


Competências e barreiras na utilização da prática baseada em evidências por profissionais de saúde primária

Skills and barriers in the use of the Evidence Based Practice by Primary Healthcare Professionals

Habilidades y barreras en el uso de la Práctica Basada en la Evidencia por los Profesionales de Atención Primaria de la Salud

Matheus Augusto Teixeira dos Santos  <https://orcid.org/0000-0002-2328-788X>

Thaiane Paula Lima Henrique  <https://orcid.org/0000-0002-4303-4206>¹

Andrei Pereira Pernambuco  <https://orcid.org/0000-0002-5673-8165>

Resumo

Introdução: Os profissionais de saúde precisam fornecer tratamentos seguros e eficazes e a Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma alternativa para a atuação com maior responsabilidade e assertividade. Apesar das vantagens proporcionadas por esse método, seu uso é incipiente entre profissionais de saúde no Brasil. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica sobre a PBE e identificar as principais barreiras que impedem sua adoção. **Metodologia:** Foram convidados para a pesquisa profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de Minas Gerais. O conhecimento acerca da PBE foi avaliado pelo questionário QECPBE-20 e as principais barreiras foram avaliadas por formulário estruturado. A estatística foi descritiva e o teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a distribuição das variáveis contínuas. **Resultados:** Onze profissionais participaram do estudo. No QECPBE, os profissionais obtiveram um score de $3,89 \pm 1,79$ nas “Práticas do dia a dia” e $4,23 \pm 1,35$ em “Conhecimentos, Competências e habilidades”. No domínio “Atitudes”, a mediana dos escores foi de 6,00 (5,00-7,00). **Conclusão:** As barreiras mais indicadas pelos profissionais foram a falta de tempo (72,7%), dificuldade em analisar a qualidade metodológica (54,5%) e ler em línguas estrangeiras (45,5%). Além disso, conhecem o modelo, têm atitudes positivas acerca da PBE, mas possuem competências medianas e pouco a utilizam no dia a dia.

Palavras-chave: Prática Clínica baseada em evidências. Raciocínio clínico. Ciência. Modelos de Assistência à Saúde.

¹ Autor correspondente: thaianefelix2@gmail.com. Centro Universitário de Formiga.

Abstract

Introduction: Health professionals need to provide safe and effective treatments and Evidence-Based Practice (EBP) is an alternative to acting with greater responsibility and assertiveness. Despite the advantages provided by this method, its use is incipient among health professionals in Brazil. **Objective:** The aim of the study is to assess the knowledge of primary care health professionals about EBP and identify the main barriers that prevent its adoption. **Methodology:** Health professionals who work in Basic Health Units (UBS) in a municipality in Minas Gerais were invited to the research. Knowledge about EBP was assessed using the QECPE-20 questionnaire and the main barriers were assessed using a structured form. The statistics were descriptive, and the Shapiro-Wilk test was used to assess the distribution of continuous variables. **Results:** Eleven professionals participated in the study. In the QECPE, professionals obtained a score of 3.89 ± 1.79 in “Day-to-day practices” and 4.23 ± 1.35 in “Knowledge, Skills and Abilities”. In the “Attitudes” domain, the median score was 6.00 (5.00-7.00). **Conclusion:** The barriers most indicated by professionals were lack of time (72.7%), difficulty in analyzing methodological quality (54.5%) and reading in foreign languages (45.5%). In addition, they know the model, have positive attitudes about EBP, but have average skills and little use it daily.

Keywords: Evidence-Based Practice. Clinical Reasoning. Science. Healthcare Models.

Resumen

Introducción: Los profesionales de la salud necesitan brindar tratamientos seguros y efectivos y la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es una alternativa para actuar con mayor responsabilidad y asertividad. A pesar de las ventajas proporcionadas por este método, su uso es incipiente entre los profesionales de la salud en Brasil. **Objetivo:** El propósito de esta investigación es evaluar el conocimiento de los profesionales de salud de atención primaria sobre la PBE e identificar las principales barreras que impiden su adopción. **Metodología:** Fueron invitados a la investigación profesionales de la salud que actúan en Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio de Minas Gerais. El conocimiento sobre PBE se evaluó mediante el cuestionario QECPE-20 y las principales barreras se evaluaron mediante un formulario estructurado. La estadística fue descriptiva y se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables continuas. **Resultados:** Once profesionales participaron del estudio. En el QECPE, los profesionales obtuvieron puntuación de $3,89 \pm 1,79$ en “Prácticas del día a día” y de $4,23 \pm 1,35$ en “Conocimientos, Habilidades y Habilidades”. En el dominio “Actitudes”, la mediana de la puntuación fue de 6,00 (5,00-7,00). **Conclusión:** Las barreras más señaladas por los profesionales fueron la falta de tiempo (72,7%), la dificultad para analizar la calidad metodológica (54,5%) y la lectura en lenguas extranjeras (45,5%). Además, conocen el modelo, tienen actitudes positivas sobre la PBE, pero tienen habilidades medias y poco lo utilizan en el día a día.

Descriptores: Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Razonamiento clínico. Ciencia. Modelos de Atención de Salud.

Introdução

Dentre as principais atribuições dos profissionais de saúde inclui-se a melhoria do acesso à saúde e da qualidade de vida de indivíduos e populações, bem como a oferta de tratamentos seguros e eficazes¹. É dever dos profissionais de saúde respeitar integralmente os princípios da beneficência e



não-maleficência durante o processo de raciocínio e tomada de decisão clínica, assim como durante a aplicação da intervenção ou conduta mais apropriada^{2,3}. Neste sentido, a Prática Baseada em Evidências (PBE) surge como a principal alternativa para clínicos que buscam atuar com responsabilidade e eficácia durante o atendimento das necessidades dos pacientes²⁻⁴.

Define-se como PBE “o uso da melhor evidência científica disponível” para a tomada de decisão clínica, aliada a “expertise do profissional” e às “preferências do paciente”⁵. Esses três fatores associados são considerados o tripé da PBE, uma vez que, a aplicação de algum deles, de forma isolada, não caracteriza a linha de raciocínio abordada⁴. A PBE é uma metodologia útil ao raciocínio clínico dos mais diferentes profissionais da saúde, é sustentada pelo pensamento científico e visa descartar o empirismo na prática clínica, além disso, requer do adepto estudos constantes e aprendizagem contínua⁶. Usar as evidências de melhor qualidade, em conjunto com a experiência clínica do profissional e escolhas do paciente pode garantir segurança e eficácia aos tratamentos, além de tornar o paciente, parte ativa no processo de cuidado à saúde⁷. Esta linha de raciocínio tem a finalidade de garantir ao profissional e ao paciente que a abordagem utilizada seja realmente satisfatório⁴. Além disso, pode ajudar na resolução mais rápida de casos tanto na saúde pública quanto em atendimentos particulares, por reduzir custos e aumentar a resolutividade dos profissionais de saúde⁸. Contudo, apesar das vantagens proporcionadas por esse método de atuação, percebe-se que o uso da PBE é ainda incipiente entre os profissionais da saúde no Brasil^{3,9,10}. Portanto, faz-se necessários estudos com o propósito de se investigar as principais barreiras que impedem a adoção da PBE, principalmente em relação a atenção primária, uma vez que essa é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde no Brasil. É importante salientar, que cerca de 85% dos casos que necessitam de atenção à saúde, deveriam ser solucionados na atenção primária, que oferece uma grande quantidade de serviços acessíveis à população como exames, diagnósticos e tratamentos com intuito de incluir a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde^{8,11,12}. Portanto, atuar com base em evidências pode ser benéfico para a população e governo.

Diante do contexto apresentado, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento de profissionais da saúde da atenção primária, que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o ensino das instituições de cursos superiores de saúde acerca da PBE. Além disso, este estudo visa identificar as principais barreiras que prejudicam a adoção desta linha de raciocínio na prática clínica dos participantes da pesquisa.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e transversal. O estudo somente foi iniciado



após a submissão e consequente aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O parecer de aprovação foi registrado sob o número 4.132.718. Todos os cuidados éticos foram pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais da saúde com ensino superior completo que prestam atendimento à população em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que estavam presentes no momento da visita dos pesquisadores. Foram visitadas as 13 UBS em funcionamento de um município do Centro Oeste do Estado de Minas Gerais entre os meses de março e outubro do ano de 2022.

Foram incluídos profissionais de saúde que atuam em UBS, que possuem formação superior e que declararam a intenção de participar do estudo de forma voluntária, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), apresentado de forma física ou digital. Foram estabelecidos como critérios de exclusão os participantes de outra nacionalidade que não a Brasileira, pois um dos objetivos é avaliar a qualidade de ensino dos profissionais de saúde brasileiros; profissionais que não apresentaram o número de registro no respectivo Conselho de Classe; os que não foram localizados na UBS e os que não responderam à tentativa de contato telefônico ou por e-mail e aqueles que por algum motivo desejaram se retirar do estudo, independentemente da fase.

Para a coleta de dados inicialmente a equipe de pesquisa contatou o secretário de saúde do município, a fim de solicitar a permissão, por meio da assinatura de uma carta de ciência e autorização, para a coleta de dados no âmbito das UBS. Após esta etapa, os pesquisadores foram a cada uma das UBS e contataram o responsável pela unidade com o intuito de se identificar possíveis participantes, bem como para coletar o contato telefônico/e-mail dos profissionais não presentes.

Em seguida foi realizado o contato individual com cada potencial participante. Foram apresentados os objetivos, riscos e benefícios advindos da participação na pesquisa. Aos que aceitaram participar como voluntários, foram entregues duas vias do TCLE. Após a assinatura do termo, disponibilizou-se ao participante uma cópia de cada instrumento de pesquisa. Foi solicitado a eles que preenchessem os instrumentos na seguinte ordem: a) Ficha de identificação, que foi elaborada pelos próprios pesquisadores do estudo, a fim de abordar características dos participantes e contribuir para o processo de triagem, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A ficha foi composta por dados como: nome, idade, gênero, telefone, e-mail, profissão, tempo de graduação, titulação máxima e quantidade média de artigos lidos por ano; b) Formulário para analisar as maiores barreiras para a utilização da PBE pelos profissionais de saúde, os pesquisadores criaram um formulário baseado nos argumentos mais frequentemente encontrados na literatura^{10,13,14,15,16,17}. O formulário se inicia com a questão: “Na sua opinião, quais são as principais barreiras encontradas para adotar a PBE em sua



prática clínica?”. Em seguida, 11 opções objetivas foram apresentadas ao participante, sendo que uma delas, era a alternativa “outros”. O voluntário da pesquisa pôde assinalar quantas alternativas desejasse;

c) O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE), que é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão validada para a língua portuguesa possui 20 itens, organizados em três componentes. O primeiro componente avalia as práticas em uma escala tipo Likert, que varia de 1 (nunca) à 7 (frequentemente), e possui três itens. O segundo componente conta com três pares de afirmativas que avaliam as atitudes, através de uma escala de proximidade de 1 ponto a 7 pontos, na qual são feitas duas afirmações em cada extremidade, uma contra atitudes voltadas à PBE (Próxima ao número um) e uma a favor (Próxima ao número sete), o profissional deve marcar qual sua posição em relação às afirmativas apresentadas. O terceiro componente avalia conhecimentos, habilidades e competências através de mais uma escala tipo Likert, que novamente variava entre 1 (pior) e 7 (melhor), num total de 10 itens, e uma pontuação média pode ser calculada para cada componente (1 - Práticas, 2 - Atitudes, 3 - Conhecimento/habilidades). Escores mais altos demonstram maior envolvimento do profissional com a PBE. O questionário foi desenvolvido por Upton e Upton¹⁶(2006) e possui 24 itens na versão original. A versão brasileira foi validada em 2015 e apresenta propriedades psicométricas adequadas¹⁷. O pesquisador responsável pela coleta de dados acompanhou o preenchimento dos instrumentos a fim de evitar que o participante consultasse colegas, sites e ou outra fonte de informação.

Em relação aos profissionais não presentes no momento da visita, foi enviado inicialmente uma mensagem padronizada pelo WhatsApp e ou por E-mail. Na mensagem foram expostos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, de modo idêntico ao realizado no contato presencial. Caso o participante não respondesse em um período de 24 horas, uma segunda tentativa de envio da mensagem foi realizada. Por fim, os pesquisadores realizaram duas tentativas de ligação telefônica. Nos casos em que não houve resposta, o profissional não foi incluído como participante. Aos que aceitaram participar, foi enviado um link contendo o TCLE. Aqueles que assinaram o termo de concordância receberam os demais instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa, entretanto, em formato digital.

A análise estatística dos dados para variáveis categóricas, foram calculados os valores absolutos (n) e relativos (%). Já os dados relacionados às variáveis ordinais ou contínuas foram submetidos a um teste de distribuição (Shapiro-Wilk Test). A análise descritiva foi composta de medidas de tendência central e de dispersão. Todas as análises foram conduzidas no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22. O nível de significância de todos os testes foi ajustado para $\alpha = 0,05$ ($p \leq 0,05$). Não foi realizado a devolutiva aos participantes.



Resultados

Foram contatados um total 16 profissionais de saúde que atuam em UBS de um município do interior de Minas Gerais, nove de forma presencial e sete através do e-mail/WhatsApp. Dois profissionais se recusaram a participar de forma presencial (Um médico e um enfermeiro), e três profissionais se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, pois não gostariam de participar da pesquisa, após contato por e-mail/WhatsApp (uma farmacêutica, um psicólogo e uma assistente social). A amostra final foi composta por 11 profissionais, destes, sete participaram da pesquisa de forma presencial e quatro de forma online. A caracterização dos participantes é mostrada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde das UBS de MG de Formiga-MG

Variável (n=11)	Tendência central e dispersão
Idade (anos)	38,9±9,50*
Tempo de Formação (anos)	15,45±10,90*
Tempo de atuação na UBS (anos)	9,69±7,18*
Artigos lidos por ano	4 (0-10)**

Fonte: Os autores. *= Dados expressos em Média±desvio padrão. **= Dados expressos em mediana (amplitude interquartilica).

A maioria dos profissionais era do sexo feminino. Além disso, médicos e enfermeiros representavam 63,7% da amostra. Nenhum dos profissionais havia cursado mestrado ou doutorado. Tais dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais de saúde das UBS de Formiga-MG

Variável (n=11)	n (%)
Sexo	Masculino: 2 (18,2%) Feminino: 9 (81,8%)
Profissão	Enfermeiro: 4 (36,4%) Médico: 3 (27,3%) Assistente Social: 1 (9,1%) Nutricionista: 1 (9,1%) Fonoaudióloga: 1 (9,1%) Odontólogo: 1 (9,1%)
Maior titulação	Graduação: 3 (27,3%) Pós-graduação Lato Sensu: 8 (72,7%) Mestrado: 0 (0%) Doutorado: 0 (0%) Pós-Doutorado: 0 (0%)

Fonte: Os autores.

O questionário QCEPBE-20 demonstra que os profissionais apresentam atitudes geralmente



positivas acerca da PBE, com mediana: 6,00 (5,00 - 7,00), mas, possuem conhecimentos, competências e habilidades moderadas em relação a esse raciocínio (Média: $4,23 \pm 1,35$) e a aplicam pouco a PBE na prática diária (Média: $3,89 \pm 1,79$). Dados mostrados na Tabela 3.

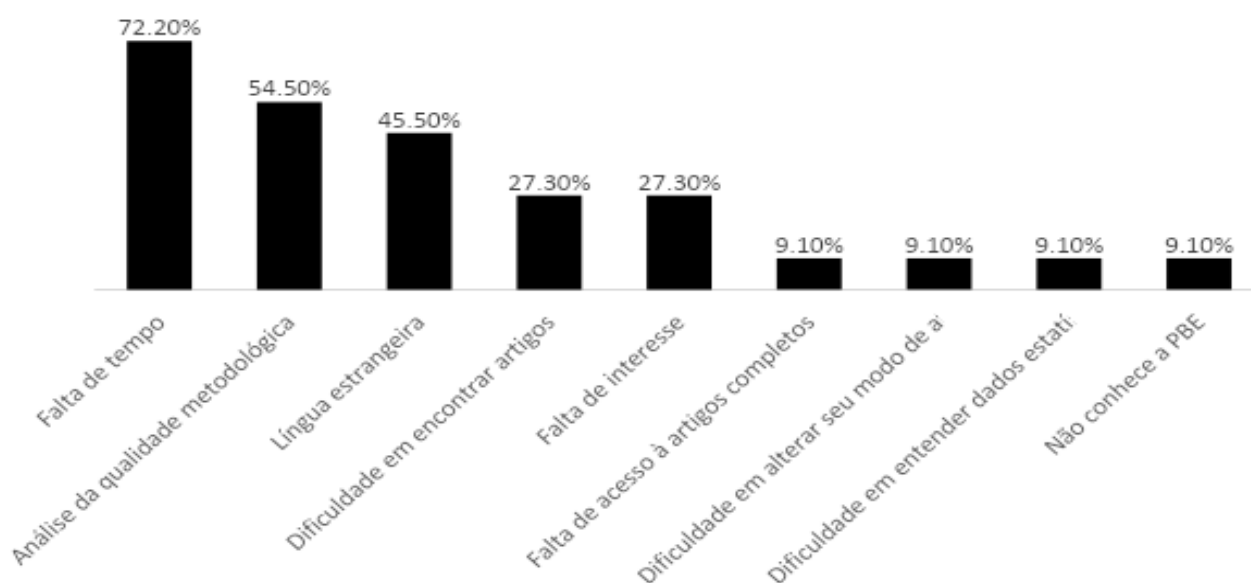
Tabela 3. Escore por domínio do QCEPBE-20

Domínio	Escore (Média±DP)
Práticas do dia-a-dia	3,89±1,79
Conhecimentos, competências e habilidades	4,23±1,35
Domínio	Escore (mediana (amplitude interquartílica))
Atitudes	6,00 (5,00-7,00)

Fonte: Os autores. DP= Desvio padrão.

As barreiras mais indicadas pelos profissionais foram a falta de tempo para procurar artigos científicos (72,20%), dificuldade para analisar a qualidade metodológica de um artigo (54,50%) e a dificuldade em ler artigos em línguas estrangeiras (45,50%). Três profissionais (27,30%) demonstraram falta de interesse na PBE, e um profissional afirmou não saber o que é PBE. Dados apresentados na Figura 1.

Figura 1. Principais barreiras para adoção da Prática Baseada em Evidências



Fonte: Os autores

Discussão

Apesar da PBE ser reconhecida como a melhor estratégia para se realizar uma prática clínica segura e resolutiva. Observa-se que a adoção dessa linha de raciocínio é ainda pouco utilizada no Brasil¹⁸. Talvez pelo desconhecimento dos profissionais, ou mesmo, devido à inúmeras barreiras que

são apontadas por eles na tentativa de justificar a não utilização do método¹⁹.

É relevante notar que as redes sociais facilitaram a disseminação de conteúdos empíricos, falsos e ou de qualidade duvidosa, gerando desinformação e dúvidas na população. Neste sentido, os profissionais da atenção básica, que estão em constante contato com a população precisam, mais do que nunca, de se atualizarem e se orientarem em relação à ciência de alta qualidade. Afinal, estes profissionais são um elo importante dentro do processo de educação em saúde, que visa prevenir, promover e ou recuperar a saúde de indivíduos e ou populações^{20,21}.

No presente estudo, o tempo de atuação dos profissionais nas UBS, foi de aproximadamente 10 anos. Tal fato demonstra que os profissionais não eram inexperientes e que já estão envolvidos com a rotina de atendimentos há um tempo considerável. Mesmo assim, de acordo com os dados apresentados, no presente estudo, estes profissionais de saúde leem apenas quatro artigos por ano. É sabido que a velocidade de produção e divulgação de conhecimento científico atingiu níveis extremamente elevados. A quantidade de artigos é tão grande que não é possível estudar e absorver todo o conteúdo publicado nas bases de dados^{22,23}. Contudo, a leitura de menos de cinco artigos por ano, pode sugerir que tais profissionais não estão se atualizando ou buscando por conhecimentos extras, que contribuiriam não só para seu desempenho profissional, mas, como também, para a saúde e bem-estar das pessoas assistidas por eles.

Outro fato relevante apontado pelo estudo foi que a maior parte dos profissionais possuía pós-graduação Lato-Sensu e, nenhum dos participantes possuía titulação de mestre ou doutor, advindas de uma pós-graduação Stricto-Sensu. Culturalmente, no Brasil, os profissionais que cursam pós-graduação Stricto-Sensu direcionam mais comumente suas carreiras para as instituições de ensino e ou pesquisa do que na prática clínica, propriamente dita²⁴. Porém, é justamente em programas de mestrado e doutorado que os profissionais passam a ter maior contato com publicações científicas de alta qualidade, recebem instruções sobre o nível e a qualidade das evidências publicadas e formam senso crítico sobre o teor e credibilidade das publicações²⁵.

Importante mencionar que um estudo²⁶ realizado em 2006 com 120 médicos em outro município da mesma unidade federativa, não encontrou diferenças no uso da PBE entre profissionais com diferentes níveis de graduação, como mestrado e doutorado, assim como entre profissionais docentes e não docentes em universidades. Outro ponto é que maioria deles se pauta em artigos no formato de revisões não-sistemáticas, que não são consideradas as mais confiáveis para fornecer informações sobre intervenções em saúde²⁷. Acredita-se que a ausência de profissionais com mestrado ou doutorado na amostra pesquisada contribui para o baixo conhecimento dos profissionais sobre a PBE.

Os resultados do questionário QECPE indicam que os profissionais têm atitudes positivas



acerca da PBE, mas possuem competências medianas e aplicam pouco essa linha de raciocínio na prática clínica. Os profissionais de saúde pública são guiados por diretrizes de tratamento traçadas pelo próprio Ministério da Saúde, mas que podem ser readaptadas e reorganizadas a depender da organização territorial, cultural, social e epidemiológica das áreas de abrangência das UBS espalhadas pelo território nacional^{18,28}. É importante que tais adaptações sejam realizadas com a mentalidade de que o tratamento seja mais resolutivo, seguro e que gere menores custos. O uso da PBE pode beneficiar os indicadores utilizados pelos sistemas de saúde e melhorar a realidade vivenciada por municípios, estado e união²⁹.

As barreiras mais citadas pelos participantes para justificar o não uso da PBE em sua rotina foram: a falta de tempo, a dificuldade na análise metodológica dos artigos e problemas para ler em língua estrangeira. Tais dados são corroborados por outros estudos já publicados^{18,30,7}. Observa-se que a maior parte dos estudos que visam identificar barreiras durante a adoção da PBE, foram realizados com enfermeiros³¹, e fisioterapeutas^{10,7}.

Em 2021, um estudo³² utilizou o programa denominado “Modelo do Cuidado em Saúde Baseado em Evidências” a fim de estimular a prática da PBE entre os profissionais dessa classe. Após o estudo, concluíram que o programa resultou em efeitos benéficos para os participantes, que desde então passaram a utilizar com maior frequência evidências científicas mais robustas nos cuidados de enfermagem. A experiência mencionada pode ser um caminho para se incentivar uso da PBE por profissionais da saúde, afinal os programas de educação e ou treinamento possuem potencial para alterar paradigmas e contribuir para o aprimoramento profissional³³. Contudo, para assegurar que este tipo de intervenção surtiria resultados significativos no comportamento clínico de outros profissionais, seria necessário a condução de um novo estudo desenhado para esse propósito.

Todas as barreiras apontadas pelos profissionais são relevantes, mas passíveis de serem contornadas. Por exemplo, a dificuldade para ler em língua estrangeira pode ser superada com a ajuda de tradutores disponíveis gratuitamente na internet. Os problemas relacionados à análise metodológica ou qualidade da evidência, podem ser superados por meio de cursos, treinamentos, videoaulas, livros ou artigos, amplamente disponíveis³⁴. Até mesmo a falta de tempo para se atualizar pode ser minimizada, afinal não há a necessidade de se ler dezenas de estudos sobre um mesmo tema, para praticar a PBE, já que a leitura de uma única Revisão Sistemática da Literatura, bem conduzida, pode contribuir de forma definitiva para o aprimoramento da prática clínica^{33,35,36,37}. Entretanto, é sabido que para que haja essa mudança na forma de se pensar e utilizar a PBE deve haver primeiramente um esforço pessoal, dedicação e ruptura de antigos paradigmas como testes devassados, tratamentos que já se mostraram ineficazes. muitos deles estabelecidos ainda na graduação¹⁰.

Outro ponto importante a ser discutido é que o simples fato de um profissional utilizar um



artigo já publicado para guiar sua conduta clínica, não necessariamente assegura que ele está praticando a PBE. Neste sentido, é necessário destacar que as premissas básicas da PBE são: a melhor evidência científica disponível, a expertise do profissional e as preferências do paciente. Estas devem ser utilizadas em conjunto no momento da tomada de decisão clínica³⁸. O ponto mais crítico desta equação, talvez seja a busca pela melhor evidência científica. Afinal, não basta um artigo estar publicado para ser considerado apto para a utilização na prática clínica. Os diferentes tipos de estudo, respondem a diferentes tipos de pergunta. Por exemplo, utilizar um estudo observacional para compreender a eficácia de uma intervenção é um erro grave, pois o mesmo não oferece a melhor evidência. Além do mais, muito do que está publicado possui rigor metodológico baixo, inconsistências importantes e conclusões que extrapolam as possibilidades do estudo. Tais falhas, isoladamente, ou em conjunto, podem levar o profissional a incorrer em erro⁷.

A principal limitação do estudo está relacionada com o reduzido tamanho amostral utilizado. Neste sentido, não é possível generalizar os dados aqui apresentados. Entretanto, os achados desse estudo servem como alerta para profissionais e gestores de saúde, e interessam também aos usuários da atenção básica.

Conclusão

Os dados aqui apresentados também podem ser utilizados como ponto de partida para futuras investigações, sejam elas direcionadas para a compreensão da realidade atual, ou mesmo para se propor estratégias que visem incentivar a adoção da PBE pelos profissionais de saúde. Levando em conta os resultados do estudo, os profissionais de saúde conhecem e apresentam atitudes positivas em relação à PBE, porém não a utilizam na sua prática clínica devido a existência de barreiras significativas.

Recebido em 29/05/24
Aprovado em 02/07/24

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Health Professionals Networks. World Health Organization. Disponível em: who.int/hrh/professionals/en. Acesso em: 06 de fev. de 2020.
2. Sousa LMM, Marques JM, Firmino CF, Frade MF. Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. Revista Investigação em Enfermagem. 2018;23:31-39.

3. Evans LS, Upton P, Upton D. Evidence-based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*. 2014;100:208-219. DOI: 10.1016/j.physio.2014.03.001.
4. Schaefer JD, Welton JM. Evidence based practice readiness: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*. 2017;26:621-629. DOI: 10.1111/jonm.12599.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes B. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 2^a ed. New York: Churchill Livingstone; 2000.
6. Rosseau DM, Gunia BC. Evidence-Based Practice: The Psychology of EPB Implementation. *Annual Review of Psychology*. 2016;67:667-692. DOI: 10.1146/annurev-psych-122414-033336.
7. Silva TM, Costa LCM, Narciso A, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? *Manual Therapy*. 2015;20(3):388-401. DOI: 10.1016/j.math.2014.10.009.
8. Broeiro P. Prática Baseada em evidência e seus limites. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2015;31:238-240. DOI: 10.32385/rpmgf.v31i4.11549.
9. Duncombe DC. A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;27:1216-1226. DOI: 10.1111/jocn.14168.
10. Silva TM, Costa LCM, Costa LOP. Evidence-Based Practice: a survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions, and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2015;19:294-303. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0102.
11. Holmér S, Nedlund AC, Thomas K, Krevers B. How health care professionals handle limited resources in primary care – an interview study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:6. DOI: 10.1186/s12913-022-08996-y.
12. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: Revisão integrativa de literatura. *SANARE*. 2018;17:65-73. DOI: 10.36925/sanare.v17i1.1224.
13. Weiss CH. Why do we fail to deliver evidence-based practice in critical care medicine? *Current Opinion in Critical Care*. 2017;23:400-405. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000436.
14. Rosen RC, Ruzek JI, Karlin BE. Evidence-based training in the era of evidence-based practice: Challenges and opportunities for training of PTSD providers. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;88:37-48. DOI: 10.1016/j.brat.2016.07.009.
15. Stavor DC, Gonzalez JZ, Hoffman RL. Improving the Use of Evidence-Based Practice and Research Utilization through the Identification of Barriers to Implementation in a Critical Access Hospital. *The Journal of Nursing Administration*. 2017;47:56-61. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000437.



16. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53:454-458. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x.
17. Pereira RPG, Guerra ACP, Cardoso MJSPO, Santos ATVMF, Figueiredo MCAB, Carneiro ACV. Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23:345-353. DOI: 10.1590/0104-1169.0367.2561.
18. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz LA. prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2018;42:594-605. DOI: 10.1590/0103-1104201811804.
19. Costa PDC, Sousa TR, Claudino R. Prática baseada em evidencia: um levantamento em profissionais atuantes na área de fisioterapia hospitalar: um estudo transversal. *ConScientiae Saúde*. 2019;18:414-428. DOI: 10.5585/conssaude.v18n4.14364.
20. Escandón K, Rasmussen AL, Bogoch II, Murray EJ, Escandón K, Popescu SV, et al. COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. *BMC Infectious Diseases*. 2021;21:710. DOI: 10.1186/s12879-021-06357-4.
21. Damme WV, Dahake R, Delamou A, Ingelbeen B, Wouters E, Vanham G, et al. The COVID-19 pandemic: diverse contexts; different epidemics—how and why?. *BMJ Global Health*. 2020;5:e003098. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003098.
22. National Science Board. Publications Output: U.S. Trends and International Comparisons. Science & Engineering Indicators. 2020. Disponível em: https://nces.nsf.gov/pubs/nsb20214[https://nces.nsf.gov/pubs/nsb20214]. Acesso em: 01/11/2021.
23. Xing Z, Yu F, Du J, Walker JS, Paulson CB, Mani NS, Song L. Conversational Interfaces for Health: Bibliometric Analysis of Grants, Publications, and Patents. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21:e14672. DOI: 10.2196/14672.
24. Costa CMM, Chagas HMA, Matsukura TS, Vieira GI, Marqueze E, Carolina GL, et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:1471-1481. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400028.
25. Rosser EA. Reflections: The Responsibility of Doctoral Nurses to Lead a Change in Practice. *Aquichan*. 2021;21:e2124. DOI: 10.5294/aqui.2021.21.2.4.
26. Ezequiel OS, Tibiriçá SHC, Delgado AAA, Scoralick ALB, Campos JD. Estudo da aplicação de evidências científicas na prática clínica pelos profissionais médicos do município de Juiz de Fora. *HU Revista*. 2009;35:35-42.
27. Mancini MC, Cardoso JR, Sampaio RF, Costa LCM, Cabral CMN, Costa LOP. Tutorial for writing systematic reviews for the Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT). 2014;18(6):471-480. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0077.



28. Ministério da Saúde. Previne Brasil – Novo modelo de financiamento para a APS. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento. Acesso em: 01/11/2021.
29. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária? Disponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee. Acesso em: 01/11/2021.
30. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz LA. Prática baseada em evidência e a análise sociocultural na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020;30:e300232. DOI: 10.1590/S0103-73312020300232.
31. Nilsen P, Neher M, Ellström PE, Gardner B. Implementation of Evidence-Based Practice from a Learning Perspective. *World views on Evidence-Based Nursing*. 2017;14:192-197. DOI: 10.1111/wvn.12212.
32. Püschel VAA, Oliveira LB, Gomes ET, Santos KB, Carbogim FC. Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55:e03718. DOI: 10.1590/S1980-220X2020016303718.
33. Pernambuco AP, Lana RC, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2018;25:134-142. DOI: 10.1590/1809-2950/16765225022018.
34. Antonioli SAC, Assenato APR, Araújo BR, Lagranha VEC, Souza LM, Paz AA. Construction and validation of digital education resources for the health and safety of workers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42:e20200032. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200032.
35. Murad MH, Montori VM, Ioannidis JPA, Jaeschke R, Devereaux PJ, Prasad K, et al. How to Read a Systematic Review and Meta-analysis and apply the Results to Patient Care. *Journal of American Medical Association*. 2014;312:171-179. DOI: 10.1001/jama.2014.5559.
36. Gupta S, Rajiah P, Middlebrooks EH, Baruah D, Carter BW, Burton KR, et al. Systematic Review of the Literature: Best Practices. *Radiology Research Alliance*. 2018;25:1481-1490. DOI: 10.1016/j.acra.2018.04.025.
37. Page MJ, McKenzie JE, Boutron I, Hoffmann TMC, Mulrow CD, Shamseer L, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The British Medical Journal*. 2021;372:n.71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
38. Maher CG, Sherrington C, Elkins M, Herbert RD, Moseley AM. Challenges for Evidence-Based Physical Therapy: Accessing and Interpreting High-Quality Evidence on Therapy. *Physical Therapy*. 2004;84:644-654.

