – Características referidas pelos fisioterapeutas, como reveladoras da competência técnica e profissional. As subcategorias foram codificadas como B1 a B5.

Emergiram da análise de conteúdo das entrevistas as seguintes subcategorias:

As subcategorias A1 e A2 em relação à categoria Estado da Arte que se definem do seguinte modo:

**Subcategoria A1** – Evidência – Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências à importância da evidência científica

**Subcategoria A2** – Universalidade – Nesta subcategoria incluíram-se todas as referências à importância da universalidade e generalização dos resultados.

As subcategorias B1 a B5 em relação à categoria Profissionalismo definem-se do seguinte modo:

**Subcategoria B1** – Melhores Resultados - Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências à importância da obtenção de melhores resultados no tratamento de crianças

**Subcategoria B2** – Eficácia – Nesta subcategoria incorporaram-se todas as referências à crescente necessidade de Eficácia na prestação de cuidados pelos fisioterapeutas

**Subcategoria B3** – Afirmação/ Reconhecimento Profissional – Foram incluídas nesta subcategoria as referências da importância do reconhecimento pelos outros profissionais de saúde, bem como a necessidade de nos afirmarmos como uma profissão credibilizada.

**Subcategoria B4** – Satisfação – Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências à importância da satisfação do fisioterapeuta por uma prestação de cuidados de qualidade.

**Subcategoria B5** – Ética Profissional – Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências dos participantes à importância da conduta ética e aos valores de um fisioterapeuta

Para os aspectos negativos foram encontradas cinco categorias: Ética Profissional, Generalização dos Resultados, Replicação dos Resultados, Uso inadequado dos resultados disponíveis e Nenhum Aspecto Negativo. As categorias são definidas de A1 a A5.

**Categoria A1** – Ética Profissional – Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências dos participantes à importância da conduta ética na realização de estudos científicos e na dificuldade que existe em privar um grupo de crianças a algum tratamento

**Categoria A2** – Generalização dos Resultados – Foram incluídas nesta subcategoria as referências à dificuldade da generalização dos resultados.

**Categoria A3** – Replicação dos Resultados – Nesta subcategoria incorporaram-se todas as referências à dificuldade sentida na replicação dos resultados de outros estudos.

**Categoria A4** – Uso inadequado dos resultados – Foram incluídas nesta subcategoria as referências ao uso inadequado dos resultados de estudos existentes, sobretudo pela dificuldade de análise crítica dos mesmos.

**Categoria A5** – Nenhum aspecto negativo – incluíram-se nesta categoria todas as respostas que os fisioterapeutas mencionaram como não existindo qualquer aspecto negativo na implementação da prática baseada na evidência na prática diária.

Para a segunda questão, ou seja, quais são os obstáculos e barreiras que existem na implementação da prática baseada na evidência, na perspectiva dos fisioterapeutas, as três categorias identificadas foram: Obstáculos de Ordem individual, Obstáculos de Ordem Institucional e Obstáculos de Ordem Governamental.

A codificação foi feita da seguinte forma:

**Categoria A** – Obstáculos de Ordem Individual – incluíram-se nesta categoria todas as respostas que os fisioterapeutas mencionaram relativas às dificuldades individuais e do próprio na implementação da prática baseada na evidência. As subcategorias foram codificadas de A1 a A3.

**Categoria B** – Obstáculos de Ordem Institucional – Foram incluídos nesta categoria todos os obstáculos que os fisioterapeutas percebem, como causados pela instituição em que desempenham funções, na implementação da prática baseada na evidência. As subcategorias serão codificadas de B1 a B3.

**Categoria C** – Obstáculos de Ordem Governamental – Nesta categoria foram incluídos todos os obstáculos percebidos, pelos fisioterapeutas, pelo estado da nação.

Emergiram da análise de conteúdo das entrevistas as seguintes subcategorias:

As subcategorias A1 a A3 em relação à categoria Obstáculos de Ordem Individual que se definem do seguinte modo:

**Subcategoria A1** – Atitudes individuais – Foram incluídos nesta subcategoria todos os aspectos relacionados com a atitude dos fisioterapeutas relativa à implementação da prática baseada na evidência.

**Subcategoria A2** – Compreensão das Guidelines – Nesta categoria foram incluídos todos os aspectos, que os fisioterapeutas revelaram acerca da dificuldade de análise e selecção dos estudos e artigos científicos.

**Subcategoria A3** – Existência de Recursos para acesso à informação – Incluíram-se nesta subcategoria todas as menções relativas às dificuldades sentidas na procura, acesso e custos da informação.

As subcategorias B1 a B3 em relação à categoria Obstáculos de Ordem Institucional definem-se do seguinte modo:

**Subcategoria B1** – Tempo Insuficiente – Nesta subcategoria estão incluídas todas as referências á falta de tempo que existe, na própria instituição, para que se procure evidência, se realizem formações e para a própria implementação.

**Subcategoria B2** – Trabalho isolado – Foram incluídas nesta subcategoria todas as menções á necessidade do trabalho em equipa e da importância das reuniões multi-disciplinares.

**Subcategoria B3** – Existência de Recursos para acesso á informação - Incluíram-se nesta subcategoria, todas as referências que os fisioterapeutas fizeram á dificuldade que existe na realização de formação profissional, sobretudo pela falta de apoio da instituição na mesma.

As subcategorias C1 a C3 em relação à categoria Obstáculos de Ordem Organizacional definem-se do seguinte modo:

**Subcategoria C1** – Políticas de Saúde – Foram incluídas todas as referências feitas pelos fisioterapeutas relativamente aos obstáculos que sentem motivados pelas políticas de saúde.

**Subcategoria C2** – *Stake-holders* – Incluíram-se nesta subcategoria todas as referências mencionadas pelos fisioterapeutas relativas às dificuldades que sentem relativamente ao poder médico e outros financiadores e prestadores.

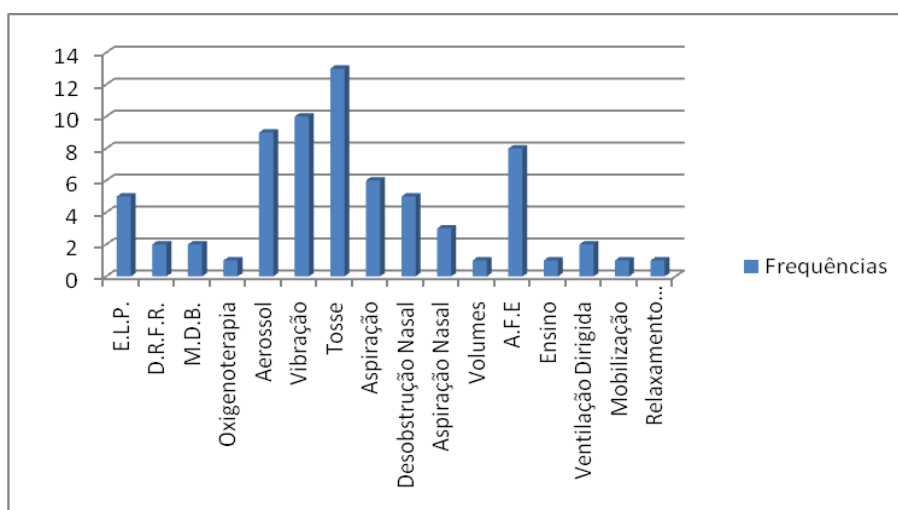
**Subcategoria C3** – Constrangimentos Orçamentais – Nesta categoria foram incluídas todas as referências relativas á importância que os constrangimentos orçamentais provocam na implementação da prática baseada na evidência.

Foi colocada a questão na forma positiva para confirmação dos resultados, ou seja, a questionou-se quais são os facilitadores que existem na implementação da prática baseada na evidência, na perspectiva dos fisioterapeutas, as três categorias identificadas e subcategorias foram as mesmas mencionadas na questão anterior.

### **3.2.1 Primeira Dimensão - Ser Fisioterapeuta**

A primeira dimensão a ser explorada neste estudo prendia-se com o “Ser Fisioterapeuta” e a questão colocada foi: Quais são as técnicas que utiliza na sua prática diária no tratamento de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda? Pela análise do gráfico 9 verificamos que a maioria dos indivíduos identificou 16 técnicas diferentes na intervenção da bronquiolite viral aguda, sendo que as mais mencionadas foram a Tosse, Vibração e Aerossol.

**Ilustração 9 - Respostas dadas segundo as técnicas identificadas**



Pela análise da tabela seguinte, verifica-se que 8 dos 13 (61,5%) dos fisioterapeutas entrevistados quando questionados sobre se as técnicas mencionadas eram utilizadas por todos os colegas do serviço consideraram que sim.

**Tabela 12- Frequências da variável técnicas utilizadas**

Técnicas utilizadas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	61,5	61,5	61,5
	Não	1	7,7	7,7	69,2
	sim, com salvaguarda	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Ainda dentro desta primeira dimensão, os fisioterapeutas foram questionados acerca da eficácia das mesmas técnicas. Pela análise da tabela seguinte, verifica-se que todos os fisioterapeutas consideram que as técnicas que utilizam são eficazes, mas 7 dos 13 (53,8%) dos indivíduos apenas atribuem essa eficácia no tratamento e alívio dos sintomas.

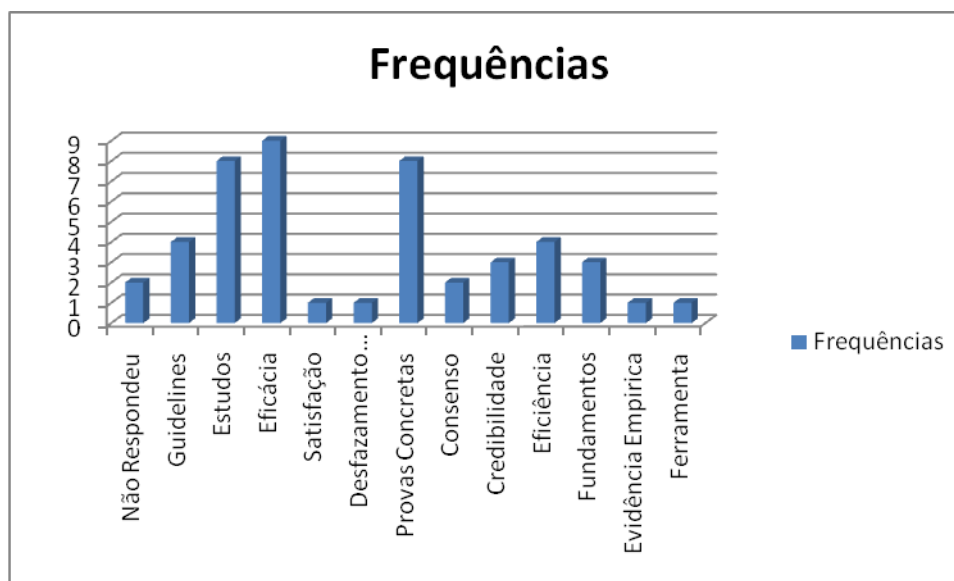
**Tabela 13- Frequências da variável técnicas eficazes**

Técnicas Eficazes					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	46,2	46,2	46,2
	sim, nos sintomas	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

### 3.2.2 Segunda Dimensão – Ter Conhecimentos

A segunda dimensão deste estudo prendia-se com o “Ter conhecimentos” e a questão colocada foi se os fisioterapeutas conheciam a noção de evidência científica e que a explicitassem. Pela observação do gráfico seguinte, verifica-se que a maioria dos fisioterapeutas relaciona evidência científica com a noção de eficácia (9 indivíduos), Estudos científicos (8 indivíduos) e com a existência de provas concretas (8 indivíduos).

**Ilustração 10 -Frequência da variável noção de evidência científica**



Quando os fisioterapeutas foram questionados acerca da evidência científica das técnicas que utilizam verificou-se que um elevado número dos entrevistados (7 em 12, 53,8%) tem muitas dúvidas acerca da evidência das mesmas.

**Tabela 14- Frequências da variável evidência científica das técnicas utilizadas**

Evidência_científica					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	23,1	25,0	25,0
	Não	2	15,4	16,7	41,7
	Dúvidas	7	53,8	58,3	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Missing	999	1	7,7		
Total		13	100,0		

### 3.2.3 Terceira Dimensão – Como Aplicar os Conhecimentos

A terceira dimensão deste estudo objectivava investigar qual o nível de relevância e benefícios, que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência. Pela análise da tabela seguinte verifica-se que 8 em 13 (65,5%) dos indivíduos da amostra consideram que a prática baseada na evidência é muito importante.

A tabela seguinte mostra-nos que a maioria dos entrevistados considera que a prática baseada na evidência é muito importante.

**Tabela 15- Frequências da variável relevância da PBE**

Relevância_científica					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito importante	8	61,5	61,5	61,5
	ponto fulcral/chave	2	15,4	15,4	76,9
	fundamental	1	7,7	7,7	84,6
	não atribui qualificante	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

### 3.2.4 Quarta Dimensão – Como avaliar

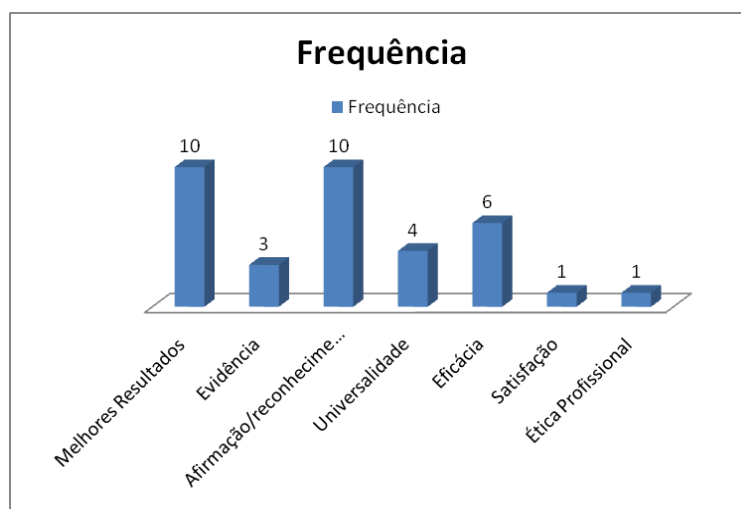
Pretendia-se com a quarta dimensão, investigar quais os aspectos positivos e negativos que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência. Pela análise da tabela seguinte, verificamos que 8 em 13 (61,5%) dos indivíduos da amostra consideram que o Profissionalismo é o aspecto mais positivo da implementação da PBE.

**Tabela 16- Frequências da variável aspectos positivos da implementação da PBE**

Aspectos_positivos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estado da Arte	1	7,7	7,7	7,7
	Profissionalismo	8	61,5	61,5	69,2
	Estado da Arte e Profissionalismo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Pela observação do gráfico seguinte, verifica-se que os aspectos positivos identificados nas categorias Estado da Arte e profissionalismo foram: Melhores Resultados, Evidência, Afirmação/ Reconhecimento Profissional, Universalidade dos Resultados, Eficácia, Satisfação profissional e a Ética Profissional, sendo que os que obtiveram maior frequência de resposta foram os Melhores resultados e a Afirmação/ reconhecimento Profissional, cada um com uma frequência de dez respostas.

**Ilustração 11 -Respostas dadas da variável aspectos positivos da implementação da PBE segundo as categorias**



No que diz respeito aos aspectos negativos, os fisioterapeutas identificaram 3 categorias diferentes: Ética Profissional (2 casos), Ética e Replicação dos resultados (2 casos), Uso Inadequado dos Resultados (1 caso), e a maioria dos indivíduos (8 em 13 casos, 61,5%) não identificou nenhum aspecto negativo da implementação da PBE.

**Tabela 17- Frequências da variável aspectos negativos da implementação da PBE**

Aspectos_negativos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ética Profissional	2	15,4	15,4	15,4
	Uso inadequado dos resultados	1	7,7	7,7	23,1
	nenhum factor negativo	8	61,5	61,5	84,6
	Ética+replicação	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

### 3.2.5 Quinta Dimensão – Como Fazer melhor

Com a última dimensão do estudo pretendia-se averiguar quais os obstáculos/barreiras e os aspectos facilitadores que os fisioterapeutas percepcionavam na implementação da PBE.

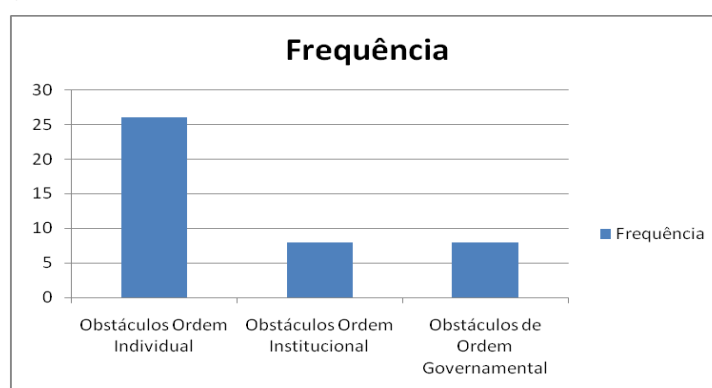
Pela análise da tabela seguinte verifica-se que os obstáculos identificados são de ordem individual, institucional e governamental. A maioria dos indivíduos considera que o maior número dos obstáculos se prende com as três categorias acima referidas, ou então com os obstáculos de ordem individual e governamental concomitantemente..

**Tabela 18- Frequências da variável obstáculos da implementação da PBE**

Obstáculos_implementation					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Obstáculos de ordem individual	2	15,4	15,4	15,4
	obstáculos de ordem institucional	1	7,7	7,7	23,1
	todos	4	30,8	30,8	53,8
	Individual+institucional	2	15,4	15,4	69,2
	individual+governamental	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

O número de respostas apresentado em cada uma das categorias pode ser observado no seguinte gráfico:

**Ilustração 12 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas**



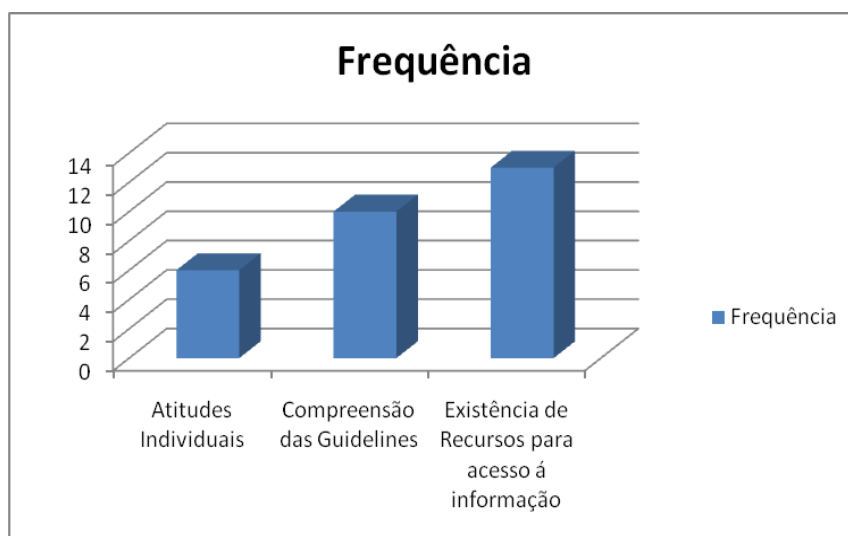
Verificamos que os Obstáculos de Ordem Individual foi a categoria que mais se destacou nas respostas dadas pelos utentes, tendo sido referida por 26 vezes pelos 13 indivíduos da amostra.

Dentro de cada uma das categorias podemos observar a frequência das de cada uma das subcategorias identificadas pelos fisioterapeutas.

### **Subcategoria dos Obstáculos de Ordem Individual**

Pela observação do gráfico podemos verificar que as subcategorias encontradas foram: Atitudes Individuais, Compreensão das Guidelines e a Existência de Recursos para Acesso á Informação, sendo que esta ultima foi a subcategoria com maior frequência de respostas (13), no que diz respeito á percepção que os fisioterapeutas têm quanto aos obstáculos na implementação da PBE.

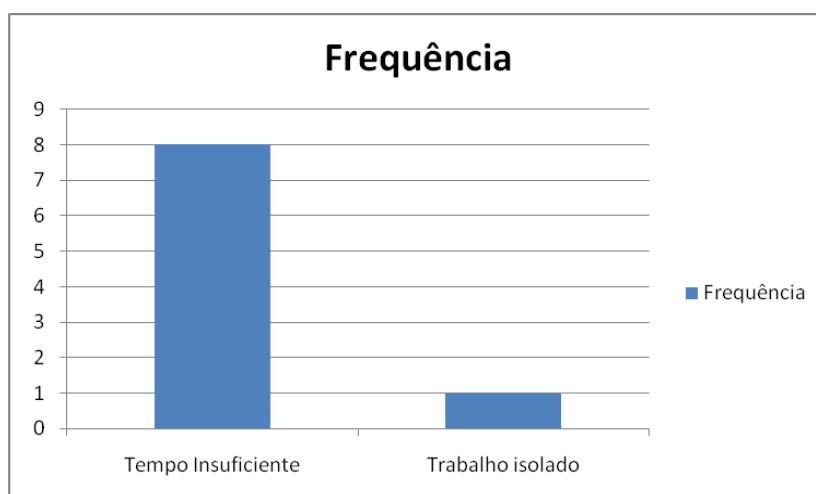
**Ilustração 13 -Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas**



### **Subcategoria dos Obstáculos de Ordem Institucional**

No que diz respeito aos obstáculos de ordem institucional, observa-se pelo gráfico seguinte que as subcategorias que emergiram foram: Tempo Insuficiente com uma frequência de 8 respostas e o Trabalho Isolado

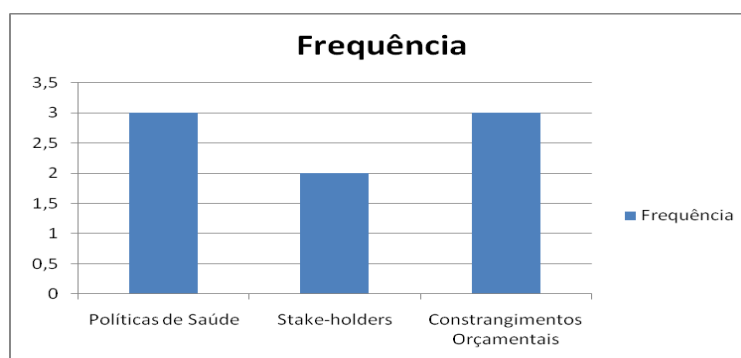
**Ilustração 14 - Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas**



#### **Subcategoria dos Obstáculos de Ordem Governamental**

Se analisarmos o gráfico seguinte é-nos possível identificar as subcategorias e as frequências que surgiram na análise de conteúdo. Elas são as Políticas de Saúde, os Stake-holders e os Constrangimentos Orçamentais

**Ilustração 15 - Respostas dadas segundo as subcategorias identificadas**



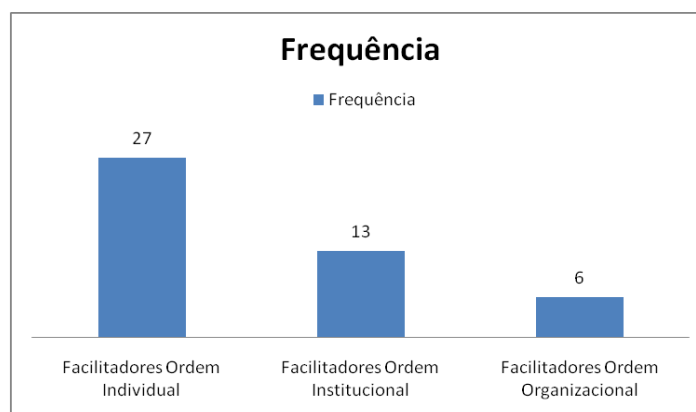
Com a última dimensão do estudo pretendia-se também averiguar quais os facilitadores que os fisioterapeutas percecionavam na implementação da PBE. Pela análise da tabela seguinte verifica-se que os facilitadores identificados são das mesmas categorias que os obstáculos identificados anteriormente. Eles são então facilitadores de ordem individual, institucional e governamental. A maioria dos indivíduos considera que o maior número dos facilitadores se prende com as três categorias ou então com os obstáculos de ordem individual.

**Tabela 19- Frequências da variável facilitadores da implementação da PBE**

Facilitadores_ implementação					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Facilitadores de ordem individual	4	30,8	33,3	33,3
	todos	4	30,8	33,3	66,7
	Individual+institucional	3	23,1	25,0	91,7
	individual+governamental	1	7,7	8,3	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Missing	999	1	7,7		
Total		13	100,0		

O número de respostas apresentado em cada uma das subcategorias pode ser observado no seguinte gráfico:

**Ilustração 16 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas**



Verificamos que os facilitadores de ordem individual situam-se na categoria que mais se destacou nas respostas dadas pelos utentes, tendo sido referida por 27 vezes pelos 13 indivíduos da amostra.

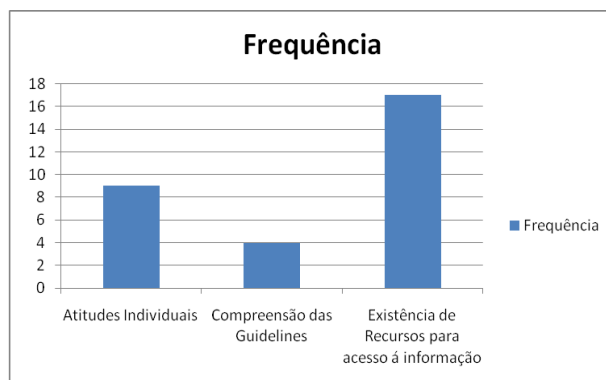
Dentro de cada uma das categorias podemos observar a frequência de cada uma das subcategorias identificadas pelos entrevistados:

#### **Facilitadores de Ordem Individual**

Pela observação do gráfico seguinte podemos verificar que as subcategorias encontradas foram: Atitudes Individuais, Compreensão das Guidelines e a Existência de

Recursos para Acesso à Informação, sendo que esta última foram a subcategoria com maior frequência de respostas (17), no que diz respeito à percepção que os fisioterapeutas têm quanto aos facilitadores na implementação da PBE.

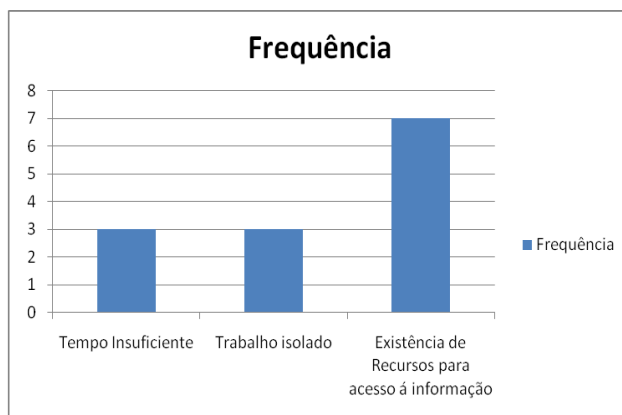
**Ilustração 17 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas**



#### **Facilitadores de Ordem Institucional**

No que diz respeito aos facilitadores de ordem institucional, observa-se pelo gráfico seguinte que as subcategorias que emergiram foram: Tempo Insuficiente, Trabalho Isolado e Existência de Recursos para Acesso à Informação, sendo esta a que obteve maior frequência de respostas (7)

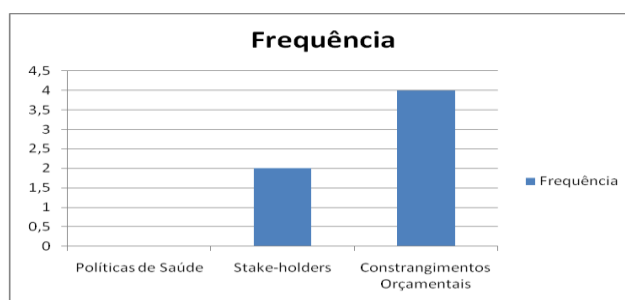
**Ilustração 18 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas**



#### **Facilitadores de Ordem Governamental**

Se analisarmos o gráfico apresentado em seguida, podemos identificar as subcategorias e as frequências que surgiram na análise de conteúdo. Elas são as Políticas de Saúde, os *Stake-holders* e os Constrangimentos Orçamentais, sendo que a subcategoria com maior frequência de respostas foi os constrangimentos Orçamentais.

**Ilustração 19 - Respostas dadas segundo as categorias identificadas**



### 3.2.6 Resumo da Análise de Conteúdo

As ilustrações seguintes resumem as técnicas expressas, os conhecimentos, as avaliações da prática e demais aspectos verbalizados pelos fisioterapeutas no que diz respeito à sua prática diária no tratamento da bronquiolite viral aguda.

#### 1ª Dimensão - Ser Fisioterapeuta

#### Questão 1 - Quais são as técnicas que utiliza na sua prática diária no tratamento de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda?

Ilustração 20 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 1ª dimensão do estudo

Técnicas expressas pela maioria dos Fisioterapeutas	Técnicas expressas pela minoria dos Fisioterapeutas
“expiração lenta prolongada, desobstrução rino-faríngea retrógrada...mais...agora com as novas designações tenho alguma confusão...” E1	“Na intervenção após avaliação... (...) ...aumento de volumes” E3
“aerossol, vibração, expiração lenta prolongada, aspiração nasal, aceleração dos fluxos, tosse assistida...” E6	“ (...) Lavagem nasal, aspiração nasal e mais algumas...” E2
“normalmente uso aerossol, tosse assistida, aspiração rino-faríngea, tosse provocada, aceleração do fluxo expiratório, a vibração. E7	“ (...) e muito, muito, muito, muito ensino aos pais como complemento em casa” E9
“Vibração, aerossóis, tosse dirigida, a mobilização, ventilação dirigida, aspiração de secreções, retribuição retrógrada, desobstrução nasal, que me lembre...aceleração de fluxo” E8	“vibração, aceleração de fluxo, relaxamento de diafragma...humm...no fim tosse provocada ou assistida, depende...ou até aspiração das secreções” E10

## 2ª Dimensão – Ter Conhecimentos

Questão- 2 - Conhece a noção de evidência científica? Em caso afirmativo, explicita e exemplifique a sua aplicação na prática profissional

### Ilustração 21 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 2ª dimensão do estudo

Ideias expressas pela maioria dos Fisioterapeutas	Ideias expressas pela minoria dos Fisioterapeutas
<p>"...As guidelines existentes são essencialmente da literatura anglo-saxónica dizem que não se faz Fisioterapia na bronquiolite. Ponto nº1, que não há qualquer evidência científica, até dizem que prejudica. Eles baseiam as suas guidelines no tempo de evolução da patologia, porque eles dizem que a fisioterapia não cura a bronquiolite e com isso também concordo, se calhar a FT n cura a bronquiolite mais depressa. (...) Quando eles fizeram as guidelines foi com base num tipo de técnicas que não são usadas por nós e baseadas em literatura com mais de 30 anos. O que para alguém que quer fazer evidência científica...não é propriamente o melhor método, ir-se buscar literatura com 30 anos. Evidência científica não é só curar, mas também a satisfação do utente, porque as mães os pais, os cuidadores, quem quer que seja que nos trás cá a criança, fica satisfeito por ver drenar as secreções, ver o alívio temporário dessa criança, logo estamos a contribuir para a satisfação do utente, estamos a ser cientificamente eficazes.E2</p>	<p>"o conceito de evidência científica não é aplicável dentro da prática clínica, tendo em conta em que os critérios em que é feito, em que é estabelecida a evidência científica, são critérios demasiado standartizados para aquilo que é a realidade da aplicação clínica e a realidade, portanto os critérios de evidência científica são reguladores no sentido em que a gente sabe que não ta a contribuir para a resolução do problema bronquiolite, mas não é esse o objectivo da nossa intervenção com crianças com bronquiolite. O objectivo de intervenção em crianças com bronquiolite é na fase em que existe uma obstrução, ou acumulação de secreções e o objectivo é remove-las e a drenagem das secreções. Agora os estudos de evidência científica nesta área não me ajudam a mim enquanto fisioterapeuta porque eles não são...eles tentam provar a evidência da fisioterapia e não de uma determinada técnica X, A ou B para um problema específico que é por exemplo a remoção das secreções que é nisso que a gente intervém em crianças com bronquiolite". E3</p>
<p>"hum...no meu dia...como trato crianças a evidência é fundamental, mas na BVA, não existe grande consenso, uns dizem que há técnicas que são eficazes, outros estudos não. Alguns estudos também são muito antigos e estão desactualizados, outros mais recentes também não conseguem provar a eficácia inequívoca das técnicas. Se calhar esta devia ser mesmo uma área de aposta na evidência. Porque na realidade faz falta fundamentar estas técnicas.".E5</p>	<p>"a evidência científica tem a ver com as provas concretas que existem acerca de determinado tratamento ou patologia e é muito útil, pois permite nos usar as técnicas mais eficazes e fazermos um bom trabalho..o problema é que na BVA não existe coerência, uns dizem que é eficaz outros não, mas nos na prática vemos os resultados e vemos as melhorias, por isso mesmo quando a evidência não é concreta se os resultados são visíveis, tem é que tar fundamentados."E6</p>
<p>"Não sei quase nada.porque os artigos que leio não dão concretamente dados que digam que há uma grande evidência científica na nossa intervenção. Os que tenho lido até são bem mais controversos. Comparam o fazer ou o não fazer e acabam por demonstrar que afinal nem é assim tão eficaz ... E8"</p>	<p>"Mas sim estou familiarizada e tem a ver com os estudos que são feitos e com o provar a eficácia e eficiência de determinado tipo de intervenção e tratamentos. Estes estudos permitem-nos termos bases pra seleccionar o tratamento mais adequado e sabermos quais os avanços que existem e como melhorar a nossa intervenção junto dos utentes." E7</p>
<p>"sim, explicar...não é fácil...é o que já esta provado através de estudos metodologicamente validos e que não deixam dúvidas. Aqui neste caso é tudo muito controverso, há muita falta de evidência científica, temos mais uma evidência empírica, mas que também é evidência, não se consegue é medir, mas vê-se e sobretudo sente-se a melhoria..a prática também é evidência, até porque é da prática que se parte pra validação e para os estudos e para depois se criarem as guidelines?". E9</p>	<p>Evidência científica...tchiii...as provas que as coisas funcionam, isso tá na moda agora na fisioterapia...aqui os médicos tão sempre a dizer-nos isso. A evidência é útil, mas aqui nas bronquiolites não é muito convincente...porque, pois os estudos são muito contraditórios e honestamente nem os valorizo muito, porque aqui todos vemos que funciona, (...) até porque é assim que tudo começa, por coisas que funcionam e depois se tenta explicar porquê e como, mas isso é o papel dos cientistas e não o meu.E10</p>
<p>" A evidência não é mais do que a prova que as intervenções que usamos são eficazes...são a nossa sustentação, as bases que transformam o parece que é no é mesmo...até para que o tratamento seja o mais eficaz possível. No meu dia-a-dia ...não existem receitas e então com bebés é tudo ao segundo..."</p>	<p>, "é uma ferramenta imprescindível. É o que nos permite dizer que o que fazemos é eficaz, não que não se veja...mas cada vez mais é preciso provar as nossas competências e é o que a evidência faz...mostra para além de todas as dúvidas o que é eficiente e o que não é...o que devemos usar e a melhor forma de o fazer...como dizer isto? Hum...legítima a nossa intervenção não é?" E12</p>

### 3ª Dimensão – Como Aplicar os Conhecimentos

Questão 3 - Qual o nível de relevância e benefícios, que atribui e percebe a prática baseada na evidência?

#### Ilustração 22 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 3ª dimensão do estudo

Ideias expressas pela maioria dos Fisioterapeutas	Ideias expressas pela minoria dos Fisioterapeutas
"Eu acho que é importante, saber o que se trata e o que é que há em termos científicos, mas também é preciso muito cuidado com esses estudos, porque não sabemos muito bem, nem exactamente como foram feitos."E1	"Isto depende dos vários graus de evidência científica que estamos a falar...Se for evidência científica pelos resultados de certeza que me ajuda, se for pelos processos não... (...) E3"
"É óbvio que tem uma grande importância, mas agora pelo simples facto de não existir evidência, voltando...não existe evidência que isto seja eficaz, o certo é que ao longo da minha experiência de já 17 anos e a de outros com tantos ou mais anos do que eu, as crianças melhoram...e não somos só nós fisioterapeutas que o dizemos, os médicos também o dizem."E2	"Eu acho que ainda não há estudos...hummm... que comprovem as nossas técnicas, não há muitos estudos que comprovem que a nossa prática...portanto...é mais uma evidência prática do que científica (...) Faltam principalmente estudos adaptados à nossa realidade...e à prática."E4
"É fundamental, permitiria aos Fisioterapeutas que intervêm nesta área verem as suas técnicas e cuidados reconhecidos e valorizados, e sobretudo não haver tanta desconfiança quanto aos benefícios. Porque eles existem e todos vêem, mas não há provas. Mesmo alguns médicos aqui do serviço não prescrevem porque dizem que a FT faz até mal às crianças. Se a evidência suportasse a prática aí seria bem diferente."E5	"Eu acho que é importante. Acho que as vezes, generalizam um bocadinho com este tipo de suporte...mas de facto, claro que sim faz todo o sentido, mas nestes estudos é difícil levar a um grau de evidência científica forte...Porque são crianças, porque são pessoas, do ponto de vista ético depois também são muito difíceis."E9
"É um ponto-chave para a nossa profissão, sobretudo quando queremos ter uma ordem profissional. A prática baseada na evidência permite-nos utilizar as melhores técnicas e sermos o mais eficazes possível, que é o objectivo de qualquer profissional de saúde. Para mim era importante também porque a minha área de actuação são as crianças e o meu objectivo é sempre a recuperação das funções vitais o mais rápido possível e se existissem guidelines baseadas na evidência a intervenção seria mais bem sucedida" E6	"A evidência científica é realmente importante, mas acho que o mais importante é não descurar tudo aquilo que é evidência...como a experiência à qual é atribuída um papel menos importante, mas quando não existe mais nada tem que ser o ponto de partida...claro que seria importantíssimo que existisse mais dados...claro...sobretudo porque estamos a falar de crianças e de estados agudos cuja intervenção tem que ser no imediato para garantir que não existem complicações secundárias decorrentes de uma intervenção mal planeada."E10
"É muito importante mesmo, sobretudo porque justifica a nossa intervenção e os nossos tratamentos e faz com que os utentes confiem em nós e no nosso profissionalismo e acima de tudo os nossos colegas, que ainda é frequente, sobretudo os médicos questionarem algumas das nossas decisões e isto porque não temos fundamentação, ou a tal evidência científica com pilar de sustentação na nossa prática" E7	"É importante, claro...mas no seu contexto e lugar. Se calhar é mais importante saber o que não se deve fazer, do que andarmos aqui feitos cientistas a tentar provar que a vibração ou a aceleração de fluxo é a técnica de eleição...isto pode parecer estúpido mas eu sei que funciona, vejo nas saturações, vejo no bebé...não chega" E11
"Muito importante. O problema é que os estudos são muito difíceis de implementar...é...é...tipo...fazer e não fazer noutros e nem se deve em termos éticos, privar uns...é controverso...e depois como existem tantos outros factores...do estudo que podem, as vezes...será porque se fez mais isto ou aquilo...como é que se prova? Também é um adjuvante da terapêutica." E8	"É o que nos permite justificar as nossas opções terapêuticas... a garantia da qualidade dos cuidados e é também a forma de sabermos como é feito em todo o lado, ou seja que fazemos todos os mesmos."

#### 4ª Dimensão – Como avaliar

Questão 4 - Quais os aspectos positivos/negativos que existem na implementação da prática baseada na evidência, no contexto do tratamento da bronquiolite viral aguda?

#### Ilustração 23 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 4ª dimensão do estudo

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
"Sobretudo que as crianças evoluam de forma favorável e mais rapidamente, reduz o tempo de internamento e melhora a qualidade de vida, acho q é isso principalmente.. (...)" E1"	"é muito difícil fazerem-se estudos em que se prove exactamente que a Fisioterapia é benéfica porque existiria sempre um grupo que ficaria privado e não teria o benefício da fisioterapia, penso que isso não é correcto." E1
"ora bem, o aspecto major e mais importante de todos é o aspecto da evidência, da ciência, do preto no branco explicar o porque de estarmos a fazer o q fazemos. Essa é a grande evidência" E2	"que os estudos nesta área levantam uma questão ética muito difícil de transpor, porque para se fazer um estudo á seria com grupo de controlo, implicava que algumas crianças não estivessem sujeitas ao benefício da FT respiratória..."E2
"e por haver esse reconhecimento n sinto necessidade de andar a tentar provar a evidência da nossa intervenção."E3	
"lá esta...se existissem estudos que provassem a nossa intervenção ela seria mais bem vista pelos outros profissionais de saúde...assim uns acreditam outros não permitem a intervenção(...) Era importante também que falássemos todos do mesmo(...)o objectivo é mostrar a validade das técnicas e não da fisioterapia" E4	"o facto de o estado delas as vezes ser tão severo e estarem a fazer medicação combinada...é muito difícil provar se foi a,b ou c que fez bem, ou apenas uma delas ou todas juntas..." E4
"Se as nossas técnicas tivessem fundamentadas e validadas a nossa intervenção seria vista de outra forma, sobretudo junto aos outros profissionais"E5	"Acho que não existem aspectos negativos, todos beneficiam com práticas fundamentadas...é pena que nesta área ainda não existam guidelines robustas, as que existem estão desactualizadas e também por culpa nossa, que também nos vamos deixando andar a ver se os outros fazem, acho que é tipicamente português..." E5
"Existem vários: em primeiro a utilização das melhores técnicas que vão beneficiar as crianças (...) é a obrigação do Fisioterapeuta prestar os melhores cuidados de saúde existentes e disponíveis (...) Também é importante investigar mais pra podermos demonstrar os nossos resultados e a eficácia da nossa intervenção, não é?(...) Acho que a evidência também nos pode ajudar em termos de respeito e de credibilidade junto aos médicos(...)" E6	"só trás benefícios, mm em termos da nossa afirmação como profissionais competentes é benéfico. Trás maior confiança ao recurso das nossas áreas de actuação e permite cada vez mais que nos sejamos os profissionais de 1º contacto" E6
"acho que o respeito e a credibilidade dos outros profissionais é um ponto fulcral(...)mas também para mim enquanto profissional era bom sentir que estou mm a utilizar os melhores recursos no tratamento destas crianças e a melhora-las(...)" E7	"Acho que não existem, a evidência tem muitas vantagens, ate para nos sabermos se o que estamos a fazer é o mais correcto ou se alguma técnica já não se deve usar..não estou a ver nada de mau na evidência" E7
"A nossa intervenção, que assim deixa de ser questionada. (...) claro que para as crianças é ótimo serem tratadas pelos melhores tratamentos disponíveis(...) acredito que a credibilidade da nossa intervenção seria maior(...)" E8	"todos temos a ganhar, nos que validamos a nossa intervenção e contribuimos pra recuperação mais rápida da criança, as crianças que vão melhorar... melhoram mais depressa e os pais que também beneficiam, porque a bronquiolite acaba por causar também danos nos pais...acho que a evidência só tem vantagens e sobretudo pra nós que continuamos a crescer enquanto profissão." E8
" benefício da criança sem dúvida(...) é fundamental que tenhamos ao nosso dispor as melhores práticas possíveis para que os nossos resultados interventivos sejam também os melhores.." E9	"Não vejo nenhum...seria ótimo era já existirem técnicas e tratamentos 100% eficazes para o tratamento das crianças..." E9
"é lógico que facilitam a intervenção e validam, que é fundamental, mas aqui só mesmo com muito boa vontade, porque ainda não existem dados concretos	"Aspectos negativos? Se a outra não era fácil...esta pior...não era suposto a entrevista ser fácil?? Quais aspectos negativos? Seria tudo muito mais fácil, tipo

<p>para a bronquiolite, existem para outras patologias respiratórias e por osmose usamos aqui na resolução dos sintomas. É lógico que se existisse um algoritmo como para as DPOC seria mais simples, mas a fisioterapia também é isto, um desafio".E10</p>	<p>chapa 5. Modelo de intervenção perfeito." E10</p>
<p>"Prática baseada na evidência é o que fazemos todos os dias...por mais que não seja baseada na evidência da prática e da experiência. Nem faz qualquer tipo de sentido ser de outra forma...os aspectos positivos são a eficácia da intervenção, a evolução favorável da criança, a nossa satisfação e a dos pais...o reconhecimento dos tratamentos é muito bom". E11</p>	<p>"Negativos da evidência? Se calhar o facto de não a estarmos a usar a nosso favor...sei lá...acho que termos provas inegáveis da nossa actuação só pode ser bom...não?" E11</p>
<p>"A garantia de que usamos as melhores práticas e poderemos afirmar perante os outros profissionais de saúde que a nossa intervenção faz sentido! Aqui temos alguns médicos que não prescrevem e outros até que dizem que não solicitam porque não tem benefícios... e que pode inclusive prejudicar...a evidência iria permitir-nos refutar e contrariar essa ideia...até porque eles passam pouco tempo com os bebés..."E12</p>	<p>"Podemos correr o risco de por querer implementar tudo e fazer tudo by the book, ignorar aquilo que é mais importante... é que nem sempre se consegue replicar um estudo...porque as variáveis são tantas...e um estudo apenas nos diz que naquelas circunstâncias específicas funciona ou não...e se algumas das variáveis forem diferentes? É suposto generalizar e usar sempre o mesmo protocolo? E acho que esse é o risco das guidelines" E12</p>
<p>"se calhar se fizemos todos o mesmo e da mesma forma até podemos comparar resultados e se calhar até chegar a novas evidências. E assim conseguimos prestar melhores cuidados e quem sabe até acelerar o processo de recuperação destas crianças...e isso seria memo bom...diminuímos-lhe o sofrimento. E na bronquiolite seria fantástico porque como caso agudo que é a intervenção tem q ser imediata e o mais eficaz possível, até pelos riscos que pode causar a criança...garantir que elas não ficam com danos posteriores" E13</p>	<p>"negativos...hum...negativos? Sei lá...o nosso objectivo não são as melhores práticas possíveis? A implementação da evidência conduz a isso...não vejo como pode ser negativo" E13</p>

### 5ª Dimensão – Como Fazer melhor

Questão 5 - Quais as dificuldades/ obstáculos e elementos facilitadores que sente na implementação?

#### Ilustração 24 - Resumo das ideias expressas pelos fisioterapeutas para a 5ª dimensão do estudo

Dificuldades e Obstáculos da Implementação	Facilitadores da Implementação
"(...) alguns serviços sim, mas não em todos neste hospital(...) não fazemos mais estudos e neste caso com a monitorização seria, seria muito mais fácil de medir. Nos conseguimos mostrar e fazer estudos fidedignos (...)" E1	"No serviço não há facilitadores nenhuns.(...) Será algo que é pessoal, que seremos nós acabamos por sentir essa necessidade...individualmente...nem em termos de grupo. Isso é lamentável."E1
"Obstáculos á aplicação das nossas técnicas aqui não temos.. Aqui nos temos autonomia técnica(...) As vezes o desconhecimento de novas técnicas podem ser obstáculos, porque se não as conhecemos...mas se não conhecemos teria que ir ler e fazer formação externa ou interna." E2	"A evidência em si. Se estivesse provado a eficácia de alguma das técnicas seria muito mais fácil usa-las sem sermos sempre questionados." E2
"A questão é que a prática baseada na evidência e a formação que já fizemos sobre o q é q é a prática baseada na evidência há 5 anos não vai de encontro as nossas necessidades(...)Eu faço pesquisas e actualizações porque sou docente, não pela prática clínica." E3	
"A frequência com que normalmente procuro e leio estudos é reduzida por contingências do dia a dia... quando há algum artigo importante...aqui os colegas também divulgam, acabamos por o partilhar e ler..."E4	"Desde que seja provada a eficácia e não faça aumentar o tempo de espera no atendimento e tratamento das crianças é nos permitido fazer tudo, ate porque temos o apoio da coordenação." E4
"Neste caso é difícil porque não existe grande evidência...os artigos que existem já têm todos muitos anos e excepto a escola francófona poucos estudos tem sido realizados.(...) o tempo que disponho pra ler não é muito...(...)são cada vez menos as formações nestas áreas e também as que há são muito dispendiosas e como são pagas do próprio bolso ainda é mais difícil..." E5	"mas acho que se as formações fossem realizadas nos serviços como eram antes, em que éramos nos que propúnhamos e ainda se faziam algumas ajudava.(...)Nos ate temos ali uma biblioteca, mas enquanto estamos a trabalhar nunca dá para parar e também já há algum tempo que também não se trás para aqui nada de recente."E5
"Aqui não é muito fácil, ate porque a ausência de evidência já é uma dificuldade (...) Mesmo quando se procuram artigos, os que aparecem disponíveis são muito antigos(...) e os mais recentes só conseguimos ter acesso aos abstracts...se quisermos o artigo todo temos que pagar, tal como as nossas revistas são muito caras(...)Acontece o mesmo com as formações...antes ainda íamos fazendo aqui pelo serviço, mas nestes últimos anos n tem havido nada(...) não é fácil perceber como foram feitos os estudos e se a metodologia ta bem feita... Temos que colocar o nosso espírito crítico em acção no que diz respeito á literatura existente(...)mas o tempo pra ler também não muito (...)quando temos bases de dados pobres e com a literatura toda ao molho, não é fácil seleccionar a informação..."E6	"Se existisse a tal evidência acho que seria tudo mais fácil (...)Acho que são precisos mais estudos nesta área, com dados concretos que suportem as nossas práticas e isso sim iria credibilizar a nossa intervenção."E6
"é difícil implementar o que não existe...se não há provas de que umas técnicas são melhores que outras e a maior parte das vezes mesmo na mesma criança usamos técnicas tão diferentes...é difícil(...) Ate porque nos também não registamos e os benefícios ficam sempre um pouco baseados no empirismo..." E7	"Se calhar se enquanto profissionais registasse mos mais, e se fizesse mais investigação nesta área poderia facilitar (...)Mas o tempo também é escasso, nem pra fazer grande formação há.(...)Se não estivermos ligados em termos académicos acabamos por ir apenas lendo quando aparece mesmo algo de novo e acabamos por perder o hábito(...)ainda vou lendo alguns artigos na net, mas pouco, ate porque as vezes é difícil seleccionar a informação a ler(...); (...) ate as reuniões que antes tínhamos também ajudavam, porque falávamos sobre os casos, mas com

	as alterações no hospital já nem pra isso há tempo." E7
"Mesmo que se queira implementar é difícil, as vezes...são utilizadas muitas terapias ao mesmo tempo pra beneficio da criança. Como provar que esta é mais eficaz que a outra? (...) Vai-se sujeitar o estado clínico de uma criança? Não é ético...e justifica-se o risco de agravamento pra provar a eficácia de técnicas? (...) Mas a nossa inércia as vezes também n ajuda...as vezes pensamos temos que fazer n sei o q...e não fazemos...e podíamos fazer coisas mais concretas...(...)e em termos de estudo estes tópicos tem que ser muito bem delineados (...)"E8	" , já faz algum tempo que não tenho pesquisado nada, mas a pesquisa da evidência é sem duvida um facilitador da implementação(...)já tenho feito formações há cursos e actualizações que de vez em quando se fazem e que também tenho feito(...) Pesquisa e falo com os colegas da própria criança(...) O centro de formação agora tá um bocado parado...mas aqui o centro de formação sempre teve também formações(...)se for por aqui melhor, se não o serviço também não dificulta a ida, mas quando é fora a pessoa paga...e bem! E8
"aqui o serviço também não estimula nem a procura nem a implementação, ...é sempre por vontade própria...pela vontade pelo gosto...muito por vontade própria...obvio que aquilo que eu mais gosto de fazer , é aquilo que procuro e tentar aperfeiçoar ao máximo, ate porque se eu não o fizer também há determinadas duvidas que não vou conseguir responder.(...) A implementação é difícil sobretudo porque não existe essa evidência...e como se implementa o que não existe?" E9	"Se existisse essa tal evidência nos aplicávamos sem problemas, (...) se aparecerem estudos que validem ou invalidem nos também vamos explorar essas possibilidades(...)quer dizer em todas as formações também são muito dispendiosas e mm que apreça ai uma técnica XPTO implica aprende-la, conhece-la e domina-la para a aplicar e ai...é preciso formação, que nos sai sempre do bolso. Todas as formações que fiz na área da respiratória foram pagas por mim e com faltas no trabalho, o que também não é bom e dificulta." E9
"A maior dificuldade sem dúvida é a inexistência de algoritmo ou como tá na moda de guidelines. Se existissem a intervenção não estaria sujeita a tanta variabilidade...quer dizer, estaria...porque depende sempre da criança e do estado em que ela nos chega... Se calhar aqui o difícil era se existissem guidelines cumpri-las. E10	"A existência delas! Existirem dados concretos, estudos válidos e adaptados a esta realidade, feitos com base nos dados vitais das crianças, pra se ver que elas melhoram os valores de saturações"E10.
"Em implementar a evidência? Acho que a maior dificuldade passa pelo facto de sentir muitas vezes que o que existe não pode ser aplicado tipo chapa 5, não é como um medicamento...a fisioterapia requer uma avaliação permanente e sobretudo nos bebés..." E11	Sem dúvida alguma a informação...artigos disponíveis mas dos que são bem feitos e actuais. Perde-se muito tempo na procura do que quer que seja, então na internet...e depois quando se encontra, claro está que são pagos e os disponíveis são velhos e desactualizados e às vezes a informação é pouco credível...se calhar é a própria falta de evidência que faz com que seja difícil..." E11
" (...) estudos, que nesta área especifica não são abundantes e os que existem deixam muito a desejar...por um lado são antigos, outros estão mal feitos e primeiro que se consiga encontrar um verdadeiramente bem concebido...e esses tem que ser pagos...e nós temos que ter espírito crítico naquilo que lemos...mas muitas vezes nem acesso temos ao artigo todo, nem á metodologia, apenas aos resultados e isso para mim...não me diz nada... as reestruturações aqui no hospital também não ajudam, porque antes ate nos iam pagando algumas formações do nosso interesse, agora se quisermos pagamos nós e com a agravante de ter que ser feitas á custa de marcação de férias..e claro que ninguém vai nisso..." E12	Facilitador seria a existência de artigos metodologicamente correctos, informação mais facilmente consultável e disponível para todos. Existir um escrutínio para aquilo que é publicado e aceite. Acredito que a manutenção de formação no hospital seria fundamental para nos mantermos actualizados...até porque agora fazemo-lo inteiramente às nossas custas e isso é insuportável Para muitos de nós...pagar 600 ou 700€ por uma formação...não dá mesmo. E se sentíssemos alguma valorização aqui por isso ou que pudesse potenciar evolução na carreira...mas não há mesmo." E12
"Se calhar um dos principais factores é não conhecer a informação toda...e na realidade não é facilitado o acesso á informação, ainda se demora muito tempo pra encontrar artigos de qualidade...a net dispõe de muitos recursos, mas alguns deles mais valia não estarem lá, até porque qualquer pessoa pode publicar artigos e informação mesmo que tenham informações incorrectas, o que pode levar nos a cometer erros... e andar 1h á procura de um artigo...e depois encontra-lo e ver que só tenho acesso a ele por um custo elevado...há artigos que chegam a custar 50 libras e pagá-lo sem ter a certeza da sua qualidade...ninguém faz isto... até mesmo as nossas revistas são caras...se fossem mais em conta se calhar ate as adquiriríamos...acho que a informação disponível é mesmo o factor primordial" E13	"como eu disse informação de qualidade mais disponível e sem custos ou com custo menor, sem dúvida. E também acho que a formação devia ser menos dispendiosa...antes ainda íamos fazendo aqui no serviço...mas com os cortes do estado em tudo, até isso perdemos, e acho que as formações eram importantes, até em termos de motivação. Agora se formos fazer pagamos bem e ainda temos dificuldades aqui no serviço, agora é preciso por férias... cortam tudo".E13

Foi feita uma grande aposta no que se refere às normas para a Governação clínica nas unidades de fisioterapia, que reflecte acima de tudo a preocupação da implementação de uma cultura de qualidade, com base na melhoria contínua e na prática baseada na evidência científica, na gestão do risco, nas auditorias e nas reclamações. Pela análise dos resultados verifica-se que a principal lacuna na Fisioterapia reside na parca investigação científica realizada, insuficiente investigação que solidifique os nossos conhecimentos, e nas dificuldades de implementação da prática baseada na evidência.

Esta grelha resulta da análise de conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas e no diferencial que existe entre os modelos teóricos e os discursos das entidades que são responsáveis pela definição, regulamentação e implementação da Práticas Padrão em Fisioterapia.

**Ilustração 25 - Desfasamento entre os modelos teóricos e a prática clínica diária dos Fisioterapeutas**

<b>Prática Clínica</b>	<b>Modelos Teóricos</b>
<b>Inexistência de Guidelines para esta patologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A WCPT em 2002 define linhas orientadoras da prática clínica ou guidelines baseadas na evidência como declarações desenvolvidas de modo sistemático de forma a ajudar os profissionais e os utentes nas decisões acerca do tratamento apropriado para circunstâncias clínicas específicas.</li> <li>O GTF (2004 p.9): <i>"Afirma que o fisioterapeuta: "Contribui para o desenvolvimento da Fisioterapia através da criação/ implementação/ divulgação de novo conhecimento e novas práticas."</i></li> </ul>
<b>Escassa Cultura de Qualidade por parte dos Fisioterapeutas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A APF (2008) afirma que o fisioterapeuta tem obrigação de promover serviços de qualidade, de acordo com os objectivos e políticas delineadas pela Associação.</li> <li><i>"Os educadores em fisioterapia têm a obrigação de utilizar a evidência para suportar o conhecimento académico e as técnicas que ensinam e acima de tudo inculcar a importância da PBE"</i> Turner(1999 p.17)</li> </ul>
<b>Dificuldades na aceitação das guidelines ( falta de conhecimento das mesmas, ausência de evidência científica e porque quem as cria, não exerce a profissão.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>"A prática em fisioterapia faz referência directa à investigação baseada na evidência publicada, bem como a indicadores de intervenção eficazes sob a forma de padrões de actuação clínica e guidelines"</i> Quality Assurance Agency for Higher Education (2003)</li> <li>As guidelines devem ser desenvolvidas por grupos de experts independentes e multidisciplinares que sejam representativos de todas as organizações profissionais envolvidas na prestação dos cuidados de saúde . Hendriks (2000 p.3)</li> </ul>
<b>Tamanho e complexidade da investigação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo o GTF (2004 p.9): <i>" O fisioterapeuta analisa e avalia criticamente a evidência e a sua aplicabilidade prática."</i></li> </ul>
<b>Dificuldade em desenvolver políticas baseadas na evidência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo o GTF (2004 p.8): <i>" (...) encontra-se definida e reforçada a importância da evidência científica e da prática baseada na mesma."</i></li> <li>O Fisioterapeuta deve: <i>" Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto regulação."</i> APF (2008);</li> </ul>
<b>Inexistência de Recursos para acesso á informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>"Existe cada vez mais informação disponível na Internet, mas este facilitismo obriga a que os fisioterapeutas sejam exigentes no que lêem e que consigam identificar a informação de qualidade."</i> Walker (2002)</li> <li>Esta evidência está cada vez mais acessível através de informação que combina alta evidência com as tecnologias de</li> </ul>

	<p>informação Haynes (1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Os educadores de fisioterapia têm a obrigação de usar a evidência científica para suportar os conhecimentos académicos, as competências técnicas que ensinam e devem incutir valores acerca da PBE nos estudantes”. APF 2008</li> <li>• “O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.” Padrão 19, APF 2008</li> <li>• “O Fisioterapeuta planeia o seu Desenvolvimento profissional contínuo/aprendizagem ao longo da vida”. Padrão 20, APF 2008</li> <li>• A Formação Profissional segundo Cardoso (2005 p.31): “É um processo de melhoria contínua e exige uma actualização contínua da prática diária, pelo que devem ser incentivados os programas de formação direccionados às necessidades específicas de cada profissional, para além das exigências genéricas de cada um”.</li> </ul>
<b>Fraca Adesão dos Fisioterapeuta às Guidelines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ Para atingir os requisitos da EBM o modelo de ensino tem que ter a capacidade de integrar dois domínios que são a ciência e a prática (...) e que pela sua própria natureza a MBE estimula os profissionais para a aprendizagem”. Szcrerban (2005 p.122):</li> </ul>
<b>Tempo insuficiente para a realização reuniões com equipa multidisciplinar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Contribuir para o desenvolvimento e disseminação de uma prática baseada na evidência, no contexto do seu exercício profissional.”.GTF (2004 p.10)</li> <li>• “Os Fisioterapeutas comunicam efectivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efectivo ao utente.”. Padrão13 APF(2008)</li> </ul>
<b>Trabalho isolado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A introdução da qualidade como um dos requisitos à excelência organizacional veio motivar alterações na cultura organizacional das instituições de saúde, conduzindo estas a alterações na forma como os profissionais se relacionam e comunicam, sendo que a sua tradução visível é a criação de equipas multidisciplinares, nas quais os profissionais são estimulados à partilha do conhecimento e da responsabilidade, e que este é sem dúvida o caminho para a qualidade total e conseqüente satisfação dos utentes. Irvine et al (2002), Irani et al (2002)</li> </ul>
<b>Políticas de Saúde desfasadas da prática diária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundo o GTF (2004 p.9):” O fisioterapeuta <i>Desenvolve e dirige programas de intervenção para populações com necessidades de saúde específicas.</i>”.</li> <li>• Os Fisioterapeutas devem: “Servir como um meio de comunicação com os membros de profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e o público em geral.”. APF(2008)</li> <li>• Em Portugal, neste momento promovem-se medidas de implementação de programas de saúde, tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efectividade das intervenções. Campos, 2007</li> </ul>
<b>Pressão exercida pelos diferentes stakeholders,</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Faz planeamento e gestão de recursos inerentes aos serviços de Fisioterapia e contribui para as políticas de desenvolvimento da organização.” GTF (2004 p.10)</li> <li>• Podemos falar numa mudança fundamental ao nível das organizações, que passa pela inversão da relação quantidade/qualidade, em que a nova lógica subjacente é fundada na prioridade que é dada à qualidade. Plano Nacional de Saúde, 2004</li> </ul>
<b>Constrangimentos Orçamentais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundo Campos (2007): “a luta de quem tem por obrigação garantir uma boa governação da saúde é a de favorecer a influência deste último factor na tomada da decisão. Ou seja, construir uma orientação política clara no sentido de a evidência científica ganhar peso, entre os factores que condicionam a tomada de decisão na Saúde, a todos os níveis decisores (...)</li> </ul>

## Considerações Finais

Este estudo tinha como objectivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia. Pretendia também investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica. Perspectivava-se também examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia.

A governação clínica não é mais do que um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia em processos para melhorar a qualidade. E nesse sentido têm existido esforços políticos para que a cultura hospitalar se reconstrua num sentido de maior qualidade, alterando a sua estrutura rígida para uma mais flexível e moldável face as novas necessidades. A introdução da Gestão da Qualidade Total tem sido amplamente discutida, mas está invariavelmente ligada à cultura organizacional e representa a cultura desejada de uma organização cujo objectivo e missão não são mais do que a excelência organizacional e satisfação do cliente com crescente qualidade. A qualidade na prestação dos cuidados de saúde depende, cada vez mais, da capacidade que uma cultura organizacional tem para adoptar procedimentos que conduzam à qualidade total e de clarificar estes novos objectivos aos seus profissionais e nesse sentido a gestão da qualidade disponibiliza e cria ferramentas como a síntese da evidência, o desenvolvimento de políticas baseadas na evidência e guidelines para auxiliar os profissionais a atingir a eficiência como resultado da competência, sendo este o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia.

Para responder às questões do estudo foram exploradas cinco dimensões (1- "Ser Fisioterapeuta"; 2- "Ter conhecimentos"; 3- "relevância e benefícios"; 4- "aspectos positivos e negativos"; 5- "obstáculos/barreiras e os aspectos facilitadores"), cujos resultados suportam a investigação que tem sido realizada nesta temática, reforçando a importância da evidência científica e dos obstáculos que existem na sua implementação na prática diária dos fisioterapeutas, neste caso particular dos que intervêm em crianças e jovens com Bronquiolite Viral Aguda.

A primeira e segunda dimensão do estudo respondem à segunda questão do estudo, ou seja: Será Que os fisioterapeutas, recorrem na sua prática diária à evidência científica? A terceira e quarta dimensão respondem à primeira questão do estudo, ou seja: Qual o nível de relevância e benefícios, que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência? A quinta dimensão responde à terceira questão do estudo: Quais são os obstáculos e barreiras que existem na implementação da prática baseada na evidência, na perspectiva dos fisioterapeutas.

A **primeira dimensão** a ser explorada neste estudo prendia-se com o “Ser Fisioterapeuta” e a questão colocada foi: Quais são as técnicas que utiliza na sua prática diária no tratamento de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda? Verificamos que a maioria dos indivíduos identificou 16 técnicas diferentes na intervenção da bronquiolite viral aguda, sendo que as mais mencionadas foram a Tosse, Vibração e Aerossol. No entanto é de salientar que muitos dos entrevistados utilizaram nomenclaturas distintas para as mesmas técnicas, sobretudo para as provenientes da literatura anglo-saxónica. Ainda nesta dimensão os fisioterapeutas quando questionados sobre se as técnicas mencionadas eram utilizadas por todos os colegas do serviço consideraram que sim, mas alguns dos entrevistados revelaram algumas hesitações como as seguintes: *“sim, tanto quanto sei ” E2; “acho que sim, não que esteja a olhar á volta” E7; “sim, pelo menos neste serviço ” E6* que revelam alguma preocupação em salvaguardar o seu profissionalismo. Ainda dentro desta primeira dimensão, os fisioterapeutas foram questionados acerca da eficácia das mesmas técnicas e todos são unânimes a considerá-las eficazes. A única diferença nas respostas residiu no facto de que a maioria dos entrevistados apenas atribui essa eficácia no alívio dos sintomas. O que acaba por ir de acordo com a literatura existente, pois para a bronquiolite viral aguda não existe consenso, nem evidência científica robusta acerca da eficácia dos tratamentos prestados pela fisioterapia respiratória, mas no entanto cada vez mais, os fisioterapeutas são solicitados a intervir no tratamento desta patologia. Na realidade existem poucos estudos que incidam na eficácia ou não da actuação da fisioterapia respiratória na bronquiolite para que se possa taxativamente assumir que eles não são recomendados ou que não têm eficácia. E como refere um dos entrevistados: *“Aqui neste caso é tudo muito controverso, há muita falta de evidência científica, temos mais uma evidência empírica, mas que também é evidência, não se consegue é medir”, E8.*

Apesar de existirem melhorias significativas no acesso a documentação e a revistas científicas, o que se verifica é que na realidade ainda são insuficientes as publicações e dados disponíveis. A informação científica disponível devia ser levada em conta no processo de tomada de decisão clínica, mas o problema passa pelo facto de muitos dos trabalhos de investigação não terem qualidade suficiente para serem considerados inquestionáveis. Este estudo vai na mesma direcção do de Culham (1998) em que este defende que a prática baseada na evidência necessita de disseminação de informação de qualidade, baseada em pesquisas relevantes, e que os investigadores, têm a obrigação de facilitar o acesso à investigação e de garantir a fiabilidade desta.

Na verdade, ter a capacidade de avaliar criticamente a literatura é uma capacidade que muitos fisioterapeutas precisam de adquirir. Segundo Bury (2003) só porque está publicado um artigo não significa que o mesmo seja relevante ou que tenha qualidade científica. Mas a existência e a disponibilidade de informação válida e

relevante que apoie a tomada de decisões nem sempre é uma realidade, e é absolutamente fundamental investir nos sistemas de informação na saúde. Só com informação clinicamente relevante se pode garantir uma eficaz gestão da doença, do risco clínico e a avaliação necessária e transparente dos profissionais, das equipas e das instituições que prestam cuidados.

Segundo Jones (2005 p.15): *“Grande parte da investigação realizada pelos fisioterapeutas é direccionada para o ganho de benefício para os utentes.”*. Mas será que essa investigação depois serve para ser aplicada noutras comunidades e contextos? E de que forma é que esta investigação é percebida ou relevada pelas políticas de saúde? São os fisioterapeutas pro-activos ou apenas meros recipientes das decisões tomadas por outros? Será que quem toma decisões tem em conta a investigação realizada pelos fisioterapeutas em termos de políticas de saúde?

A importância e relevância da investigação em fisioterapia não pode ser ignorada, apesar de ser um processo complexo e dinâmico. Entre outras coisas é afectada pela cultura organizacional, seja ela em forma de ideologia, política ou administrativa. Nesta perspectiva e segundo Jones (2005 p.15): *“(…) torna-se fundamental que os fisioterapeutas vão além do seu foco nos utentes mas que se comecem a focar na publicação da investigação e também nas políticas de saúde. Não podemos esquecer que em Portugal os investigadores e os decisores das políticas de saúde ainda vivem em mundos diferentes, com valores distintos e conflituosos, diferentes sistemas de recompensa e diferentes linguagens.”*.

Ross (2001) citado por Jones (2005 p.15): *“(…) acredita que os fisioterapeutas serão capazes de participar de forma mais efectiva nas políticas de saúde se se familiarizarem com os seguintes conceitos: Mecanismos de transferência de conhecimento; processos de política de saúde pública e as ferramentas usadas pelos actores sociais e políticos que estão envolvidos no desenho e na implementação das políticas de saúde.”*.

Em síntese, é importante salientar que a literatura reforça a ideia de que práticas bem desenvolvidas, com suporte na melhor evidência clínica disponível, têm um papel fundamental na garantia da qualidade da prestação dos serviços de saúde.

No que diz respeito à **segunda dimensão** do estudo, “Ter conhecimentos”, a questão colocada foi se os fisioterapeutas conheciam a noção de evidência científica e que a explicitassem. Podemos verificar que a maioria dos fisioterapeutas relaciona evidência científica com a noção de Eficácia, Estudos científicos e com a existência de Provas Concretas. O que é importante referir foi a dificuldade extrema na definição da evidência científica por parte dos entrevistados. Podemos constatar essa dificuldade nos

seguintes extractos: “ (...) a evidência científica tem a ver com as provas concretas que existem acerca de determinado tratamento ou patologia e é muito útil.”. E6; “Estes estudos permitem-nos termos bases pra seleccionar o tratamento mais adequado e sabermos quais os avanços que existem e como melhorar a nossa intervenção junto dos utentes.”. E7; “ (...) explicar...não é fácil...é o que já esta provado através de estudos metodologicamente validos e que não deixam dúvidas.”. E9. Estas dificuldades são encontradas noutros estudos e segundo Szcrerban (2005 p.124):” *Um dos aspectos mais complexos da MBE passa pela conversão dos resultados em evidência. A abundância de informação é um obstáculo real e começa logo na própria definição do que é a evidência científica, qual a sua metodologia, praticabilidade e obviamente pela conversão dos resultados em evidência.*”.

Ainda nesta dimensão, os fisioterapeutas foram questionados acerca da evidência científica das técnicas que utilizam e verificou-se que um elevado número dos entrevistados (7 em 12, 53,8%) tem muitas dúvidas acerca da evidência das mesmas. O que acaba por contrastar com as respostas dadas na questão da primeira dimensão, pois todos os fisioterapeutas consideram que as técnicas que utilizam são eficazes no tratamento/alívio dos sintomas das crianças e jovens com bronquiolite. No entanto os fisioterapeutas consideram que: “ (...) a experiência também é evidência e se falar com mais colegas que intervêm nesta área vai perceber que todos estamos de acordo que as técnicas se bem usadas e com bom senso e uma cuidada avaliação funcionam e a criança melhora.”. E10 e “ (...) se falarmos na evidência que nos transparece na nossa prática diária, as técnicas tem eficácia...porque as crianças melhoram e aliviam no momento os sintomas...a experiência tem que ser valorizada e é considerada como uma forma de evidência.”. E13. É de realçar que existe por parte de alguns entrevistados a necessidade de modificar a nossa atitude perante a evidência: “Mesmo nestas técnicas não há mais evidência científica, em parte por culpa nossa, fisioterapeutas que não escrevemos...que deixamos a cargo de outros a escrita das nossas coisas.”. E2

Os resultados obtidos nesta questão vão de encontro aos obtidos por Bury (2003), que no seu estudo conclui que 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 possível. Mas para aplicar a evidência os profissionais para além das capacidade de recolher a história clínica, avaliar e determinar um diagnóstico de funcionalidade, devem ser dotados e segundo Guyant et al (2000), da capacidade de identificar lacunas no conhecimento, formular questões clinicamente relevantes, conduzir uma pesquisa de literatura eficiente, aplicar as regras da evidência, incluindo a hierarquia da mesma, aplicar os achados na literatura ao problema do cliente e perceber em que medida os valores do cliente afectam o equilíbrio entre as potenciais vantagens e desvantagens das opções terapêuticas.

A questão de investigação colocada perspectivava investigar se os fisioterapeutas recorriam, na sua prática diária à evidência científica? Os resultados obtidos permitem concluir que os entrevistados afirmam recorrer à evidência científica na sua prática diária, no entanto a maioria salienta e valoriza a importância da experiência profissional enquanto evidência e continua a utilizar métodos e técnicas cuja validade e eficácia não está demonstrada, nem provada à luz da ciência. Uma reflexão importante deve ser deixada no ar, pois se os entrevistados referem que as técnicas que utilizam são eficazes e no entanto referem a inexistência de suporte científico na sua comprovação, algo será necessário modificar na prática clínica.

A **terceira dimensão** deste estudo objectivava investigar qual o nível de relevância e benefícios, que os fisioterapeutas atribuem e percebem à prática baseada na evidência. Os resultados demonstram que 8 em 13 (65,5%) dos indivíduos da amostra consideram que a prática baseada na evidência é muito importante o que está de acordo com os estudos existentes como são exemplo os de Mccoll (1998); Metcalfe (2001), Antunes et al (2007) que revelaram que: a maioria dos terapeutas concorda que os achados das investigações são importantes para o desenvolvimento da prática profissional.

No entanto podemos constatar pelos seguintes excertos algumas das preocupações levantadas pela evidência científica nestes profissionais: *"Eu, eu acho que é importante, saber o que é que se trata e o que é que há em termos científicos, mas também é preciso muito cuidado com esses estudos, porque não sabemos muito bem, nem exactamente como foram feitos."* E1; *" (...) é realmente importante, mas acho que o mais importante é não descurar tudo aquilo que é evidência...como a experiência à qual é atribuída um papel menos importante, mas quando não existe mais nada tem que ser o ponto de partida."* E10; *" (...) é importante saber o que é o mais correcto, o melhor procedimento, a melhor forma de intervenção, mas apenas porque não existe grande evidência nos moldes em que é descrito implica directamente que não funciona?"* E12

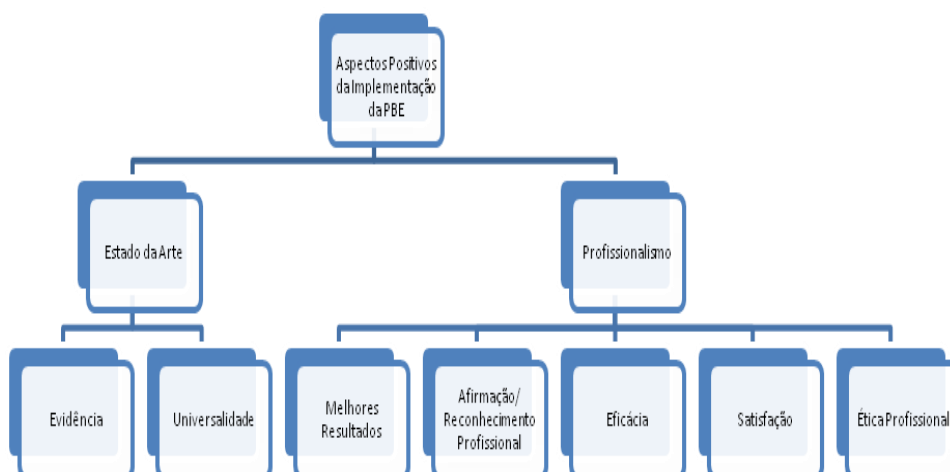
Para os fisioterapeutas uma fonte de evidência passa claramente pela experiência clínica, tanto sua como dos seus pares. Este achado é suportado pelo estudo de Bury (2003), em que este afirma que desde que não exista investigação com evidência e qualidade numa determinada área da fisioterapia, esta poderá ser a melhor evidência disponível, como é no caso da bronquiolite viral aguda.

Pretendia-se com a **quarta dimensão**, investigar quais os aspectos positivos e negativos que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência. As duas categorias encontradas para os aspectos positivos foram o estado da arte e o Profissionalismo. Sendo que o Profissionalismo é o aspecto mais positivo na implementação da PBE com 8 em 13 (61,5%) respostas por parte dos entrevistados.

Constata-se, pelos resultados, que os aspectos positivos identificados nas categorias Estado da Arte e profissionalismo foram: Melhores Resultados, Evidência, Afirmação/Reconhecimento Profissional, Universalidade dos Resultados, Eficácia, Satisfação profissional e a Ética Profissional, sendo que os que obtiveram maior frequência de resposta foram os Melhores resultados e a Afirmação/Reconhecimento Profissional cada um com frequência de dez respostas.

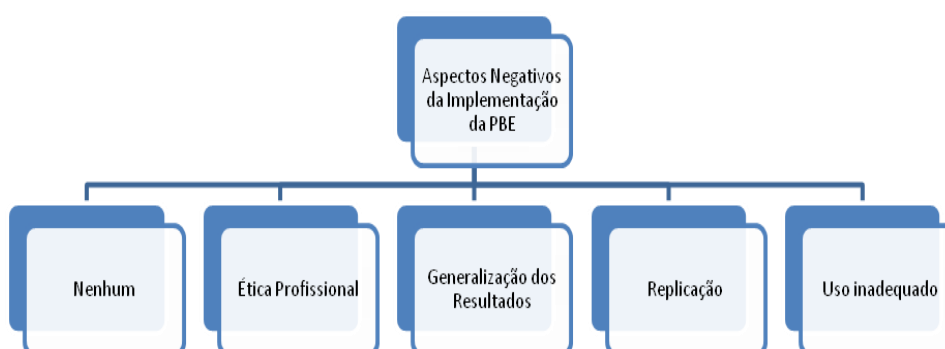
Os seguintes excertos reforçam os aspectos positivos da implementação da PBE: “ (...) lá esta...se existissem estudos que provassem a nossa intervenção ela seria mais bem vista pelos outros profissionais de saúde...assim uns acreditam outros não permitem a intervenção.”. E4; “ Existem vários: em primeiro a utilização das melhores técnicas que vão beneficiar as crianças, depois porque é a obrigação do fisioterapeuta prestar os melhores cuidados de saúde existentes e disponíveis e também é importante investigar mais pra podermos demonstrar os nossos resultados e a eficácia da nossa intervenção, não é?”. E6; “ Claro que para as crianças é ótimo serem tratadas pelos melhores tratamentos disponíveis e se aparecesse uma técnica ou conjunto de técnicas que lhes reduzisse mesmo o tempo de internamento e a dificuldade respiratória era fantástico.”. E8 Estes resultados reforçam os já existentes na literatura, no sentimento que a implementação da PBE na prática diária trás benefícios tanto aos profissionais de saúde bem como aos utentes que deles beneficiam.

**Ilustração 26 - Aspectos Positivos da Implementação da PBE**



No que diz respeito aos aspectos negativos, os fisioterapeutas identificaram 3 categorias diferentes: Ética Profissional (2 casos), Ética e Replicação dos resultados (2 casos), Uso Inadequado dos Resultados (1 caso), e a maioria dos indivíduos (8 em 13 casos, 61,5%) não identificou nenhum aspecto negativo da implementação da PBE.

### Ilustração 27 - Aspectos Negativos da Implementação da PBE



Para os entrevistados a questão ética parece ser mesmo uma preocupação. A entrevista 2 reflecte sobre a problemática Os estudos nesta área levantam uma questão ética muito difícil de transpor, porque para se fazer um estudo á seria com grupo de controle, implicava que algumas crianças não estivessem sujeitas ao beneficio da fisioterapia respiratória.”.

O estudo de Metcalfe (2001), tal como o este, conclui que os aspectos negativos são problemas relacionados com a evidência científica, que incluem resultados controversos, problemas metodológicos, dificuldade na replicação dos estudos e a fraca generalização dos mesmos.

Segundo Jones (2005) os principais aspectos identificados por quem critica a implementação da prática baseada na evidência são a utilização de linguagem demasiado técnica que dificulta a compreensão dos resultados, e a dificuldade que existe em replicar os resultados obtidos em experiência (sob condições ideais) na prática diária.. Outros autores referem ainda que a evidência produzida nas investigações não as transforma em verdades universais nem imutáveis e que não se torna apropriada em situações particulares. (Bury, 2003, Culham, 1998)

A terceira e quarta dimensão reflectiam sobre a primeira questão do estudo e pode concluir-se que embora os fisioterapeutas considerem a PBE e a sua implementação muito importantes, e que lhe atribuam mais aspectos positivos do que negativos, continuam a não usufruir desta importante ferramenta que a Gestão da Qualidade fornece. É inclusivamente mencionado pelos entrevistados que o não usufruto da evidência se prende inclusive com a própria inércia do profissional, e com o facto de não sentirem necessidade de procurar mais evidência. É importante aqui levantar também a questão da estrutura organizacional hospitalar, que é de alguma forma rígida, que ela própria também ainda não se adaptou ao que é defendido pelo TQM, não dando incentivos e estímulos positivos para que os profissionais adoptem uma cultura de qualidade que os conduza á excelência profissional e assim á excelência organizacional.

Com a **última dimensão** do estudo pretendia-se averiguar quais os obstáculos/barreiras e os aspectos facilitadores que os fisioterapeutas percepcionavam na implementação da PBE. Os resultados demonstram que os obstáculos identificados são de ordem individual, institucional e governamental.

Verificamos que os Obstáculos de Ordem Individual foi a categoria que mais se destacou nas respostas dadas pelos utentes, tendo sido referida por 26 vezes pelos 13 indivíduos da amostra. E que desta categoria emergiram 3 subcategorias: Atitudes Individuais, Compreensão das Guidelines e a Existência de Recursos para Acesso á Informação, sendo que esta ultima foi a subcategoria com maior frequência de respostas (13), no que diz respeito á percepção que os fisioterapeutas têm quanto aos obstáculos na implementação da PBE. As entrevistas 9 e 12 dão-nos uma ideia mais concreta dos obstáculos com que os fisioterapeutas se deparam na implementação da evidência: *“A primeira questão passa pelos estudos, que nesta área especifica não são abundantes e os que existem deixam muito a desejar por um lado são antigos, outros estão mal feitos e primeiro que se consiga encontrar um verdadeiramente bem concebido.”* *“A implementação é difícil sobretudo porque não existe essa evidência...e como se implementa o que não existe?”*

No que diz respeito aos obstáculos de ordem institucional, foram identificadas, pelos fisioterapeutas, 2 subcategorias que foram: Tempo Insuficiente com uma frequência de 8 respostas e o Trabalho Isolado. As entrevistas 7 e 13 conseguem resumir as ideias expressas pelos fisioterapeutas neste domínio: “ (...) até as reuniões que antes tínhamos também ajudavam, porque falávamos sobre os casos, mas com as alterações no hospital já nem pra isso há tempo.” “Não tenho muito tempo disponível e andar 1 hora á procura de um artigo...e depois encontrá-lo e ver que só tenho acesso a ele por um custo elevado.”.

Relativamente aos obstáculos de ordem organizacional os resultados do estudo permitem-nos identificar as subcategorias que surgiram na análise de conteúdo. Elas são as Políticas de Saúde, os *Stake-holders* e os Constrangimentos Orçamentais. Relativamente ás Políticas de saúde e aos constrangimentos orçamentais aquilo que os entrevistados referem é que: “As reestruturações aqui no hospital também não ajudam, porque antes até nos iam pagando algumas formações do nosso interesse, agora se quisermos pagamos nós.”. E12. Os *Stake-holders* também se revelam como uma barreira, visto serem eles que ainda decidem a necessidade da nossa intervenção e é essa a ideia expressa pelos entrevistados como é o caso do entrevistado 6, que refere: “Acredito que a credibilidade da nossa intervenção seria maior, não que os médicos nos desvalorizem, mas há muitos que não prescrevem porque dizem não contribuir em nada.”E6 e “Desde que seja provada a eficácia e não faça aumentar o tempo de espera no atendimento e tratamento das crianças é nos permitido fazer tudo.”. E4

Scalzitti no seu estudo em 2002 defende que uma das razões fundamentais para o desenvolvimento de guidelines é a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes e que a evidência da literatura deve resultar numa clara mudança de atitude por parte dos profissionais acerca das escolhas de tratamento.

Os resultados obtidos neste estudo são consistentes com os obtidos nos estudos de Metcalfe (2001) que identificou como principais obstáculos individuais a dificuldade na interpretação dos dados estatísticos, no facto da literatura não se encontrar compilada num mesmo local e também o facto das implicações práticas destas descobertas não se tornarem claros e visíveis no exercício profissional. Como obstáculos institucionais identificou o tempo insuficiente, instalações inadequadas, trabalho isolado e a falta de colaboração da classe médica para operar as mudanças.

Também o estudo de Antunes et al (2007) reforça estes resultados, pois como obstáculos foram identificados a falta de tempo, a falta de conhecimentos e a falta de fontes de informação.

O artigo de Mccoll (1998) também consubstancia os achados deste estudo, e identifica como obstáculos á implementação da PBE a falta de tempo, a inacessibilidade à Internet nos locais de trabalho e com a terminologia, em que muitos dos inquiridos revelaram dificuldade na explicação de alguns termos.

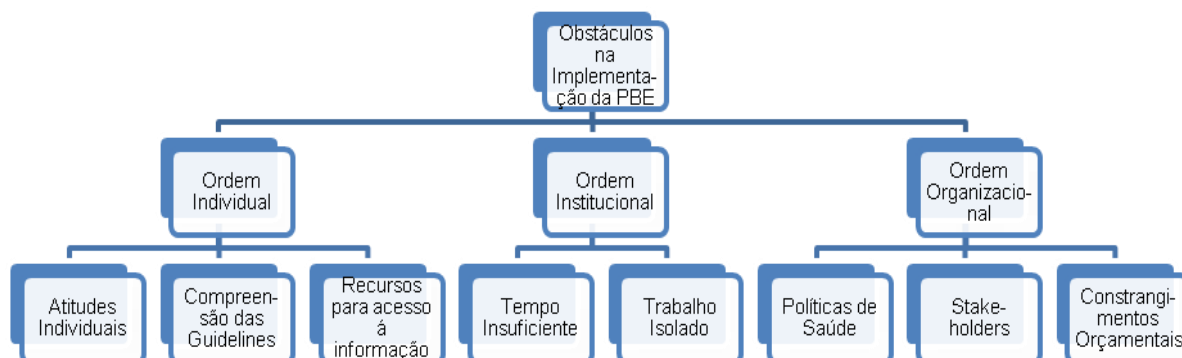
Os estudos de Pomroy, Tallis e Stitt (2003) identificam várias barreiras à implementação da evidência na prática, que vão de encontro aos observados neste estudo e que passam pela falta de capacidade de pesquisa, falta de capacidades na avaliação crítica, falta de conhecimentos estatísticos e na compreensão acerca dos processos de pesquisa. Estes autores também referem barreiras relacionadas com a implementação dos resultados da investigação, barreiras relacionadas com a cultura, como a falta de tempo, recursos e de acesso à formação, bem como a resistência à mudança por parte de profissionais mais velhos e a falta de apoio dos outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Para Walker (2002) e Abalos (2005) o tempo requerido na procura de artigos também constitui um factor relevante, pois mesmo para os utilizadores mais experientes a identificação de estudos e de informação pré-filtrada não se torna fácil

O estudo de Morris (2003 p.330), tal como este, constata: “ *que se torna indispensável um uso mais eficiente do tempo para realizar pesquisa, mas refere que isto implica alterações em termos da cultura organizacional, pois torna-se indispensável a aquisição de recursos que permitam o fácil acesso á informação.*”.

A Formação Profissional Segundo Cardoso e tal como no nosso estudo afirma que (2005 p.31): “*A formação profissional é um processo de melhoria contínua e exige uma actualização contínua da prática diária, pelo que devem ser incentivados os programas de formação direccionados às necessidades específicas de cada profissional, para além das exigências genéricas de cada um*”. No entanto, a legislação portuguesa, apesar de estabelecer algumas directrizes, não tem um papel particularmente motivador da formação e actualização dos profissionais, sendo essa tarefa executada muito mais por iniciativa do próprio do que por uma imposição do serviço onde trabalha.

### Ilustração 28 - Ilustração dos Obstáculos na Implementação da PBE



De uma forma sucinta podemos concluir que muitos dos Obstáculos à Prática Baseada na Evidência podem ser ultrapassados por uma atitude positiva entre os administradores e profissionais, tanto na prática clínica como na educação, e o uso eficiente e efectivo do tempo e dos recursos disponíveis.

Com a última dimensão do estudo pretendia-se também averiguar quais os facilitadores que os fisioterapeutas percepcionavam na implementação da PBE. Pelos resultados verifica-se que os facilitadores identificados são das mesmas categorias que os obstáculos identificados anteriormente. Eles são então facilitadores de ordem individual, institucional e governamental. A maioria dos indivíduos considera que o maior número dos obstáculos se prende com as três categorias ou então com os obstáculos de ordem individual.

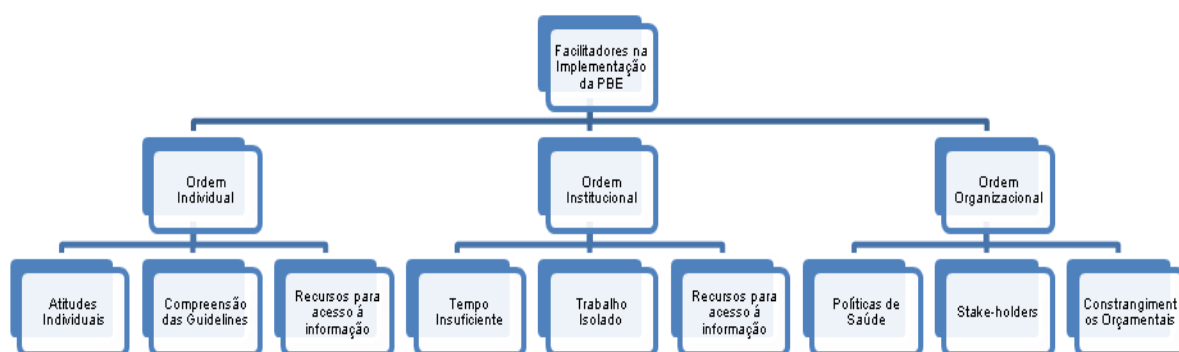
Verificamos que os facilitadores de ordem individual situam-se na categoria que mais se destacou nas respostas dadas pelos utentes, tendo sido referida por 27 vezes pelos 13 indivíduos da amostra.

Pela análise dos resultados podemos verificar que as subcategorias encontradas foram: Atitudes Individuais, Compreensão das Guidelines e a Existência de Recursos para Acesso à Informação, sendo que esta última foi a subcategoria com maior frequência de respostas (17), no que diz respeito à percepção que os fisioterapeutas têm quanto aos facilitadores na implementação da PBE.

No que diz respeito aos facilitadores de ordem institucional, constata-se que as subcategorias que emergiram foram: Tempo Insuficiente, Trabalho Isolado e Existência de Recursos para Acesso à Informação, sendo esta a que obteve maior frequência de respostas (7)

Através da análise dos resultados podemos identificar as subcategorias que surgiram na análise de conteúdo. Elas são as Políticas de Saúde, os *Stake-holders* e os Constrangimentos Orçamentais, sendo que a subcategoria com maior frequência de respostas foi os constrangimentos Orçamentais.

### Ilustração 29 - Facilitadores na Implementação da PBE



Aquilo em que todos os autores são consensuais é que existem inúmeras causas para o facto de a evidência não ser implementada na prática clínica e elas são as políticas de saúde, a complexidade da prática em fisioterapia, às dificuldades de acesso e interpretação da evidência, barreiras organizacionais e programas de educação contínua ineficazes. E este estudo revela estas mesmas conclusões.

Em termos globais, os resultados do estudo permitiram validar o conteúdo da informação recolhida previamente no que diz respeito à implementação da prática baseada na evidência, aos dilemas referenciados pelos profissionais e através do desvio encontrado permitiu identificar os problemas a que os fisioterapeutas se encontram sujeitos no exercício profissional e com estes dados pode ser criado um plano de

intervenção facilitador para a implementação da prática baseada na evidência, que os compara.

Neste estudo teria sido importante que os entrevistadores não fossem fisioterapeutas, de modo a que os entrevistados não sentissem pressão social do grupo profissional, que se denotou em algumas das entrevistas.

Outra limitação observada prendeu-se com a desejabilidade social, ou seja, os inquiridos, na sua maioria tentaram dar informações compatíveis com aquilo que achavam ser as respostas correctas e que o investigador pretendia obter, de modo a estarem incluídos na maioria. Manifestando desta forma a pertença a um grupo socialmente correcto e aceite. Não será demais assinalar que segundo Jones e Davis, citados por Vala (2000 p.163): "quanto menor a desejabilidade social e mais inesperado o comportamento for, mais informativo será sobre o actor e maior a probabilidade de que sejam privilegiados os factores pessoais.". No nosso exemplo, é muito difícil um fisioterapeuta criticar-se a si ou a atitude e comportamentos dos seus pares.

## Recomendações

Os resultados do estudo permitiram então identificar um conjunto de barreiras/obstáculos que os fisioterapeutas percebem na sua prática diária, na intervenção em crianças e jovens com BVA. Estando estes identificados, apresentamos uma proposta de Intervenção Sócio-Organizacional para os problemas.

Os problemas identificados e a sua possível solução estão resumidos na seguinte ilustração.

**Ilustração 30 - Ilustração dos Problemas e possíveis soluções dos obstáculos identificados neste estudo**

<b>Problema</b>	<b>Solução</b>
<b>Inexistência de Guidelines para esta patologia</b>	Desenvolvimento de Guidelines que sejam suportadas pela evidência, nem que seja com base na opinião e consenso de <i>experts</i>
<b>Escassa Cultura de Qualidade por parte dos Fisioterapeutas</b>	Melhorar a efectividade do ensino de qualidade quer durante a formação base, quer em contexto organizacional Os Fisioterapeutas devem aprender como introduzir a qualidade através dos meios disponibilizados pelas organizações profissionais. Estimulação para a qualidade por parte da organização em que desempenham funções
<b>Dificuldades na aceitação das guidelines ( falta de conhecimento das mesmas, ausência de evidência científica e porque quem as cria, não exerce a profissão.</b>	Torna-se necessário que os Fisioterapeutas sejam orientados para o conhecimento das guidelines, que as compreendam, que as aceitem como válidas e que a introduzam na sua prática diária, através de processos de desenvolvimento profissional contínuo e de Formação Profissional contínua
<b>Tamanho e complexidade da investigação</b>	Desenvolvimento de espírito crítico que permita identificar qual a literatura credível e metodologicamente válida, que pode ser conseguido através da formação base, para os futuros fisioterapeutas e através de formação profissional contínua.
<b>Dificuldade em desenvolver políticas baseadas na evidência</b>	Desfasamento entre a teoria e a prática clínica que pode ser colmatado pela participação destes profissionais na concepção das políticas de saúde
<b>Inexistência de Recursos para acesso á informação</b>	Criação de bases de dados que facilitem o acesso á informação, com Controlo mais apertado dos estudos publicados. Redução dos custos de aquisição de estudos e revistas científicas Melhorar os sistemas de informação na saúde, com a disponibilização de internet aos Fisioterapeutas nas organizações
<b>Programas de Formação Contínua Ineficazes</b>	Redução dos custos da Formação Profissional Realização de mais Formação na Organização
<b>Fraca Adesão dos Fisioterapeuta às Guidelines</b>	Maior empenho por parte da APF na divulgação da evidência científica e na estimulação de uma atitude positiva face a estas inovações Desenvolver <i>insight</i> nos padrões de prática
<b>Tempo insuficiente para a realização reuniões com equipa multidisciplinar</b>	Realização de reuniões frequentes com a equipa multidisciplinar,
<b>Trabalho isolado</b>	Estimular a partilha de informação sobretudo para os Fisioterapeutas que trabalham sozinhos nas unidades hospitalares
<b>Políticas de Saúde desfasadas da prática diária</b>	Participação directa na concepção das políticas de saúde.
<b>Pressão exercida pelos diferentes stake-holders,</b>	Evidenciar perante os prestadores e financiadores que prestação dos cuidados baseada em custo/efectividade não se reflecte em qualidade
<b>Constrangimentos Orçamentais</b>	

Tendo por base os resultados deste estudo e dos estudos de Appley, Walshe e Ham (1995), Citados por Bury, (1998), as barreiras identificadas podem ser transformadas em oportunidades e constituir assim vantagens. As vantagens passam pela:

- Melhorar o cuidado ao cliente;
- 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 de informação, a pesquisa de literatura e a avaliação crítica;
- Promover o trabalho em equipa;
- 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;

A responsabilização pessoal dos fisioterapeutas é fundamental, mas também um ambiente de trabalho que promova a implementação da PBE. São necessárias estruturas de suporte, recursos, equipamentos e oportunidades para o desenvolvimento profissional contínuo. E neste sentido, as instituições de saúde e as associações profissionais têm também a responsabilidade de proporcionar esta integração.

A introdução da Gestão da Qualidade como um dos requisitos à excelência organizacional pretende motivar alterações na cultura organizacional das instituições de saúde, conduzindo estas, a alterações na forma como os profissionais se relacionam e comunicam, sendo que a sua tradução visível será a criação de equipas multidisciplinares, nas quais os profissionais são estimulados à partilha do conhecimento e da responsabilidade, e que este é sem dúvida o caminho para a qualidade total e conseqüente satisfação dos utentes.

## Referências Bibliográficas

- Abalos, E. (2005). *The tools and techniques of evidence-based medicine*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, vol. 19 pp. 11-26.
- Agence Nationale D'accréditation en Santé (2000). *Conference de consensus: Prise en charge de la bronchiolite du nourisson*, in [www.anaes.fr/anaes/publications.nsf](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf)
- Antunes, P. Lopes, A. Filipe, E. (2007). *Prática Baseada na Evidência: Fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da região de saúde da grande Lisboa e vale do Tejo*. Re(habilitar) 4, Lisboa: Edições Colibri, pp. 11-33.
- Appley, Walshe, Ham (1995), in Bury, T. (1996). *Evidence-based practice-survival of the fittest*. *Physiotherapy*, n. ° 82, pp. 75-76.
- Associação Portuguesa de Fisioterapia (2008). "Normas de Boas Práticas para as unidades de Fisioterapia" in [www.apfisisio.pt](http://www.apfisisio.pt).
- Associação Portuguesa de Fisioterapia (2004). "Manual de Boas Práticas para as unidades de Fisioterapia" in [www.apfisisio.pt](http://www.apfisisio.pt).
- Baker, K. Robertson, V. (2002). *A review of therapeutic ultrasound: Biophysical effects*. *Physical therapy*. n°81, pp.1352-1358
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*, 1ª ed., Lisboa: Edições 70 Lda.
- Barros, P. (1998). *Custos e Qualidade – Encontro Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria*. Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa: 26 e 27 de Novembro. ~
- Berleson (1952) in Vala, J. (1998). *A análise de conteúdo*. in Pinto, J.; Silva, A. *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento
- Bero, A.; Grimshaw, J. (1998). *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. *Revista BMJ*, n. ° 317, pp. 465-468.
- Bero, L.; Grilli, R.; Grimshaw, J.; Harvey, E.; Thomson, M. (1998). *Getting research findings into practice-Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. *Revista BMJ*, n. ° 317, pp. 465-468.
- Boreham, N. (2007). *Interprofessionalism and the collective dimensions of Professional practice*, 2 professional lifelong learning conference. Leeds: University of Leeds

Brown et al (1989) in Potter, M.; Gordon, S; Hammer, P. (2003). *The physiotherapy experience in private practice: The patients perspective*. Australian Journal of Physiotherapy, n. ° 49, pp. 195-202.

Bronchiolitis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2001). *Evidence-based clinical practice guideline for clinical management of bronchiolitis in infants less than 1 year of age presenting with a first time episode*, in [www.cincinnatichildrens.org](http://www.cincinnatichildrens.org).

Bury, T. (1996). *Evidence-based practice-survival of the fittest*. Physiotherapy, n. ° 82, pp. 75-76.

Bury, T. (2003). *Evidence-based practice – an overview*. WCPT Keynotes, EBP

Campbell, A. (1997). *Stakeholders: the Case in Favour*. Londres: Long Range Planning, vol. 30, n. 3, pp. 446-449.

Campos, A. (2007). *Intervenção do Ministro da Saúde, Correia de Campos, encerramento do seminário Ordem dos Médicos e FLAD.*, Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD) in <http://www.portaldasaude.pt>.

Cardoso, M (2005). *Governança Clínica – Um conceito a reter*; Qualidade em Saúde; pp. 31-32

Cartwright (1953) in Vala, J. (1998). *A análise de conteúdo*. in Pinto, J.; Silva, A. Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento

Crespo, S. Lourenço, V. (2007). *Fisioterapia Respiratória no tratamento da Bronquiolite - revisão de literatura*. EssFisiOnline, vol 3, nº. 1, pp. 31-43

Crisóstomo, M. (2008). *Directrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agencia Nacional de Saúde*. Fundação Oswaldo. pp. 1-54

Culham, E. (1998). *Evidence-based practice and Professional credibility (editorial)*. Physiotherapy theory and practice nº14, pp. 65-67.

Direcção Geral da Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* in [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

Dolan, S et al (2003). *Understanding and managing chaos in organizations*. International Journal of Management, v 20, nº1.

Donabedian, A. (1992). *Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role*. Revista Quality in Health Care .nº2, pp 356-360

Ferreira L. Raposo V. (2006). *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação*. Revista Port ClinGeral, n. ° 22, pp. 285-296.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação – da concepção à realização*, 1.<sup>a</sup> ed., Loures. Editora Lusociência.

Frownfelter, D.; Dean, E. (2006). *Cardiovascular and Pulmonary physical therapy Evidence and Practice*. 4.<sup>a</sup> ed., St Louis: Mosby-Elsevier.

Gant (1994) in Potter, M.; Gordon, S.; Hammer, P. (2003). *The physiotherapy experience in private practice: The patients perspective*. Australian Journal of Physiotherapy, n. ° 49, pp. 195-202.

Garner, P.; Kale, R.; Dickson, R.; Dans, T.; Salinas, R. (1998). *Getting research findings into practice-Implementing research findings in developing countries*. Revista BMJ, n. ° 317, pp. 531-535.

Ghiglione, R. et al (2001). *O inquérito, teoria e prática*, 4.<sup>a</sup> ed., Oeiras: Celta Editora.

Gil A. (2002). *Como elaborar projectos de Pesquisa*, 4.<sup>a</sup> ed., São Paulo: Editora Atlas.

Grimshaw, J.; Freemantle, N.; Wallace, S.; Russell, I.; Hurwitz, B.; Watt I et al. (1995) *Developing and implementing clinical practice guidelines*. Qual Health Care, n. ° 4, pp. 55-64.

Grimshaw, J.; Eccles, M.; Russell, I. (1995). *Developing clinically valid practice guidelines*. Journal Eval Clin, Pract.1, pp. 37-48.

Grol, R. (1998). *Attributes of clinical guidelines that influence use of guideline in general practice: observational study*. Revista BMJ, n. °317, pp. 858-861.

Grol,R. Barnhorn, A. in Hendriks, ET AL (2000). *Development and implementation of Clinical Practice Guidelines in physical therapy-Introduction to the method of guideline implementation*. Revista Physiotherapy, nº78, pp.1-9.

Grupo de Trabalho da Fisioterapia (2004). *Perfil de Competências de Formação para o 1º e 2º Ciclo* -Princípios Orientadores para a definição do Plano de Estudos: Implementação do Processo de Bolonha, Lisboa

Guerra, I. (2007). *De um perfil de técnico para um estatuto de profissional*. Revista medicina&saúde, p. 21

Guerra, I. (2008). *Ética e Fisioterapia – O Consentimento Informado*”. Revista de Fisioterapia, n. ° 1, Janeiro, pp. 4-7.

Guyatt et al (2000). *Users guide to the medical literature- How to use a treatment recommendation*. Journal Am Med Assoc. nº281, pp 1836-1843

Haynes, B.; Haines, A. (1998). *Getting research findings into practice Barriers and bridges to evidence based clinical practice*. Revista BMJ, n. ° 317, pp. 273-276.

Hendriks, ET AL (2000). *Development and implementation of Clinical Practice Guidelines in physical therapy-Introduction to the method of guideline implementation*. Revista Physiotherapy, nº78, pp.1-9.

Instituto da Qualidade e Saúde (2001). *Implementar um sistema de qualidade: o que fazer?* Qualidade em Saúde, n.º 5, pp. 42-43

Irani, Z; Beskese, A.; Love, P. (2002). *Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence*. ELSEVIER, sciencedirect.

Irani, Z; Beskese, A.; Love, P. (2004). *Total quality management and corporate culture:constructs of organizational excellence*. ELSEVIER, sciencedirect. n 24, pp 643-650

Irvine, R.; Kerridge, I.; McPhee, J.; Freeman, S. (2002). *Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures*. Journal of Interprofessional Care, vol. 16, n. º 3.

Irvine, R.; Kerridge, I.; McPhee, J. (2004). *Towards a dialogical ethics of interprofessionalism*. Journal of postgraded medicine, vol. 50, n. º 4.

Jackson, R.; Feder, G. (1998). *Guidelines for clinical guidelines*. Revista BMJ, n. º 317, pp 427-428.

Jensen et al (2000) in Potter, M.; Gordon, S.; Hammer, P. (2003). *The physiotherapy experience in private practice: The patients perspective*. Australian Journal of Physiotherapy n. º 49, pp.195-202.

Jones, R.; Santaguida, P. (2005). *Evidence-based practice and Health policy development: The link between Knowledge and action*. Physiotherapy, vol. 91, pp. 14-21

Jonhson e Scholes (1984) in Irani et al (2004). *Total quality management and corporate culture:constructs of organisational excellence*. ELSEVIER, sciencedirect. n 24, pp 643-650

Klein (1995) citado por Irani (2004). *Total quality management and corporate culture:constructs of organizational excellence*. ELSEVIER, sciencedirect. n 24, pp 643-650

Kotter e Heskett (1992) in Irani et al (2004). *Total quality management and corporate culture:constructs of organizational excellence*. ELSEVIER, sciencedirect. n 24, pp 643-650

Krippendorff (1986) in Vala, J. (1998). *A análise de conteúdo*. in Pinto, J.; Silva, A. Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento

Lopes, A. (1994). *Desenvolvimento Pessoal e Profissional dos Fisioterapeutas Papel e Modalidades de Formação Contínua*; Dissertação de Mestrado.

Lopes, N. (2004). *Recomposição profissional da enfermagem - Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.

Lopes, N. (2006). *Equipas de Saúde: Uma Perspectiva Sociológica sobre o exercício Profissional*. Reabilitar n.º 3, pp. 25-35.

Martinón-Torres, F. (2001). *Bronquiolitis Aguda: evaluación del tratamiento baseada en la evidencia*. Anales de Pediatría, vol. 55, n.º 4, pp. 345-354

Metcalf, C.; Lewin, R.; Wisher, S.; Perry, S. (2001). *Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies*. Physiotherapy; vol. 87; n.º 8, pp 433-441.

McLibbon (2002) in Jones, R.; Santaguida, P. (2005). *Evidence-based practice and Health policy development: The link between Knowledge and action*. Physiotherapy, vol. 91, pp. 14-21

Mccoll, A.; Smith, E.; Field, P. (1998). *General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey*. Revista BMJ, n.º 316, pp. 361-365.

Morris, J. (2003). *Evidence-based practice: The way forward*. Physiotherapy, n.º 89, pp. 330-331.

Nicholas, K. (1999). *An evaluation of chest physiotherapy in the management of acute bronchiolitis: changing clinical practice*. Physiotherapy, vol. 85, n.º 12, pp. 669-674

Nogueira, L. ; Raposo, V. (2006). *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação*. Revista Port ClinGeral, n.º 22, pp. 285-296.

Nogueira, R.(2007). *O primado da clinical Governance e os desafios da gestão clínica no novo centro de saúde*. Seminário de Gestão na Saúde - Gestão dos serviços clínicos século XXI. USF Biosa

Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1997). *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus.

Organização Mundial da Saúde (1983). *Learning together to work together for health. Report of a WHO study on multiprofessional education of health personnel: the team approach*. World Health Organization Technical Report Series, n.º 769, pp- 1–72.

Organização Mundial da Saúde (1988). *The principles of quality assurance. Report of a WHO meeting*. World Health Organization Technical Report Series, n.º 849, pp- 1–44.

Perlstein, P. (1999). *Evaluation of an evidence-based guideline for bronchiolitis*. Pediatrics, vol. 104, n.º 6, pp. 1334-1341

Perlstein, P. (2000). *Sustaining the implementation of an evidence-based guideline for bronchiolitis*. Archives of Pediatrics and adolescents Medicine., vol, 154, n.º 10, pp. 1001-1007

Pisco, L. (2001). *Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde*. Revista IQS, n.º 5, pp. 4-6.

Plano Nacional de Saúde (2004). *Mudança centrada no cidadão* in [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

Plano Nacional de Saúde (2004). *Gestão da Mudança* in [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

Pomeroy, V., Tallis, R., Stitt, E. (2003). Dismantelling some barriers to evidence-based rehabilitation with hands-on clinical research secondments: initial development. *Physiotherapy*, n.º 89, pp. 266-275

Postiaux, G. (2004). *Fisioterapia Respiratória Pediátrica: O tratamento Guiado pela Ausculta Pulmonar*, 2ª ed., Porto Alegre: Editora ArtMed.

Quality Assurance Agency for Higher Education (2003). *Health professions Council Standards of proficiency, Physiotherapy draft documentation*

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*, Textos de base n.º 283. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 297-304.

Ross (2001) in Jones, R.; Santaguida, P. (2005). *Evidence-based practice and Health policy development: The link between Knowledge and action*. *Physiotherapy*, vol. 91, pp. 14-21.

Sackett, L.; Straus, S.; Richardson, W. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and Teach*. Churchill Livingstone, 2ªed, pp. 250-261.

Santos S. (2007). *Cultura nas Instituições de saúde e as suas relações com a identidade individual*. *Rev. Cogitare Enfermagem*, vol. 12, n.º 2, pp. 229-235.

Scalzit, D. (2001). *Evidence-based guidelines: application to clinical practice*. *Physical Therapy* n.º 81, pp. 1622-1628.

Szcerban (2005). *Evidence Based Medicine* in Gunn, S; Mansourian, P. (2005). *Understanding th Global Dimensions of Health*. International Association for humanitarian Medicine; Springer pp. 109-126.

Shekelle, G. (2001). *When should clinical guidelines be updated*. *Revista BMJ*, n.º 323, pp. 155-157.

Stagnara, J. (2001). *Prise en charge de la bronchiolite du nourisson- texte de recommandation*. *Archives de pédiatrie*, vol. 8, pp. 145-159.

. Stitt, A., Tallis, R. (2003). *Commentary: Leave well alone*. *BMJ*, v.318, n.36 Jun.1999.

Subcommittee on diagnosis and Management of Bronchiolitis (2006). *Diagnosis and Management of Bronchiolitis*. *Pediatrics*, vol. 118, n.º 4. Pp.1774-1793.

Turner, P.; Whitfield, A. (1997). *Physiotherapists use of evidence based practice: A cross-national study*. *Physiotherapy Research Internacional*, n.º 2, pp. 17-19.

Vala, J. (1998). *A análise de conteúdo*. in Pinto, J.; Silva, A. Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento.

Vital, E. et al (2006). *O processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses*. Arquivos de Fisioterapia, vol. I, n. ° 2

Walker, J. (2002). *Reading tips for the clinician: How to tell whether an article is worth reading*. WCPT Keynotes- EBP: critical appraisal skills

Wiersema, F. (2000). *Intimidade com o cliente*. São Paulo: Campus, pp. 34-88.

World Confederation for Physical Therapy (2002). *Evidence-based practice- An Internacional perspective*. Report of an expert meeting of WCPT member organization in <http://www.wcpt.org/>

## Apêndices

### *Apêndice I – Guião da Entrevista*

<b>Dimensões</b>	<b>Pergunta principal</b>	<b>Pergunta Secundária</b>
<b>Ser Fisioterapeuta</b>	1- Quais são as técnicas que utiliza na sua prática diária no tratamento de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda?	1.1 Essas técnicas são utilizadas por todos os colegas do serviço? 1.2 Considera que essas técnicas são eficazes?
<b>Ter conhecimentos</b>	2- Conhece a noção de evidência científica? Em caso afirmativo, explicita e exemplifique a sua aplicação na prática profissional.	2.1 Sabe se as técnicas que utiliza são fundamentadas pela evidência científica?
<b>Como aplicar os conhecimentos</b>	3- Qual o nível de relevância e benefícios, que atribui e percebe à prática baseada na evidência?	
<b>Como avaliar</b>	4- Quais os aspectos positivos que existem na implementação da prática baseada na evidência, no contexto do tratamento da bronquiolite viral aguda	4.1- E os negativos?
<b>Como fazer melhor</b>	5- Quais as dificuldades que sente na implementação?	5.1 – Quais os facilitadores da implementação?

## ***Apêndice II – Pedidos de autorização às unidades Hospitalares***

Ao Coordenador do Serviço de Medicina Física e  
Reabilitação do Hospital D. Estefânia/ Santa Maria/ Fernando da Fonseca

Eu, Fátima Isabel Alves Ferreira, Fisioterapeuta, mestranda da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde e especialização em políticas de administração e gestão de serviços de saúde, venho por este meio solicitar a autorização para poder fazer a recolha de dados para a minha Tese na vossa instituição. O tema da Tese é: "*Contributos para a Gestão da Qualidade das Práticas em Fisioterapia. O caso particular da intervenção dos fisioterapeutas junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda*". Este projecto de investigação tem como objectivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia. Pretende também investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percepcionam na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica. Perspectiva-se também examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia.

A recolha dos dados será feita através de uma entrevista semi-estruturada, junto aos fisioterapeutas que exerçam a sua prática clínica junto a crianças e jovens com Bronquiolite Viral Aguda, em horário e local a combinar com os mesmos.

Agradeço desde já a vossa Colaboração e Disponibilidade.

Cumprimentos,

A mestranda,  
Fátima Isabel Alves Ferreira

Lisboa, 05 Fevereiro de 2010

### ***Apêndice III – Pedido de Consentimento Informado***

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

**Tema da Pesquisa:** "Contributos para a Gestão da Qualidade das Práticas em Fisioterapia. O caso particular da intervenção dos fisioterapeutas junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda"

**Orientadores da Investigação:** Prof. Dra Luísa Pedro e Prof. Dr. Carlos Silva

**Autora da Investigação:** Ft. Fátima Ferreira

Este presente estudo insere-se no Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Este projecto de investigação tem como objectivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia. Pretende também investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percebem na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica, nomeadamente na intervenção em crianças e jovens com bronquiolite viral aguda. Perspectiva-se também examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia.

**Tendo os Fisioterapeutas participantes da pesquisa recebido as informações anteriores e, esclarecidos dos seus direitos mencionados de seguida, declaro estar ciente e desejar participar desta pesquisa.**

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. A segurança de não ser identificado e que será mantido o carácter confidencial das informações relacionadas com a privacidade.

**Em seguida assino o consentimento.**

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## ***Apêndice IV – Questionário Sócio-Demográfico***

### **QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1. Idade \_\_\_\_\_
  
2. Sexo:            M                F
  
3. Grau Académico
  - a. Bacharelato
  - b. Licenciatura
  - c. Mestrado
  - d. Doutoramento
  
4. Anos Experiência Profissional \_\_\_\_\_
  
5. Anos nesta Instituição \_\_\_\_\_
  
6. Situação Profissional
  - a. Quadro
  - b. Contrato a termo
  - c. Prestação de Serviços
  
7. Há quanto tempo intervém em Crianças e Jovens com Bronquiolite Viral Aguda? \_\_\_\_\_
  
8. Escola de formação \_\_\_\_\_
  
9. Complemento da formação \_\_\_\_\_