

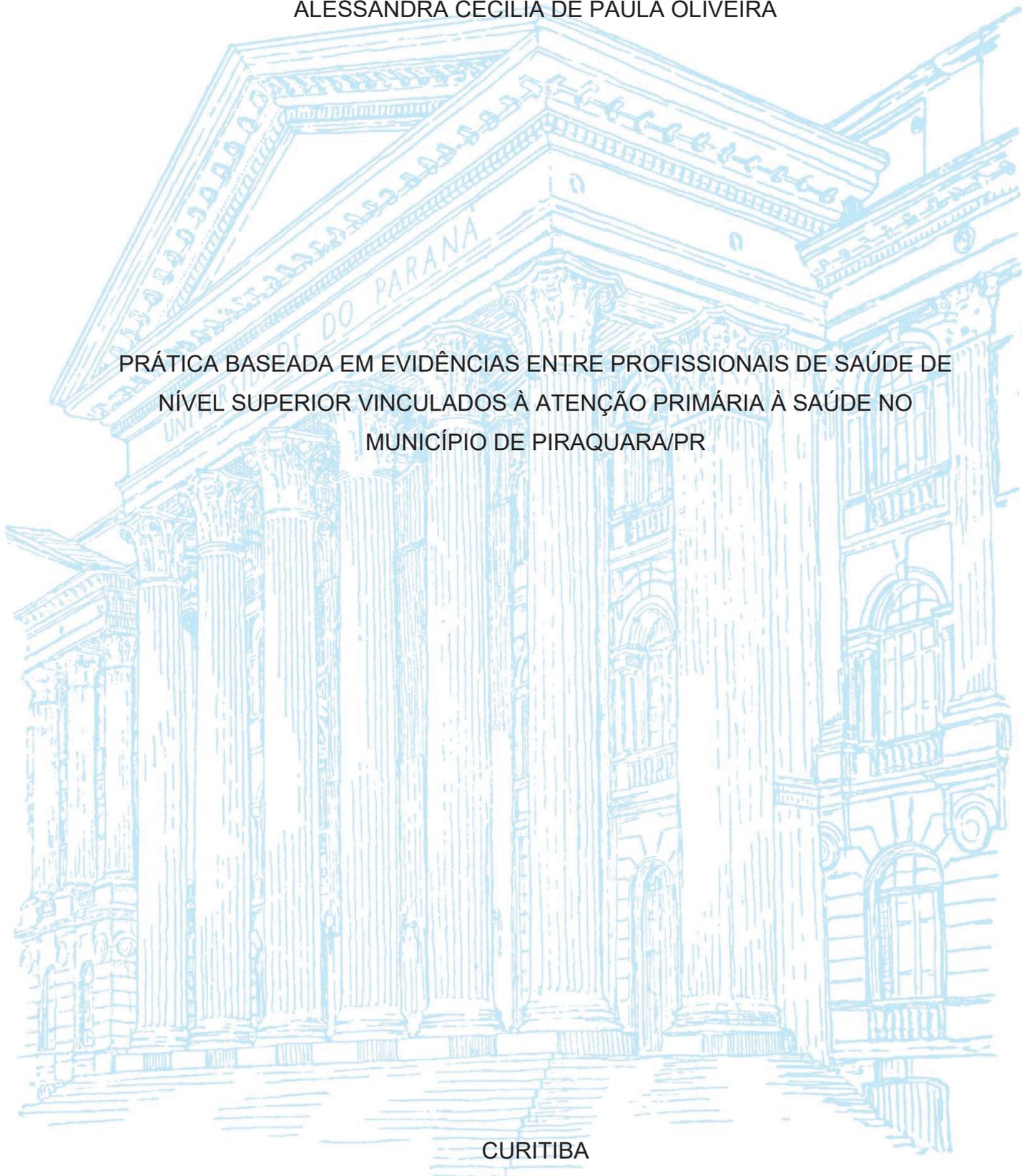
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRA CECÍLIA DE PAULA OLIVEIRA

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
NÍVEL SUPERIOR VINCULADOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PIRAQUARA/PR

CURITIBA

2024



ALESSANDRA CECÍLIA DE PAULA OLIVEIRA

PRAÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
VINCULADOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PIRAQUARA/PR

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

CURITIBA

2024

O48 Oliveira, Alessandra Cecília de Paula
Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde de nível superior vinculados à atenção primária à saúde no município de Piraquara/PR [recurso eletrônico] / Alessandra Cecília de Paula Oliveira. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

1. Pessoal de saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente.
3. Atenção primária à saúde. 4. Medicina baseada em evidências.
I. Fidalski, Solena Ziemer Kusma. II. Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALESSANDRA CECILIA DE PAULA OLIVEIRA** intitulada: **Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde de nível superior vinculados à atenção primária à saúde no município de Piraquara/PR**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 05 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

14/06/2024 10:37:31.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

14/06/2024 08:50:24.0

FERNANDA TOMIOTTO PELLISSIER

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA MEDICA, UFPR)

Assinatura Eletrônica

15/06/2024 18:33:51.0

TALITA GIANELLO GNOATO ZOTZ

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

*Trabalho dedicado ao meu querido paizinho, meu maior admirador e
impulsionador. Pai, onde estiver, receba todo meu amor e minha
gratidão por ter me proporcionado chegar até aqui, por me
transmitir valores preciosos que carregarei sempre comigo. Te amo!*

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que me ajudaram a realizar este projeto tão importante durante esses dois últimos anos.

Todo meu amor e minha gratidão pela minha família. Minhas duas maiores riquezas, Mariana e Beatriz, que tanto sentiram minha falta enquanto eu estava absorvida no desenvolvimento desta pesquisa. Saibam que cada segundo que eu estive ausente foi pensando em dar um futuro melhor para vocês e realizar nossos sonhos juntas. Ao meu marido, Victor, meu muito obrigada por me dar suporte emocional e estar presente no que eu precisasse, sem você eu não teria conseguido. Um agradecimento especial à minha irmã, Carol, que desde a minha infância segue ao meu lado, sendo meu apoio em todos os momentos da minha vida, e quem me sustentou quando eu pensei desistir. Foi ela quem cuidou das minhas pequenas para que eu pudesse mergulhar neste projeto.

Agradeço, também, aos meus colegas de turma, que dividiram comigo as angústias, as dores e alegrias de ser estudante novamente. Em especial, meu amigo Eduardo, que não mediu esforços para me ajudar, participando da coleta de dados comigo em Piraquara, numa aventura para encontrar todas as Unidades de Saúde municipais.

Agradeço a secretaria municipal de saúde de Piraquara pela parceria e a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa e possibilitaram que este projeto se concretizasse.

Por fim, quero deixar aqui um agradecimento especial à minha orientadora Solena. Pessoa admirável, que une competência, humildade e gentileza, cativando e estimulando seus alunos nos caminhos acadêmicos. Sempre presente, me acolheu como sua aluna e me conduziu neste universo da pesquisa, tornando minha trajetória possível.

RESUMO

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido considerada competência essencial para todos os profissionais de saúde por proporcionar melhores resultados e a sustentabilidade dos serviços. A PBE envolve a tomada de decisão consciente baseada na integração do conhecimento científico atualizado com a experiência clínica do profissional, considerando as preferências e valores do paciente. Apesar das mais de três décadas de trajetória, a implementação da PBE ainda tem sido um desafio para profissionais e serviços de saúde, especialmente na atenção primária, tendo em vista as particularidades nas ações de saúde individuais e das coletividades. A avaliação a respeito da PBE na atenção primária brasileira ainda carece de investigação. Portanto, este estudo realizou um diagnóstico situacional, através de um questionário *online*, contendo 30 questões a respeito da PBE, enviado a profissionais de saúde da atenção primária do município de Piraquara/PR. Os dados foram analisados descritivamente. Participaram da pesquisa 72 profissionais, maioria mulheres (86%), média de idade de 32 anos, sendo cirurgiões-dentistas (26%), médicos (22%), enfermeiros (21%) e outros profissionais. Os participantes se mostraram receptivos à PBE (88%), contudo, apenas 49% se consideravam aptos a implantá-la na sua rotina. As principais barreiras apontadas foram: falta de tempo (81%); idioma dos artigos (75%); falta de treinamento (72%); artigos na íntegra (71%) e entendimento em estatística (69%). Profissionais com mais de 10 anos de formação reportaram menos conhecimentos e habilidades específicos para condução dessa prática. Profissionais com apenas graduação apontaram com maior frequência dificuldade em entender dados estatísticos, epidemiologia clínica e avaliar a qualidade da evidência. Tais achados sugerem que cursar pós-graduação pode se configurar como um meio facilitador para implementação da PBE. Neste estudo, o ambiente de trabalho parece não favorecer a adoção da PBE visto a frequência de barreiras organizacionais, como falta de tempo e acesso a bases de dados para obtenção de artigos científicos na íntegra. Embora o uso das evidências científicas na prática clínica seja valorizado por estes profissionais, a interposição de barreiras individuais, relacionadas a conhecimentos e habilidades, além da presença de barreiras organizacionais, com alta carga de trabalho, tempo escasso e falta de recursos podem estar inibindo o oferecimento das melhores práticas na atenção primária dessa localidade.

Palavras-chave: medicina baseada em evidências; saúde baseada em evidências; equipe multiprofissional; atenção básica

ABSTRACT

Evidence-Based Practice (EBP) has been considered an essential skill for all health professionals as it provides better results and sustainability of services. EBP involves conscious decision-making based on the integration of updated scientific knowledge with the professional's clinical experience, considering the patient's preferences and values. Despite more than three decades of history, the implementation of EBP has still been a challenge for health professionals and services, especially in primary care, given the particularities in individual and community health actions. The assessment regarding EBP in Brazilian primary care still needs investigation. Therefore, this study sought to make a situational diagnosis, through an online questionnaire, containing 30 questions, sent to primary care health professionals in the city of Piraquara/PR. The data were analyzed descriptively. 72 professionals participated in the research, the majority of whom were women (86%), with an average age of 32 years, including dentists (26%), doctors (22%), nurses (21%) and other professionals. Participants were receptive to EBP (88%), however, only 49% considered themselves capable of implementing it in their routine. The main barriers highlighted were: lack of time (81%); language of articles (75%); lack of training (72%); full articles (71%) and understanding of statistics (69%). Professionals with more than 10 years of training reported less specific knowledge and skills for carrying out this practice. Professionals with only a bachelor's degree more frequently reported difficulty in understanding statistical data, clinical epidemiology and evaluating the quality of evidence. Such findings suggest that attending postgraduate studies can be a facilitating means for implementing EBP. In this study, the work environment does not seem to favor the adoption of EBP given the frequency of organizational barriers, such as lack of time and access to databases to obtain full scientific articles. Although the use of scientific evidence in clinical practice is valued by these professionals, the interposition of individual barriers, related to knowledge and skills, in addition to the presence of organizational barriers, with high workload, scarce time and lack of resources may be inhibiting the offering best practices in primary care in this location.

Keywords: evidence-based medicine; evidence-based health care; allied health professionals.

PREFÁCIO: A ESCOLHA DO TEMA

Ainda que a prática baseada em evidências esteja percorrendo os corredores dos serviços de saúde por mais de trinta anos, ela ainda se configura como uma ilustre desconhecida por muitos profissionais e gestores em saúde.

Eu mesma, conduzindo meus quase vinte anos de experiência clínica, não tenho recordação de ter, sequer, escutado este termo até a eclosão da pandemia do coronavírus em 2020. De fato, a pandemia, embora tenha nos assolado com tragédias e calamidades, contribuiu para impulsionar o termo “baseado em evidências”.

Nesta época, leigos (bem-intencionados ou não) disseminavam estudos de qualidade duvidosa acerca de tratamentos contra a *Coronavirus disease* (COVID 19), via aplicativos de mensagens instantâneas. Por terem sido publicados em revistas de alto impacto ou comentados por “autoridades” no assunto (a quem Dr. José Alencar¹ brilhantemente apelida de “médicos leigos”), tais informações foram impulsionadas com entusiasmo e influenciaram fortemente a opinião pública, condutas médicas e políticas em saúde. Infelizmente, grande parte da fama do termo “baseado em evidências” foi produzida através do sequestro da ciência por interesses escusos e perversos (IOANNIDIS, 2016).

Meu ingresso no campo da prática baseada em evidências foi, de certo, embaraçoso. Eu, até meados de agosto de 2020, era o que se podia chamar de “cloroquinalover”, termo designado na época para os fãs da cloroquina no tratamento da COVID19. Com meu escasso conhecimento em leitura científica (sim, a universidade falhou, eu me formei sem ter oportunidade de aprender sobre a aplicação das pesquisas científicas), eu acreditava que a cloroquina significaria o extermínio do coronavírus e a salvação do planeta Terra. Certo dia, rolando o *feed* do *Instagram*, eu me deparei com um professor de Farmacologia Baseada em Evidências, chamado André Bacchi², traduzindo o conhecimento científico acerca da cloroquina para o público leigo (eu, inclusive).

A partir deste dia, deste *post* que tão acidentalmente cruzou meu caminho, eu embarquei numa jornada de aprofundamento na prática baseada em evidências

¹ Dr José N. de Alencar, médico, cardiologista, escritor e disseminador da Medicina Baseada em Evidências.

² Dr André Bacchi, farmacêutico, professor de farmacologia, escritor e divulgador científico.

(PBE). Agreguei conhecimentos e habilidades, enriqueci minha prática clínica e desaprendi de muita coisa. Sim, desaprendi. Desaprendi de técnicas que utilizava há anos, que me foram exaustiva e imperativamente submetidas na faculdade, mas que mesmo naquela época não havia evidências que sustentassem sua aplicação. E eu não sabia. Não fui treinada para o olhar científico, para o espírito de incerteza que ronda a prática clínica. A PBE nos escancara o quão nosso conhecimento científico decresce conforme nossa experiência clínica aumenta, a menos que alguma estratégia seja estabelecida eficientemente.

Desde aquele fatídico dia em que eu me deparei com o professor André e a prática baseada em evidências, eu busco aplicar meus conhecimentos em favor da sua disseminação. Não é um trabalho fácil, devo reconhecer, uma vez que travar batalhas com crenças de indivíduos levados pela fé em curas ou tratamentos não científicos é, de certa forma, custoso (custa tempo, paciência e até amizades). É um trabalho de “formiguinha”, resgatando um aqui e outro ali das garras dos gurus da “ciência.”

Alessandra Cecília de Paula Oliveira

SUMÁRIO

PREFÁCIO: A ESCOLHA DO TEMA	3
1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 HISTÓRICO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	15
2.2 FUNDAMENTOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	17
2.2.1 Pilares da Prática Baseada em Evidências	18
2.2.1.1 Melhor evidência disponível	18
2.2.1.2 Experiência profissional ou expertise	21
2.2.1.3 Preferências do paciente	22
2.3 A ADOÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	23
2.3.2 Vantagens da prática baseada em evidências	27
2.3.2.1 Para o paciente	27
2.3.2.2 Para o profissional	27
2.3.2.3 Para os serviços de saúde	28
2.3.3 Limitações da prática baseada em evidências	29
2.4 PASSOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	30
2.4.1 Passo 1: formulação da pergunta clínica.....	31
2.4.2 Passo 2: busca por evidências científicas	32
Hierarquia das evidências	32
2.4.3 Passo 3: análise crítica das evidências	35
2.4.4 Passo 4: aplicando as evidências na prática	37
2.4.5 Passo 5: avaliando a efetividade	39
2.5 IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	40
2.5.1 Barreiras individuais na implementação da PBE	42
2.5.2 Barreiras organizacionais na implementação da PBE.....	43
2.6 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE... 44	
2.6.1 Atenção primária à saúde no Brasil.....	44
2.6.2 Implementação da PBE na atenção primária à saúde	46
2.6.2.1 O desafio em implementar a PBE na atenção primária à saúde	46
2.6.2.2 Barreiras na implementação da PBE na atenção primária à saúde	47
2.6.2.3 A avaliação da implementação da PBE na atenção primária à saúde	47
2.6.2.4 Estudos sobre PBE na atenção primária brasileira.....	49
3 OBJETIVOS	52

3.1	OBJETIVO GERAL.....	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4	MÉTODOS	53
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	53
4.2	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	53
4.2.1	Local do estudo	53
4.2.2	Coleta de dados.....	54
4.2.3	Aspectos Éticos	55
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	55
4.3.1	Critérios de inclusão	56
4.3.2	Critérios de exclusão	56
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	58
5	RESULTADOS	59
5.1	DADOS DEMOGRÁFICOS	59
5.2	EXPERIÊNCIAS EM PBE.....	61
5.3	CONHECIMENTOS EM PBE	63
5.4	HABILIDADES E RECURSOS EM PBE.....	63
5.5	OPINIÕES EM PBE.....	63
5.6	BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PBE	65
6	DISCUSSÃO	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO (PRIMEIRA VERSÃO)	97
	APÊNDICE 3 – CARTAZ / PANFLETO DE CONVITE DA PESQUISA	122
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFPR.....	123
	ANEXO 2 – PARECER DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	128

1 INTRODUÇÃO

No final do século XX, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) surge no Canadá como uma resposta à necessidade de mudanças na prática clínica e na formação de profissionais de saúde, com intuito de melhorar a assistência à saúde, promovendo qualidade e segurança dos serviços de maneira custo-efetiva (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021). De acordo com seus princípios, o profissional utiliza o conhecimento científico atualizado, considerando a validade, a importância e a aplicabilidade das evidências como base para a tomada de decisão clínica (Jenicek, 1997).

Idealizada e lançada a partir de um movimento a favor da aplicação da epidemiologia clínica na condução da prática médica, a MBE representou uma mudança de paradigma em duas frentes. Primeiramente na frente assistencial, ou seja, na forma como os clínicos percebem e conduzem a prática médica. A outra frente, em nível pedagógico, como os profissionais de saúde são ensinados durante sua formação acadêmica (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021).

O termo MBE é inicialmente aplicado no contexto da medicina, por ter sido desenvolvido no âmbito da prática médica (Guyatt, Cairns, Churchill, 1992). Alguns anos depois, outras áreas da saúde passaram a se interessar e fazer uso desta abordagem de prática e aprendizagem. Desta forma, os termos Prática Baseada em Evidências (PBE) ou mesmo Saúde Baseada em Evidências (SBE) têm sido utilizados para adequar o termo MBE para as demais áreas da saúde (Albarqouni *et al.*, 2018; Dawes *et al.*; Guyatt *et al.*, 2000; McEvoy; Williams; Olds, 2010).

O primeiro conceito bem estabelecido de MBE foi trazido em 1996 por Sackett *et al.* (1996), como sendo o uso consciente e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisão, integrado à experiência profissional. Alguns anos mais tarde, a participação do paciente no momento da decisão clínica foi reconhecida como outro pilar fundamental da MBE, estabelecendo-se então o que seria conhecido como o tripé da medicina baseada em evidências: melhor evidência disponível, experiência profissional e valores e preferências do paciente (Haynes; Devereaux; Guyatt, 2002).

Evidências apontam que a adoção da PBE proporciona melhora nos resultados com o paciente (redução de morbidade, mortalidade, tempo de internamento, melhora dos sintomas e da qualidade de vida) e, conseqüentemente,

na qualidade do cuidado ofertado (Albarqouni *et al.*, 2018; Alketbi *et al.*, 2021; Ebell *et al.*, 2017; Ehrenbrusthoff *et al.*, 2022; Emparanza; Cabello; Burls, 2015).

Considerando que os profissionais que adotam a PBE são capazes de identificar e ofertar as intervenções mais eficazes e seguras, podendo evitar exames diagnósticos e tratamentos ineficazes ou até mesmo desnecessários, a PBE propicia a sustentabilidade dos serviços de saúde (Al Anazi *et al.*, 2022; Gallagher-Ford *et al.*, 2020; Kamper, 2018b; Melnyk *et al.*, 2010; Ruano; Motter; Lopes, 2022; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014; Upton *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, a PBE tem sido reconhecida mundialmente como competência essencial para todos os profissionais de saúde (Albarqouni *et al.*, 2018; Norhayati; Nawi, 2021) e tem sido cada vez mais valorizada e integrada nos currículos de graduação, pós-graduação e educação continuada em saúde (Albarqouni; Hoffman; Glasziou, 2018; Albarqouni *et al.*, 2018; Larsen *et al.*, 2019; Thomas; Chin-Yee; Mercuri, 2022).

Apesar da crescente disseminação dos conceitos e importância da PBE nas últimas décadas, pesquisas revelam que a sua implementação avança a passos mais lentos (Al Anazi *et al.*, 2022; Alketbi *et al.*, 2021; Heiwe *et al.*, 2011; Klaic; McDermott; Haines, 2019; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014; Nascimento *et al.*, 2020; Snoljung; Gustafsson, 2019). Devido sua complexidade, a PBE requer conhecimentos, habilidades e um ambiente que propicie a concretização de seus passos (Hansson; Carlsson; Fange, 2021; McEvoy *et al.*, 2020; Paci *et al.*, 2021; Saunders *et al.*, 2019; Weber *et al.*, 2019).

Com o intuito de conhecer as habilidades, conhecimentos, opiniões, atitudes e comportamentos de profissionais de saúde frente à PBE, vários estudos vêm sendo conduzidos ao redor do mundo desde o final da década de 90. Em que pese estes estudos encontrem profissionais bem receptivos aos conceitos da PBE, evidenciam uma variedade de barreiras impeditivas da efetiva prática baseada em evidências (Barzkar; Baradaran; Koochpayehzadeh, 2018; Da Silva *et al.*, 2015; Saunders *et al.*, 2019).

Profissionais de saúde da atenção primária enfrentam um desafio adicional na sua prática. Atuando em serviços de saúde com crescente demanda, restrições financeiras e administrando intervenções complexas em múltiplos níveis (Shoemaker; McNellis; Dewalt, 2018), estes profissionais assistem a uma ampla gama de situações

de saúde de diferentes causas com o envolvimento de questões médicas, sociais e psicológicas diversas (Pather; Mash, 2019).

Até o momento da realização deste estudo, algumas pesquisas investigando questões relacionadas à PBE entre profissionais da atenção primária em saúde (APS) foram conduzidas no Brasil (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider Pereira; Ferraz, 2018; Schneider Pereira; Ferraz 2020a; b). No entanto, mais estudos podem ampliar o diagnóstico situacional do desenvolvimento da PBE nestes serviços, de forma a identificar impeditivos e facilitadores para a implementação desta prática no âmbito da atenção primária à saúde.

Portanto, este estudo buscou realizar um diagnóstico situacional acerca da PBE entre profissionais da atenção primária em saúde do município de Piraquara/PR.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

“Medicina Baseada em Evidências” (MBE) ou seu termo mais recente e abrangente “Prática Baseada em Evidências” (PBE) é um tópico que ganha destaque desde o final dos anos 80, época em que o volume de pesquisas e publicações aumentava de forma acelerada, trazendo importantes informações sobretudo para a tomada de decisão clínica. Todavia, grande parte destas publicações eram de baixa qualidade, podendo apresentar resultados não confiáveis ou até mesmo irrelevantes para a prática médica (Rosenberg; Donald, 1995).

À época, decisões clínicas eram pautadas amplamente em condutas desatualizadas, superestimando o valor da experiência do profissional no atendimento ao paciente. Como apontado por Sur e Dahm (2011), a prática clínica era conhecida como “a arte da medicina”, e as decisões eram fundadas em opiniões de especialistas e na experiência prática do profissional (Jette *et al.*, 2003).

Em 1981, o médico epidemiologista David Sackett, um dos principais idealizadores da MBE, publicou uma série de artigos no *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. Nesta série de textos, Sackett e colaboradores visavam capacitar médicos em técnicas de leitura crítica de artigos científicos, termo em inglês “*critical appraisal*” (Sur; Dahm, 2011).

No início dos anos 90, Gordon Guyatt, médico, pesquisador e coordenador de um programa de residência na *MCMaster University* (Canadá), inspirado nos trabalhos de Sackett, passou a ensinar e divulgar as técnicas de análise crítica de textos científicos para a tomada de decisão clínica aos seus residentes, além de colaborar com parceiros internacionais no *EBM Working Group*, aprofundando os conceitos e a estrutura dessa abordagem e estabelecendo o termo “*Evidence-Based Medicine*” (EBM), em português “Medicina Baseada em Evidências” (Herbert *et al.*, 2011; Sur; Dahm, 2011). Na época, foram publicados artigos emblemáticos ensinando a aplicação das evidências científicas na prática clínica e trazendo informações teóricas sobre essa abordagem (Sur; Dahm, 2011).

Paralelamente a estes projetos, de forma a contribuir com a prática médica em meio ao vasto crescimento das pesquisas clínicas, no ano de 1991, membros do *American College Of Physicians (ACP)*, entusiastas da MBE, criaram projetos para

reunir, sumarizar e publicar as principais atualizações no campo da medicina, através do *ACP Journal Club* (Davidoff *et al.*, 1995).

Outra iniciativa importante na promoção e disseminação da MBE foi a criação da Colaboração *Cochrane*, em 1993, também com o intuito de minimizar essa lacuna entre pesquisas clínicas e prática profissional (Herbert *et al.*, 2011; Sackett *et al.*, 1996). Esta instituição internacional se fortaleceu e atua até hoje como referência no desenvolvimento de revisões sistemáticas de alta qualidade.

Posteriormente, em 1995, a *ACP* em parceria com a revista *British Medical Journal (BMJ)* desenvolveu a revista científica *Evidence Based Medicine*. Com foco em doenças comuns de diversas especialidades médicas, a revista visava facilitar o acesso a informações científicas sumarizadas, além de difundir e estimular a prática da MBE (Davidoff *et al.*, 1995).

Devido às raízes estreitamente ligadas à epidemiologia clínica¹ (Sur; Dahm, 2011), a PBE se estruturou como uma abordagem de prática e ensino voltados ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Neste sentido, o profissional identifica lacunas do conhecimento relacionadas a questões de causalidade, diagnóstico, tratamento e prognóstico no cuidado individual ao paciente e busca fontes confiáveis de evidências para reduzir essas incertezas.

Essa forte relação com a epidemiologia clínica também propiciou a MBE reconhecer e estabelecer a importância de questões sociais envolvidas no cuidado em saúde, destacando o indivíduo e o contexto como aspectos importantes a serem considerados na tomada de decisão clínica (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021).

Sua importância tem sido fortemente estabelecida não só entre os profissionais, mas também entre organizações de saúde e de educação em saúde pelo mundo, como a *Association of American Medical Colleges*, a *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (Thomas; Chin-Yee; Mercuri, 2022), a *National Academy of Medicine* (Albarqouni *et al.*, 2018) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2024).

¹ Epidemiologia clínica, ramo da epidemiologia. Utiliza princípios e métodos de investigação epidemiológica para obtenção de evidências a serem utilizadas na tomada de decisão clínica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

Mais recentemente, tem havido ampla disseminação de cursos, treinamentos, *workshops* e seminários em diversos formatos, voltados ao ensino dessa prática de forma interativa e participativa. Crescem também iniciativas para introduzir os conceitos e destacar a relevância da PBE entre gestores de saúde e seus serviços, contribuindo para que protocolos e políticas públicas sejam fundamentados em ciência de alta qualidade (Straus *et al.*, 2019).

Vale destacar que em 2007, a Prática Baseada em Evidências foi elencada como um dos quinze marcos mais importantes da história da medicina moderna, ao lado de feitos simbólicos como a introdução da antibioticoterapia, a imunização e o sanitarismo (Thoma; Eaves, 2015).

Atualmente, com o avanço das tecnologias de informação, alguns recursos têm facilitado o uso das evidências na prática clínica no campo da medicina. Ferramentas como UptoDate e DynaMed, vêm ganhando espaço e sendo utilizadas por médicos do mundo todo como suporte à tomada de decisão de forma rápida, prática e facilitada (Bradley-Ridout *et al.*, 2021; De Almeida; Vianna; 2019). Tais recursos contam com sumários de estudos, trazendo informações científicas atualizadas e revisadas por pares nas diversas especialidades médicas (Kinengyere *et al.*, 2021).

No Brasil, desde 2014, uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BIREME/OPAS/OMS) viabiliza gratuitamente uma plataforma nomeada "Portal Saúde Baseada em Evidências" (Portal SBE) para todos os profissionais de saúde (<https://psbe.ufrn.br/>).

Nessa plataforma, profissionais das áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, entre outros relacionados à saúde, possuem acesso a diversas bases de dados, tendo à sua disposição conteúdos e evidências científicas atualizadas, revisadas e referenciadas (Brasil, 2014).

2.2 FUNDAMENTOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Como supracitado, a PBE surgiu no final do século XX como um novo paradigma no cuidado em saúde (Guyatt, 1992). Estudiosos do campo da

epidemiologia clínica identificavam déficit no uso das pesquisas científicas na prática da medicina. Profissionais eram vulneráveis às práticas não científicas, embasadas na intuição, na experiência profissional, na opinião de colegas ou experts e no raciocínio fisiopatológico. Isto provocava impacto na qualidade da assistência e nos custos dos serviços de saúde (Guyatt, 1992; Sur; Dahm, 2011).

Rosenberg e Donald (1995, p. 1122) expressam que os efeitos dessa lacuna entre evidência e prática podem promover a oferta de práticas com “alto custo, inefetivas ou até mesmo prejudiciais”. Neste novo paradigma, menor valor é atribuído a informações trazidas por autoridades no assunto, especialistas e colegas, pois podem estar fundamentados em opiniões enviesadas ou errôneas (Straus *et al.*, 2019).

2.2.1 Pilares da Prática Baseada em Evidências

Conforme Haynes, Devereaux e Guyatt (2002), a PBE está fundamentada na integração de três aspectos de igual importância: melhor evidência disponível (pesquisa clínica de alta qualidade), experiência clínica do profissional e preferências do paciente. Tais aspectos são considerados os pilares desta abordagem e configuram a tríade da PBE (Figura 1).

Figura 1 – Tríade da prática baseada em evidências



Fonte: Adaptado de Haynes, Devereaux e Guyatt (2002)

2.2.1.1 Melhor evidência disponível

A melhor evidência disponível para a tomada de decisão trata daquela advinda de pesquisas clínicas relacionadas a acurácia e precisão de testes diagnósticos (incluindo exame físico), poder de marcadores prognósticos, bem como

eficácia e segurança de intervenções terapêuticas, de reabilitação e de prevenção (Straus *et al.*, 2019).

Essa evidência deve ser originada de pesquisas relevantes de alta qualidade, conduzidas com alto rigor metodológico (desenho e condução adequados) e baixo risco de viés, trazendo resultados mais confiáveis sobre determinado problema (Herbert *et al.*, 2011). Eventualmente não há evidências de alta qualidade sobre determinado problema. Nestes casos, evidência de menor qualidade pode ser usada, integrando junto ao raciocínio clínico e criterioso de um profissional experiente na definição da conduta apropriada. Entretanto, Herbert *et al.* (2011) alertam que tal prática deveria ter cautela em se classificar como “baseada em evidências”.

O grande desafio na implementação da PBE, desde sua idealização na década de 90 até os dias de hoje, está em como identificar as melhores evidências. Atualmente, estima-se que a maior parte das pesquisas publicadas em saúde não sejam apropriadas para embasar a prática clínica. Alencar Neto (2021) menciona que cerca de 99% das publicações na Pubmed, uma das principais bases de dados em literatura biomédica, podem conter problemas relacionados a falhas metodológicas, alto risco de viés, baixo poder estatístico, manipulação de dados ou achados, bem como pesquisas com desfechos irrelevantes para a prática clínica.

Em vista disso, para a adoção da PBE é preciso que o profissional de saúde possa ser capaz de encontrar as evidências requeridas, bem com analisar criticamente a validade e a aplicabilidade destes achados na sua situação específica, no cuidado individual ao paciente. Assim dizendo, deva ter entendimento acerca de pesquisas científicas, familiaridade com a linguagem científica, além de dispor de conhecimentos básicos de métodos de pesquisa e estatística (Kamper, 2018a).

Entretanto, quando o profissional não está apto a encontrar as evidências ou avaliar a sua qualidade, alguns recursos podem auxiliá-lo. Sumários de evidências e diretrizes de prática clínica (*guidelines*) facilitam a tomada de decisão baseada em evidências científicas (Woolf *et al.*, 1999; Alencar Neto, 2021). Tendo em vista o volume expressivo de evidências disponíveis (cerca de 2.000 novas indexações, todos os dias, na Medline) (Thomas; Chin-Yee; Mercuri 2022), estes recursos se propõem a entregar conhecimento científico atualizado e sumarizado, otimizando o tempo dos profissionais.

Sumários de evidências são ferramentas de suporte à decisão clínica (como BMJ Best Practice, Dynamed e Uptodate) e possuem uma combinação de

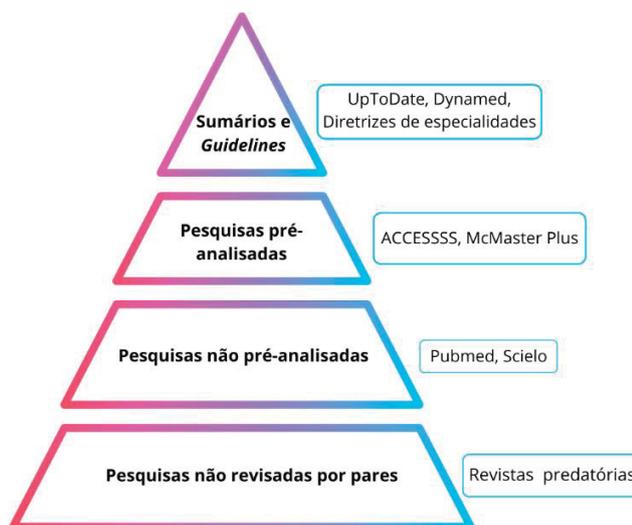
informações sobre a condição pesquisada (*background information*), e sobre o manejo da condição (*foreground evidence*). Acessados sob pagamento, oferecem conteúdo baseado em evidências, previamente analisados. Contudo, por terem foco na prática médica, outros profissionais da saúde se beneficiariam menos destes recursos. Além disso, podem não abranger todos os tópicos de interesse ou estar desatualizadas no momento da consulta, contendo inconsistências. Em entrevista veiculada pelo *Youtube*, a ginecologista e divulgadora científica Melania Amorim, aponta outra limitação preocupante (felizmente infrequente) destes recursos: a elaboração de certas recomendações baseadas em estudos de menor rigor científico (Amorim, 2023).

Diretrizes de prática clínica são desenvolvidas por experts clínicos e pesquisadores, contendo recomendações acerca de testes diagnósticos e intervenções indicados para diversas situações clínicas específicas, com o potencial de melhorar o cuidado em saúde (Kilsdonk; Peute; Jaspers, 2017; Pereira *et al.*, 2022). Entretanto, podem ser elaboradas por organizações governamentais e não governamentais (como sociedades profissionais, por exemplo) e, por este motivo, estão sujeitas a conflitos de interesses na sua elaboração. Sendo assim, para que haja confiabilidade, seu processo metodológico deve seguir normas estabelecidas por organizações como a *Guidelines International Network* (GIN) ou o *Institute of Medicine* (Colpani *et al.*, 2020). Ademais, para tais recomendações serem aplicáveis, deveriam ser adaptadas à realidade local do público-alvo, considerando fatores como o ambiente e os recursos disponíveis (Molino *et al.*, 2019).

Importante reiterar o fato de que nenhuma ferramenta supera o valor de o profissional estar apto a identificar a validade dos estudos de maneira independente (Herbert *et al.*, 2011), pois conforme Noteboom *et al.* (2008), as interpretações e conclusões dos autores dos estudos, dos sumários e das diretrizes de prática clínica devem sempre ser submetidos à avaliação criteriosa do leitor.

Como visto, o profissional tem à sua disposição diversas fontes de evidências para embasar sua prática clínica. Para encontrar evidências de maior confiabilidade com maior rapidez, a pirâmide de leitura de evidências (figura 2) pode servir como um guia. Atentando ao cuidado necessário com possíveis conflitos de interesse em fontes elaboradas por terceiros, destaca-se a importância de capacitar profissionais para avaliar independentemente a qualidade da evidência encontrada (Alencar Neto, 2021).

Figura 2 – Pirâmide de leitura de evidências



Fonte: Adaptado de Alencar Neto (2021)

No topo desta pirâmide estão os sumários de evidências e as diretrizes de prática clínica, seguidas por sites que disponibilizam pesquisas pré-analisadas (como accessss.org e McMaster Plus). Na sequência aparecem as pesquisas não pré-analisadas, que estão disponíveis, por exemplo, na Pubmed e na Scielo. E, por último, estão as pesquisas não revisadas por pares, ou publicadas em revistas “predatórias”, termo que designa periódicos com alta taxa de aceitação, nas quais a revisão por pares pode ser menos criteriosa ou até mesmo inexistente (Alencar Neto, 2021).

2.2.1.2 Experiência profissional ou expertise

A experiência profissional ou expertise se refere ao conhecimento acumulado pelo profissional durante seus anos de estudo e de prática clínica. É o que possibilita respostas rápidas a diferentes situações vivenciadas no dia a dia, e o que diferencia profissionais experientes de recém-formados (Herbert *et al.*, 2011). Os anos de prática facilitam ao profissional identificar o estado da saúde do indivíduo e traçar diagnósticos mais rapidamente, detectar riscos e benefícios potenciais envolvidos com o manejo, além do entendimento da importância do contexto e valores do paciente no cuidado individual.

Sackett *et al.* (1996), ao fundamentar os primeiros conceitos e estruturação dessa abordagem, afirmam que a prática não pode ser “tiranizada” pelas evidências,

e ambas têm papel importante, devendo ser integradas na escolha da melhor opção diagnóstica ou terapêutica para o indivíduo.

Existem situações em que a melhor evidência não pode ser aplicada devido a fatores tocantes ao indivíduo, seu contexto, preferências ou comorbidades. Em outros casos, a falta de recursos, incluindo estrutura, corpo clínico e habilidades podem impedir o uso das melhores evidências. Eventualmente, não há evidências sobre determinado assunto, como situações novas ou impossibilidade de ser testado. Em todos os casos, as evidências, as informações sobre o paciente e a experiência clínica devem ser integradas ao raciocínio clínico do profissional na escolha do melhor caminho diagnóstico ou terapêutico (Herbert *et al.*, 2011).

De maneira similar, sem o uso das evidências a prática tende a ficar desatualizada, fragilizada em sua eficiência e segurança (Sackett *et al.*, 2019). Tendo dito que a prática não pode ser embasada apenas por evidências, do mesmo modo não deve ser guiada somente pela experiência profissional. As informações obtidas através da experiência clínica podem ser limitadas por inúmeros vieses, ou seja, a observação clínica não é suficiente para avaliar se a mudança no desfecho do paciente (como melhora dos sintomas, por exemplo) são decorrentes da intervenção ou de fatores alheios ao tratamento aplicado, conhecidos como fatores confundidores (vistos detalhadamente na seção 2.3.1) (Kamper, 2018b).

Por conseguinte, esses dois requisitos são essenciais e devem ser incorporados na composição de uma boa prática. Como enfatizado por Sackett *et al.* (2019), a prática baseada em evidências não é um “livro de receitas”, pois ela tem como alicerce o cuidado individualizado. Isto implica adaptações nas condutas de acordo com o contexto e as circunstâncias envolvidas.

2.2.1.3 Preferências do paciente

A PBE pontua a participação do paciente como fundamental na tomada de decisão clínica. As preferências, os valores e as experiências do indivíduo são levados em consideração na decisão do tipo de exame, teste diagnóstico ou intervenção a serem utilizados. Não obstante, o profissional deve informar ao paciente os riscos potenciais e os benefícios esperados das intervenções, para que de forma conjunta, possam definir o plano terapêutico apropriado, garantindo a autonomia do indivíduo cuidado (Herbert *et al.*, 2011).

Quando o paciente tem a oportunidade de conhecer o leque de opções disponíveis, o tamanho do efeito e o risco de cada intervenção, é possível que ele faça escolhas conscientes. Frequentemente o indivíduo superestima o poder terapêutico ou diagnóstico e negligencia os danos potenciais a que está sendo submetido. Estudos demonstram, surpreendentemente, que o paciente tende a ser ainda mais conservador que seu profissional (Stiggelbout *et al.*, 2012).

Nesse diálogo aberto e franco entre profissional e paciente fica mais fácil, inclusive, de o indivíduo compreender quando não é necessário nenhum exame para o diagnóstico de sua condição ou até mesmo quando o melhor tratamento é simplesmente não fazer nada (Hoffmann; Lewis; Maher, 2020).

Essa abordagem, denominada “decisão compartilhada” (do inglês “*shared decision making*”) é, em suma, uma decisão colaborativa entre profissional de saúde e paciente ou familiar (Montori *et al.*, 2023). Ela requer que o profissional esteja atualizado com as evidências e tenha habilidades na comunicação para introduzi-las de maneira acessível que possibilite o pleno entendimento pelo paciente (Hoffman; Lewis; Maher, 2020).

A decisão compartilhada centraliza o cuidado no indivíduo e promove assistência à saúde de alto valor (Montori *et al.*, 2023), considerando que quem presta o cuidado e quem o recebe compartilham informações relevantes a serem consideradas na tomada de decisão clínica (Deegan; Drake, 2006). O profissional, portanto, não é o único detentor do saber e não tem o poder de, sozinho, decidir soberanamente o rumo a ser seguido. Hoffmann, Lewis e Maher (2020) apontam que a consideração das preferências do paciente contribui para maior aderência ao tratamento e, conseqüentemente, melhores resultados.

2.3 A ADOÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Com a ampla disseminação dos conceitos da PBE, sua agregação aos currículos de estudantes e profissionais da saúde e o crescente interesse no tema por parte de quem financia a assistência (governos e planos de saúde), há uma grande inclinação em adotar (ou ao menos dizer que adota) esta prática como forma de cuidado em saúde. Straus *et al.* (2019) destacam que adicionar “baseado em evidência” no título de um livro pode aumentar as vendas, independentemente se este livro seja ou não baseado em evidência.

Ao receber um paciente, durante a anamnese, informações válidas e quantitativas são requeridas para elaborar diagnósticos, conhecer prognósticos, prover terapêutica e ações de prevenção. Para alcançar essas informações, as fontes tradicionais como livros e opiniões de especialistas têm suas limitações (Straus *et al.*, 2019).

Recomendações sobre prática clínica provenientes de livros podem ser problemáticas. Em geral, esses materiais caracterizam-se como revisões narrativas e são elaboradas a partir de critérios não sistemáticos na seleção dos estudos, permitindo ao autor a livre escolha das fontes que lhe convier. Além disso, podem estar desatualizados mesmo quando recém-publicados, devido ao curso de tempo necessário para sua construção e disponibilização (Haroon; Phillips, 2010).

Da mesma forma, embasar a prática clínica pela opinião de especialistas ou experts pode ser perigoso, pois tais informações podem estar equivocadas e, não necessariamente, serem baseados em evidências. Opiniões de especialistas não são consideradas fontes confiáveis de informação para tomada de decisão, estando ranqueadas como o mais baixo nível de evidências (Evans, 2003).

Com o passar do tempo, a experiência clínica cresce, porém, sem a aplicação de alguma estratégia efetiva, os conhecimentos vão se desatualizando. Ao profissional cabe manter o espírito de inquirição (Melnyk, 2010), buscando lacunas de conhecimento. Ao desenvolver sua prática, o profissional pode apresentar dúvidas gerais em relação à condição de saúde do paciente (*background questions*), especialmente profissionais com formação mais recente. Ao adquirir experiência prática, as dúvidas tendem a se relacionar principalmente sobre o manejo com o paciente, conhecimentos específicos para auxiliar na tomada de decisão, sobre qual intervenção específica melhor mudaria um desfecho de interesse (*foreground questions*) (Straus *et al.*, 2019).

Diante da prática clínica desafiadora, repleta de contextos biológicos, fisiológicos, sociológicos, e o avanço constante das evidências científicas, o profissional de saúde precisa estar em permanente busca por novos conhecimentos, apesar da rotina extenuante e da sobrecarga de trabalho que imperam nos serviços de saúde.

2.3.1 Limitações da observação clínica como fonte de informações

O efeito de intervenções na prática clínica precisa ser avaliado por meio de estudos clínicos. Conforme Kamper (2018b), a melhora no desfecho (melhora clínica) não significa, necessariamente, efeito do tratamento (melhora decorrente da intervenção). A observação clínica é insuficiente para avaliar a eficácia de uma intervenção, pois pode estar contaminada por confundidores, trazendo informações enviesadas. Estes confundidores comumente direcionam o efeito da intervenção no sentido positivo, superestimando sua eficácia (Kamper, 2018d).

Cinco tipos principais de confundidores podem induzir, profissional e paciente, a acreditarem que a melhora obtida seja decorrente da intervenção administrada. São eles: 1. história natural da doença; 2. regressão para a média; 3. *hawthorne effect*; 4. efeito placebo; 5. viés de memorização (Kamper, 2018b).

2.3.1.1 História natural da doença

História natural da doença é o modo de evolução dela no indivíduo sem que haja nenhuma intervenção. Diversas condições de saúde cursam com recuperação parcial ou total mesmo sem nenhuma intervenção. Infecções respiratórias agudas, alterações respiratórias pós-operatórias e lombalgias agudas são exemplos destas condições. A observação clínica após a administração de qualquer intervenção nestas situações pode levar à interpretação de que a melhora observada nos sintomas foi resultado da intervenção, quando, na verdade, estes poderiam desaparecer ou diminuir mesmo sob conduta expectante (Herbert *et al.*, 2011; Kamper, 2018b).

2.3.1.2 Regressão para a média

O fenômeno conhecido como regressão para a média consiste na tendência de doenças crônicas cursarem com períodos de exacerbação dos sintomas, intercalados com períodos de melhora clínica. Tais condições flutuam entre momentos sem sintomas ou com sintomas suportáveis, porém, ao atingir um limiar de tolerância, o indivíduo normalmente procura auxílio de um profissional para resolução. Este momento frequentemente corresponde ao auge dos sintomas, ponto a partir do qual a melhora gradativa, com retorno aos sintomas basais, está prestes a acontecer. Portanto, o efeito de qualquer intervenção neste ponto do tempo poderá ser

relacionado à melhora clínica que já estaria por vir (Herbert *et al.*, 2011; Kamper, 2018b).

2.3.1.3 Hawthorne effect

Este efeito consiste na mudança de comportamento de um indivíduo quando ele sabe que está sendo avaliado. Uma parte significativa da avaliação dos desfechos importantes na prática clínica (como dor e qualidade de vida) é coletada de maneira auto reportada. Dessa maneira, sua obtenção está condicionada ao relato daquele indivíduo pesquisado. Muitas vezes, vendo o esforço do profissional em ajudá-lo, o paciente encontra dificuldades em dizer que não apresentou melhora com a conduta oferecida e costuma apontar uma recuperação dos sintomas acima daquela que realmente aconteceu (situação denominada em inglês como “*polite patients*”) (Kamper, 2018b).

2.3.1.4 Efeito Placebo

O efeito placebo, termo amplamente conhecido, atua em mecanismos psicológicos. O indivíduo percebe melhora dos sintomas simplesmente por ter sido submetido ao “ritual” do tratamento. Tal fato já foi comprovado por estudos científicos com intervenções inertes (Herbert *et al.*, 2011). Está ligado a maioria dos tipos de intervenção e, apesar de contribuir beneficemente no tratamento, não pode ser considerado efeito direto da intervenção (Kamper, 2018b).

2.3.1.5 Viés de memorização

A observação clínica pode confundir o profissional de saúde na identificação da eficácia de uma intervenção. O profissional, ao admitir que um tratamento instituído funcionou com seus pacientes, está estabelecendo suas constatações baseando-se em sua memória. E esta está sujeita a falhas. Nossa memória tende a se fixar em casos extremos. Os casos nos quais houve uma resposta excelente ao tratamento ou um problema catastrófico, decorrente da intervenção, ficam melhor estabelecidos na memória do profissional do que os casos de pacientes que apresentaram pouca ou nenhuma resposta (Herbert *et al.*, 2011).

Outro fato importante é que o profissional supõe que os pacientes que abandonaram o tratamento são os que melhoraram e não mais precisam do acompanhamento. No entanto, há fortes indícios de que estes pacientes, na verdade, não melhoraram ou encontraram tratamentos melhores com outros profissionais (Kamper, 2018b).

2.3.2 Vantagens da prática baseada em evidências

Após o reconhecimento da fragilidade da observação clínica e de fontes não confiáveis na condução da prática clínica, fica evidente a necessidade de integrar saberes científicos como fontes de informações ao conhecimento adquirido pela experiência prática (Herbert *et al.*, 2011).

Ao adotarem a prática baseada em evidências, o profissional e os serviços de saúde possibilitam que uma série de benefícios sejam alcançados. Seguem descritas algumas das principais vantagens em aderir a esta forma de cuidado.

2.3.2.1 Para o paciente

Estudos mostram que a implementação da PBE proporciona melhora nos resultados com o paciente (redução de morbidade, mortalidade, tempo de internamento, melhora dos sintomas e da qualidade de vida) e, conseqüentemente, na qualidade do cuidado ofertado (Albarqouni *et al.*, 2018; Alketbi *et al.*, 2021; Ebell *et al.*, 2017; Ehrenbrusthoff *et al.*, 2022; Emparanza; Cabello; Burls, 2015).

Pelo fato de a PBE ser fundamentada na tomada de decisão compartilhada, um diálogo com o profissional é estabelecido, possibilitando ao paciente estar mais bem informado sobre sua condição e participar ativamente das ações a serem cursadas (Rosenberg; Donald, 1995; Straus *et al.*, 2019).

2.3.2.2 Para o profissional

O profissional que adota a PBE na sua rotina aprimora suas habilidades em leitura científica, expandindo seus conhecimentos em métodos de pesquisa, validade e aplicabilidade dos resultados, além de permanecer sempre atualizado cientificamente na sua área de atuação (Rosenberg; Donald, 1995). De fato, os

profissionais se sentem motivados ao transmitir uma imagem de confiança, de estar embasado em ciência e atender às expectativas daquele que o procura em busca de cuidado em saúde, conforme frisa Kamper (2018b).

Um grande benefício agregado ao aderir à PBE é o direcionamento que ela proporciona em relação a que tipos de capacitação ou aprimoramento o profissional deveria investir seu tempo e dinheiro. Empregando seus conhecimentos em literatura científica, o profissional é capaz de, em meio à enxurrada de novas técnicas e tecnologias na assistência em saúde, verificar quais são as evidências dessas abordagens e decidir, conscientemente, se vale o empenho ou não. Esta avaliação impede que o profissional seja refém de quem vende essas técnicas ou produtos e o afasta de ser presa fácil de abordagens sem evidências científicas (Andrade; Costa, 2019).

2.3.2.3 Para os serviços de saúde

Por ser uma abordagem que visa a identificação de intervenções seguras e eficazes, a PBE torna-se uma ferramenta poderosa para evitar danos advindos de tratamentos desnecessários ou inapropriados. Sendo assim, profissionais que adotam a PBE são capazes de identificar e ofertar intervenções mais adequadas, evitando exames diagnósticos e tratamentos ineficazes ou até mesmo dispensáveis.

De fato, serviços que implementaram mudanças nas práticas, reduzindo a prescrição de procedimentos desnecessários, possibilitaram assegurar a qualidade do serviço, sem impactos em mortalidade, tempo de internamento ou taxa de readmissão. Além disso, puderam experimentar redução significativa nos custos em saúde (Walewska-Zielecka *et al.*, 2021).

Considerando que os recursos em saúde são frequentemente escassos, a PBE propicia a sustentabilidade dos serviços de saúde proporcionando elementos para a adequada alocação de recursos financeiros (Al Anazi *et al.*, 2022; Gallagher-Ford *et al.*, 2020; Melnyk *et al.*, 2010; Ruano; Motter; Lopes, 2022; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014; Upton *et al.*, 2012).

A lacuna entre a evidência e a prática, fato amplamente observado e apontado por pesquisas, revela que profissionais de saúde podem não estar desenvolvendo as melhores práticas em saúde. O mau uso das intervenções, ofertando condutas que poderiam ter sido abandonadas ou deixando de introduzir as que deveriam estar no

leque de opções, é um problema recorrente no campo da assistência em saúde (Empananza; Cabello; Burls, 2015).

Deste modo, esta abordagem de cuidado possibilita que variações na prática entre profissionais e serviços de saúde sejam minimizadas (Vere; Gibson, 2021). Diferenças nas realidades locais, tais como características dos pacientes e recursos disponíveis, podem explicar mudanças na prática clínica de um serviço para outro. Porém, como destacam Empananza, Cabello e Burls (2015), variações na prática que não possam ser explicadas por estes motivos, podem significar que alguns serviços não estejam oferecendo as melhores intervenções.

O quadro 1 apresenta um resumo das vantagens da prática baseada em evidências.

Quadro 1 – Vantagens da prática baseada em evidências

Vantagens da PBE		
PACIENTES	PROFISSIONAIS	SERVIÇOS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Melhora nos resultados e na qualidade da assistência • Intervenções desnecessárias evitadas (menores riscos e custos) • Diálogo entre profissional de saúde e paciente • Opiniões, desejos e experiências do paciente levados em consideração 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de habilidades em leitura científica • Reconhecimento como profissão científica • Atualização profissional continuada • Investimento adequado em cursos de capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos custos • Eficiência • Sustentabilidade do serviço • Redução de variações na prática

Fonte: Os autores (2024)

2.3.3 Limitações da prática baseada em evidências

Como toda abordagem, a prática baseada em evidências possui algumas limitações. Para sua implementação, ela requer que o profissional disponha de conhecimentos e habilidades para encontrar e analisar criticamente as evidências, tais como conhecimentos a respeito de hierarquia das evidências, estatística básica e até mesmo outros idiomas. Para tanto é preciso gestão adequada do tempo para o desenvolvimento de todos os processos envolvidos no uso das evidências na prática

(Rosenberg; Donald, 1995). De fato, a falta de tempo tem sido reportada frequentemente entre profissionais de saúde como principal barreira para o aprendizado e para a condução da PBE (Heiwe *et al.*, 2011; Barzkar; Baradaran; Koochpayehzadeh, 2018; Paci *et al.*, 2021).

Outrossim, a disponibilidade de recursos financeiros para o desenvolvimento da PBE é, notadamente, uma dificuldade encontrada por muitos serviços. O acesso a bases de dados e artigos científicos na íntegra são barreiras importantes na obtenção das evidências, e a superação desta adversidade envolve custos que podem ser significativos para os serviços de saúde (Rosenberg; Donald, 1995; Straus *et al.*, 2019).

Existem situações nas quais a evidência disponível é de baixa qualidade, irrelevante ou mesmo não existe um corpo de evidências robusto que possa sustentar a tomada de decisão clínica. A evidência deve ir de encontro às necessidades dos pacientes, profissionais e serviços de saúde (Wenzel *et al.*, 2020). Algumas especialidades ou áreas da saúde podem estar em desvantagem na implementação da PBE justamente por não ter à disposição literatura científica que venha trazer informações relevantes à prática clínica (Souza; Cáceres-Assenço, 2023).

A despeito de estar na sua terceira década de evolução, a PBE ainda enfrenta alguns “preconceitos” por parte de muitos profissionais. Receios que seja um “livro de receitas”, supervalorizando as evidências em detrimento do planejamento terapêutico individualizado, ou mesmo que ela seja uma ameaça à autonomia profissional, têm sido reportados. Isto nos mostra, nitidamente, desconhecimento acerca da definição e dos conceitos de PBE. Nessa abordagem, o paciente e suas individualidades, e a experiência do profissional são pilares fundamentais ao lado das evidências científicas (Straus *et al.*, 2019).

2.4 PASSOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Para o profissional fazer uso de evidências em sua prática clínica, Melnyk *et al.* (2010) destacam como ponto de partida ter um “espírito questionador”. O indivíduo que não considera a necessidade de informação atualizada para rever suas práticas constantemente não está apto a implementar a PBE. Partindo deste pré-requisito, a PBE pode ser devidamente construída, através da concretização de cinco passos: 1) formulação da pergunta clínica; 2) busca sistemática pela melhor evidência; 3) análise

crítica da evidência em sua validade, relevância clínica e aplicabilidade; 4) aplicação dos resultados na prática; 5) avaliação da performance (Dawes *et al.*, 2005).

2.4.1 Passo 1: formulação da pergunta clínica

A prática clínica pode trazer à tona inúmeras questões relacionadas a diferentes aspectos, tais como: efeitos de intervenções; experiências e opiniões do paciente; prognóstico da doença e do tratamento e acurácia de testes diagnósticos. O delineamento adequado e estruturado da pergunta clínica proporciona maior rapidez e eficiência no encontro das melhores evidências (Herbert *et al.*, 2011).

O profissional busca definir palavras-chave que vão compor a estrutura da pergunta clínica. Por ser uma atividade que exige raciocínio e reflexão sobre uma situação específica, sua fragmentação em partes facilita o processo e auxilia na busca por evidências (Fineout-Overholt; Johnston, 2005). Isto possibilita que os termos selecionados nesta fase sejam aproveitados no momento da busca, favorecendo a recuperação das evidências (Martnoff; Kreder, 2009; Staunton, 2007).

Na rotina clínica as dúvidas mais frequentes se relacionam com efeitos de intervenção, porém outras relacionadas a prognóstico, experiências do paciente e diagnóstico também permeiam as incertezas durante o desenrolar da assistência em saúde. O que se observa, muitas vezes, é o surgimento de questões complexas, envolvendo diferentes aspectos, que necessitarão de respostas através de variados tipos de estudo (Herbert *et al.*, 2011).

Para encontrar evidências, o acrônimo PICOT (**P**acient [paciente], **I**ntervention [intervenção], **C**omparison [comparação], **O**utcome [desfecho] e **T**ime [tempo]) tem sido usado com sucesso há muitos anos e se mostrado uma ferramenta efetiva para a obtenção de estudos adequados às perguntas clínicas (Richardson *et al.*, 1995; Kamper, 2018c; Melnyk *et al.*, 2010).

Por ser um componente chave da PBE e envolver raciocínio clínico sobre questões muitas vezes complexas, este primeiro passo requer certa habilidade para o seu desenvolvimento, podendo representar um desafio para os iniciantes nesta prática. Porém, à medida que o profissional ganha experiência na execução deste passo, a formulação da pergunta clínica e sua estruturação dentro do conceito PICOT torna-se cada vez mais fácil e natural (Staunton, 2007).

2.4.2 Passo 2: busca por evidências científicas

Após reflexão e constatação da lacuna de conhecimento acerca de aspectos relacionados à prática, o profissional conduz a elaboração sistemática da pergunta clínica (passo 1 da PBE) de forma a auxiliar na busca por evidências científicas (passo 2 da PBE).

Conforme apontado anteriormente, durante a prática clínica as perguntas podem se relacionar a efeitos de intervenção, experiências do paciente, prognóstico e diagnóstico. Nestas circunstâncias, o profissional precisa identificar os critérios para incluir os estudos na sua revisão. Para buscar e posteriormente avaliar a qualidade das evidências (passo 3), o profissional precisa ter entendimento sobre hierarquia das evidências.

Hierarquia das evidências

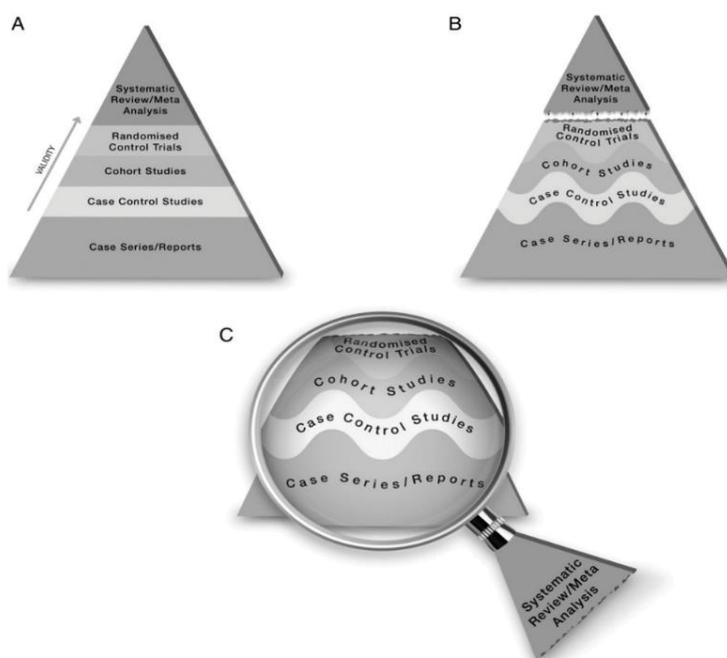
Alguns métodos de pesquisa proporcionam melhores evidências que outros conforme o tipo de dúvida clínica. Portanto, cada tipo de pergunta clínica demanda um desenho de estudo adequado encontrar a resposta mais confiável. A categorização dos desenhos de estudos conforme sua validade para determinado tipo de pergunta é conhecida como hierarquia das evidências (Evans, 2003).

Por muito tempo, a tradicional pirâmide ranqueava a qualidade das evidências de acordo com o tipo de estudo e foi amplamente utilizada no ensino de PBE e no desenvolvimento desta abordagem de cuidado pelos profissionais (Murad *et al.*, 2016).

No entanto, desenho de estudo adequado não é suficiente para garantir a confiabilidade nos resultados de uma pesquisa e, por conseguinte, a recomendação de administrar uma intervenção. Outros fatores importantes influenciam a qualidade da evidência, tais como: fontes de vieses do estudo (sigilo de alocação, cegamento, randomização); limites do estudo; precisão estatística e evidências indiretas. Estes aspectos são considerados, por exemplo, pelo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), sistema que avalia a qualidade da evidência e a força das recomendações utilizado no desenvolvimento, por exemplo, de diretrizes de prática clínica e revisões sistemáticas (Guyatt *et al.*, 2008).

A figura 3 representa a evolução da pirâmide das evidências. A primeira proposta (A) classifica a qualidade da evidência apenas pelo desenho de estudo. Em B, a pirâmide se mostra fluida, com linhas ondulares. Segundo esta classificação, estudos de diferentes desenhos poderiam responder as mesmas perguntas clínicas, dependendo da qualidade da evidência. A pirâmide C permanece fluida e as revisões sistemáticas são retiradas do topo da pirâmide e atuam como lupas para identificar mais precisamente os diferentes tipos de estudo (Murad *et al.*, 2016, Alencar Neto, 2021).

Figura 3 – Pirâmides das evidências



Fonte: Murad *et al.* (2016)

Buscando as evidências

A busca em base de dados deve ser o mais simples e eficiente possível, utilizando estratégias que permitam o encontro das melhores evidências de forma rápida, evitando a leitura de estudos irrelevantes para o problema em questão (Herbert *et al.*, 2011). Para o iniciante na PBE, tais buscas podem consumir mais tempo e esforço, porém, ao desenvolverem e aperfeiçoarem esta prática, aprimoram as habilidades e o processo se torna mais fácil e eficiente.

Conforme explicado anteriormente, a busca pelas evidências pode ser otimizada utilizando fontes analisadas previamente, quer sejam sumários de evidências ou diretrizes de prática clínica. Neste momento, atenção deve ser dada a possíveis conflitos de interesses ou falhas que estes recursos, porventura, possam apresentar (Alencar Neto, 2021).

Alternativamente, a busca pode ser feita nas bases de dados de literatura biomédica. Neste caso, o estudo já passou pelo crivo da revisão por pares, mas deve passar pela análise minuciosa e criteriosa do próprio profissional (Alencar Neto, 2021). As palavras-chave, elementos principais da pergunta clínica, podem se tornar termos de busca para localizar a literatura científica (Martnoff; Kreder, 2009).

Abaixo, seguem descritas as bases de dados que oferecem acesso gratuito e são consideradas os principais portais para busca de evidências por profissionais que buscam suporte à tomada de decisão clínica, no Brasil.

a) Cochrane Library

A Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com>) é uma coleção de bases de dados, entre elas a “*Cochrane Database of Systematic Reviews*”, que contém revisões sistemáticas desenvolvidas pela Colaboração Cochrane, organização mundialmente reconhecida por sua excelência no desenvolvimento deste tipo de estudo. Apesar de ser uma plataforma sob inscrição e pagamento, disponibiliza grande parte do seu conteúdo de forma gratuita (Herbert *et al.*, 2011).

Revisões sistemáticas são estudos que agregam e analisam os resultados de várias pesquisas do mesmo assunto de forma sistemática, considerando o risco de viés de cada uma e produzindo uma estimativa mais precisa sobre o desfecho de interesse (Straus *et al.*, 2019). Quando empregam metanálise, método estatístico específico para combinação e análise dos resultados dos estudos incluídos, permitem inferências ainda mais precisas sobre o desfecho de interesse (Straus *et al.*, 2019). Dessa maneira, esta base de dados é de suma importância para profissionais de saúde.

b) Pubmed

A Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) é uma versão gratuita da principal base de dados da literatura médica, a Medline, criada pela Biblioteca Nacional de Medicina (Estados Unidos da América). Inclui todos os tipos estudos clínicos, sobre todas as áreas da saúde, contendo *links* para o texto completo (quando disponibilizado pela revista de publicação). Possui mecanismos de busca de fácil utilização, disponibilizando diversos filtros oportunos, permitindo selecionar tipos específicos de estudo. Em sua seção *Clinical Queries*, o usuário pode determinar o tipo de pergunta clínica a ser respondida e optar por buscas mais amplas ou específicas, conforme necessidade (Martnoff; Kreder, 2009).

Nesta base de dados os profissionais de saúde de todas as áreas podem encontrar estudos clínicos que respondam perguntas sobre efeitos de intervenção, diagnóstico, prognóstico e estudos qualitativos avaliando, por exemplo, experiências de pacientes. Também são disponibilizadas diretrizes de prática clínica em diversas áreas da saúde. Portanto, é uma base de dados muito utilizada pelos profissionais que prestam assistência direta ao paciente.

c) Scielo

Com o intuito de expandir a divulgação mundial da produção científica brasileira, uma parceria entre a Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e editores de revistas científicas viabiliza desde 1996 uma biblioteca virtual, chamada Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*, disponível em <https://www.scielo.br/>), contendo revistas brasileiras que disponibilizam artigos científicos na íntegra, gratuitamente (Packer *et al.*, 1998).

2.4.3 Passo 3: análise crítica das evidências

O terceiro passo da PBE, talvez o mais desafiador, envolve a análise crítica das evidências encontradas. Sendo um dos pilares da PBE a utilização da melhor evidência clínica disponível, é imprescindível que os estudos sejam avaliados criteriosamente em sua qualidade e validade. Além disso, é fundamental o entendimento da importância dos achados para a prática clínica (relevância clínica) antes da decisão sobre a sua aplicação no cuidado ao paciente. Esta análise criteriosa

implica a determinação das validades interna e externa dos estudos individuais ou da natureza e força das recomendações originadas das sínteses de diversos estudos (em se tratando de RS, diretrizes de prática clínica ou evidências previamente analisadas [recursos como UptoDate ou BMJ Best Practice]) (Macdermid; Walton; Law, 2009).

A validade interna reflete o grau em que as conclusões do estudo são verdadeiras na população estudada. Trata da qualidade na condução do estudo e seu rigor metodológico. Já a validade externa envolve o grau de reprodutibilidade dos resultados do estudo na prática, assim dizendo, a determinação da generalização dos achados na população estudada para a população real. Relaciona-se com a identificação da similaridade dos participantes do estudo (características psicossociais, culturais, estado de saúde) com os pacientes encontrados na prática clínica (Marcdermid; Walton; Law, 2009).

Uma busca eficiente possibilita o encontro de um número reduzido de estudos relevantes e, em posse destes estudos, a análise crítica visa identificar o nível de evidência de cada estudo, a qualidade na sua condução e a utilidade na prática clínica (Fineout-Overholt *et al.*, 2010).

Como visto, cada tipo de pergunta clínica demanda um desenho de estudo adequado para sua resposta, portanto, o nível de evidência do estudo consiste na categorização segundo o seu desenho, baseando-se na hierarquia das evidências. Nesta etapa de análise crítica das evidências encontradas, através da leitura do resumo, o profissional identifica os objetivos do estudo, a população estudada, as variáveis de interesse e pode classificar os estudos encontrados conforme seu desenho, de acordo com a hierarquia. A partir daí, pode avançar à leitura pormenorizada dos estudos mais apropriados, com intuito de identificar a qualidade da evidência (Fineout-Overholt *et al.*, 2010).

Para determinar a qualidade dos estudos selecionados, o profissional deve atentar especialmente nas seções de métodos e resultados das pesquisas. Este conteúdo deve tratar da descrição detalhada do desenvolvimento da pesquisa, sua população, o local, o período, as variáveis, os instrumentos utilizados para coleta de dados, como foi realizada a análise dos dados e a apresentação dos resultados. A partir destas informações pode-se avaliar o risco de viés dos estudos e o quanto seus resultados são confiáveis e relevantes para a prática clínica (Tikkinen; Guyatt, 2021). Os estudos com menores riscos de viés são considerados de melhor qualidade e

oferecem maior confiabilidade para sustentar a tomada de decisão clínica (Herbert *et al.*, 2011).

Algumas escalas foram desenvolvidas com o intuito de sistematizar a determinação da qualidade dos estudos e podem contribuir, de maneira simples e prática, na identificação de estudos de maior e menor rigor metodológico. Estas ferramentas avaliam aspectos fundamentais na condução das pesquisas clínicas, identificando e classificando os estudos de acordo com sua qualidade. A escala de risco de viés da Cochrane e a escala PEDro² são exemplos de instrumentos validados e com alta confiabilidade para avaliar a qualidade de ensaios clínicos (Moseley *et al.*, 2019). Estudos de acurácia diagnóstica podem ser avaliados através da escala QUADAS 2, que examina quatro domínios essenciais destes tipos de estudo (Wade; Corbett; Eastwood, 2013). A escala AMSTAR 2 possui validade e confiabilidade para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas (Lorenz *et al.*, 2019).

Tikkinen e Guyatt (2021) ressaltam a importância de entender sobre risco de viés e avaliação da qualidade metodológica dos estudos, porém, conferem grande valor ao que costuma ser negligenciado quando se promove educação em PBE: o entendimento aprofundado sobre os resultados do estudo, ou seja, a precisão, a consistência, a direção e as magnitudes do efeito e risco de cada intervenção. Estes autores reforçam, ainda, que o em meio ao universo de sobrecarga de trabalho em que operam estes profissionais, as fontes secundárias de evidências, previamente analisadas, são buscadas cada vez mais como forma de administrar o uso das evidências científicas dentro do tempo restrito disponível.

2.4.4 Passo 4: aplicando as evidências na prática

Após a etapa de análise crítica dos estudos e a obtenção de evidências válidas e clinicamente relevantes, o profissional pode, agora, considerar a aplicação destas evidências na prática clínica, integrando o conhecimento científico adquirido à sua expertise profissional e ponderando as preferências, valores e experiências do paciente na tomada de decisão compartilhada.

² Desenvolvida pela base de dados PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*).

Neste momento, algumas reflexões devem ser feitas para que a aplicação das evidências seja adequadamente viabilizada. Tendo em conta a importância da similaridade entre os participantes de estudo e o paciente que está sendo cuidado, o profissional deve atentar para as características sociodemográficas dos participantes, como também dados da doença ou condição coletados na linha de base (início do estudo). Avaliam-se, dessa forma, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo e observam-se aspectos como idade, gênero, comorbidades, estágio da doença, severidade dos sintomas e outros pontos que possam interessar. Empregando sua experiência clínica, o profissional compara seu paciente com os participantes e identifica a possibilidade de beneficiá-lo com a aplicação da evidência (Noteboom *et al.*, 2008; Straus *et al.*, 2019).

É fundamental que durante a apreciação da implantação da evidência na prática o profissional de saúde avalie os riscos e benefícios relacionados aos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Isto é possível identificando o número necessário para tratar (NNT – *number needed to treat*) e o número necessário para causar dano (NNH – *number needed to harm*), para estimar se os benefícios que podem ser alcançados superam os riscos inerentes ou potenciais relacionados aos procedimentos. De forma a contemplar a tomada de decisão compartilhada, o profissional deve informar ao paciente a estimativa do efeito e seus riscos potenciais, para que, juntos, possam estabelecer a conduta mais apropriada (Herbert *et al.*, 2011; Straus *et al.*, 2019).

Para a aplicação da evidência na prática o profissional também deve avaliar a viabilidade da intervenção no seu contexto de trabalho. Neste momento determina-se o apoio gerencial, ambiente, estrutura, recursos humanos, instrumentais e financeiros necessários.

Ainda em relação ao contexto, o profissional precisa identificar se os desfechos medidos nos participantes do estudo são importantes para o paciente em que se pretende aplicar a intervenção, entender seus desejos, suas expectativas, experiências e opiniões. Os desfechos mais importantes para o paciente geralmente se referem a mudanças clínicas, isto é, a redução de sintomas, como melhora da dor e da incapacidade funcional. Outros desfechos valiosos para o paciente são a redução da mortalidade, do tempo de internamento e do tempo de retorno ao trabalho ou esporte (Herbert *et al.*, 2011; Straus *et al.*, 2019).

Se a melhor evidência não puder ser aplicada devido a algum destes aspectos, o profissional precisa encontrar uma substituição que ainda atenda aos requisitos de eficácia e segurança e considere as preferências do paciente, porém, que possa ser implementada de forma sustentável em seu contexto e serviço de saúde.

2.4.5 Passo 5: avaliando a efetividade

No último passo da PBE, o profissional avalia sua prática. Isto é possível mensurando os desfechos do paciente, comparando antes e depois da intervenção. Além disso, o profissional identifica sua evolução na implementação dos passos da PBE, ou seja, como foi o seu desempenho neste modelo de cuidado.

A mensuração dos desfechos do paciente, utilizando ferramentas validadas e apropriadas, é uma atividade ainda pouco realizada pelos profissionais de saúde. Essa coleta de dados de interesse ao final da intervenção não deve ser confundida como avaliação do efeito da intervenção, porque, como explicado anteriormente, este efeito não é medido pela observação clínica, mas sim por estudos clínicos apropriados para este fim. A mensuração dos desfechos na prática clínica está relacionada a entender a efetividade da intervenção. Como o paciente responde ao procedimento aplicado, em condições reais. Isto auxilia na compreensão de estimativas de prognóstico clínico e são dados extremamente úteis para ser agregados na tomada de decisão futura (Herbert *et al.*, 2011).

A autoavaliação da prática é um processo fundamental para o pleno estabelecimento da PBE e para fomentar melhores práticas em saúde. É um exercício de reflexão sobre a própria performance na execução dos passos da PBE. O profissional, tendo aplicado as evidências na prática, reflete sobre sua atuação durante todo o processo e procura identificar como conduziu cada etapa. Essa observação avalia seu aprimoramento na habilidade de formulação de perguntas clínicas claras e objetivas, a eficiência de seus mecanismos de buscas, sua aptidão em analisar a qualidade metodológica e entender sobre estimativas de efeito, relevância clínica e aplicabilidade das evidências dentro do contexto da prática profissional, integrando sua expertise e considerando as preferências e experiências do paciente, na tomada de decisão compartilhada. Visa também verificar as

dificuldades encontradas, entraves e aspectos a serem melhorados na próxima oportunidade, bem como facilitadores na implementação da PBE (Straus *et al.*, 2019).

2.5 IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Desde o final da década de 90, um grande repertório de estudos tem sido conduzido para identificar as habilidades, conhecimentos, atitudes e opiniões dos profissionais de saúde em relação à PBE pelo mundo, bem como verificar quais as principais barreiras que estes indivíduos encontram na implementação da PBE. Apesar destes estudos identificarem profissionais receptivos aos conceitos e concordantes com a importância da PBE, eles apontam problemas na sua implementação (Al Anazi *et al.*, 2022; Alketbi *et al.*, 2021; Barzkar; Baradaran; Koochpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2015; Heiwe *et al.*, 2011; Klaic; McDermott; Haines, 2019; Ruano; Motter; Lopes, 2022; Sadeghi-Bazargani; Tabrizi; Azamig-Aghdash, 2014; Saunders *et al.*, 2019; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014; Upton *et al.*, 2014).

Para que a PBE possa ser adotada plenamente como abordagem de cuidado, é primordial que o profissional possua competências essenciais (Albarqouni *et al.*, 2018) e esteja imerso em um ambiente favorável para seu desenvolvimento (fatores organizacionais, descritos em detalhe na subseção 2.5.2) (Paci *et al.*, 2021). Tais competências englobam o entendimento sobre os princípios da PBE e habilidades para conduzir todos os seus passos com autonomia (Saunders *et al.*, 2019).

É preciso que o profissional apresente atitudes, comportamentos e opiniões positivas em relação à PBE (Howard; Diug; Ilic, 2022; McEvoy; Williams; Olds, 2010; Snoljung; Gustafsson, 2019), atuando com espírito questionador (Melnik *et al.*, 2010), buscando minimizar suas incertezas e revendo suas práticas constantemente de forma a incorporar em contextos reais o conhecimento adquirido por meio da literatura científica (Hansson; Carlsson; Fange, 2021).

Estudos apontaram que pode levar mais de uma década o tempo entre a publicação de uma evidência e a sua implementação na prática (Al Anazi *et al.*, 2022; Estabrooks; Brownson; Pronk, 2018), condição conhecida como **lacuna evidência-prática** (Lau *et al.*, 2016). Esse atraso pode decorrer da interposição de barreiras individuais e organizacionais enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas práticas (Jacob *et al.*, 2018).

Recentemente, com a necessidade de implementar medidas urgentes no combate à COVID-19, mudanças favoráveis possibilitaram maior rapidez no uso das evidências científicas na prática clínica. Tão logo os primeiros estudos sobre o manejo dessa condição foram sendo publicados, os tratamentos foram sendo instituídos de acordo com os seus resultados. Infelizmente, estudos de baixa qualidade influenciaram a administração de intervenções que posteriormente foram comprovadas como ineficazes. O uso do medicamento hidroxiquina para tratamento da COVID-19 é um exemplo do mau uso de produções científicas na prática clínica durante a pandemia (Pearson, 2021; Djulbegovic, Guyatt, 2020).

Da mesma maneira, importantes avanços no tratamento e prevenção dessa doença foram possibilitados com a realização e divulgação de pesquisas de alta qualidade, multicêntricas, em tempo recorde. A identificação na redução na mortalidade com o uso de esteróides no tratamento de pacientes hospitalizados em oxigenioterapia, e a eficácia das vacinas na prevenção desta doença são exemplos da implementação adequada das evidências de maneira praticamente imediata após sua publicação (Lee *et al.*, 2022).

Outro fato que chamou a atenção durante a pandemia de COVID-19 foi a explosão no número de publicações e uso de *preprints* (estudos publicados antes da revisão por pares, na tentativa de acelerar o conhecimento dos resultados do estudo pela comunidade). Em 2021, existiam cerca de 150.000 publicações sobre o tema e em torno de 20-30% eram disponibilizadas em formato *preprint*. Apesar do risco na implementação de práticas baseadas em *preprints*, como baixa confiabilidade devido à ausência da revisão criteriosa da pesquisa e resultados distorcidos sendo reportados pelos autores (fenômeno chamado de *spin*) (Mitra *et al.*, 2022), algumas práticas foram mudadas rápida e eficientemente. Por exemplo, o medicamento tocilizumab foi incorporado nas diretrizes de prática clínica em diversos centros para tratamento de indivíduos hospitalizados com a doença, após a publicação de *preprints* mostrando redução na mortalidade. Antes da pandemia de COVID-19, era preciso um volume robusto de evidências e consensos recomendando a instituição de um tratamento novo para uma condição de saúde (Lee *et al.*, 2022).

Além disso, foram implementadas iniciativas para avaliar, sumarizar e disponibilizar mais rapidamente este alto volume de evidências produzido a respeito do tratamento da COVID-19 (Clyne *et al.*, 2022). Organizações como governos e sociedades profissionais buscaram estruturar, publicar e atualizar constantemente

sínteses de evidências e protocolos assistenciais baseados no conhecimento científico produzido. Outro esforço realizado partiu da Colaboração Cochrane, reduzindo de 2 anos para 3-6 meses a elaboração e publicação de revisões sistemáticas sobre este tema emergente (Chloros; Prodomidis; Giannoudis, 2023).

De fato, a COVID-19 impactou profundamente aspectos importantes na PBE, desde como a evidência foi gerada até como foi disseminada e interpretada (Mitra *et al.*, 2022). Além disso, deixou grandes contribuições sobre enfrentamento de crises em saúde e, principalmente, destacou a importância de que a implementação de ajustes rápidos necessários nos sistemas de saúde seja de forma colaborativa entre ciência, governos, instituições e serviços de saúde.

2.5.1 Barreiras individuais na implementação da PBE

As barreiras individuais são entraves no desenvolvimento da PBE decorrentes de problemas relacionados ao próprio profissional de saúde. Dentro deste espectro de barreiras, a falta de conhecimentos e habilidades para desempenhar a PBE é frequentemente reportada (Alketbi *et al.*, 2021; McCluskey; Lovarini, 2005; Saunders *et al.*, 2019; Upton *et al.*, 2014).

Muitos profissionais tiveram pouco ou nenhum contato com esta abordagem durante ou após a graduação e, conseqüentemente, podem apresentar dificuldade em conceber a relevância de integrar ciência e experiência profissional no cuidado centrado no paciente. Esta barreira inviabiliza a adequada condução dos passos da PBE, devido a deficiências na avaliação da qualidade metodológica dos estudos, nos conhecimentos sobre análise estatística, estimativas de efeito, relevância clínica e aplicabilidade dos resultados (Dawes *et al.*, 2005).

Outras barreiras individuais comumente observadas são atitudes e/ou opiniões negativas em relação à PBE. Esta abordagem pode ser encarada por alguns profissionais como ameaça à sua autonomia (Pather; Mash, 2019; Zipkin; Greenblatt; Kushinka, 2012) ou como uma tarefa muito difícil, que dispenderia tempo excessivo e alto custo para sua adoção (Hitch; Nicola-Richmond, 2017). Como a PBE envolve a constante reflexão, pelo profissional, sobre sua própria prática, este deve estar aberto a rever e mudar suas condutas conforme a atualização do conhecimento científico acontece, o que pode ser um desafio para muitos (Herbert *et al.*, 2011). Estudos

anteriores detectam, inclusive, falta de interesse na adoção da PBE por alguns profissionais (Alshehri *et al.*, 2017).

A insuficiência na língua inglesa tem sido reportada como uma barreira de caráter individual importante principalmente em países em desenvolvimento não falantes do inglês. Considerando que a grande maioria das publicações na área biomédica está disponível neste idioma, tal barreira pode inibir a implementação da PBE nestes locais (Paci *et al.*, 2021).

2.5.2 Barreiras organizacionais na implementação da PBE

As barreiras organizacionais referem-se a problemas relacionados ao ambiente e/ou as condições de trabalho e configuram-se como um grande desafio na implementação da PBE (Ehrenbrusthoff *et al.*, 2022).

Dentro desta categoria estão considerados a carga de trabalho excessiva (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014), a falta de tempo (tanto para aprender sobre essa prática, como também para desenvolver seus passos) (Heiwe *et al.*, 2011; McCluskey; Lovarini, 2005), a falta de acesso a recursos (bases de dados e artigos na íntegra) (Alshehri *et al.*, 2017), a dificuldade na colaboração entre colegas e a falta de suporte gerencial /institucional na disponibilização de instrumentos necessários no apoio ao desenvolvimento de um ambiente favorável à implementação da PBE (Alketbi *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2020; Upton *et al.*, 2014).

Em algumas circunstâncias, a PBE pode ser atravancada devido às limitações da própria evidência científica. Muitas pesquisas apresentam baixa qualidade metodológica ou nem sempre são relevantes para mudança na prática clínica, como por exemplo estudos com baixo poder de generalização dos resultados. A pesquisa clínica deve ser útil para profissionais, gestores e serviços de saúde para contribuir na tomada de decisão clínica (Wenzel *et al.*, 2020). Em algumas áreas da saúde as pesquisas são abundantes, havendo intenso interesse em estudar certas doenças, condições ou tratamentos. Outras áreas podem permanecer à margem das investigações e carecerem de estudos de boa qualidade e relevância, prejudicando a incorporação do conhecimento científico na prática clínica.

Felizmente, com o envolvimento de todos os interessados, as barreiras reportadas são passíveis de mudanças (Howard; Diug; Ilic, 2022; Paci *et al.*, 2021),

aliando estratégias para educação e treinamento na abordagem à modificação do ambiente, com participação e engajamento dos gestores políticos e administrativos (Bernhardsson *et al.*, 2017; Haynes; Haines, 1998; Nascimento *et al.*, 2020; Paci *et al.*, 2021; Snoljung; Gustafsson, 2019; Weber *et al.*, 2019).

Portanto, parece essencial primeiramente avançar nas competências em PBE pelos profissionais de saúde, agregando conhecimentos e habilidades na condução de seus passos (Dawes *et al.*, 2005; Saunders *et al.*, 2019). Entretanto, estudos mostram que apenas a superação de lacunas de conhecimento e habilidades em PBE parece não ser suficiente para a mudança de atitudes e de comportamentos na prática, pois estes são influenciados diretamente pelo contexto, o qual envolve vários aspectos como suporte organizacional consistente, colaboração entre colegas e oportunidades de conduzir a PBE na rotina de trabalho de maneira fluida, contínua e facilitada (Howard; Diug; Ilic, 2022; McCluskey; Lovarini, 2005; McEvoy *et al.*, 2020; Olsen *et al.*, 2015; Stander; Grimmer; Brinkoung, 2018; Young *et al.*, 2014). Dawes *et al.* (2005), ressaltam que atitudes são muito mais adquiridas do que aprendidas, justamente destacando a importância de estar imerso em um ambiente que propicie a adoção da PBE para o desenvolvimento de comportamentos favoráveis a esta prática.

2.6 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.6.1 Atenção primária à saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações individuais ou coletivas situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde (Brasil, 1999). É estabelecida no Brasil a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, fruto de um intenso movimento internacional a favor de mudanças nas práticas em saúde.

Contestando o modelo biomédico hegemônico, este novo modelo assistencial de saúde aponta a participação dos determinantes sociais no processo saúde-doença e propõe seu enfrentamento com a participação articulada entre os setores de saúde, social e econômico, utilizando tecnologias apropriadas para as necessidades de saúde da população. A participação social ganha destaque ao estimular a autonomia dos indivíduos e da comunidade na construção da sua saúde e das coletividades (Giovanella, Mendonça, 2008).

As ações da APS no Brasil envolvem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Constitui o nível de atenção à saúde mais próximo da população, sendo a principal porta de entrada do usuário no SUS e o centro de articulação do cuidado oferecido dentro da Redes de Atenção à Saúde (RAS). Seguindo os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, a APS advoga em favor da garantia da integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2012).

Para o desempenho de suas ações, a APS opera sob a estratégia de territorialização, conhecendo o espaço físico sob sua responsabilidade, bem como a comunidade adscrita, suas características socioeconômicas, políticas, culturais e epidemiológicas (Giovanella, Mendonça, 2008).

Atendendo aos princípios dos SUS, a APS busca o acompanhamento permanente dos indivíduos e famílias através da estratégia Saúde da Família na Unidades Básicas de Saúde (UBS), com estímulo à criação de vínculos entre o profissional de saúde e a comunidade (Brasil, 1999). A estratégia Saúde da Família (SF) encarrega-se da definição de seu território de abrangência, cadastramento e cuidado longitudinal e integral da população adscrita, por meio da equipe multiprofissional de saúde da família (ESF) (Giovanella, Mendonça, 2008). Estas equipes contam, em sua composição mínima, com profissionais de medicina, enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser agregados nestas equipes cirurgiões-dentistas, auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal (Brasil, 2012).

Até 2019, profissionais de outras áreas da saúde atuavam na APS através dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), em apoio às equipes de ESF (Brasil, 2008). Entretanto, em 2020, com a mudança no financiamento da atenção primária (Brasil, 2019), a ausência do custeio específico para este programa contribuiu para sua gradativa descontinuidade.

Mais recentemente, uma portaria do Ministério da Saúde (MS) instituiu, definiu e criou incentivos para custeio de modalidades de equipes multiprofissionais, de diferentes áreas do conhecimento, para atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes da estratégia SF, ampliando o escopo de atividades em saúde realizadas pela APS (Brasil, 2023).

Notadamente, a dinâmica de trabalho da APS é bastante diferente dos demais setores do sistema de saúde. Mediante práticas colaborativas interprofissionais, amplia o cuidado para além da saúde individual, alcançando a família e a comunidade e compartilhando com estes a responsabilidade na construção da saúde. Procura identificar e atuar nos determinantes sociais de saúde da população local e no desenvolvimento de estratégias para prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde das coletividades (Peduzzi, Agreli, 2018).

2.6.2 Implementação da PBE na atenção primária à saúde

2.6.2.1 O desafio em implementar a PBE na atenção primária à saúde

Operacionalizando como porta de entrada nos serviços de saúde e articulando a assistência em todos os níveis de cuidado, a atenção primária e suas especificidades na prevenção de doenças e agravos a saúde torna a implementação da PBE um desafio ainda maior quando comparada a outros níveis de atenção. Suas práticas de trabalho se estabelecem de forma distinta ao funcionamento de ambulatórios, clínicas e hospitais, e, portanto, podem experimentar facilitadores e barreiras diferenciadas na aplicação da evidência científica na prática clínica.

A atenção primária atua na assistência em saúde em serviços com crescente demanda, restrições financeiras e administrando intervenções complexas em múltiplos níveis (Shoemaker; McNellis; Dewalt, 2018; Wachholz; Lima; Vilas Boas, 2018). Os profissionais destes serviços assistem a uma ampla gama de situações de saúde, de diferentes causas, com o envolvimento de questões médicas, sociais e psicológicas diversas (Pather; Mash, 2019).

A adoção da PBE, portanto, mostra-se fundamental para o estabelecimento de intervenções custo-efetivas relacionadas a programas de promoção, prevenção e atenção à saúde (Wachholz; Lima; Vilas Boas, 2018). Os profissionais deste nível de atenção, atuando sob alta carga de trabalho no atendimento de indivíduos com necessidades complexas, precisam, dentro de tempo escasso, estar atualizados em meio ao crescimento das pesquisas científicas na área e aptos a incorporar as melhores práticas na sua rotina (Zipkin; Greenblatt; Kushinka, 2012).

Contudo, estudos sugerem que a implementação das evidências na prática da atenção primária ainda permanece baixa (Lindstrom; Bernhardsson, 2018). O fato

de seu modelo de atenção compreender o arranjo de múltiplos componentes (equipe multiprofissional, pacientes complexos, intervenções multifacetadas) pode colocar a atenção primária atrás de outros níveis de atenção na adoção da PBE (Ferreti *et al.*, 2018; Pereira; Cardoso; Martins, 2012; Peters *et al.*, 2020; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b).

2.6.2.2 Barreiras na implementação da PBE na atenção primária à saúde

Além das barreiras individuais já constatadas amplamente em profissionais de saúde no geral (como falta de conhecimentos e habilidades na execução da PBE), alguns estudos apontam que uma parte significativa das pesquisas na atenção primária seja de baixa qualidade inibindo a sua utilização pelos profissionais (Pather; Mash, 2019).

Outros problemas frequentemente reportados são: dificuldade na generalização dos achados das pesquisas em outros contextos (Estabrooks; Brownson; Pronk, 2018) , falta de familiaridade e aderência em relação ao uso de diretrizes clínicas (*guidelines*) voltados para a atenção primária (Lindstrom; Bernhardsson, 2018; Pereira *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2020; Slade *et al.*, 2016; Zipkin; Greenblatt; Kushinka, 2012), alta carga de trabalho e ambiente não favorecedor (Ferreti *et al.*, 2018; Pereira; Cardoso; Martins, 2012; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b).

Embora as barreiras encontradas sejam semelhantes às encontradas em outros níveis de atenção, a atenção primária parece vivenciar mais intensamente desafios de caráter organizacional (Jacobs *et al.*, 2010). Estes serviços de saúde funcionam na dependência de interesse político e alocação de recursos públicos, elevando o desafio em implementar novas estratégias nos serviços de saúde e mudanças na prática clínica (Lau *et al.*, 2016). Neste sentido, é preciso engajamento e comprometimento dos gestores em saúde para fomentar os recursos necessários, promovendo estrutura e organização de trabalho, como também ambiente que possibilite a implementação da PBE neste nível de atenção.

2.6.2.3 A avaliação da implementação da PBE na atenção primária à saúde

Nos últimos anos tem sido crescente o interesse em identificar quais as principais barreiras que estes profissionais encontram na implementação da evidência na prática clínica. Entender os conhecimentos, as habilidades e atitudes em relação à PBE, além de identificar as barreiras que estejam impedindo sua implementação pode auxiliar na elaboração de estratégias efetivas para adoção desta prática (Hitch; Nicola-Richmond, 2016). Para avaliar aspectos relacionados à PBE entre profissionais de saúde diversos instrumentos têm sido utilizados.

O primeiro estudo a investigar aspectos da PBE entre profissionais de saúde ocorreu em 1998 e avaliou médicos da atenção da atenção primária em uma região da Inglaterra. Por meio de um questionário dividido em três seções, buscou identificar: 1. Atitudes e opiniões dos profissionais em relação à PBE; 2. Conhecimentos a respeito de termos da PBE e habilidades e preferências para fazer buscas em bases de dados; 3. Principais barreiras percebidas para o desempenho da PBE. Este estudo detectou que, apesar de os profissionais considerarem a PBE como importante para a prática clínica, apenas 50% das condutas estavam sendo baseadas em evidências (McColl *et al.*, 1998).

Após a publicação deste estudo, uma sucessão de pesquisas tem sido desenvolvida no mesmo sentido, em diferentes países, profissionais e áreas da saúde. Com o crescente volume de evidência no assunto, revisões sistemáticas vêm sendo produzidas sumarizando sistematicamente estes achados (Barzkar; Baradaran; Koochpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2014; Upton *et al.*, 2014).

Instrumentos diversificados foram sendo desenvolvidos e validados para estes propósitos (Jette *et al.*, 2003; Upton; Upton, 2006; Norhayati; Nawi, 2021; Ruano; Motter; Lopes, 2022). Em que pese apresentem algumas diferenças entre si, estes instrumentos mantiveram bem próximos os principais eixos de interesse: conhecimentos, habilidades, opiniões, comportamentos, atitudes e barreiras percebidas na implementação da PBE. Os instrumentos mais utilizados têm sido questionários auto reportados (Saunders *et al.*, 2019).

Para identificar os conhecimentos dos profissionais acerca da PBE, os questionários têm abordado o entendimento acerca dos conceitos e princípios da PBE, de termos relacionados a esta prática e de domínio sobre dados estatísticos (Barzkar; Baradaran; Koochpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2014; Upton *et al.*, 2014).

Na avaliação das habilidades em PBE, têm-se pesquisado, especialmente, capacidades em realizar buscas em bases de dados, leitura crítica das evidências,

aplicação da evidência na prática e leitura na língua inglesa (Barzkar; Baradaran; Koohpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2014; Upton *et al.*, 2014).

As opiniões mais frequentemente pesquisadas se referem à utilidade da PBE na prática clínica, se sua adoção melhoraria a qualidade do cuidado e dos serviços de saúde, sobre como os colegas e/ ou o ambiente de trabalho estão abertos e propícios a esta prática, sobre alguns “preconceitos” com a prática (tais como: cerceamento da autonomia profissional, alto custo, imposição das evidências em detrimento da individualização do cuidado (Barzkar; Baradaran; Koohpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2014; Upton *et al.*, 2014).

As pesquisas de atitudes e comportamentos em relação à PBE têm avaliado o hábito de formular perguntas clínicas, quais meios são buscados para sanar as dúvidas surgidas na prática clínica, a frequência de pesquisas em bases de dados, quais as preferências em relação às bases de dados, decisão compartilhada com o paciente, mudanças na prática clínica conforme a chegada de novas evidências, discussões sobre PBE no trabalho (Barzkar; Baradaran; Koohpayehzadeh, 2018; Silva *et al.*, 2014; Upton *et al.*, 2014).

As barreiras na implementação da PBE mais pesquisadas pelos questionários têm sido a falta de tempo, a carga de trabalho, a falta de conhecimentos específicos, falta de habilidades na prática, falta de apoio de colegas e ou do ambiente de trabalho, falta de interesse, falta de recursos estruturais e financeiros, idioma dos artigos científicos (Jacobs *et al.*, 2010; Scurlock-Evans; Upton; Upton, 2014; Paci *et al.*, 2021).

2.6.2.4 Estudos sobre PBE na atenção primária brasileira

A despeito da importância de se ter um panorama nacional da implementação da PBE na atenção primária, com a identificação de fatores facilitadores e barreiras nos diferentes municípios e localidades, no Brasil ainda são escassos os estudos avaliando questões relacionadas a esta prática entre profissionais da atenção primária à saúde.

Existem, até o momento da presente pesquisa, quatro estudos realizados no âmbito da atenção primária brasileira, todos se concentrando no município de Chapecó/SC. Estes estudos trazem contribuições importantes para o entendimento de como as especificidades do processo de trabalho na APS podem impactar no uso

de informações científicas de alta qualidade na tomada de decisão clínica no cuidado individual e nas ações coletivas de prevenção e promoção de saúde.

Os estudos foram conduzidos nos Centros de Saúde do Município que atuavam sob as diretrizes da ESF. O estudo de Schneider, Pereira e Ferraz (2028) utilizou um questionário para avaliar quantitativamente aspectos da PBE entre enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas do referido município. Ferreti *et al.* (2018) investigaram, da mesma maneira, profissionais do NASF.

Outra pesquisa desenvolvida por Schneider, Pereira e Ferraz (2020a), possuía uma fase quantitativa, utilizando questionário, e uma fase qualitativa, por meio de grupo focal. Estes autores abordaram profissionais enfermeiros da ESF do município. Por último, a pesquisa de Schneider, Pereira e Ferraz (2020b) avaliou qualitativamente, por meio de grupos focais, os profissionais da equipe básica da ESF (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas).

Entre os principais resultados encontrados por essas quatro pesquisas, destaca-se que a PBE foi considerada importante para a prática clínica pelos profissionais, que se mostraram abertos à adoção desta forma de cuidado como forma de melhorar a qualidade da assistência e dos serviços. Entretanto, os participantes indicaram que suas práticas são mais guiadas pela experiência profissional (própria e de colegas) do que pelo uso das evidências científicas (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b).

Ainda entre os achados destes estudos, os profissionais que concluíram o curso de nível superior há mais tempo apontaram não ter tido acesso ao ensino de Prática Baseada em Evidências (PBE) na graduação. Além disso, embora parte dos participantes tenha tido contato com PBE durante a formação profissional, frequentemente reportaram déficits em conhecimentos e habilidades específicas necessárias para a implementação eficaz dessa prática (Schneider; Pereira; Ferraz, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b). Em conjunto, os autores sugerem que as informações recebidas sobre PBE durante a graduação tenham sido superficiais e/ou insuficientes ou que a rotina de trabalho esteja impossibilitando que estas informações sejam colocadas em prática (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2018).

Do ponto de vista da abordagem qualitativa, detectaram sobrecarga de trabalho na unidade de saúde. Os participantes apontaram que a maior parte do tempo de trabalho é dedicada às demandas diárias da unidade, ou seja, ao tratamento clínico das condições de saúde da população. Dessa forma, os profissionais sentiam-se

impossibilitados de desenvolver atividades coletivas, de prevenção e promoção de saúde, que seriam o foco da atenção primária, na opinião dos participantes (Schneider, Pereira e Ferraz (2020a,b).

De acordo com estes estudos, o cenário de déficits em conhecimentos e habilidades em PBE, somados ao tempo restrito disponível para a adoção da PBE têm levado os profissionais da APS a basearem suas atividades principalmente em protocolos disponibilizados do Ministério da Saúde (MS). Porém, tais recomendações servem como norteadoras e não como padronização de práticas clínicas. Isto significa que há a necessidade de considerar os contextos locais e suas particularidades para a adoção de ações desenvolvidas pela atenção primária (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b).

Outra questão levantada por estas pesquisas foi a falta de incentivo a uma cultura em pesquisa no ambiente de trabalho. Os profissionais afirmaram não se sentirem estimulados pela gestão dos serviços no desenvolvimento de pesquisas locais, tampouco no uso das pesquisas na prática clínica (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020b).

Notadamente, estes estudos evidenciam como a atenção primária brasileira pode estar lidando com barreiras mais desafiadoras na implementação da PBE e, por precisar de diferentes níveis para seu alcance (profissional, organizacional e político), pode precisar de maior engajamento de seus interessados.

O conhecimento destes aspectos em outras populações, outras realidades locais, experiências de sucesso e fracasso podem encorpar o volume de evidência sobre a implementação da PBE no âmbito da atenção primária brasileira. Assim sendo, este estudo buscou realizar um diagnóstico situacional acerca da implementação da PBE, identificando as experiências, os conhecimentos, as habilidades e recursos, as opiniões e as barreiras encontradas pelos profissionais de saúde da atenção primária do município de Piraquara/PR.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi realizar o diagnóstico situacional da implementação da PBE entre profissionais de nível superior da atenção primária à saúde do município de Piraquara/PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desta pesquisa foram:

1. Verificar as experiências, os conhecimentos, as habilidades e as opiniões destes profissionais em relação à PBE;
2. Identificar quais as principais barreiras enfrentadas pelos participantes na implementação da PBE;
3. Produzir material de educação continuada em PBE para os profissionais de nível superior da atenção primária à saúde do município de Piraquara/PR.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo.

4.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

4.2.1 Local do estudo

Este estudo foi conduzido por meio de um esforço conjunto entre o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde - eixo gestão 2022/2023).

O PET-Saúde é um programa criado em 2010 pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), com o intuito de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade através de atividades envolvendo ensino, pesquisa, extensão universitária e participação social. Este programa fundamenta-se no aprimoramento em serviço dos profissionais, bem como dos estudantes universitários na área da saúde. (Brasil, 2010)

Por meio deste programa, a UFPR estabeleceu parcerias com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) e a Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara/PR, e as atividades do programa foram desenvolvidas no município de Piraquara/PR entre agosto de 2022 e julho de 2023.

Os grupos vinculados ao PET-Saúde (eixo gestão 2022/2023) eram compostos por 20 alunos, 4 profissionais da Escola de Saúde Pública do Paraná (SSPP/SESA) e 4 professores da UFPR. Os alunos eram de diferentes cursos de graduação: biomedicina, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, e terapia ocupacional. Essa parceria permitiu que as atividades deste estudo fossem realizadas nesse município.

O município de Piraquara/PR (Figura 4) se localiza na região metropolitana de Curitiba, capital do Paraná. É um município considerado urbano e, segundo classificação do IBGE (2023), tem aproximadamente 114 mil habitantes, possui baixa renda per capita e altos indicadores de vulnerabilidade socioeconômica. Para a

prestação de serviços na atenção primária à saúde, o município dispõe de 11 unidades básicas de saúde, com cobertura de 79% da população, tendo 8 equipes atuantes no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), com territorialização e coordenação do cuidado em saúde da população adscrita (Corrêa *et al.*, 2022; Rossi *et al.*, 2022).

Figura 4 – Município de Piraquara/PR e distribuição de suas unidades de saúde



Fonte: Os autores (2024)

4.2.2 Coleta de dados

A coleta dos dados teve início em dezembro de 2022 e encerramento em abril de 2023. Em dezembro de 2022, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara divulgou a pesquisa através de cartazes contendo informações sobre a pesquisa, público-alvo e *QR code* para acessar o formulário e participar da pesquisa (Apêndice 4). Estes cartazes foram distribuídos nas unidades de saúde, em locais estratégicos, onde apenas profissionais de saúde poderiam ter acesso.

Outra estratégia na divulgação da pesquisa foi o envio por e-mail, via Secretaria Municipal de Saúde, de vídeo explicativo da pesquisa aos profissionais de saúde da atenção primária. Este vídeo foi criado na plataforma Teams pela mestrandia responsável pela pesquisa, e disponibilizado pelo canal do Youtube pela professora responsável (<https://youtu.be/HKnxUyPyMV0>). O vídeo trazia informações breves sobre o programa PET-Saúde, sobre PBE e sobre a pesquisa em si, seus objetivos e

relevância. O *QR code* e o *link* para acessar e participar da pesquisa estavam disponíveis ao final do vídeo e na descrição deste, respectivamente.

4.2.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi devidamente apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o parecer n. 5.731.637 e CAAE n. 63951722.8.0000.0102 (Anexo 1), como também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante (Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA) sob o parecer n. 5.807.393 e CAAE n. 63951722.8.3001.5225 (Anexo 2).

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) que foi enviado junto ao instrumento, conforme preconizado pelas resoluções n. 466 de 2012 e n. 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa eram profissionais de saúde de nível superior atuantes na atenção primária à saúde do município de Piraquara/PR. Neste nível de atenção trabalhavam, na época do estudo, 186 profissionais de diversas áreas da saúde entre servidores municipais e residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade.

Profissionais de nível superior das áreas de medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, educação física e medicina veterinária prestavam assistência na atenção primária no momento da pesquisa.

Para a obtenção da amostra, foi utilizado o método de amostragem por conveniência e voluntariado, no qual os indivíduos que atendessem aos critérios de inclusão do estudo foram recrutados pelo fácil acesso ao pesquisador, uma maneira eficaz em termos de custo e logística no angariamento de participantes em pesquisas (Hulley *et al.*, 2008).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram recrutados para esta pesquisa todos os profissionais de saúde de nível superior acima de 18 anos e atuantes na atenção primária à saúde do município de Piraquara/PR, sendo incluídos na pesquisa os indivíduos que se enquadravam nestes critérios e que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos desta pesquisa os profissionais que estavam afastados do ambiente de trabalho, seja por férias ou por outros motivos.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, um instrumento online foi criado e disponibilizado aos participantes através do Google Formulários. O instrumento foi baseado em um questionário desenvolvido por Silva, Costa e Costa (2015) em um estudo que avaliou aspectos da PBE entre fisioterapeutas do estado de São Paulo.

Uma primeira versão do instrumento (Apêndice 2), foi apresentada para um grupo de 15 estudantes de graduação, integrantes do PET-Saúde. Estes alunos sugeriram mudanças pontuais para melhor entendimento das questões e a versão final do instrumento foi concluída após os ajustes sugeridos (Apêndice 3).

O instrumento final era dividido em seis seções: dados demográficos; experiências em relação a PBE; conhecimentos em PBE; habilidades e recursos em PBE; opiniões em PBE e barreiras em PBE.

4.4.1 Primeira seção: dados demográficos

Consistia em oito questões objetivas relacionadas a sexo, idade, formação profissional, experiência anterior em pesquisa e docência e habilidade para leitura de textos em inglês.

4.4.2 Segunda seção: experiências em PBE

Esta seção continha cinco questões objetivas sobre: meios de atualização profissional (escala *Likert* com as alternativas “sempre”, “frequentemente”, “ocasionalmente”, “raramente” e “nunca”); quais bases de dados os participantes já haviam utilizado; frequência no uso das bases de dados (escala *Likert* com as alternativas “sempre”, “frequentemente”, “ocasionalmente”, “raramente” e “nunca”); frequência no uso de cada base de dados (escala *Likert* com as alternativas “uma a três vezes na semana”, “uma a três vezes ao mês”, “uma vez a cada dois meses”, “muito raramente” e “não utilizo essa base de dados”) e local utilizado para buscas em bases de dados (casa, trabalho e/ou universidade).

4.4.3 Terceira seção: conhecimentos em PBE

Sete sentenças utilizaram a escala *Likert* com as alternativas “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “neutro”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” para avaliar conhecimentos específicos para desempenhar a PBE, PBE na graduação e confiança em aplicar a pesquisa na prática.

4.4.4 Quarta seção: habilidades e recursos em PBE

Reunia oito sentenças para avaliar habilidades e disponibilidade de recursos para a aplicação da PBE. Através da escala *Likert* (“discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “neutro”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”), investigavam hábitos da prática profissional e habilidades em buscas, análise crítica de artigos científicos e aplicação da PBE, além de verificar a existência de suporte organizacional para sua implantação (acesso à internet e computador).

4.4.5 Quinta seção: opiniões em PBE

Uma questão utilizando a escala *Likert* com as alternativas “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “neutro”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” avaliou o grau de concordância dos participantes em relação a quatro sentenças sobre a importância e relevância da PBE, como também ao valor da opinião de especialistas na tomada de decisão.

4.4.6 Sexta seção: barreiras em PBE

A sexta seção consistia em uma questão disponibilizando 16 opções de barreiras potenciais na implementação da PBE, permitindo ao participante assinalar quais barreiras ele acredita vivenciar na sua prática.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados e tabulados em planilhas do Microsoft Excel e analisados pelo programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS (IBM SPSS Statistics v. 25.0, SPSS Inc, Chicago, EUA). Os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios-padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para análises inferenciais foram utilizados os Teste do Qui Quadrado e Teste Exato de Fisher, valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Para melhor análise algumas variáveis foram adequadas: a idade dos participantes foi dividida em quatro categorias: 18 a 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos e acima de 45 anos. O tempo decorrido desde a conclusão do curso de graduação foi agrupado em três categorias: 0 a 4 anos, 5 a 10 anos e acima de 10 anos.

Para a análise dos dados das questões que utilizaram a escala *Likert*, as respostas foram classificadas em três categorias: **concordo** (agrupando concordo totalmente e concordo parcialmente), **neutro** e **discordo** (agrupando discordo totalmente e discordo parcialmente).

Tendo em vista que as variáveis tempo de formação e nível de formação são consideradas preditivas para a adoção da PBE (Klaic; McDermott; Haines, 2019), os testes Qui Quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para observar diferenças significativas nas respostas dos participantes em relação a estas variáveis.

5 RESULTADOS

Do total de 186 profissionais elegíveis para a pesquisa, 72 indivíduos concordaram em participar e responderam integralmente ao questionário (39%). Nenhum participante respondeu ao questionário de maneira incompleta.

Os resultados foram agrupados em dados demográficos, experiências, conhecimentos, habilidades e recursos, opiniões, barreiras em PBE e análise inferencial, conforme descrito a seguir.

5.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

A Tabela 1 descreve as frequências absolutas e relativas das respostas em relação aos dados demográficos.

Tabela 1 – Dados Demográficos da Amostra

CARACTERÍSTICA	Frequência absoluta (n= 72)	Frequência relativa (%)	(continua)
Sexo			
<i>Feminino</i>	62	86	
<i>Masculino</i>	10	14	
Idade			
<i>18 - 25 anos</i>	20	28	
<i>26 - 35 anos</i>	33	46	
<i>36 - 45 anos</i>	10	14	
<i>acima 45 anos</i>	9	13	
Formação Profissional			
<i>Odontologia</i>	19	26	
<i>Medicina</i>	16	22	
<i>Enfermagem</i>	15	21	
<i>Nutrição</i>	10	14	
<i>Farmácia</i>	3	4	
<i>Medicina Veterinária</i>	3	4	
<i>Terapia Ocupacional</i>	3	4	
<i>Educação Física</i>	1	1	
<i>Fisioterapia</i>	1	1	
<i>Psicologia</i>	1	1	
Nível de Formação			
<i>Pós-Graduação</i>	40	56	
<i>Graduação</i>	32	44	

CARACTERÍSTICA	Frequência absoluta (n= 72)	Frequência relativa (%)	(conclusão)
Tempo de Formação			
<i>Menor que 5 anos</i>	39	54	
<i>5 a 10 anos</i>	17	24	
<i>Acima de 10 anos</i>	16	22	
Experiência em Docência			
<i>Não</i>	49	68	
<i>Sim</i>	23	32	
Experiência em Pesquisa			
<i>Sim</i>	51	71	
<i>Não</i>	21	29	
Habilidade na Língua Inglesa			
<i>Ruim</i>	16	22	
<i>Razoável</i>	22	31	
<i>Boa</i>	23	32	
<i>Excelente</i>	11	15	

Fonte: Os autores (2024)

Houve maior participação de pessoas do sexo feminino (86%). A média de idade foi de 32 anos (valor mínimo 22 anos e máximo 54 anos, desvio padrão de 9,21) e 74% dos participantes tinham menos de 36 anos.

Cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros participaram da pesquisa em maior proporção (26%, 22% e 21% respectivamente). As demais profissões somadas corresponderam a 31% dos participantes.

O tempo decorrido desde a formação em nível superior variou entre 0 e 30 anos, média de 7 anos (desvio padrão de 7,71), sendo que 62,5% haviam concluído a graduação há menos de 5 anos.

Mais da metade dos profissionais possuía algum tipo de pós-graduação (56%), tinha tido experiência em pesquisa anteriormente (71%) e considerava seu nível de inglês entre ruim ou razoável (53%).

5.2 EXPERIÊNCIAS EM PBE

O meio mais reportado para atualização profissional foi artigos científico (66% usando sempre ou frequentemente), seguido por cursos (54%) e blogs (51%). O menos utilizado foi grupo de estudos, tendo apenas 18% afirmado utilizar sempre ou frequentemente este recurso como forma de aprimorar seus conhecimentos.

As bases de dados mais utilizadas pelos participantes foram Scielo, com 93% dos participantes, Google Acadêmico, com 86% e Pubmed, com 82%. A base de dados menos utilizada foi a Cochrane, com 28%.

Em relação à frequência no uso das bases de dados, a maior parte dos participantes apontou acessá-las na frequência de 1 a 3 vezes ao mês, sendo Scielo a mais acessada, com 42% dos participantes, seguida do Google Acadêmico, com 38% e Pubmed, com 31%. A base de dados Cochrane nunca havia sido utilizada por 65% dos participantes. Os locais mais utilizados para acessar as bases de dados foram o domicílio (92%) e o trabalho (83%).

A Tabela 2 apresenta a descrição das experiências em PBE relatadas pelos profissionais da saúde.

Tabela 2 – Descrição das experiências dos profissionais em relação ao PBE

Atualização Profissional	Sempre/Frequentemente		Ocasionalmente		Raramente/Nunca	
	N	%	n	%	n	%
<i>Artigos científicos</i>	47	66	13	18	12	17
<i>Cursos</i>	39	54	24	33	9	12
<i>Blogs</i>	37	51	23	32	12	17
<i>Congressos</i>	30	41	29	40	13	19
<i>Grupos de estudos</i>	13	18	15	21	44	62

Base de Dados Usadas	n	% (n=72)
<i>Scielo</i>	67	93
<i>Google Acadêmico</i>	62	86
<i>Pubmed</i>	59	82
<i>Capes</i>	34	47
<i>Cochrane</i>	20	28
<i>Outra</i>	15	21

Acesso Base de Dados	Sempre/Frequentemente		Ocasionalmente		Raramente/Nunca	
	N	%	n	%	n	%
<i>Scielo</i>	47	66	12	17	13	18
<i>Pubmed</i>	46	64	8	11	18	26
<i>Google Acadêmico</i>	46	64	11	15	15	21
<i>Lilacs</i>	26	36	8	11	38	53
<i>Bireme</i>	6	9	8	11	58	80
<i>Cochrane</i>	9	13	9	13	54	75

Frequência Uso Base de Dados	1-3x sem	1-3x mês	1x / 2 meses	Muito Raramente	Não Utilizo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Scielo</i>	7(10)	30(42)	13(18)	14(19)	8(11)
<i>Google Acadêmico</i>	13(18)	27(38)	10(14)	14(19)	8(11)
<i>Pubmed</i>	7(10)	22(31)	18(25)	16(22)	9(13)
<i>Lilacs</i>	3(4)	12(17)	12(17)	18(25)	27(38)
<i>Cochrane</i>	1(1)	3(4)	9(13)	12(17)	47(65)
<i>Bireme</i>	0(0)	0(0)	9(13)	15(21)	48(67)

Local Acesso	N	% (n=72)
<i>Casa</i>	66	92
<i>Trabalho</i>	60	83
<i>Universidade</i>	25	35

Fonte: Os autores (2024)

5.3 CONHECIMENTOS EM PBE

Em relação aos conhecimentos em PBE (Tabela 3): 92% dos participantes conheciam o termo “Prática Baseada em Evidências”; 49% acreditavam ter conhecimento suficiente para aplicar a PBE; 51% afirmaram possuir compreensão clara sobre como aplicar a pesquisa na prática clínica e 65% afirmaram ter entendimento sobre dados estatísticos.

Apesar de 60% afirmarem ter tido contato com PBE durante a graduação, quase metade dos participantes afirmou que as informações recebidas não foram suficientes (49%) e 78% se mostravam interessados em aprofundar seus conhecimentos nesta prática.

5.4 HABILIDADES E RECURSOS EM PBE

As respostas acerca das habilidades em PBE (Tabela 3) mostram que: 65% dos participantes se consideraram aptos a acessar bases de dados; 57% acreditavam ser capazes de avaliar criticamente a qualidade da evidência; 35% afirmaram possuir muita dificuldade em implantar a melhor evidência na prática; e 89% realizavam a decisão compartilhada com o paciente.

Em se tratando do ambiente e dos recursos necessários para implantar a PBE (Tabela 3), 82% possuíam computador e internet no local de trabalho e 42% afirmaram não realizar discussões sobre evidências neste ambiente.

5.5 OPINIÕES EM PBE

As opiniões em relação à PBE (Tabela 3) foram positivas entre os participantes do estudo visto que 88% acreditavam que a PBE era importante para a sua prática clínica, 82% acreditavam que esta prática melhora a qualidade do atendimento e dos serviços de saúde (79%).

Em relação a opinião de especialistas ser considerada o fator mais importante na tomada de decisão clínica, 43% dos profissionais concordaram, 19% se mantiveram neutros e 38% discordaram dessa afirmação.

Tabela 3 – Descrição dos conhecimentos, habilidades/recursos e opiniões dos profissionais em relação à PBE

Seções	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)
Conhecimentos			
<i>"Sei o significado do termo Prática Baseada em Evidências (PBE)."</i>	66 (92)	3 (4)	3 (4)
<i>"Não tive experiência com PBE na minha formação."</i>	21 (29)	8 (11)	43 (60)
<i>"As informações que tive em PBE na minha formação foram suficientes."</i>	27 (38)	10 (14)	35 (49)
<i>"Possuo compreensão clara sobre a aplicação dos dados de uma pesquisa na prática clínica."</i>	37 (51)	15 (21)	20 (28)
<i>"Não possuo entendimento sobre dados estatísticos."</i>	16 (22)	10 (14)	46 (64)
<i>"Acredito ter conhecimento suficiente para aplicar a PBE."</i>	35 (49)	14 (19)	23 (32)
<i>"Não apresento interesse em aprofundar meus conhecimentos em PBE."</i>	8 (11)	8 (11)	56 (78)
Habilidades e Recursos			
<i>"Não possuo facilidade em realizar buscas através de bases de dados."</i>	17 (24)	8 (11)	47 (65)
<i>"Possuo facilidade em avaliar criticamente um artigo científico."</i>	41 (57)	14 (19)	17 (24)
<i>"Possuo o hábito de acessar bases de dados online."</i>	50 (69)	9 (13)	13 (18)
<i>"Não possuo incentivo do meu trabalho para implantar a PBE."</i>	28 (39)	13 (18)	31 (43)
<i>"Possuo recursos como computador e acesso à Internet no local de trabalho para implantar a PBE."</i>	59 (82)	2 (3)	11 (15)
<i>"Não realizo discussões a respeito da PBE no meu local de trabalho."</i>	30 (42)	18 (25)	24 (33)
<i>"Informo ao paciente suas opções de tratamento e decido com ele a tomada de decisão."</i>	64 (89)	4 (6)	4 (6)
<i>"Tenho muita dificuldade em implantar a melhor evidência na minha prática."</i>	25 (35)	14 (19)	33 (46)
Opiniões			
<i>"A PBE é importante na minha prática clínica."</i>	63 (88)	9 (13)	0 (0)
<i>"Eu não acredito que a PBE melhora o atendimento ao paciente."</i>	4 (6)	9 (13)	59 (82)
<i>"A opinião de especialistas da minha área é o fator mais importante na minha tomada de decisão."</i>	31 (43)	14 (19)	27 (38)
<i>"A utilização da melhor evidência científica atual não auxilia na qualidade dos serviços de saúde."</i>	11 (15)	4 (6)	57 (79)

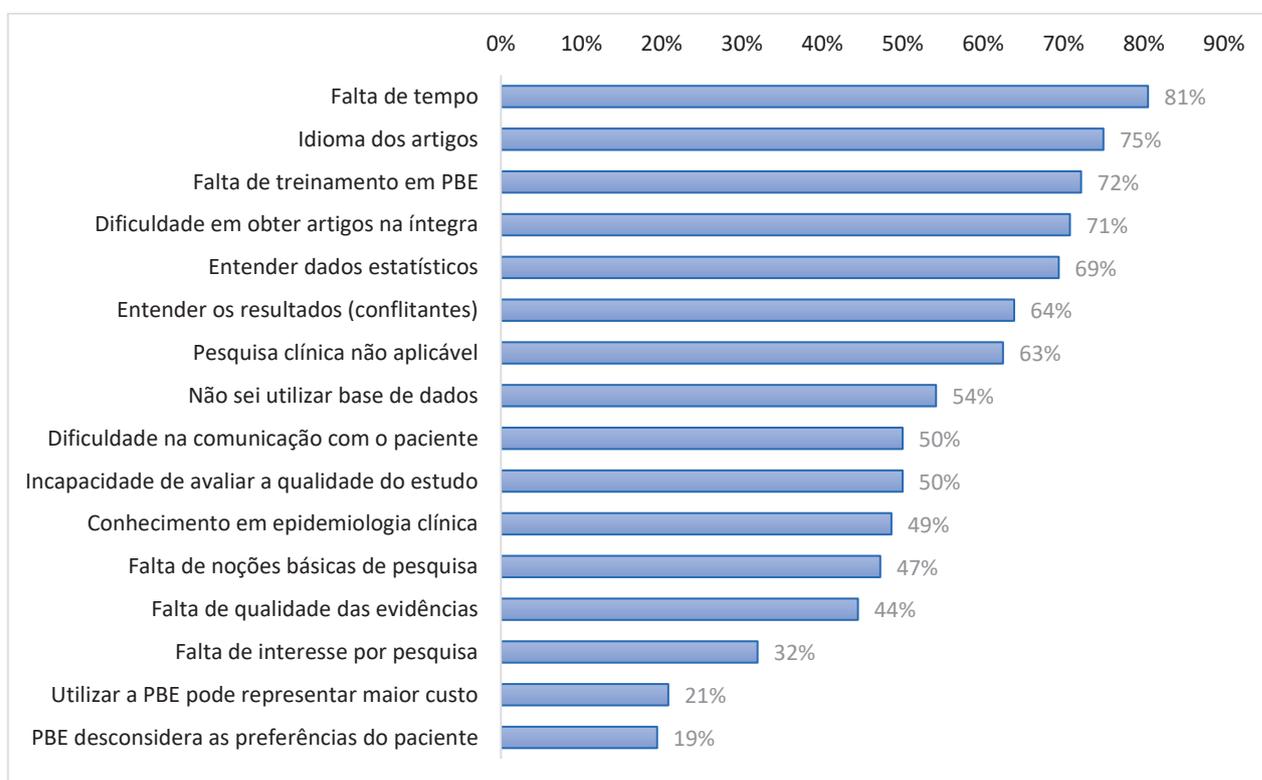
Fonte: Os autores (2024)

5.6 BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PBE

As barreiras na implementação da PBE reportadas pelos participantes estão apresentadas no Gráfico 1. As cinco barreiras mais reportadas foram: falta de tempo (81%); idioma dos artigos (75%); falta de treinamento em PBE (72%); dificuldade em obter artigos na íntegra (71%) e entender dados estatísticos (69%).

Das 16 alternativas listadas, 13 foram assinaladas por no mínimo 44% dos participantes, evidenciando a alta frequência que estas barreiras são encontradas entre estes indivíduos. As barreiras menos reportadas foram “A PBE pode representar maior custo” (21%) e “A PBE desconsidera preferências do paciente” (19%).

Gráfico 1 – Barreiras em PBE identificadas pelos profissionais de saúde



Fonte: Os autores (2024)

5.7 ANÁLISE INFERENCIAL

Em relação ao **tempo de formação** (tabela 4), os resultados são apresentados comparando os profissionais com maior tempo de formação (acima de 10 anos) aos profissionais com menor tempo de formação (menos de 5 anos),

conforme ocorreram as diferenças nas análises estatísticas (Jette *et al.*, 2003; Salbach *et al.*, 2007; Klaic; McDermott; Haines, 2019).

Na seção de conhecimentos, os profissionais com maior tempo de formação afirmaram, em maior proporção (44%), não possuir entendimento sobre estatística, quando comparados aos profissionais com menor tempo de formação (10%, $p=0,01$).

Na seção de habilidades, 44% dos profissionais com maior tempo de formação afirmaram não saber realizar busca em bases de dados, em contraste com 18% dos profissionais com menor tempo de formação ($p=0,02$).

Na seção de opiniões, 31% dos profissionais com maior tempo de formação concordaram que a utilização da melhor evidência científica atual **não** auxilia na qualidade dos serviços de saúde. Já os profissionais com menos de 5 anos de formação concordaram em menor proporção (10%, $p=0,04$).

Os profissionais com menor tempo de formação reportaram, em maior proporção (64%), ter dificuldades para avaliar a qualidade das evidências, em contraste com 19% dos profissionais com mais de 10 anos de formação ($p<0,01$).

Tais resultados sugerem que profissionais com maior tempo desde a formação podem apresentar mais dificuldades em conhecimentos e habilidades específicos para o desempenho da PBE, em comparação aos profissionais com menor tempo desde a formação em nível superior.

Considerando o **nível de formação**, profissionais com pós-graduação reportaram, em maior proporção, não realizar discussões sobre PBE no ambiente de trabalho (55%, $p=0,03$).

Profissionais com apenas graduação foram unânimes em acreditar que a PBE melhora a qualidade do atendimento, entretanto 10% dos profissionais com pós-graduação acreditam que a PBE não melhora o atendimento ao paciente ($p=0,01$).

Na seção de barreiras, quatro alternativas apresentaram diferença estatisticamente significativa. As barreiras “entender dados estatísticos” (84%, $p=0,02$), “incapacidade de avaliar a qualidade do estudo” (72%, $p<0,01$) e “falta de conhecimento em epidemiologia clínica” (69%, $p<0,01$) foram reportadas em maior proporção por profissionais com apenas graduação. Esses dados sugerem que cursar pós-graduação pode atuar como um facilitador na implementação da PBE entre estes profissionais.

Tabela 4 – Análise inferencial: variáveis tempo e nível de formação

Seções	Tempo de Formação				valor de p
	0 a 4 anos		Acima de 10 anos		
	Concordou n (%)	Discordou n (%)	Concordou n (%)	Discordou n (%)	
Conhecimentos					
"Não possuo entendimento sobre estatística"	4 (10)	30 (77)	7 (44)	5 (31)	0,01
Habilidades e Recursos					
"Não sei realizar busca em base de dados"	7 (18)	29 (74)	7 (44)	5 (31)	0,02
Opiniões					
"A utilização da melhor evidência científica atual não auxilia na qualidade dos serviços de saúde"	4 (10)	35 (90)	5 (31)	9 (56)	0,04
Barreiras					
"Incapacidade de avaliar a qualidade do estudo"	Sim 25 (64)	Não 14 (36)	Sim 3 (19)	Não 13 (81)	<0,01
Seções	Nível de Formação				valor de p
	Graduação		Pós-Graduação		
	Concordou n (%)	Discordou n (%)	Concordou n (%)	Discordou n (%)	
Habilidades e Recursos					
"Não realizo discussões sobre PBE no trabalho"	8 (25)	14 (44)	22 (55)	10 (25)	0,03
Opiniões					
"Não acredito que a PBE melhora o atendimento"	0 (0)	31 (97)	4 (10)	28 (70)	0,01
Barreiras					
"Entender dados estatísticos"	Sim 27 (84)	Não 5 (16)	Sim 23 (57)	Não 17 (42)	0,02
"Incapacidade de avaliar a qualidade do estudo"	23 (72)	9 (28)	13 (32)	27 (67)	<0,01
"Utilizar a PBE pode representar alto custo"	3 (9)	29 (91)	12 (30)	28 (70)	0,04
"Falta de conhecimento em epidemiologia clínica"	22 (69)	10 (31)	13 (32)	27 (67)	<0,01

Fonte: Os autores (2024)

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou realizar um diagnóstico situacional a respeito da implementação da PBE entre profissionais de nível superior da atenção primária do município de Piraquara/PR, por meio da verificação das experiências, conhecimentos, habilidades e recursos disponíveis, opiniões e principais barreiras no desenvolvimento dessa prática.

A maioria dos participantes do estudo (66%) reportou utilizar artigos científicos frequentemente como forma de atualização profissional. Este achado foi menor do que o encontrado por Silva, Costa e Costa (2015), estudo realizado no estado de São Paulo utilizando o mesmo questionário. Neste estudo, 89,5% dos participantes afirmaram utilizar artigos científicos sempre/frequentemente como fonte de informação. Porém, neste mesmo estudo, a maior parte da coleta foi feita pela pesquisadora através de contato telefônico. É possível, dessa maneira, que o viés social atue fortemente e que o participante possa fornecer respostas que agradem ou agreguem positivamente a sua imagem ao ser interrogado pelo próprio pesquisador.

Entretanto, a maioria dos estudos realizados no Brasil encontraram resultados similares em relação ao uso de artigos científicos. Em pesquisa nacional realizada entre fonoaudiólogos especialistas em desordens da fala em crianças, 63,1 % afirmaram ler estudos científicos para embasar suas condutas (Souza; Cáceres-Assenço 2023). Além disso, um estudo realizado entre odontologistas brasileiros mostrou que 61% dos profissionais utilizavam artigo científico como fonte de informação (Gonçalves *et al.*, 2018). Já no estudo desenvolvido na atenção primária por Schneider, Pereira e Ferraz (2018), 54,5% dos participantes afirmaram utilizar revistas científicas para sanar dúvidas surgidas na prática clínica.

Outro estudo brasileiro encontrou profissionais utilizando menos estas fontes de informação. Entre fisioterapeutas, no estudo nacional de Claudino, Simões e Silva (2019), apenas 38,5% afirmaram utilizar artigos científicos. Tal diferença pode ser explicada pelo fato de no estudo de Claudino, Simões e Silva esta questão ser de única escolha, portanto, o profissional deveria selecionar apenas a principal forma que ele utilizava para se atualizar. Assim, as respostas se dividiram entre as alternativas disponíveis. Já neste presente estudo era permitido ao profissional selecionar quais fossem as fontes de informação que ele considerava utilizar na sua prática, podendo acarretar maior número de respostas para cada alternativa listada.

Ainda no tocante à atualização profissional, o presente estudo detectou mais da metade dos profissionais utilizando cursos (54%) e blogs (51%) como meio de

atualização profissional. Estudos similares no Brasil encontram profissionais utilizando frequentemente esses meios para embasar e atualizar sua prática clínica (Silva; Costa; Costa, 2015; Gonçalves *et al.*, 2018; Souza; Cáceres-Assenço 2023). Contudo, é preciso cuidado ao utilizar essas fontes de informação, tendo em vista o forte atrelamento à opinião e experiência pessoal do palestrante/criador de conteúdo, podendo não refletir os achados das evidências científicas. O modelo de educação brasileiro pode ser fator importante no desenvolvimento da percepção de que o aprendizado é unidirecional e parte da figura do detentor do saber e expert no assunto, para aquele que anseia por conhecimento (Silva; Costa; Costa, 2015). Esta forma de aprendizado pode explicar o motivo pelo qual os profissionais buscam cursos e blogs, em geral, vinculados a um profissional conceituado na área, para se atualizarem.

De fato, no presente estudo, a opinião de especialistas se mostrou ferramenta de suma importância para parte dos participantes (43%), achado frequente nas pesquisas sobre o tema de acordo com uma revisão sistemática (Upton *et al.*, 2014). No entanto, as informações obtidas por estes meios devem ser consideradas com cautela. O profissional, ao buscar independentemente as evidências sobre determinada técnica, recurso ou tratamento, evitando priorizar a opinião de colegas ou especialistas na sua tomada de decisão, está menos sujeito a ser conduzido de maneira passiva para uma prática sem fundamentação científica (Guyatt *et al.*, 2000; Jette *et al.*, 2003; Al Anazi *et al.*, 2022). Vale destacar que, de acordo com os princípios da PBE, a opinião de especialista é o mais baixo nível de evidência, devendo ser considerado apenas na ausência de informações advindas de estudos científicos (Murad, 2026).

O presente estudo também detectou preferência no uso de base de dados que disponibilizam artigos científicos em língua portuguesa, uma vez que quase a totalidade dos participantes (93%) já havia acessado a base Scielo, a qual foi a base de dados utilizada com maior frequência (42% dos participantes a utilizam de 1 a 3 vezes ao mês). Esses dados podem ser explicados pela quantidade de profissionais que autoavaliavam sua habilidade na leitura em inglês como ruim ou razoável (53%) e pelo idioma ter sido a segunda barreira mais apontada entre eles (75% dos profissionais), fato comumente encontrado nos estudos realizados em países em desenvolvimento não falantes da língua inglesa (Paci *et al.*, 2021). Estes achados causam preocupação, considerando que os profissionais, ao priorizarem publicações em língua portuguesa, estão sujeitos a uma condição conhecida como viés de

linguagem. Este viés se refere ao fato de os profissionais estarem deixando de considerar grande parte das evidências, que estão na língua inglesa (Silva; Costa; Costa, 2015). De fato, estima-se que as evidências disponíveis na língua portuguesa correspondam apenas a aproximadamente 1% do total de publicações científicas em saúde (PEDro, 2022).

Além disso, a Scielo pode ser uma base de destaque para estes profissionais ao permitir acesso gratuito a artigos na íntegra. Porém, a tendência em buscar informações apenas em artigos disponíveis abertamente (FUTON - Full Text On the Net - bias) pode limitar o profissional no embasamento de suas decisões. Ao não tomar conhecimento de parte das evidências que estão nas bases de dados acessadas sob pagamento, os profissionais podem deixar de oferecer as melhores práticas (Wentzel, 2002).

Outro fato que chama à atenção em relação ao uso das bases de dados foi a alta utilização do Google Acadêmico como fonte de informação. Esta ferramenta foi a segunda mais utilizada para busca de artigos científicos. Entretanto, por se tratar de uma plataforma gratuita de procura rápida e fácil na *web*, ela não dispõe de mecanismos de buscas e filtros acurados para encontrar apenas textos científicos, publicados em revistas de maior impacto, contrariamente, apresenta um emaranhado de publicações de diversas fontes, tornando mais difícil encontrar evidências de alta qualidade e confiáveis para a aplicação na prática clínica (Herbert *et al.*, 2011).

A base de dados Cochrane foi a menos acessada pelos profissionais deste estudo e, surpreendentemente, 65% dos participantes afirmaram nunca ter acessado esta plataforma. Conforme Young *et al.* (2014), ao desenvolver a PBE, as revisões sistemáticas devem ser as primeiras fontes de informação a serem buscadas na resolução de problemas, portanto, a baixa utilização dessa ferramenta pode indicar que, apesar de os profissionais serem favoráveis, reportando acreditar que esta prática é importante para sua clínica (88%), para a qualidade do atendimento (82%) e dos serviços de saúde (79%), os conceitos e passos da PBE podem não ser tão bem conhecidos e dominados por estes participantes, fato que pode ser confirmado pela baixa confiança dos participantes em seu conhecimento em PBE (49%) e em como aplicar a pesquisa na prática (51%).

Além disso, entre os participantes do presente estudo, foram identificados déficits especialmente na condução dos últimos passos da PBE, domínio da leitura científica e aplicação da pesquisa na prática. Isso fica claro ao observar que, apesar

de 65% dos participantes se considerarem aptos a acessar bases de dados, uma menor proporção acreditava ser capaz de avaliar criticamente um artigo científico (57%) e possuía confiança em aplicar a melhor evidência na prática (35%). Similarmente, Saunders *et al.* (2019), ao sumarizar os estudos acerca das competências de profissionais de saúde em PBE, encontraram que as atitudes e as opiniões eram melhores que as habilidades e conhecimentos na condução desta prática por aqueles participantes.

Houve uma certa inconsistência nas respostas considerando as seções em que foram abordadas. Nas seções de conhecimentos e habilidades, a maioria dos participantes haviam apontado ter entendimento sobre dados estatísticos e habilidades para acessar bases de dados. Porém, estes mesmos aspectos apareceram como impeditivos importantes para a adoção da PBE, sendo reportados por mais da metade dos participantes na seção de barreiras. Isto pode ser explicado primeiramente pelo viés social a que este estudo está submetido, tendo em vista o uso de instrumento auto aplicado. Os participantes podem ter avaliado seus conhecimentos e habilidades acima do que realmente sejam, pelo receio em não atender as expectativas sociais e pelo desejo em transmitir uma imagem mais aceitável em relação a seus comportamentos, atitudes e características (Bispo Junior, 2022)

Outra possibilidade para explicar tal inconsistência pode ser o fato de que por não terem estudado e aplicado a PBE mais profunda e consistentemente, os participantes não tenham noção precisa de suas inaptidões. McEvoy, Williams e Olds (2010) expressam que quanto mais um indivíduo conhece sobre um assunto, mais ele é capaz de identificar o que ainda não sabe. Portanto, indivíduos com conhecimentos restritos em um tema não possuem níveis de habilidade metacognitiva para se autoavaliar precisamente e podem demonstrar maior confiança em sua performance do que profissionais com maiores conhecimentos, os quais estão mais conscientes de suas deficiências (Kruger; Dunning, 1999). Frequentemente, ao se aprofundar nos estudos sobre a PBE, o profissional entra em um “vale do desespero” ao se deparar com a falta de confiança para conduzir adequadamente sua prática clínica (Alencar, 2021).

A maioria dos profissionais afirmou ter tido contato com PBE durante a graduação. Tal fato pode ser decorrente do perfil dos participantes ser de profissionais mais jovens (74% entre 18 e 35 anos) e com tempo desde a formação de até 5 anos

(54%), uma vez que a PBE tem sido incorporada nos currículos educacionais mais recentemente (Upton *et al.*, 2014).

Em contrapartida, cerca de um terço dos profissionais, a despeito de terem recebido informações sobre PBE na graduação, avaliam sua formação como insuficiente, ponto reforçado pela alta frequência de barreiras relacionadas ao conhecimento e habilidades reportadas entre os participantes, tais como: falta de treinamento em PBE, entendimento sobre dados estatísticos, não saber utilizar base de dados, incapacidade de avaliar criticamente a qualidade dos artigos científicos, falta de conhecimento em epidemiologia clínica e de noções básicas em pesquisa.

Reforçando estes achados, a análise inferencial mostrou que profissionais com apenas graduação possuíam menor confiança em dispor de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho da PBE.

Tais resultados corroboram achados de estudos semelhantes realizados no Brasil (Silva; Costa; Costa, 2015; Ferreti *et al.*, 2018; Claudino; Simões; Silva, 2019; Nascimento *et al.*, 2020; Souza; Cáceres-Assenço 2023). Desde sua idealização há cerca de trinta anos, a PBE tem sido integrada gradativamente nos currículos de graduação, introduzindo conceitos, princípios e processos desta prática aos estudantes da saúde. Entretanto, ainda permanecem inconsistências entre os conteúdos programáticos das diversas instituições e, frequentemente, o foco tem sido nos três primeiros passos da PBE. Esta lacuna no aprendizado dos dois últimos passos pode ocasionar uma menor confiança ao implantar as evidências na prática (Albarqouni; Hoffmann; Glasziou, 2019; Romney *et al.*, 2023).

Diversos estudos têm investigado o efeito do ensino de PBE durante a graduação. Existe grande heterogeneidade nos métodos de ensino e estudos melhor delineados são necessários para determinar qual abordagem seria mais eficaz. Contudo, existe consenso na literatura que, para maior efetividade, o contato com a PBE deveria ser introduzido de maneira precoce, mantido durante a extensão do curso e ser incorporado de maneira prática, em casos reais, durante o estágio clínico, oportunizando contemplar o aprendizado teórico-prático desta abordagem. (Pereira, 2022; Thomes *et al.*, 2023; Molena *et al.*, 2023).

Revisões sistemáticas têm mostrado que métodos de ensino multifacetados, oferecendo aporte teórico-prático e combinando palestras, *workshops*, práticas em laboratórios de informática, grupos de discussão (*journal clubs*), agregando a participação de bibliotecários, têm sido eficazes em promover melhora nos

conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos em PBE dos estudantes (Nielsen *et al.*, 2024).

No Brasil, os cursos de graduação ainda parecem falhar neste sentido. É possível que o contato com a PBE esteja sendo superficial e ineficiente ou até mesmo inexistente. Estudo publicado em 2023 mostra que apenas 3,6% das instituições de ensino superior de odontologia do Brasil continuam PBE em sua grade curricular e, os que possuíam, ofertavam conteúdo insuficiente (Thomes *et al.*, 2023).

Ter cursado pós-graduação parece ser um facilitador potencial para melhor implementação da PBE pelo mundo (Alketbi *et al.*, 2021; Alsheri *et al.*, 2017; Jacobs *et al.*, 2010; Klaic; McDermott; Haines, 2019; Nascimento *et al.*, 2020). Isto pode ser explicado pelo fato de que a pós-graduação estimula atividades de leitura e desenvolvimento de pesquisas, o que pode contribuir para melhor entendimento dos desenhos de estudo, bioestatística e interpretação dos resultados (Gonçalves *et al.*, 2018).

Barreiras de origem organizacional também se configuraram como importantes impeditivos para a implementação da PBE entre os participantes deste presente estudo. As duas barreiras organizacionais pesquisadas ficaram entre as cinco mais frequentes. A falta de tempo foi a principal barreira e a dificuldade de acesso a artigos na íntegra foi a quarta mais reportada. Estes achados são similares aos dos estudos anteriores na atenção primária brasileira, os quais apresentaram a falta de tempo, como consequência da alta carga de trabalho, assim como falta de apoio da gestão e idioma dos artigos como barreiras principais (Ferreti *et al.*, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2018; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020a; b). De fato, a elaboração de estratégias por parte dos gestores em saúde de forma a garantir tempo disponível e acesso a literatura científica atualizada é imprescindível para a viabilidade na implantação das evidências na prática clínica.

Em relação ao tempo desde a formação em nível superior, os profissionais com maior tempo de formação (acima de 10 anos) reportaram, em maior proporção, dificuldades em conhecimentos sobre estatística e na habilidade em realizar buscas em bases de dados, achado condizente com estudos anteriores (Al Anazi *et al.*, 2022; Ehrenbrusthoff *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2018; Klaic; McDermott; Haines, 2019; Nascimento *et al.*, 2020; Silva; Costa; Costa, 2015). Considerando que treinamentos em PBE têm sido inseridos na grade acadêmica dos cursos de saúde mais

recentemente, os profissionais formados há mais tempo podem estar menos preparados para implantar as evidências científicas na sua rotina.

Ademais, mesmo os profissionais que tiveram contato com PBE durante a graduação, estão sujeitos a perder gradativamente a confiança na realização de atividades relacionadas à PBE, como análise crítica de artigos científicos (Klaic; McDermott; Haines, 2019). Tendo em vista que as habilidades em PBE requerem prática constante, se o profissional estiver atuando em um ambiente desfavorável, sem o apoio de colegas e o suporte de gestores, ele pode, gradativamente, perder a motivação para seguir desenvolvendo e aprimorando suas aptidões nesta abordagem.

É possível que os profissionais possam se beneficiar ao participarem de cursos de educação continuada em PBE, de forma a capacitá-los na utilização das melhores evidências científicas na sua prática clínica. Ademais, para que possam desenvolver esta prática, é imprescindível que os gestores estejam engajados em propiciar condições de trabalho e um ambiente conveniente, com equilíbrio entre carga de trabalho e tempo para desenvolver os seus passos, estimulando a participação de todos os profissionais, de forma a possibilitar o uso das melhores práticas de saúde no contexto da atenção primária, favorecendo a prevenção e promoção da saúde das populações de maneira eficaz, segura e custo-efetiva.

Este estudo, porém, apresenta algumas limitações. Primeiramente, seus resultados podem não representar adequadamente toda a atenção primária do município, considerando a relativa baixa taxa de resposta. Adicionalmente, a seleção dos participantes foi por conveniência e a participação no estudo foi voluntária. Dessa forma, os participantes que aceitaram responder ao questionário poderiam ser os mais abertos e favoráveis à PBE, o que contribui para um eventual viés de seleção.

Em relação à extrapolação dos achados para outras populações, o município possui alta vulnerabilidade socioeconômica e baixa renda per capita (IBGE, 2020), portanto, cidades com características diferentes do município estudado podem estar em melhores ou piores condições na implementação da PBE.

Outra limitação deste estudo se deu em função do tipo de instrumento utilizado. A identificação dos conhecimentos e habilidades em relação à PBE, foram obtidas por meio de avaliação auto reportada. Uma ferramenta que avaliasse objetivamente tais capacidades poderia apontar resultados diferentes do encontrado, por controlar o viés social e a imprecisão das respostas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel fundamental que a atenção primária desenvolve na assistência à saúde das populações torna imprescindível a necessidade de estudos sobre a

implementação da PBE pelos profissionais deste nível de atenção. Considerando a escassez de estudos sobre o tema na atenção primária brasileira, a presente pesquisa buscou apresentar um diagnóstico situacional acerca do uso das evidências científicas na prática clínica destes profissionais.

Grande parte das principais barreiras reportadas neste estudo foram relacionadas a conhecimentos e habilidades, além de insuficiência em língua inglesa, os quais são entraves passíveis de modificação, seja por meio de cursos de capacitação, treinamentos ou educação continuada. Porém, a principal barreira na implementação da PBE reportada pela população estudada era de natureza organizacional, o que pode representar um maior desafio para superação. A falta de tempo resultante da alta carga de trabalho pode suprimir o interesse, a motivação e a capacidade do profissional de saúde em buscar basear e atualizar suas condutas pelos caminhos da ciência de alta qualidade.

Diante deste cenário apresentado, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos sobre a PBE na atenção primária, especialmente com maior número de participantes, em municípios com diferentes características, podendo incluir abordagens qualitativas, para entendimento aprofundado de como está e o que facilita o uso de evidências científicas nas atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde e, principalmente, conhecer os principais obstáculos que estão travando estes serviços no oferecimento de melhores práticas no âmbito da atenção primária.

REFERÊNCIAS

AL ANAZI, S. K. *et al.* A cross-sectional survey exploring the attitude, knowledge, and use of anesthesia teams toward evidence-based practice in Riyadh Saudi Arabia. **Frontiers in Public Health**, 10, Oct 2022. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1017106/full>>. Acesso em 11 nov. 2022.

ALBARQOUNI, L. *et al.* Core competencies in evidence-based practice for health professionals consensus statement based on a systematic review and delphi survey. **Jama Network Open**, 1, n. 2, Jun 2018. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621>>. Acesso em 22 ago. 2022.

ALBARQOUNI, L.; HOFFMANN, T.; GLASZIOU, P. Evidence-based practice educational intervention studies: a systematic review of what is taught and how it is measured. **BMC Med Educ**, 18, n. 1, p. 177-177, 2018. Disponível em: <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1284-1>>. Acesso em 05 jan. 2023.

ALENCAR NETO, J. N. **Manual de medicina baseada em evidências: como interpretar artigos científicos?** Ed. Sanar, Salvador, 2021.

ALKETBI, H. *et al.* Evidence-based practice by physiotherapists in UAE: Investigating behavior, attitudes, awareness, knowledge and barriers. **PLoS One**, 16, n. 6, p. e0253215-e0253215, 2021/06 2021. Disponível em:<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253215>>. Acesso em 21 jan. 2023.

ALSHEHRI, M. A. *et al.* Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, 15, n. 3, p. 127-141, Sep 2017. Disponível em:<https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2017/09000/physiotherapists_behaviour_attitudes_awareness.7.aspx>. Acesso em 09 jan. 2023

AMORIM, M. **Saúde da Mulher, com Melania Amorim / PBECast#37.** Youtube, 8 de mar. 2023. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=xW75lcU9Eel>>. Acesso em 03 out. 2023.

ANDRADE, R.; COSTA, L. **Escoliose Brasil – aula extraordinária – prática baseada em evidências com Léo Costa.** Youtube, 08 nov. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MgMAap8zZ_w>. Acesso em 26 fev.2023.

BARZKAR, F.; BARADARAN, H. R.; KOOHPAYEHZADEH, J. A systematic review. **J Evid Based Med**, 11, n. 4, p. 246-251, 2018/11 2018. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jebm.12325>>. Acesso em 26 fev. 2023.

BERNHARDSSON, S. *et al.* Advancing evidence-based practice in physical therapy settings: multinational perspectives on implementation strategies and interventions.

Phys Ther, 97, n. 1, p. 51-60, 2017/00 2017. Disponível em:< <https://academic.oup.com/ptj/article/97/1/51/2896958?login=false>>. Acesso em 08 jan. 2023.

BISPO JUNIOR, J. P. Social desirability bias in qualitative research. **Rev Saude Publica**, 56, 101, 2022. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Pd97TJ8dw6kHpwhz3B4DnQC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 23 fev. 2024.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda, 2010.

BRADLEY-RIDOUT, G. *et al.* UpToDate versus Dynamed: a cross-sectional study comparing the speed and accuracy of two point-of-care information tools. **Journal of the Medical Library Association**, 1069, n. 3, p. 382-387, Jul 2021. Disponível em:< <https://jmla.pitt.edu/ojs/jmla/article/view/1176>>. Acesso em 05 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC). **Portal Saúde Baseada em Evidências**, 2014. Página Inicial. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/portal_saude_baseada_evidencias_folder.pdf>. Acesso em 03 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 04 mar. 2010. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 3. ed. Ministério da Saúde. Brasília, 1999. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf>. Acesso em 9 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, 04 Mar. 2008. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20154%2C%20DE%2024,%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20%2D%20NASF.&text=Considerando%20o%20inciso%20II%20do%20art.>. Acesso em 09 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília: 2012. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de nov. de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 13 nov. 2019. Disponível em :< https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt_2979_12_11_2019.pdf/view >. Acesso em 9 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635 de 22 maio 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 22 maio 2023. Disponível em:< <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799> >. Acesso 9 fev. 2024.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Medicina baseada em evidências: "novo paradigma assistencial e pedagógico"? **Interface comum, saúde educ**, 6, n. 11, p. 117-132, 2002/08 2002. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/icse/a/mBXjXSyfKvTD8QVHF9JThNq/?lang=pt>> Acesso em 08 out. 2022.

CHLOROS, G. D.; PRODRONIDIS, A. D.; GIANNOUDIS, P. V. Has anything changed in Evidence-Based Medicine? **Injury**, 54, 3, p. 20-25, 2023. Disponível em:< [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(22\)00289-3/fulltext#seccesectitle0001](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(22)00289-3/fulltext#seccesectitle0001)> Acesso em 23 jan. 2024.

CLAUDINO, R.; SIMÕES, N. P.; SILVA, T. Evidence-based practice: a survey of Brazilian physical therapists from the dermatology discipline. **Braz J Phys Ther**, 23, n. 5, p. 395-491. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S141335551830128X?via%3Dihub>>. Acesso em 11 out. 2023.

CLYNE, B. *et al.* Perspectives on the production, and use, of rapid evidence in decision making during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **BMJ Evid Based Med**, 28, p. 48-57, 2022. Disponível em :< <https://ebm.bmj.com/content/28/1/48>>. Acesso em 31 já. 2024.

COLPANI, V. *et al.* Clinical practices guidelines in Brazil – developing a national programme. **Health Res Policy and Sys**, 18, 69, 2020. Disponível em :< <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00582-0#citeas>>. Acesso em 25 jan. 2024.

CORRÊA, E. G. *et al.* Interdisciplinary views of dental surgeon enrolled in the residency program in Primary Health Care in the municipality located in South region of Brazil. **Research, Society and Development**, 11, n. 9, p. e35411932092, 07/12 2022. Disponível em:< <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32092>> Acesso em 20 jul. 2023.

DA SILVA, T. M. *et al.* What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. **Manual Therapy**, 20, n. 3, p. 388-401, Jun 2015.

Disponível em:<
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1356689X1400191X?via%3Dihub>>. Acesso em 24 jul. 2022.

DAVIDOFF, F. *et al.* Evidence Based Medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. **British Medical Journal**, 310:1085,1995. Disponível em:<
<https://www.bmj.com/content/310/6987/1085>>. Acesso em 30 jul. 2022.

DAWES, M. *et al.* Sicily statement on evidence-based practice. **BMC Med Educ**, 5, n. 1, p. 1-1, 2005/01 2005. Disponível em:<
<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-5-1>>. Acesso em 25 jul. 2022.

DE ALMEIDA, S. D. C. D.; VIANNA, V. H. Uso da ferramenta virtual UptoDate como prática de aprendizagem de um curso de medicina. **Ciencia da Informacao**, 48, n. 3, p. 221-235, 2019. Disponível em:< <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4520>>. Acesso em 30 mar. 2023.

DEEGAN, P. E.; DRAKE, R. E. Shared decision making and medication management in the recovery process. **Psychiatric Services**, 57, n. 11, p. 1636-1639, 2006. Disponível em:< <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2006.57.11.1636>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

DJULBEGOVIC, B.; GUYATT, G. Evidence-based medicine in time of crisis. **J Clin Epidemiol**, 126, p. 164-166, 2020. Disponível em:<
[https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(20\)30673-9/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(20)30673-9/fulltext)>. Acesso em 31 maio 2024.

EBELL, M. H. *et al.* How good is the evidence to support primary care practice? **Evid Based Med**, 22, n. 3, p. 88-92, 2017. Disponível em:<
<https://ebm.bmj.com/content/22/3/88>>. Acesso em 04 abr. 2023.

EHRENBRUSTHOFF, K. *et al.* Adherence to evidence-based practice across healthcare professionals in Germany: results from a cross-sectional, nationwide survey. **BMC Health Services Research**, 22, n. 1, 1285, 2022. Disponível em:<
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08682-z>>. Acesso em 30 mar. 2023.

EMPARANZA, J. I.; CABELLO, J. B.; BURLS, A. J. E. Does evidence-based practice improve patient outcomes? An analysis of a natural experiment in a Spanish hospital. **J Eval Clin Pract**, 21, p. 1059-1065, 2015. Disponível em:<
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12460>>. Acesso em 05 jan. 2023.

ESTABROOKS, P. A.; BROWNSON, R. C.; PRONK, N. P. Dissemination and implementation science for public health professionals. An overview and call to action. **Preventing Chronic Disease**, 15:180525, 2018. Disponível em:<
https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0525.htm>. Acesso em 02 jan. 2023.

EVANS, D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. **Journal of Clinical Nursing**, 12, p. 77-84, 2003. Disponível

em :< <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1046%2Fj.1365-2702.2003.00662.x>>. Acesso em 01 out. 2023.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J.A.D.; ALMEIDA-FILHO, N. Evidence-based medicine: a brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, 28, n. 1, p 59-78, 2021/03 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R8z4HdFLyXTRWk6dmxBgvkK/?lang=en>>. Acesso em 01 out. 2023.

FERRETTI, F. *et al.* Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. **Cogit. Enferm. (Online)**, 23, n. 2, p. e52774, 2018. Disponível em:< <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52774>>. Acesso em 12 dez. 2022.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; JOHNSTON, L. Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 2, n. 3, p. 157-160, 2005. Disponível em:< <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2005.00032.x>>. Acesso em 01 out. 2023.

FINEOUT-OVERHOLT, E. *et al.* Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. **American Journal of Nursing**, 110, n. 7, p. 47-52, 2010. Disponível em:< https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2010/07000/evidence_based_practice_step_by_step_critical.26.aspx>. Acesso em 01 out. 2023.

GALLAGHER-FORD, L. *et al.* The effects of an intensive evidence-based practice educational and skills building program on EBP competency and attributes. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 17, n. 1, p. 71-81, 2020. Disponível em:< <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12397>>. Acesso em 25 mar. 2023.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GONÇALVES, A. P. R. *et al.* Use of scientific evidence by dentists in Brazil: room for improving the evidence-based practice. **PLos One**, 13, n. 9, p0203284, 2018. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203284>>. Acesso em 03 mar. 2023.

GUYATT, G.; CAIRNS, J.; CHURCHILL, D. *et al.* Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, 268, n. 17, p.2420-2425, 1992. Disponível em:< <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/400956>>. Acesso em 22 jul. 2023.

GUYATT, G H. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, 3, 36, p. 924-926, 2008. Disponível em :< <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>>. Acesso em 30 jan. 2024.

GUYATT, G H. *et al.* Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the Users' guides to patient care. **JAMA**, 284, n. 10, p. 1290-1296, 2000. Disponível em:< <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/193058>>. Acesso em 25 jul. 2022.

HANSSON, E. E.; CARLSSON, G.; FANGE, A. M. Master student's application of evidence-based knowledge and skills in Swedish healthcare practice. **JBI Evidence Implementation**, 19, n. 1, p. 13-20, 2021. Disponível em:< https://journals.lww.com/ijebh/abstract/2021/03000/master_student_s_application_of_evidence_based.4.aspx>. Acesso em 30 mar. 2023.

HAROON, M.; PHILLIPS, R. "There is nothing like looking, if you want to find something" - asking questions and searching for answers - the evidence based approach. **Archives of Disease in Childhood- Education and Practice**, 95, p. 34-39, 2010. Disponível em:< <https://ep.bmj.com/content/95/2/34>>. Acesso em 01 out. 2023.

HAYNES, B.; DEVEREAUX, P. J.; GUYATT, G. H. Physician's and patients' choices in evidence based practice: evidence does not make decisions, people do. **BMJ**, 324, p. 1350, 2002. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/324/7350/1350>>. Acesso em 25 jan. 2024.

HAYNES, B.; HAINES, A. Barriers and brigdes to evidence based clinical practice. **BMJ**, 317, p. 273-276, 1998. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/317/7153/273>>. Acesso em 01 out. 2023.

HEIWE, S. *et al.* Evidence-tbased practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. **International Journal for Quality in Health Care**, 23, n. 2, p. 198-209, 2011. Disponível em:< <https://academic.oup.com/intqhc/article/23/2/198/1785875?login=false>>. Acesso em 15 set. 2022.

HERBERT, R. *et al.* **Practical Evidence-Based Physiotherapy**. 2. ed. Elsevier: Churchill Livingstone, e-book, 2011.

HITCH, D.; NICOLA-RICHMOND, K. Instructional practices for evidence-based practice with pre-registration allied health students: a review of recent research and developments. **Adv Health sci Educ Theory Pract**, 22, n. 4, p. 1031-1045, 2017. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-016-9702-9>>. Acesso em 13 jan. 2023.

HOFFMANN, T. C.; LEWIS, J.; MAHER, C. G. Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. **Physiotherapy**, 107, p. 43-49, 2020. Disponível em:< [https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(18\)30282-7/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(18)30282-7/fulltext)>. Acesso em 27 fev. 2023.

HOWARD, B.; DIUG, B.; ILIC, D. Methods of teaching evidence-based practice: a systematic review. **Bmc Medical Education**, 22, 742, n. 1, 2022. Disponível em:<

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03812-x#citeas>>. Acesso em 15 mar. 2023.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. São Paulo: Artmed Editora S.A., 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto interno bruto dos municípios: PIB per capita**. Piraquara: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/piraquara/pesquisa/38/47001?tipo=ranking&indicador=47001&ano=2020>>. Acesso em 15 set. 2023.

IOANNIDIS, J. P. A. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. **J Clin Epidemiol**, 73, p. 82-86, 2016. Disponível em: <[https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(16\)00147-5/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(16)00147-5/fulltext)>. Acesso em 15 maio 2023.

JACOB, R. R. *et al.* Preparing public health professionals to make evidence-based decisions: a comparison of training delivery methods in the United States. **Frontiers in Public Health**, 6, 2018. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00257/full>>. Acesso em 02 fev. 2023.

JACOBS, J. A. *et al.* Barriers to evidence-based decision making in public health: a national survey of chronic disease practitioners. **Public Health Rep**, 125, n. 5, p. 736-742, 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491012500516>>. Acesso em 15 mar. 2023.

JENICEK, M. Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health. **Journal of Epidemiology**, 7, n. 4, p. 187-197, 1997. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea1991/7/4/7_4_187/article>. Acesso em 23 jan. 2024.

JETTE, D. U. *et al.* Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. **Physical Therapy**, 83, n. 9, p. 786-805, 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article/83/9/786/2805319>>. Acesso em 29 jul. 2022.

KAMPER, S. J. Asking a question: linking evidence with practice. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 48, n. 7, p. 596-597, 2018c. Disponível em: <<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0702>>. Acesso em 05 jun. 2022.

KAMPER, S. J. Bias: linking evidence with practice. **J Orthop Sports Phys Ther**, 48, n. 8, p. 667-668, 2018d. Disponível em: <<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0703>>. Acesso em 05 jun. 2022.

KAMPER, S. J.; Control groups: linking evidence to practice. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 48, n. 11, p. 905-906, 2018g. Disponível em: <<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0706>>. Acesso em 05 jun. 2022.

KAMPER, S. J. Engaging with research: linking evidence with practice. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 48, n. 6, p. 515-513, 2018b. Disponível em:< <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0701> >. Acesso em 05 jun. 2023.

KAMPER, S. J. Evidence in practice: a new series for clinicians. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 48, n. 6, p. 429-429, 2018a. Disponível em:< <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0105>>. Acesso em 05 jun. 2022.

KAMPER, S. J. Randomization: linking evidence to practice. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 48, n. 9, p. 730-731, 2018e. Disponível em:< <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0704> >. Acesso em 05 jun. 2023.

KILSDONK, E. PEUTE, L. W.; JASPERS, M. W. M. Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: a systematic review and gaps analysis. **International Journal of Medical Informatics**, 98, p. 56-64, 2017. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616302702?via%3Dihub>>. Acesso em 16 set. 2022.

KINENGYERE, A. A. *et al.* Utilization and uptake of the UpToDate clinical decision support tool at the makerere university college of health sciences (Makchs), Uganda. **African Health Sciences**, 21, n. 2, p. 904-911, 2021. Disponível em:< <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/211810>>. Acesso em 25 abr. 2023.

KLAIC, M.; MCDERMOTT, F.; HAINES, T. How soon do allied health professionals lose confidence to perform EBP activities? A cross-sectional study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 25, n. 4, p. 603-612, 2019. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13001>>. Acesso em 15 jan. 2023.

KRUGER, J.; DUNNING, D. Unskilled and unaware of it : How difficulties in recognizing one's incompetence lead to inflated self-assessments. **Journal of Personality and Social Psychology**, 76, 6, p. 1121-1134, 1999. Disponível em:< <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.77.6.1121>>. Acesso em 24 fev. 2024.

LAKIND, J. S.; ANTHONY, L. G.; GOODMAN, M. Review of reviews on exposures to synthetic organic chemicals and children's neurodevelopment: methodological and interpretation challenges. **Journal of Toxicology and Environmental Health-Part B-Critical Reviews**, 20, n. 8, p. 390-422, 2017. Disponível em:< <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10937404.2017.1370847>>. Acesso em 24 jan. 2023.

LARSEN, C. M. *et al.* Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. **Bmc Medical Education**, 19, 259, 2019. Disponível em:< <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1681-0>>. Acesso em 16 fev. 2023.

LAU, R. *et al.* Achieving change in primary care-- causes of the evidence to practice gap: systematic review of reviews. **Implement Sci**, 11, p. 40-40, 2016. Disponível

em:< <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0396-4>>. Acesso em 30 mar. 2023.

LEE, C. *et al.* Treating COVID-19: evolving approaches to evidence in a pandemic. **Cell Rep Med**, 3:100533, 2022. Disponível em: <[https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791\(22\)00033-7?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2666379122000337%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(22)00033-7?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2666379122000337%3Fshowall%3Dtrue)>. Acesso em 23 jan. 2024.

LINDSTROM, A. C.; BERNHARDSSO, S. Evidence-based practice in primary care occupational therapy: a cross-sectional survey in Sweden. **Occupational Therapy International**, 2018. Disponível em:< <https://www.hindawi.com/journals/oti/2018/5376764/>>. Acesso em 19 dez. 2022.

LORENZ, R. C. *et al.* A psychometric study found AMSTAR 2 to be a valid and moderately reliable appraisal tool. **Journal of Clinical Epidemiology**, 114, p. 133-140, 2019. Disponível em:< <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435618310990>> Acesso em 12 maio 2023.

MACDERMID, J. C.; WALTON, D. M.; LAW, M. Critical appraisal of research evidence for its validity and usefulness. **Hand Clinics**, 25, n. 1, p. 29-43, 2009. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749071208001030?via%3Dihub>>. Acesso em 04 maio 2023.

MARTNOFF, R.; KREDER, H. Finding evidence: evidence-based practice. **Hand Clinics**, 25, n. 1, p. 15-27, 2009. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749071208000760?via%3Dihub>>. Acesso em 04 maio 2023.

MCCLUSKEY, A.; LOVARINI, M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. **BMC Med Educ**, 5, p. 40-40, 2005. Disponível em:< <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-5-40>>. Acesso em 15 dez. 2023.

MCCOLL, A. *et al.* General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. **BMJ**, 316 ; p. 361-365, 1998. Disponível em :< <https://www.bmj.com/content/316/7128/361> >. Acesso em 8 fev. 2024.

MCEVOY, M. *et al.* Changes in physiotherapists' perceptions of evidence-based practice after a year in the workforce: a mixed-methods study. **Plos One**, 15, n. 12, 2020. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244190>>. Acesso em 11 jan. 2023.

MCEVOY, M. P.; WILLIAMS, M. T.; OLDS, T. S. Evidence based practice profiles: differences among allied health professions. **BMC Med Educ**, 10, p. 69-69, 2020. Disponível em:< <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-69>>. Acesso em 11 jan. 2023.

MELNYK, B. M. *et al.* Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. **Am J Nurs**, 110, n. 1, p. 51-53, 2010. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2010/01000/evidence_based_practice_step_by_step_the_seven.30.aspx>. Acesso em 05 jan. 2023.

MITRA, S. *et al.* A conversation on evidence-based medicine in the COVID-era, patient revolution, and academic career with Dr. Victor Montori. **J Evid Based Med**, 15, p. 187-191, 2022. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2Fjebm.12487>>. Acesso em 31 jan. 2024.

MOLENA, K. F. *et al.* Knowledge changes after applying evidence-based dentistry educational interventions to dental students : a systematic review. **J Dent Educ**, 87, 9, p. 1321-1369, 2023. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.13290>>. Acesso em 24 fev. 2024.

MOLINO, C. G. R. C. *et al.* Comparison of the methodological quality and transparency of Brazilian practice guidelines. **Cienc Saude Colet**, 24, 10, p. 3947-3956, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xPQ7X778tYyxJgqB6kMtKMv/?lang=en>>. Acesso em 25 jan. 2024.

MONTORI, V. M. *et al.* Shared decision-making as a method of care. **Bmj Evidence-Based Medicine**, 28, p. 213-217, 2023. Disponível em: <<https://ebm.bmj.com/content/28/4/213>>. Acesso em 02 out. 2023.

MOSELEY, A. M. *et al.* Agreement between the Cochrane risk of bias tool and Physiotherapy Evidence Database (PEDro) scale. A meta-epidemiological study of randomized controlled trials of physical therapy interventions. **Plos One**, 14, n. 9, 2019. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222770>>. Acesso em 22 abr. 2023.

MURAD, M. H. *et al.* New evidence pyramid. **BMJ Evidence Based Medicine**, 21, p. 125-127, 2016. Disponível em: <<https://ebm.bmj.com/content/21/4/125.info>>. Acesso em 30 jan. 2024.

NASCIMENTO, L. R. *et al.* Personal and organizational characteristics associated with evidence-based practice reported by Brazilian physical therapists providing service to people with stroke: a cross-sectional mail survey. **Braz J Phys Ther**, 24, n. 4, p. 349-357, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1413355519301376?via%3Dihub>>. Acesso em 12 abr. 2023.

NILSEN, L. D. *et al.* Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students: an overview of systematic reviews. **BMC Med Educ**, 24, 306, 2024. Disponível em: <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-05259-8>>. Acesso em 18 abr. 2024.

NORHAYATI, M. N.; NAWI, Z. M. Validity and reliability of the Noor Evidence-Based Medicine Questionnaire: a cross-sectional study. **PLoS One**, 16, n. 4, p. e0249660, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249660>>. Acesso em 25 abr. 2023.

NOTEBOOM, J. T. *et al.* A primer on selected aspects of evidence-based practice relating to questions of treatment, Part 2: interpreting results, application to clinical practice and self-evaluation. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, 38, n. 8, p. 485-501, 2008. Disponível em: <<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2008.2725>>. Acesso em 12 dez. 2022

OLSEN, N. R. *et al.* Impact of a multifaceted and clinically integrated training program in evidence-based practice on knowledge, skills, beliefs and behaviour among clinical instructors in physiotherapy: a non-randomized controlled study. **PLoS One**, 10, n. 4, p. e0124332, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0124332>>. Acesso em 15 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Organization**, 2024. WHO Guidelines. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/who-guidelines>>. Acesso em 24 jan. 2024.

PACI, M. *et al.* Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: a systematic review and meta-analysis. **International Journal for Quality in Health Care**, 33, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/33/2/mzab093/6295946?login=true>>. Acesso em 19 dez. 2022.

PACKER, A. L. *et al.* SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica. **Ciência da Informação**, 27, n. 2, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ci/a/XhRCDr87m5VTswK5WtNdYzL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 19 abr. 2023.

PATHER, M. K.; MASH, R. Family physicians' experience and understanding of evidence-based practice and guideline implementation in primary care practice, Cape Town, South Africa. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, 11, n. 1, p. e1-e10, 2019. Disponível em: <<https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1592>>. Acesso em 19 dez. 2022.

PEARSON, H. How covid broke the evidence pipeline. **Nature**, 593, p. 182-185, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01246-x>>. Acesso em 31 maio 2024.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, 22, 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>>. Acesso em 9 fev. 2024.

PEDro. **Physiotherapy Evidence Database**, 2022. Estatísticas do site PEDro. Disponível em: < <https://pedro.org.au/portuguese/learn/pedro-statistics/>>. Acesso em 31 out. 2023.

PEREIRA, R. P. G.; CARDOSO, M. J. D. S. P. D. O.; MARTINS, M. A. C. D. S. C. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada em evidência em contexto comunitário. **revista de Enfermagem Referência**, serIII, p. 55-62, 2012. Disponível em: < https://web.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2301&id_revista=9&id_edicao=46>. Acesso em 05 jan. 2023.

PEREIRA, V. C. *et al.* The understanding of evidence-based medicine in undergraduate medical students: an integrative review. **Research, Society and Development**, 11, 15, 2022. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36918>>. Acesso em 24 fev. 2024.

PEREIRA, V. C. *et al.* Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. **Health Research Policy and Systems**, 20, n. 1, 2022. Disponível em: < <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00815-4>>. Acesso em 25 abr. 2023.

PETERS, S. *et al.* Facilitating guideline implementation in primary health care practices. **J Prim Care Community Health**, 11, 2020. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720916263>>. Acesso em 22 mar. 2023.

RICHARDSON, W. S. *et al.* The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **ACP Journal Club**, 123, 3, 1995. Disponível em: < <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12>>. Acesso em 26 jan. 2024.

ROMNEY, W. *et al.* Evidence-based practice confidence and behavior throughout the curriculum of four physical therapy education programs: a longitudinal study. **BMC medical Education**, 23, 839, 2023. Disponível em: < <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04821-0#citeas>>. Acesso em 23 fev. 2024.

ROSENBERG, W.; DONALD, A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. **BMJ** 1995; 310:1122, 1995. Disponível em: < <https://www.bmj.com/content/310/6987/1122>>. Acesso em 05 jun. 2022.

ROSSI, E. D. S. *et al.* Epidemiological profile of COVID-19 cases notified in 2020 in a Southern Brazilian City. **Research, Society and Development**, 11, n. 10, p. e332111032996, 2022. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32996>>. Acesso em 25 jul. 2023.

ROUQUAYROL, M. A.; GURGEL, M. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.

RUANO, A. S. M.; MOTTER, F. R.; LOPES, L. C. Design and validity of an instrument to assess healthcare professionals' perceptions, behaviour, self-efficacy and attitudes towards evidence-based health practice: I-SABE. **Bmj Open**, 12, n. 4,4, e-052767, 2022. Disponível em:< <https://bmjopen.bmj.com/content/12/4/e052767>>. Acesso em 13 mar. 2023.

SACKETT, D. *et al.* Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, 312, 0. 71-72, 1996. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/312/7023/71.long>>. Acesso em 02 jun. 2022.

SADEGHI-BAZARGANI, H.; TABRIZI, J. S.; AZAMI-AGHDASH, S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 20, n. 6, p. 793-802, 2014. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12222>>. Acesso em 19 dez. 2022.

SALBACH, N. M. *et al.* Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice oh physical therapists for people with stroke. **Physical Therapy**, 87, 10, p. 1284-1303, 2007. Disponível em :< <https://academic.oup.com/ptj/article/87/10/1284/2742233>>. Acesso em 20 fev. 2024.

SAUNDERS, H. *et al.* Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: an overview of systematic reviews. **Worldviews Evid Based Nurs**, 16, n. 3, p. 176-185, 2019. Disponível em:< <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12363>>. Acesso em 12 mar. 2023.

SCHIAVENTO, M.; CHU, F. PICO: what it is and what it is not. **Nurse Education in Practice**, 56, 2021. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595321002304?via%3Dihub>>. Acesso em 12 dez. 2022.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde. **Saúde debate**, 42, n. 118, p. 594-605, 2018. Disponível em:< <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/43>>. Acesso em 19 dez. 2022.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Enfermagem e pesquisa na atenção primária: conhecimentos e habilidades para a prática baseada em evidência. **Ver. enferm. atenção saúde**, 9, n. 1, p. 113-126, 2020a. Disponível em:< <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3944>>. Acesso em 19 dez. 2022.

SCHNEIDER, L; R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática baseada em evidências e a análise sociocultural na atenção primária. **Physis (Rio J.)**, 30, n. 2, p. e300232, 2020b. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/physis/a/kq66hywGnfmM4JtrftJM4ys/?lang=pt>>. Acesso em 19 dez. 2022.

SCURLOCK-EVANS, L.; UPTON, P.; UPTON, D. Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. **Physiotherapy**, 100, n. 3, p. 208-279, 2014. Disponível em:<[https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(14\)00027-3/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(14)00027-3/fulltext)>.

Acesso em 15 ago. 2022.

SHOEMAKER, S. J.; MCNELLIS, R. J.; DEWALT, D. A. The capacity of primary care for improving evidence-based care: early findings from AHRQ's evidenceNOW. **Ann Fam Med**, 16, n. suppl 1, p. S2-S4, 2018. Disponível em:<https://www.annfammed.org/content/16/Suppl_1/S2>. Acesso em 15 mar. 2023.

SILVA, T. M.; COSTA, L. C. M.; COSTA, L. O. P. Evidence-based practice: a survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers os Brazilian physical therapists drom São Paulo state. **Braz J Phys Ther**, 19, n. 4, p. 294-303, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/L4FvWd3qxzGvF74w4pkHDSm/abstract/?lang=en>>.

Acesso em 25 jun. 2023.

SILVA, T.M. *et al.* What do physical therapists think about evidence-based practice. A systematic review. **Man Ther**, 20, 3, p. 388-401, 2014. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1356689X1400191X?via%3Dihub>>. Acesso em 08 fev. 2024.

SLADE, S. C.; KENT, P.; PATEL, S.; BUCKNALL, T. *et al.* Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. **Clin J Pain**, 32, n. 9, p. 800-816, 2016. Disponível em:<https://journals.lww.com/clinicalpain/abstract/2016/09000/barriers_to_primary_care_clinician_adherence_to.8.aspx>. Acesso em 15 dez. 2022.

SNOLJUNG, A.; GUSTAFSSON, L.-K. Physiotherapy: how to work with evidence in daily practice. **J Eval Clin Pract**, 25, n. 2, p. 216-223, 2019. Disponível em:<>. Acesso em 15 dez. 2022. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13035>>. Acesso em 14 jan. 2023.

SOUZA, M. S. L.; CÁCERES-ASSENÇO, A. N. Evidence-based practice and clinical practice in child language: na online survey with Brazilian speech-language pathologists. **Codas**, 10, 36, 2023. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/codas/a/PPPr9mfh4hjrXr6xNwcVgnG/?lang=pt>>. Acesso em 26 fev. 2024.

STANDER, J.; GRIMMER, K.; BRINK, Y. Training programmes to improve evidence uptake and utilisation by physiotherapists: a systematic scoping review. **BMC Med Educ**, 18, n. 1, p. 14-14, 2018. Disponível em :<<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1121-6>>.

Acesso em 12 jan. 2023.

STAUNTON, M. Evidence-based radiology: steps 1 and 2 - asking answerable questions and searching for evidence. **Radiology**, 242, n. 1, p. 23-31, 2007.

Disponível em :< <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2421052135>>. Acesso em 24 fev. 2023.

STIGGELBOUT, A. *et al.* Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. **BML (Clinical research ed.)**, 344, p. e256, 2012. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e256>>. Acesso em 11 jan. 2023.

STRAUS, S. E. *et al.* **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. 5 ed. Elsevier, e-book, 2018.

SUR, R.; DAHM, P. History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology* 27(4):p 487-489, Oct-Dec 2011. Disponível em: < https://journals.lww.com/indianjurol/fulltext/2011/27040/history_of_evidence_based_medicine.11.aspx>. Acesso em 08 ago. 2022.

THOMA, A.; UAVES, F. F. A brief history os evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. **Aesthet Surg J**, 35, n. 8, p. NP261-263, 2015. Disponível em:< <https://academic.oup.com/asj/article/35/8/NP261/251339?login=false>>. Acesso em 25 abr. 2023.

THOMAS, A.; CHIN-YEE, B.; MERCURI, M. Thirty years of teaching evidence-based medicine: have we been getting it all wrong? **Advances in health Sciences Education**, 27, n. 1, p. 263-276, 2022. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-021-10077-4>>. Acesso em 25 abr. 2023.

THOMES, C. R. *et al.* Lack of evidence-based practice discipline in the curriculums of the Brazilian undergraduate dentistry programs. **J Evid Based Med**, 16, 1, p. 10-12, 2023. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jebm.12513>>. Acesso em 24 fev. 2024.

TIKKINEN, K. A. O.; GUYATT, G. H. Understanding of research results, evidence summaries and their applicability-not critical appraisal-are core skills of medical curriculum. **Bmj Evidence-Based Medicine**, 26, n. 5, p. 231-233, 2021. Disponível em:< <https://ebm.bmj.com/content/26/5/231>>. Acesso em 25 abr. 2023.

UPTON, D. *et al.* Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research. **British Journal of Occupational Therapy**, 77, n. 1, p. 24-38, 2014. Disponível em:< <https://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802214X13887685335544>>. Acesso em 12 set. 2022.

UPTON, P. *et al.* The adoption and implementation of evidence-based practice (EBP) among allied health professions. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, 19, n. 9, p. 497-503, 2012. Disponível em:< <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijtr.2012.19.9.497>>. Acesso em 15 ago. 2022.

UPTON, D. UPTON, P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. **J Adv Nurs.**, 53, 4, p. 454-458, 2006. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>>. Acesso em 08 fev. 2024.

VERE, J.; GIBSON, B. Variation amongst hierarchies of evidence. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 27, n; 3, p. 624-630, 2021. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13404>>. Acesso em 25 abr. 2023.

WACHHOLZ, O. A.; LIMA, S. A. M.; VILLAS BOAS, P. J. F. Da prática baseada em evidências para a saúde coletiva informada por evidências: revisão narrativa. **Ver. bras. promoç. (Impr.)**, 31, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em:< <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6753>>. Acesso em 25 abr. 2023.

WADE, R.; CORBETT, M.; EASTWOOD, A. Quality assessment of comparative diagnostic accuracy studies: our experience using a modified version of the QUADAS-2 tool. **Research Synthesis Methods**, 4, n. 3, p. 280-286, 2013. Disponível em :< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jrsm.1080>>. Acesso em 25 abr. 2023.

WALEWSKA-ZIELECKA, B. *et al.* Evidence-based care reduces unnecessary medical procedures and healthcare costs in the outpatient setting. **Value in Health Regional Issues**, 25, p. 23-28, 2021. Disponível em :< <https://www.sciencedirect.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S2212109920306415?via%3Dihub>>. Acesos em 31 maio 2024.

WEBER, M. L. *et al.* Dispositivos e estratégias para enfermagem baseada em evidências na contemporaneidade: uma revisão integrativa: devices and strategies for evidence-based nursing in the contemporary world: an integrative review. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 90, n. 28, 2019. Disponível em:< <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/529>>. Acesso em 03 out. 2023.

WENZEL, L. A. *et al.* How do health professionals prioritize clinical areas for implementation of evidence into practice? A cross-sectional qualitative study. **Jbi Evidence implementation**, 18, n. 3, p. 288-296, 2020. Disponível em:< https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2020/09000/how_do_health_professionals_prioritize_clinical.3.aspx>. Acesso em 25 abr. 2023.

WENTZ, R. Visibility of research: FUTON bias. **Lancet**,360(9341):1256, 2002. Disponível em :< [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11264-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11264-5/fulltext)>. Acesso em 16 abr. 2024.

WOOLF, S. H. *et al.* Clinical guidelines - potencial benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **British Medical Journal**, 318, n. 7182, p. 527, 1999. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/318/7182/527>>. Acesso em 04 out. 2023.

YOUNG, T. *et al.* What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? overview of systematic reviews. **PLoS One**, 9, n. 1, p. e86706, 2014. Disponível em:<

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0086706>>. Acesso em 05 jan. 2023.

ZIPKIN, D. A.; GREENBLATT, L.; KUSHINKA, J. T. Evidence-based medicine and primary care: keeping up is hard to do. **Mt Sinai J Med**, 79, n. 5, p. 545-554, 2012. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msj.21337>>. Acesso em 12 jan. 2023.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Solena Ziemer Kusma Fidalski, Herberto José Chong Neto e Alessandra Cecília de Paula Oliveira, respectivamente docentes e aluna de mestrado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde da Secretaria de Saúde do município de Piraquara PR, a participar do estudo intitulado “Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde vinculados a atenção primária em saúde (APS)”. Esta pesquisa é importante para identificar as possíveis barreiras na implementação da prática baseada em evidências na atuação clínica, bem como viabilizar um material de educação continuada na temática em questão.

a) Os objetivos desta pesquisa são identificar o conhecimento da temática Prática Baseada em Evidências (PBE) entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde e implementar um ciclo de educação continuada da temática em questão.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder um questionário online, composto por perguntas objetivas.

c) Para tanto você deverá acessar o link do questionário, em um momento que esteja utilizando a internet, considerando que o questionário também é online. O tempo aproximado de resposta é de 15 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado aos riscos do estudo que são: risco de constrangimento diante de perguntas que você possa não saber responder; Medo de/ constrangimento diante de perguntas que envolvam sua rotina profissional; Medo de divulgação/ publicização sobre sua prática clínica; Medo de ser socialmente rejeitado pelo pesquisador; Medo de punição por respostas negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir negativamente na sua autonomia profissional. Caso isso aconteça, poderá parar de responder a pesquisa sem prejuízo algum.

e) Ao responder a pesquisa, você não terá benefícios diretos, mas ao participar irá contribuir na identificação de temas pertinentes para a Educação Continuada na Temática de Práticas Baseadas em Evidências.

f) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados Universidade Federal do Paraná, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na Rua Padre Camargo, 280, 3º andar, Alto da Glória - Curitiba-PR -

80060-240 Fone (41) 3360-7271, em horário comercial, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você pode me contatar (Alessandra Cecília de Paula Oliveira), (41)99626-6902, em qualquer horário, inclusive por aplicativo de mensagens instantâneas.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) O material obtido – questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

i) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores citados e serão mantidas sob forma codificada [serão adotados codinomes (nomes próprios fictícios)] para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

j) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código (nome fictício).

k) Não haverá despesas necessárias para a realização da pesquisa. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Rubrica do Participante da Pesquisa:
Rubrica do pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:
Rubrica do Orientador:

_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona

os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

[Local, ___ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Link da versão online: <https://forms.gle/NUUXkE5VCA4AYJfo9>

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO (PRIMEIRA VERSÃO)



Questionário PBE



Perguntas

Respostas

Configurações

Comportamento, conhecimento, habilidades e recursos, opiniões e barreiras.

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 8

DADOS DEMOGRÁFICOS



Esta primeira parte é sobre seus dados pessoais/demográficos.

Qual seu gênero? *

- Masculino
- Feminino
- Não-binário

Qual a sua idade? *

- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- +60 anos



Questionário PBE



Perguntas

Respostas

Configurações

Qual é a sua formação universitária? *

- Medicina
- Fisioterapia
- Enfermagem
- Nutrição
- Fonoaudiologia
- Farmácia
- Terapia Ocupacional
- Psicologia
- Outros...

Há quanto tempo você concluiu sua formação/graduação? *

- Há menos 5 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Entre 10 e 14 anos
- Entre 15 e 19 anos
- Entre 20 e 24 anos
- Mais de 24 anos



Questionário PBE



Perguntas

Respostas

Configurações

Qual sua maior nível de formação atual concluído? *

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

Você tem ou já teve experiência com docência (dar aulas)?

- Sim
- Não

Você tem ou já teve experiência com elaboração de pesquisa?

- Sim
- Não

Qual a sua habilidade para leitura de textos em inglês?

- Ruim
- Razoável



Questionário PBE



Perguntas

Respostas

Configurações

 Boa Excelente

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 8

COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



Nesta seção você responderá questões sobre seu comportamento em relação à Prática Baseada em Evidências.

B *I* U

Quais os meios que você se utiliza para se atualizar profissionalmente? *

- Cursos
- Congressos, conferências e palestras
- Grupo de estudos
- Livros
- Artigos científicos
- Artigos informais (blogs; revistas do Conselho)
- Outros...



Questionário PBE

Todas as alterações foram salvas no Google Drive



Perguntas

Respostas

Configurações

Quais bases de dados você á utilizou?

	Sim	Não
Pubmed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cochrane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scielo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lilacs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEdro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Google Acadêmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros (especifique):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quais bases de dados você faz mais uso (escolha até 3 opções)? *

- Bireme
- Pubmed
- Cochrane
- Scielo
- Lilacs
- PEdro



Questionário PBE

Todas as alterações foram salvas no Google Drive

Perguntas

Respostas

Configurações

 Google Acadêmico Nenhuma Outra (especifique)

Qual a frequência de utilização dessa(s) base(s) de dados nos últimos 6 meses?

 Todos os dias 1 a 3x na semana 1 a 3x no mês 1 vez a cada 2 meses Muito raramente Não utilizo bases de dados

Quais locais em que realiza buscas nas bases de dados?

 Casa Trabalho Universidade Não utilizo bases de dados Outro local (especifique):



Perguntas Respostas Configurações

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 8

CONHECIMENTO EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

As próximas questões são afirmativas relacionadas ao conhecimento em Prática Baseada em Evidências. Por favor, quantifique seu conhecimento.

Pergunta *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parc...	Concordo tota
Sei o significa...	<input type="checkbox"/>				
Não tive experi...	<input type="checkbox"/>				
As informaçõe...	<input type="checkbox"/>				
Não possuo c...	<input type="checkbox"/>				
Possuo compr...	<input type="checkbox"/>				
Não possuo e...	<input type="checkbox"/>				
Acredito ter co...	<input type="checkbox"/>				
Não apresento...	<input type="checkbox"/>				



Perguntas

Respostas

Configurações

Seção 5 de 8

HABILIDADES E RECURSOS EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



As próximas afirmativas estão relacionadas à habilidade e recursos em Prática Baseada em Evidências.



Pergunta *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parc...	Concordo tot
Não possuo fa...	<input type="checkbox"/>				
Possuo facilid...	<input type="checkbox"/>				
Possuo hábito ...	<input type="checkbox"/>				
Não possuo in...	<input type="checkbox"/>				
Possuo recurs...	<input type="checkbox"/>				
Não realizo dis...	<input type="checkbox"/>				
Informo o paci...	<input type="checkbox"/>				
Nunca busco i...	<input type="checkbox"/>				



Questionário PBE

Todas as alterações foram salvas no Google Drive






Perguntas Respostas Configurações

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 8

OPINIÕES EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS ×

As próximas afirmativas estão relacionadas a opiniões sobre Prática Baseada em Evidências. Por favor, quantifique a sua opinião a respeito.



Pergunta *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parc...	Concordo tot
A PBE é impor...	<input type="checkbox"/>				
Eu não acredit...	<input type="checkbox"/>				
A opinião de e...	<input type="checkbox"/>				
A utilização da...	<input type="checkbox"/>				

Após a seção 6 Continuar para a próxima seção

Seção 7 de 8

BARREIRAS EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS ×

Nesta seção gostaríamos de saber quais as principais barreiras consideradas por você r Prática Baseada em Evidências. Classifique quais os itens que acredita ou não ser barreiras para a Prática Baseada em Evidências.

 **Questionário PBE** Todas as alterações foram salvas no Google Drive    

Perguntas Respostas Configurações

⋮

Pergunta *

	Sim	Não
Idioma dos artigos científicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de qualidade das evidências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em obter os artigos ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entender dados estatísticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entender os resultados (conflita...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em explicar para o p...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de treinamento em Prática...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de noções básicas em pes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidade de avaliar a qualid...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não implantação da pesquisa ci...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de interesse por pesquisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a Prática Baseada ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar a Prática Baseada em Ev...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconhecimento sobre como u...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Questionário PBE

Todas as alterações foram salvas no Google Drive



Perguntas

Respostas

Configurações

Seção 8 de 8

OBRIGADA POR RESPONDER!  

Esta foi a pesquisa, muito obrigada por responder!! A próxima etapa consiste em fornecer materiais didáticos (totalmente gratuitos) sobre PBE para profissionais de saúde, trazendo os seguintes conteúdos: Introdução à PBE; Tipos de estudo e suas aplicações; Como desenvolver uma pergunta clínica e buscá-la em bases de dados; Como avaliar a qualidade metodológica dos estudos e Implementando a PBE na prática clínica. Você teria interesse em receber? Então manifeste seu interesse na próxima pergunta!

B *I* U    

Você gostaria de receber material (totalmente gratuito) sobre PBE?  Sim Não

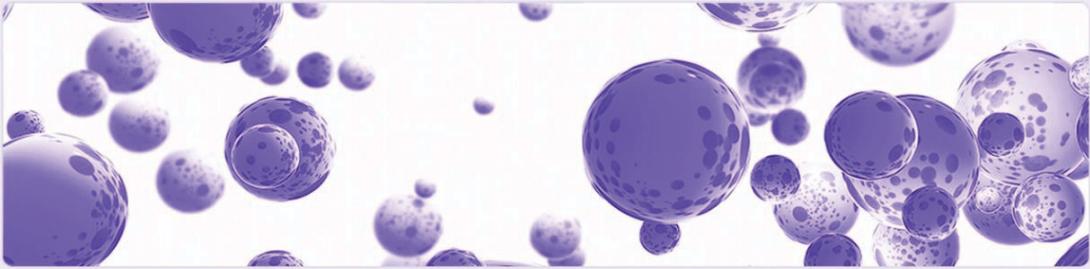
Deixe aqui seu e-mail para receber os materiais didáticos sobre PBE (totalmente gratuito)

Texto de resposta curta

A última etapa da pesquisa consiste em uma roda de conversa sobre os materiais recebidos. Você teria interesse em participar? (Não se preocupe, não é obrigatório) 

 Sim

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO (VERSÃO FINAL)



Seção 1 de 9

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS ✕ ⋮

Comportamento, conhecimento, habilidades e recursos, opiniões e barreiras.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde vinculados a atenção primária em saúde (APS)”**. Para prosseguir a pesquisa, leia atentamente ao **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**:

B *I* U ↻ ☰ ☷ ✕

*

Nós, Solena Ziemer Kusma Fidalski, Herberto José Chong Neto e Alessandra Cecília de Paula Oliveira, respectivamente docentes e aluna de mestrado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde da Secretaria de Saúde do município de Piraquara PR, a participar do estudo intitulado **“Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde vinculados a atenção primária em saúde (APS)”**. Esta pesquisa é importante para identificar as possíveis barreiras na implementação da prática baseada em evidências na atuação clínica, bem como viabilizar um material de educação continuada na temática em questão.

a) Os objetivos desta pesquisa são identificar o conhecimento da temática Prática Baseada em Evidências (PBE) entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde e implementar um ciclo de educação continuada da temática em questão.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder um questionário online, composto por perguntas objetivas.

c) Para tanto você deverá acessar o link do questionário, em um momento que esteja utilizando a internet, considerando que o questionário também é online. O tempo aproximado de resposta é de 15 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado aos riscos do estudo que são: risco de constrangimento diante de perguntas que você possa

não saber responder; Medo de/ constrangimento diante de perguntas que envolvam sua rotina profissional; Medo de divulgação/ publicização sobre sua prática clínica; Medo de ser socialmente rejeitado pelo pesquisador; Medo de punição por respostas negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir negativamente na sua autonomia profissional. Caso isso aconteça, poderá parar de responder a pesquisa sem prejuízo algum.

e) Ao responder a pesquisa, você não terá benefícios diretos, mas ao participar irá contribuir na identificação de temas pertinentes para a Educação Continuada na Temática de Práticas Baseadas em Evidências.

f) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados Universidade Federal do Paraná, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na Rua Padre Camargo, 280, 3º andar, Alto da Glória - Curitiba-PR - 80060-240 Fone (41) 3360-7271, em horário comercial, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você pode me contatar (Alessandra Cecília de Paula Oliveira), (41)99626-6902, em qualquer horário, inclusive por aplicativo de mensagens instantâneas.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) O material obtido – questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

i) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores citados e serão mantidas sob forma codificada [serão adotados codinomes (nomes próprios fictícios)] para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

j) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código (nome fictício).

k) Não haverá despesas necessárias para a realização da pesquisa. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos

(Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

B *I* U  

- Sim, concordo em participar dessa pesquisa
- Não, não tenho interesse em participar dessa pesquisa

Após a seção 1 Ir para a seção 2 (Dados Demográficos) 

Seção 2 de 9

Dados Demográficos

Nessa primeira parte adicione seus dados pessoais/demográficos.

Qual o seu sexo ^{*}
biológico?

- Masculino
- Feminino

Qual sua idade? (coloque somente o número ^{*}
- anos)

B *I* U  

Texto de resposta curta

Qual sua formação
universitária? *

Selecionar apenas uma alternativa

- Biomedicina
- Enfermagem
- Educação Física
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Terapia Ocupacional
- Outros...

Qual ano você concluiu sua formação/graduação universitária mencionada na
questão anterior? *

Texto de resposta curta

Qual seu maior nível de formação atual *
concluído?

Selecionar apenas uma alternativa

B *I* U ↻ ☰ ☷ ✕

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

Você tem ou já teve experiência com docência (dar aulas)? *

Selecionar apenas uma alternativa

- Sim
- Não

Você tem ou já teve experiência com elaboração de pesquisa ou participou de grupos de pesquisa? Por exemplo: iniciação científica *

Selecionar apenas uma alternativa

B *I* U ↻ ☰ ☷ ✕

- Sim
- Não

Qual a sua habilidade para leitura de textos em inglês? *

Selecionar apenas uma alternativa

	1	2	3	4	
Ruim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

Após a seção 2 Ir para a seção 3 (EXPERIÊNCIAS EM RE...ADA EM EVIDÊNCIAS) ▾

Seção 3 de 9

EXPERIÊNCIAS EM RELAÇÃO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



Nesta seção você responderá questões sobre seu comportamento em relação à Prática Baseada em Evidências.

Com que frequência você utiliza os seguintes meios para se atualizar profissionalmente? *

Escolha a graduação em que você melhor se encaixa em cada um dos meios

B *I* U

	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Curso	<input type="radio"/>				
Congressos, co...	<input type="radio"/>				
Grupos de Estu...	<input type="radio"/>				
Artigos Cientifi...	<input type="radio"/>				
Artigos inform...	<input type="radio"/>				

Qual base de dados você já utilizou? *

	Sim	Não
Pubmed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cochrane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scielo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Google Acadêmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UNA – SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portal Capes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Em relação a pergunta anterior. Caso você já tenha utilizado outra base de dados, qual seria ?

Texto de resposta longa

Quais bases de dados você faz mais uso e com que frequência? *

B *I* U  

	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Bireme	<input type="radio"/>				
Pubmed	<input type="radio"/>				
Cochrane	<input type="radio"/>				
Scielo	<input type="radio"/>				
Lilacs	<input type="radio"/>				
Google Acadê...	<input type="radio"/>				
Outra (especifi...	<input type="radio"/>				

Em relação a pergunta anterior. Caso você já tenha utilizado outra base de dados, qual seria ?

Texto de resposta longa

Qual a frequência de utilização dessa(s) base(s) de dados nos últimos *
6 meses?

B *I* U  

	1 a 3x na sema...	1 a 3x no mês	1x a cada 2 me...	Muito raramente	Não utilizo ess...
Bireme	<input type="radio"/>				
Pubmed	<input type="radio"/>				
Cochrane	<input type="radio"/>				
Scielo	<input type="radio"/>				
Lilacs	<input type="radio"/>				
Google Acadê...	<input type="radio"/>				
Outras	<input type="radio"/>				

*Quais locais em que realiza buscas nas bases de dados?

Marque todas que se aplicam

- Em casa
- No trabalho
- Na Universidade
- Não utilizo base de dados
- Outro local (especifique)

Em relação a pergunta anterior. Caso você já tenha utilizado outra base de dados, qual seria ?

Texto de resposta longa

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 9

CONHECIMENTO EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



As próximas questões dessa seção serão afirmativas relacionadas ao conhecimento em Prática Baseada em Evidências (PBE). Por favor, quantifique seu conhecimento.

Marque todas que se aplicam *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parci...	Concordo total...
Sei o significad...	<input type="radio"/>				
Não tive experi...	<input type="radio"/>				
As informaçõe...	<input type="radio"/>				
Possuo compr...	<input type="radio"/>				
Não possuo en...	<input type="radio"/>				
Acredito ter co...	<input type="radio"/>				
Não apresento ...	<input type="radio"/>				

Após a seção 4 Continuar para a próxima seção

Seção 5 de 9

HABILIDADES E RECURSOS EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

As próximas afirmativas estão relacionadas à habilidade e recursos em Prática Baseada em Evidências.

Marque todas que se aplicam *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parci...	Concordo total...
Não possuo fa...	<input type="radio"/>				
Possuo facilita...	<input type="radio"/>				
Possuo o hábit...	<input type="radio"/>				
Não possuo inc...	<input type="radio"/>				
Possuo recurs...	<input type="radio"/>				
Não realizo dis...	<input type="radio"/>				
Informo ao pac...	<input type="radio"/>				
Tenho muita di...	<input type="radio"/>				

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 9

OPINIÕES EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

As próximas afirmativas estão relacionadas a opiniões sobre Prática Baseada em Evidências. Por favor, quantifique sua opinião a respeito.

B *I* U

Marque todas que se aplicam *

	Discordo total...	Discordo parci...	Neutro	Concordo parci...	Concordo total...
A PBE é import...	<input type="radio"/>				
Eu não acredito...	<input type="radio"/>				
A opinião de es...	<input type="radio"/>				
A utilização da ...	<input type="radio"/>				

Após a seção 6 Continuar para a próxima seção

Seção 7 de 9

BARREIRAS EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



Nesta seção gostaríamos de saber quais as principais barreiras consideradas por você na Prática Baseada em Evidência.

Classifique quais os itens que acredita ou não ser barreiras para a Prática Baseada em Evidências.

Marque todas que se aplicam *

	Sim	Não
Idiomas dos artigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de qualidade das evidências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em obter os artigos n...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entender dados estatísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entender os resultados (conflitan...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em explicar para o pa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Falta de treinamento em Prática ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de noções básicas de pesqu... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incapacidade de avaliar a qualida... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Não implantação da pesquisa cie... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de interesse por pesquisa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acredita que a PBE desconsidera ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Utilizar a PBE pode representar m... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desconhecimento sobre como us... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de conhecimento básico so... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Após a seção 7 Continuar para a próxima seção

Seção 8 de 9

Informações Adicionais



Essa foi a pesquisa, agradecemos sua resposta!

A próxima etapa consiste em fornecer materiais didáticos (totalmente gratuitos) sobre PBE para profissionais de saúde, trazendo os seguintes conteúdo:

Introdução à PBE;

Tipos de estudo e suas aplicações;

Como desenvolver uma pergunta clínica e buscá-la em bases de dados;

Como avaliar a qualidade metodológica dos estudos e implementando a PBE na prática clínica.

Você teria interesse em receber?

Então manifeste seu interesse nas próximas perguntas!

B *I* U

Você gostaria de receber material (totalmente gratuito) sobre PBE? *

- Sim
- Não

Deixe aqui seu e-mail e/ou telefone para receber os materiais didáticos sobre PBE.

Texto de resposta curta

A última etapa da pesquisa consiste em uma roda de conversa sobre os materiais recebidos. Você teria interesse em participar? (Não se preocupe, não é obrigatório) *

- Sim
- Não

Você teria interesse nesses tópicos? (Pode marcar mais de uma alternativa) *

- Busca em base de dados
- Leitura crítica de artigos
- Utilização do DataSUS
- Hierarquia das evidências
- Aplicação da PBE
- Noções básicas de estatística
- Pergunta de pesquisas – como formular?
- Como transformar uma pergunta clínica em busca de evidência

Ferramentas de tradução Não tenho interesse Outros...

Deixe aqui uma sugestão de tema, caso tenha.

Texto de resposta longa

Em qual tipo de plataforma você gostaria de receber as informações? (Pode marcar mais de uma alternativa) *

 Podcasts Vídeo aulas E-books Não tenho interesse Outros...

Após a seção 8 Continuar para a próxima seção

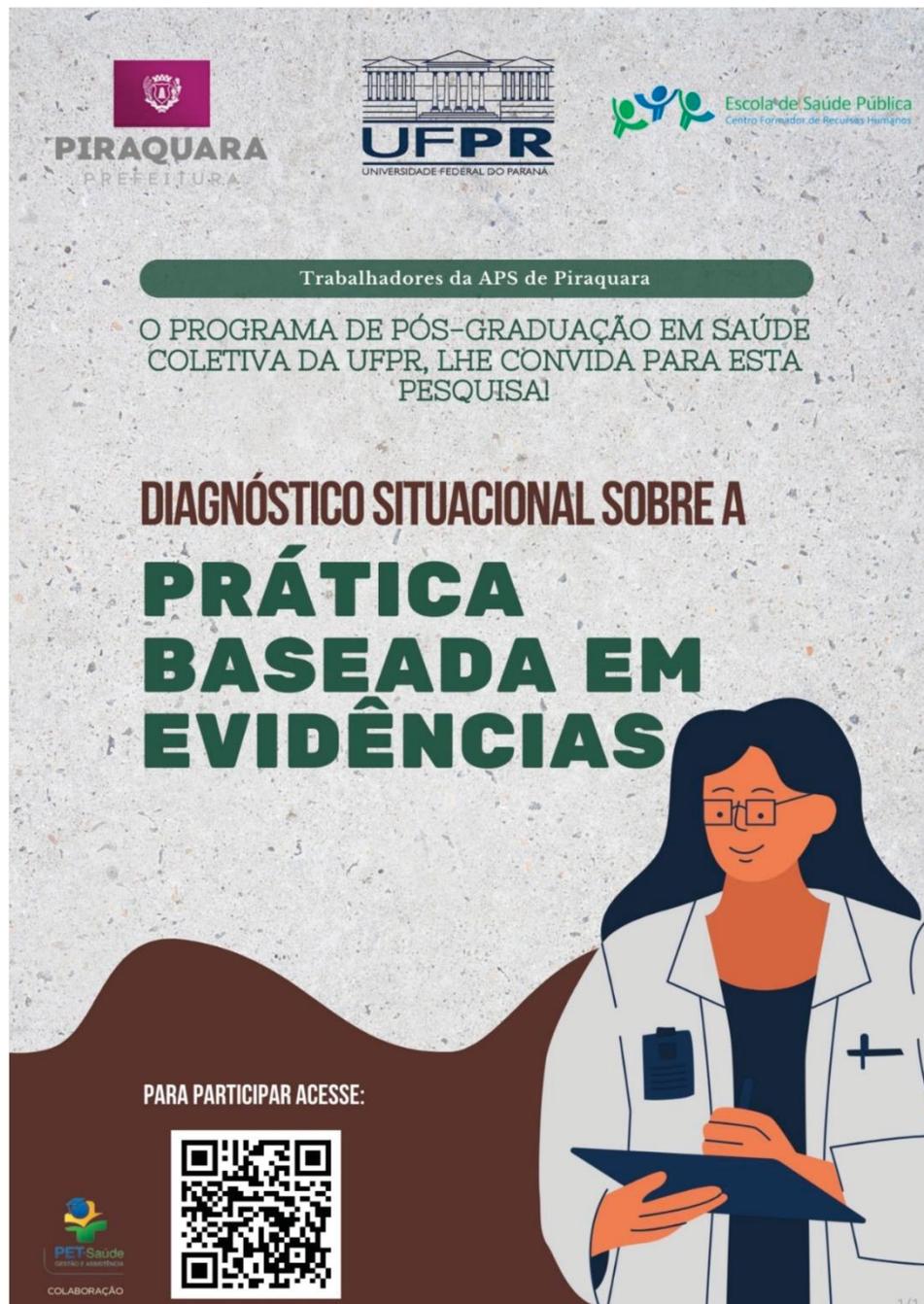
Seção 9 de 9

Agradecemos sua participação na pesquisa!

B *I* U ↻ ✕

Link da versão online: <https://forms.gle/NUUXkE5VCA4AYJfo9>

APÊNDICE 3 – CARTAZ / PANFLETO DE CONVITE DA PESQUISA



Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas Baseada em Evidências entre profissionais de saúde vinculados a Atenção Primária em Saúde (APS)

Pesquisador: Solena Ziemer Kusma Fidalski

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63951722.8.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.731.637

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "Prática baseada em evidências entre profissionais de saúde vinculados a atenção primária em saúde (APS)", proveniente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde/UFPR como requisito parcial para conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva.

O estudo tem como local de realização Secretaria de Saúde de Piraquara PR e cronograma de execução de Dezembro de 2022 a Junho de 2024.

Segundo informam os pesquisadores: " A presente pesquisa acontecerá em 3 etapas distintas: 1. Diagnóstico situacional; 2. Produção de material e implementação, 3. Avaliação Pós implementação". Critérios de Inclusão e Exclusão estão bem definidos e descritos: "Os critérios de inclusão serão profissionais de saúde que estejam atuando na atenção primária em saúde e que tiverem concordado em participar do estudo. Todos os participantes serão informados dos objetivos do estudo e assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado juntamente com o questionário". "Os critérios de exclusão serão profissionais afastados do ambiente de trabalho por motivo de férias ou afastamento de saúde".

A forma de recrutamento está adequada: "Os participantes receberão o instrumento de coleta de dados por e-mail, enviados pela Secretaria de Saúde, e terão duas semanas de prazo para

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.731.637

respondê-lo. A amostra será por conveniência, todos os profissionais serão convidados a participar do estudo, conforme critérios de inclusão e exclusão. A participação será voluntária".

"Os participantes serão recrutados para primeira fase através da SESA e da prefeitura municipal de Piraquara.

Para a segunda fase serão recrutados através do preenchimento do formulário na primeira etapa e do aceite em participar da segunda etapa.

Na terceira fase serão recrutados seis participantes que tiverem preenchido no formulário da primeira etapa sua concordância em participar desta última etapa".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário - "Os objetivos são identificar o conhecimento da temática Prática Baseada em Evidências (PBE) entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde e implementar um ciclo de educação continuada da temática em questão".

Objetivo Secundário:

"Identificar os conhecimentos, as atitudes e dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária da prefeitura municipal de Piraquara/PR na implementação da PBE; Desenvolver materiais (e-book, vídeos-aulas e podcasts) que possa potencializar a atuação dos profissionais de saúde com base na PBE; Avaliar a pertinência e utilização dos materiais desenvolvidos ao longo do projeto".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os participantes da etapa 1 do estudo não terão nenhum benefício direto com a pesquisa, mas caso se interessem em participar da etapa 2, os benefícios que os participantes poderão obter com a participação são: 1) entender a importância do uso da melhor evidência disponível na sua prática clínica; 2) recebimento de material didático sobre PBE; 3) considerando o escasso contato com a prática baseada em evidências durante a graduação, muitos profissionais possivelmente vivenciarão o primeiro contato com conceitos, pilares e fundamentos da PBE; e aqueles que participarem da etapa 3 poderão experimentar a troca de experiências com outros colegas, compartilhando suas dificuldades e aprendizados".

"Os riscos inerentes à pesquisa são: risco de constrangimento diante de perguntas que o participante não sabe responder; Medo de/ constrangimento diante de perguntas que envolvam sua prática profissional; Medo de divulgação/ publicação sobre suas condutas profissionais; Medo do respondente ser socialmente rejeitado pelo pesquisador; Medo de punição por respostas

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.731.637

negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir em sua autonomia profissional".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo amplo, bem descrito e de relevância social posto que relacionado à Prática baseada em Evidência, termo que surge como forma de ampliar o contexto da prática de Medicina Baseada em Evidência.

Todavia, algumas pendências foram apontadas e que precisam ser sanadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão adequados.

Folder ou Flyer convidando para participar do estudo possui QR CODE

Estão apresentados o Roteiro para as atividades de GRUPO FOCAL bem como o instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Revisão gramatical e de sintaxe do idioma brasileiro, adequando para concordância de gênero e número-
PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Assinatura do Pesquisador Co-orientador em copiar/colar; solicita-se adequar.PENDÊNCIA ATENDIDA

3. TCLE (em ambos os TCLEs): h) O material obtido – questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/deletado eletronicamente de maneira irreversível ao término do estudo. Solicita-se adequar conforme preconizado pela Resol. 466/12:(Art. XI, Item XI. 2, sub-item f) e sobre o tempo de armazenamento do material obtido. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, a cada seis meses da primeira aprovação de seu protocolo, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.731.637

- Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2026935.pdf	27/10/2022 11:18:17		Aceito
Outros	01_Carta_resposta_pendencias_CEP_UFPR.pdf	27/10/2022 11:15:10	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_etapa1_v2.docx	27/10/2022 11:14:52	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal_v2.docx	27/10/2022 11:14:40	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_equipe_2.pdf	27/10/2022 11:14:25	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alessandra_CEP_27_10_22_corrigido.docx	27/10/2022 11:14:12	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_equipe.pdf	04/10/2022 16:20:46	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Extrato_Atta_Alessandra.pdf	04/10/2022 15:37:10	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Chceklist_Alessandra.pdf	03/10/2022 19:19:34	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Termo_ausenciaCustos.pdf	03/10/2022 19:19:03	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	PET_Panfleto_pesquisa.pdf	03/10/2022 19:18:39	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Uso_Imagem_Voz.docx	03/10/2022 19:17:57	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.docx	03/10/2022 19:17:43	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_Dados.pdf	03/10/2022 19:17:19	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 5.731.637

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal.docx	03/10/2022 19:16:56	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_etapa1.docx	03/10/2022 19:16:41	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ESPP_Coparticipacao.pdf	03/10/2022 19:15:24	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Docs_Piraquara_Assinados_2.pdf	03/10/2022 19:15:14	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Docs_Piraquara_Assinados_1.pdf	03/10/2022 19:15:04	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	03/10/2022 19:14:36	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Analise_Merito_Alessandra.pdf	03/10/2022 19:11:25	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alessandra_CEP_01_10_22.docx	03/10/2022 19:10:51	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_pet.pdf	03/10/2022 19:09:47	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

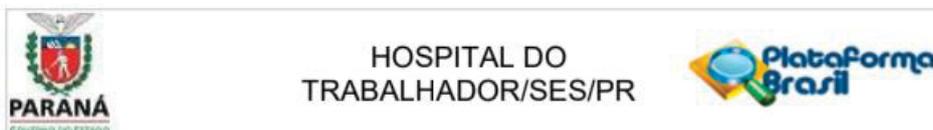
Não

CURITIBA, 31 de Outubro de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas Baseada em Evidências entre profissionais de saúde vinculados a Atenção Primária em Saúde (APS)

Pesquisador: Solena Ziemer Kusma Fidalski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63951722.8.3001.5225

Instituição Proponente: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.807.393

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR que tem como proposta identificar o conhecimento da temática Prática Baseada em Evidências (PBE) entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde e implementar um ciclo de educação continuada da temática em questão. Para tanto os pesquisadores realizarão uma pesquisa em 3 etapas: 1. Diagnóstico situacional – identificação do conhecimento de PBE entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde do município de Piraquara-PR por meio de um questionário objetivo; 2. Produção de material e implementação – a partir dos resultados encontrados na etapa 1 uma mestranda, juntamente com um grupo de estudantes que participam do PET Saúde UFPR organizarão material de educação continuada em PBE e esse será implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara entre os profissionais interessados, 3. Avaliação Pós implementação – será realizado dois grupos focais para avaliar o material organizado pela equipe. O desenvolvimento de práticas baseadas em evidências pelos profissionais de saúde é objeto de crescente interesse, porém diversas barreiras podem ser vivenciadas na sua implementação. Estudos anteriores revelam as seguintes barreiras principais: falta de tempo; incapacidade de compreender dados estatísticos; falta de suporte organizacional; falta de recursos; colegas que não realizam PBE; falta de interesse e dificuldade de generalização dos resultados (DA SILVA; COSTA; GARCIA; COSTA, 2015). Desta forma, este estudo espera encontrar um grande interesse dos participantes da pesquisa em implementar a PBE na sua

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 5.807.393

rotina e que estes profissionais apontem as principais barreiras encontradas na sua vivência profissional em relação ao uso das evidências na tomada de decisão clínica. Espera-se também que a maior parte dos entrevistados manifeste interesse em receber os materiais disponibilizados sobre PBE para potencializar sua prática clínica. Em relação aos resultados da última fase, o grupo focal, espera-se que estes profissionais possam trazer suas contribuições pessoais acerca da qualidade e da utilidade destes materiais ofertados além de sugestões valiosas para aprimoramento do produto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Os objetivos são identificar o conhecimento da temática Prática Baseada em Evidências (PBE) entre profissionais de saúde da atenção primária em saúde e implementar um ciclo de educação continuada da temática em questão.

Objetivo Secundário:

Identificar os conhecimentos, as atitudes e dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária da prefeitura municipal de Piraquara/PR na implementação da PBE; Desenvolver materiais (e-book, vídeos-aulas e podcasts) que possa potencializar a atuação dos profissionais de saúde com base na PBE; Avaliar a pertinência e utilização dos materiais desenvolvidos ao longo do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

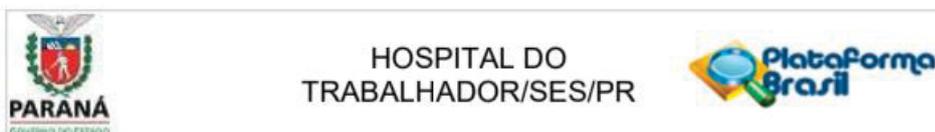
Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são: risco de constrangimento diante de perguntas que o participante não sabe responder; Medo de/ constrangimento diante de perguntas que envolvam sua prática profissional; Medo de divulgação/ publicização sobre suas condutas profissionais; Medo do respondente ser socialmente rejeitado pelo pesquisador; Medo de punição por respostas negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir em sua autonomia profissional. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhamentos à assistência integral diante de complicações e danos decorrentes dos riscos previstos e potenciais do estudo. Caso o participante tenha o desejo de parar com as respostas ao questionário ou em qualquer momento da pesquisa, poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo.

Benefícios:

Os participantes da etapa 1 do estudo não terão nenhum benefício direto com a pesquisa, mas caso se interessem em participar da etapa 2, os benefícios que os participantes poderão obter com a participação são: 1) entender a importância do uso da melhor evidência disponível na sua prática

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.807.393

clínica; 2) recebimento de material didático sobre PBE; 3) considerando o escasso contato com a prática baseada em evidências durante a graduação, muitos profissionais possivelmente vivenciarão o primeiro contato com conceitos, pilares e fundamentos da PBE; e aqueles que participarem da etapa 3 poderão experimentar a troca de experiências com outros colegas, compartilhando suas dificuldades e aprendizados. O benefício à sociedade é de imenso valor, visto que quando o profissional possui habilidades em atualizar-se por meio das melhores evidências disponíveis este proporciona um cuidado eficaz e seguro à saúde de seus pacientes, evitando exames diagnósticos desnecessários ou irrelevantes e tratamentos ineficazes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância, bem estruturado, que pode contribuir com a difusão de conhecimento e utilização da PBE em prol da saúde e bem estar social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as normas CONEP

Recomendações:

Relatórios devem ser apresentados semestralmente até o final da pesquisa. Ao final da pesquisa, apresentar relatório final. Qualquer alteração deve ser apresentada em formato de ementa ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

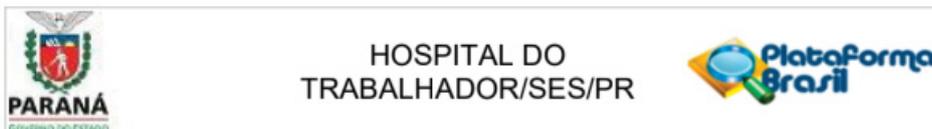
Pesquisa sem óbices éticos. Acrescentar o endereço/contato do CEP/HT/SESA no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	01_Carta_resposta_pendencias_CEP_UFPR.pdf	27/10/2022 11:15:10	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_etapa1_v2.docx	27/10/2022 11:14:52	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal_v2.docx	27/10/2022 11:14:40	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Alessandra_CEP_27_10_22_c	27/10/2022	Solena Ziemer	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.807.393

/ Brochura Investigador	origido.docx	11:14:12	Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Extrato_Ata_Alessandra.pdf	04/10/2022 15:37:10	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Chceklst_Alessandra.pdf	03/10/2022 19:19:34	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Termo_ ausenciaCustos.pdf	03/10/2022 19:19:03	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	PET_Panfleto_pesquisa.pdf	03/10/2022 19:18:39	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Uso_Imagem_Voz.docx	03/10/2022 19:17:57	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.docx	03/10/2022 19:17:43	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_Dados.pdf	03/10/2022 19:17:19	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal.docx	03/10/2022 19:16:56	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_etapa1.docx	03/10/2022 19:16:41	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	03/10/2022 19:14:36	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Outros	Analise_Merito_Alessandra.pdf	03/10/2022 19:11:25	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alessandra_CEP_01_10_22.do cx	03/10/2022 19:10:51	Solena Ziemer Kusma Fidalski	Aceito

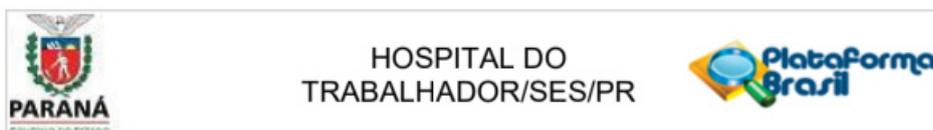
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.807.393

CURITIBA, 12 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Fabio Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br