



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM TERAPIA DA FALA

ANA LÚCIA DA VEIGA COUTINHO CLARISSE

MARGARIDA MARIA DE MATOS RODRIGUES SILVA EIRAS,
Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

CÂNDIDA ROSA DE ALMEIDA CLEMENTE FERRITO
Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Mestrado em Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde

Lisboa, 2013

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM TERAPIA DA FALA

ANA LÚCIA DA VEIGA COUTINHO CLARISSE

MARGARIDA MARIA DE MATOS RODRIGUES SILVA EIRAS,
Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

CÂNDIDA ROSA DE ALMEIDA CLEMENTE FERRITO
Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Júri

Presidente – Mestre Gilda Cunha

Arguente – Doutora Ana Paula de Brito Garcia Mendes

Mestrado em Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde

Lisboa, 2013

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

À memória do meu pai e à minha
mãe que amparou este projeto na
íntegra para que fosse realidade

AGRADECIMENTOS

Na elaboração deste trabalho contribuíram várias pessoas que, de seu modo, foram preciosas, pelo seu apoio, compreensão, sugestões e comentários. Ao destaca-las quero prestar-lhes a devida homenagem e demonstrar a minha sincera gratidão:

À Prof^a Doutora Margarida Eiras e Prof^a Doutora Cândida Ferrito, por terem aceite orientarem-me neste projeto, pela disponibilidade que dispensaram e o contínuo estímulo ao conhecimento.

À Coordenadora Técnica da biblioteca da ESTeSL, M^a da Luz Andrade, pela preciosa ajuda prestada na obtenção da informação que me foi pertinente.

Às terapeutas da fala Gracinda Valido e M^a Dulce Tavares e ao fisioterapeuta Eduardo Cruz, por terem formado o grupo de peritos para a validação do questionário.

Aos meus colegas de profissão, um agradecimento especial, pela colaboração e divulgação do estudo, sem as quais não seria possível a recolha dos dados.

Aos colegas de mestrado pelo incentivo e as palavras amigas nos momentos certos. O meu agradecimento, também, para aqueles que não foram mencionados, mas espero que, de algum modo, tenham sido conhecedores do meu reconhecimento.

À minha família e amigos agradeço-lhes aquele apoio que só deles podia vir.

RESUMO

O estudo pretende obter informação sobre o grau de familiaridade com a Prática Baseada na Evidência (PBE) em terapia da fala, tendo como objetivo geral identificar que conhecimentos têm os terapeutas da fala (TF) do conceito de PBE. É um estudo exploratório descritivo, com uma amostra selecionada por conveniência, constituída por 113 TF, maioritariamente do sexo feminino com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e como grau académico a Licenciatura. Os locais de exercício da profissão mais identificados foram: clínica privada, IPSS e agrupamento de escola, com 81,4% dos TF a referir a não pertença a grupos de investigação, no local de trabalho. Para a pesquisa de informação científica, os recursos utilizados são: livros e artigos de revistas internacionais e relativamente a bases de dados eletrónicas indicam a Scielo, a ASHA, o Google Académico e a Pubmed. De salientar a utilização de outros recursos, como pesquisa em bibliotecas universitárias e subscrição de revistas ou periódicos. Os TF procedem à pesquisa científica, para a tomada de decisão, sendo o conhecimento mobilizado primeiramente da reflexão da experiência clínica, seguindo-se dos livros e por último, a opinião dos colegas. Os inquiridos revelam ter conhecimentos sobre a PBE e as principais barreiras apresentadas à sua implementação são a falta de tempo, a impossibilidade de aplicação nos utentes, a falta de recursos e a falta de apoio entre colegas. Atualmente verifica-se que o uso da PBE é necessário por assegurar aos utentes acesso a melhores cuidados de saúde.

Palavras-chave: Prática baseada na evidência, terapeutas da fala, cuidados de saúde e barreiras.

ABSTRACT

The study aims to obtain information on the familiarity degree with the Evidence Based Practice (EBP) in speech therapy, aiming at identifying what knowledge have speech and language therapists (SLT) concept of EBP. It's an exploratory study with a sample selected by convenience, consisting of 113 SLT, mostly female aged between 20 and 29 years old and with as a Bachelor degree. The locations for the profession most identified were: private practice, IPSS and grouping of school, with 81,4% of SLT referring to doesn't belong to research groups in the workplace. For the research of scientific information, the resources used are: books and international journals and for electronic databases indicate Scielo, ASHA, Google Scholar and Pubmed. Emphasize the use of other resources such as research in university libraries and subscription to magazines or journals. The SLT proceed to scientific research to decision making being knowledge mobilizes primarily the reflection of clinical experience, followed by books and finally the opinion of colleagues. Respondents reveal some knowledge about EBP and the main barriers presented to implementation are lack of time, the impossibility of applying in clients, lack of resources and lack of peer support. Currently it appears that the use of EBP is necessary for ensuring the clients access to better healthcare.

Keywords: Evidence-based Practice, speech and language therapists, health care and barriers.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	VII
RESUMO	VIII
ABSTRACT.....	IX
ÍNDICE GERAL	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	2
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 EVOLUÇÃO DA TERAPIA DA FALA	5
2.2 EVOLUÇÃO DA FORMAÇÃO EM TERAPIA DA FALA NA EUROPA	7
2.3 EVOLUÇÃO DA TERAPIA DA FALA EM PORTUGAL	9
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO	10
2.5 INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E FORMAÇÃO CONTÍNUA	11
2.5.1 <i>Investigação científica</i>	11
2.5.2 <i>Formação contínua</i>	12
2.6 PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	14
2.6.1 <i>Prática da PBE</i>	15
2.6.1.1 Formulação da questão	16
2.6.1.1.1 População ou problema.....	16
2.6.1.1.2 Intervenção	16
2.6.1.1.3 Comparação de intervenções	16
2.6.1.1.4 Resultados	17
2.6.2 <i>Pesquisa e seleção da melhor evidência científica</i>	17
2.6.2.1 Hierarquização da evidência	20
2.6.3 <i>Avaliação crítica da evidência</i>	21
2.6.4 <i>Aplicação da evidência na prática clínica</i>	22
2.6.4.1 Normas de Orientação Clínica	24
2.6.4.2 Implementar normas de orientação clínica.....	24
2.6.4.3 Onde encontrar NOC para a área da saúde?	25
2.7 VANTAGENS DA APLICAÇÃO DA PBE	26
2.8 IMPLEMENTAÇÃO DA MELHOR EVIDÊNCIA NA PRÁTICA	27
2.9 BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DA PBE	29
3. METODOLOGIA	35
3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA	35
3.2 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	35
3.2.1 <i>Instrumento: questionário</i>	36
3.2.2 <i>Validação do questionário</i>	36
3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	38
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41

4.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO	41
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL ACADÊMICO E PROFISSIONAL	42
4.3	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CIENTÍFICO	46
4.4	IDENTIFICAÇÃO DE RECURSO A FONTES DE INFORMAÇÃO.....	46
4.4.1	<i>Identificação de existência de ligação à Internet no local de trabalho</i>	50
4.4.2	<i>Identificação do grau de facilidade na execução de pesquisas</i>	52
4.4.3	<i>Identificação do número de pesquisas relacionadas com a prática clínica</i>	52
4.4.4	<i>Identificação das bases de dados pesquisadas</i>	53
4.4.5	<i>Identificação do local onde realiza a pesquisa fora do local de trabalho</i>	54
4.4.6	<i>Identificação da facilidade de acesso a bibliotecas</i>	54
4.4.7	<i>Identificação da subscrição de revistas ou periódicos</i>	55
4.4.8	<i>Identificação de incentivos da entidade patronal</i>	56
4.4.9	<i>Identificação da participação em ações de formação contínua</i>	57
4.5	CARACTERIZAÇÃO DO USO PESSOAL DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA	58
4.6	PERCEÇÃO DOS BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DA PBE	61
5.	CONCLUSÃO	65
5.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
7.	APÊNDICE.....	80

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 4.1 – CARACTERIZAÇÃO, EM GÊNERO, DO PERFIL DEMOGRÁFICO.....	41
TABELA 4.2 – CARACTERIZAÇÃO, DA FAIXA ETÁRIA, DO PERFIL DEMOGRÁFICO.....	41
TABELA 4.3 – GRAU OU TIPO DE FORMAÇÕES FREQUENTADAS.....	42
TABELA 4.4 - LOCAL DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO COM MAIOR CARGA HORÁRIA.	45
TABELA 4.5 – TEMPO, EM MESES, DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO.	45
TABELA 4.6 – PERTENÇA A GRUPO DE INVESTIGAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO	46
TABELA 4.7 – OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO.....	49
TABELA 4.8 – ACESSO A COMPUTADOR COM INTERNET NO TRABALHO.....	50
TABELA 4.9 – GRAU DE FACILIDADE NA EXECUÇÃO DE PESQUISAS.....	52
TABELA 4.10 – BASES DE DADOS PESQUISADAS.....	53
TABELA 4.11 – ACESSO A BIBLIOTECAS.	54
TABELA 4.12 – SUBSCRITORES DE REVISTAS OU PERIÓDICOS.....	55
TABELA 4.13 - PARTICIPAÇÃO EM FORMAÇÕES CONTÍNUAS.....	57
TABELA 4.14 - CONHECIMENTO DE NOC.....	58
TABELA 4.15 – USO DE <i>GUIDELINES</i>	58
TABELA 4.16 – CONHECIMENTO DO TERMO EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.	59
TABELA 4.17 – CONHECIMENTO DO TERMO MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA.	59
TABELA 4.18 – OUTRAS FORMAS DE CONHECIMENTO DOS TERMOS.....	59
TABELA 4.19 – CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE <i>GUIDELINES</i>	60
TABELA 4.20 – CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE <i>GUIDELINES ONLINE</i>	60
TABELA 4.21 – OUTRAS BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DA PBE.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 4.1– PERFIL ACADÉMICO - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	42
FIGURA 4.2 – ANO DE CONCLUSÃO DA FORMAÇÃO BASE.....	43
FIGURA 4.3 – INÍCIO DE ATIVIDADE COMO TERAPEUTA DA FALA.....	44
FIGURA 4.4 – LOCAL DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO.....	44
FIGURA 4.5 – RECURSO A FONTES DE INFORMAÇÃO.....	47
FIGURA 4.6 – RECURSO A BASES DE DADOS ELETRÔNICAS.....	48
FIGURA 4.7 – RECURSO A BASES DE DADOS ELETRÔNICAS (CONTINUAÇÃO).....	48
FIGURA 4.8 – USO DO COMPUTADOR PARA PESQUISA DE BIBLIOGRAFIA.....	50
FIGURA 4.9 – USO DO COMPUTADOR PARA PESQUISA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	51
FIGURA 4.10 – USO DO COMPUTADOR PARA PESQUISA DE INFORMAÇÃO.....	51
FIGURA 4.11 – NÚMERO DE VEZES QUE SE PESQUISOU, NO ÚLTIMO MÊS.....	52
FIGURA 4.12 – LOCAIS PARA PESQUISA.....	54
FIGURA 4.13 – TIPO DE BIBLIOTECAS FREQUENTADAS.....	55
FIGURA 4.14 – TIPO DE SUBSCRIÇÕES DE REVISTAS OU PERIÓDICOS.....	56
FIGURA 4.15 – INCENTIVO DADO PELA ENTIDADE PATRONAL.....	56
FIGURA 4.16 – PERCENTAGEM REPRESENTATIVA DO NÚMERO DE HORAS DEDICADAS À FORMAÇÃO CONTÍNUA.....	58
FIGURA 4.17 – FREQUÊNCIA DE FORMAS DE CONHECIMENTO DOS TERMOS.....	59
FIGURA 4.18 – RECURSOS UTILIZADOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	61
FIGURA 4.19 – OPINIÃO SOBRE PBE.....	62
FIGURA 4.20 – BARREIAS À IMPLEMENTAÇÃO DA PBE.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APTF	Associação Portuguesa de Terapia da Fala
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
ATS	Avaliação das Tecnologias na Saúde
B-ON	Biblioteca do Conhecimento Online
CE	Comissão Europeia
CINAHL	Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature
CoCANGPC	Cancer Clinical Practice Guidelines research
CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne
DGS	Direção Geral de Saúde
DPC	Desenvolvimento Profissional Contínuo
ECA	Ensaio Clínicos Aleatorizados
ESSA	Escola Superior de Saúde de Alcoitão
EUA	Estados Unidos da América
EUNETHTA	European network for Health Technology Assessment
Ft	Fisioterapeutas
GERS-Rio	Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation
GTCTF	Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala
IALP	International Association of Logopedics and Phoniatrics
IGOTF-CSD	International Group on Terminology Frameworks – Communication Sciences and Disorders
IPSS	Instituição Pública de Solidariedade Social
MBE	Medicina Baseada na Evidência
MeSH	Medical Subject Headings
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NLM	National Library of Medicine
NOC	Normas de Orientação Clínica
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OCT	Observatório das Ciências e Tecnologias
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência

PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PNS	Plano Nacional de Saúde
RCSLT	Royal College of Speech & Language Therapists
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TF	Terapeutas da Fala
TpF	Terapia da Fala

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde, de uma forma geral, têm vindo a equacionar o impacte provocado pelo aumento dos gastos e das restrições dos recursos em saúde, além da consequente reestruturação dos serviços (Departamento de Ciência e Tecnologia, 2006). É neste contexto que se insere a problemática deste estudo, na área de Avaliação das Tecnologias na Saúde (adiante designada de ATS), na medida em que o impacte da tecnologia em saúde pode apoiar as decisões políticas.

Segundo a European Network for Health Technology Assessment (2012), a designação de tecnologia da saúde, traduzida para português pela Comissão Europeia (2012), define-se como “a aplicação dos conhecimentos científicos aos cuidados de saúde e à prevenção da doença”, sendo exemplos desta “os métodos de tratamento e de diagnóstico, equipamentos médicos, métodos de prevenção e reabilitação, sistemas organizativos e de apoio, no quadro dos quais são prestados os cuidados de saúde”. Como ATS define-se o “processo pluridisciplinar que, de uma forma sistemática, transparente, imparcial e estruturada, sintetiza as informações sobre as questões médicas, sociais, económicas e éticas relacionadas com a utilização das tecnologias da saúde” e tem por objetivo “contribuir para a formulação de políticas de saúde seguras, eficazes e centradas no doente e para a obtenção dos melhores resultados possíveis” (Comissão Europeia, 2012).

Embora tenha presente os objetivos políticos, a ATS deve basear-se na investigação e no conhecimento científico.

A evidência científica, nos cuidados de saúde, é um valor partilhado na ATS (Kristensen & Sigmund, 2007), uma vez que esta é um dos elementos basilares para a tomada de decisão em saúde, na maioria dos países da União Europeia (CE, 2012).

Na prática clínica, persistiu o uso de intervenções inapropriadas, mesmo depois de demonstrado por estudos que era inefetivo ou que apresentava riscos à saúde dos utentes. Foi nesse âmbito que se desenvolveu o movimento da Medicina Baseada em Evidência (adiante designada por MBE), sendo também denominada por Prática Baseada em Evidência (adiante designada por PBE), que procura sistematicamente transferir a evidência científica para a prática clínica (Ministério da Saúde do Brasil, 2009).

Nos últimos anos, tem-se desenvolvido um esforço significativo a nível mundial para a implementação da PBE, visando, entre outros, a redução de custos e de riscos e, sobretudo, facilitar a decisão na escolha dos meios de diagnóstico e da intervenção

terapêutica. Pretende-se que estes sejam adequados e seguros para o utente e promovam a sua satisfação e a qualidade na saúde.

A terapia da fala em Portugal é uma profissão recente encontrando-se a sua prática profissional em desenvolvimento, porém já era praticada na antiguidade, ainda que sem denominação aparente.

Esta profissão reúne conhecimentos de variada área científica, estando incluídas as ciências médicas e biológicas, as ciências do comportamento, da linguagem e comunicação, incluindo-se também a linguística, a fonética e a fonologia, a tecnologia aplicada à fala, assim como, a área especializada da patologia e terapêutica da fala e da linguagem.

A terapia da fala concilia o conhecimento científico com as competências clínicas de forma a obter a melhor gestão possível da situação clínica e pedagógica dos utentes (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2004). Sendo necessária uma constante atualização de conhecimentos e competências relativos à profissão e à PBE, pretende-se, com este estudo, identificar os conhecimentos que os terapeutas da fala (adiante designados por TF) têm sobre a PBE.

O presente estudo encontra-se organizado em cinco capítulos. Inicia-se por esta breve introdução, na qual se relaciona a temática da PBE e a terapia da fala (adiante designada de TpF) e introduz-se o objetivo geral do estudo. No segundo capítulo faz-se o enquadramento histórico da terapia da fala, da sua origem e evolução a nível mundial, europeu e, particularmente, em Portugal e uma caracterização da profissão. Faz-se uma revisão da literatura destacando a problemática em estudo, relacionando a profissão, a investigação científica e a formação contínua e por último, as vantagens e as barreiras à implementação da prática baseada na evidência. O terceiro capítulo organiza-se pelas opções metodológicas através das técnicas de recolha e de análise de dados, seguindo-se, no capítulo seguinte, a apresentação e discussão dos principais resultados obtidos. O quinto capítulo constitui-se por uma conclusão, bem como, as limitações do estudo.

1.1 Objetivos de investigação

Com este estudo pretende obter-se informação sobre o grau de familiaridade que os TF têm com a PBE, em terapia da fala. A pertinência do tema é crescente e reside na importância dada, no dia-a-dia, à qualidade na prestação dos serviços de saúde. Adequar as práticas de intervenção a serem baseadas na evidência, pode promover a

redução dos custos (tanto para o utente como para a instituição) e o aumento da qualidade clínica. Pressupõe um aumento do grau de satisfação dos utentes e dos seus familiares e o interesse por parte dos profissionais, por se manterem informados e atualizados, relativamente a novas tecnologias da saúde (Galvão, Sawada, & Mendes, 2003). Convém referir que a informação na área de terapia da fala, em Portugal, é inexistente ou escassa.

Uma vez que as tecnologias na saúde estão em constante evolução, é necessário compreender quais as terapêuticas mais adequadas, eficazes e atuais, a aplicar, tendo em conta os custos associados e os riscos envolvidos para o utente, bem como procurar dar resposta, com base na evidência, às questões colocadas pelos utentes e os seus familiares.

Atendendo a que o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2001-2016 visa promover a melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde, a satisfação do utente, os ganhos em saúde e a diminuição dos custos, interessa compreender quais são as oportunidades formativas na prática clínica do terapeuta da fala. Sendo certa e necessária uma constante atualização de conhecimentos e de competências deste profissional de saúde, na sua área de intervenção, como é assegurada essa atualização e que principais estratégias são utilizadas?

O estudo tem como objetivo geral:

1) Identificar que conhecimentos têm os terapeutas da fala do conceito de PBE;

Os objetivos específicos definidos são:

- 1) Caracterizar o perfil demográfico, académico-científico e profissional da amostra;
- 2) Identificar os conhecimentos que os TF têm sobre PBE;
- 3) Identificar o recurso a fontes de informação;
- 4) Identificar quais os recursos disponíveis para aplicação da PBE nos TF da amostra;
- 5) Avaliar o grau de familiaridade e de utilização das tecnologias de informação;
- 6) Identificar as barreiras sentidas pelos TF para a implementação da PBE.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

São escassos os estudos que se reportam à evolução da TpF, sendo a sua maioria relativa aos Estados Unidos da América. A fonte mais aprofundada e documentada foi obtida através do trabalho de Judith Felson Duchan (2011), terapeuta da fala americana, complementado por outras fontes, principalmente europeias. O exercício da profissão requer, hoje, um conhecimento multidisciplinar e uma atualização contínua que exigem competências aprofundadas, de pesquisa de informação científica.

Acresce, na atual conjuntura mundial, a importância dada à qualidade na prestação dos serviços de saúde, ao papel das tecnologias na saúde e à sua constante evolução. A PBE pode apoiar a tomada de decisão clínica ajudando a reduzir os custos associados e riscos envolvidos nas intervenções terapêuticas, bem como, dar resposta, com base em conhecimentos científicos, às questões colocadas pelos utentes.

2.1 Evolução da Terapia da Fala

Durante a Idade Média, acreditava-se que todas as deficiências eram de origens demoníacas ou sobrenaturais, fazendo com que os indivíduos portadores de deficiência fossem perseguidos. As primeiras referências de “reabilitação” de pessoas com deficiência surgem no séc. XVI, com o início da educação de crianças surdas, em Espanha e na Turquia, pertencentes à alta sociedade e escondidas em mosteiros (Albrecht, Seelman, & Bury, 2001).

A partir do séc. XVII mudou-se a visão acerca da deficiência e dos portadores de deficiência, sendo realizados esforços no sentido de se desenvolverem tratamentos para os indivíduos enfermos, levando à criação de escolas e instituições na Europa e América do Norte. Durante o séc. XVIII há manifestações de preocupação não só com a surdez, mas também com a criação de alfabetos manuais para a comunicação (Albrecht *et al.* 2001). Salienta-se que a TpF nasce no referido século, onde surgem os primeiros registos de profissionais dedicados à intervenção em problemas de fala, tais como médicos, professores, sacerdotes, oradores, curandeiros, entre outros, com maior relevo nas perturbações como a surdez e a gaguez. Porém, foi no início do século XX que a profissão relativa ao exercício da TpF se afirmou e desenvolveu (Batista, 2011).

Tal como outras profissões da área da saúde, a TpF teve início na medicina e foi alargando o conhecimento conjugando saberes da Linguística e Psicologia, bem como, os resultados práticos dos pioneiros na área (Chantrain, 2009).

A TpF foi definindo o seu campo de intervenção, incidindo primeiramente nas perturbações da fala e, atualmente, em todas as perturbações da comunicação humana e da deglutição.

Durante o séc. XIX e início o séc. XX, nos EUA, ocorreram situações importantes para o desenvolvimento das bases futuras no campo da terapia da fala. (Duchan, 2011). A TpF como método de intervenção específico para a comunicação, linguagem, fala e deglutição, surgiu perante a necessidade de reabilitar os soldados da II Guerra Mundial (1939 a 1945) e da Guerra do Vietname (1964 a 1975). Neste período, era uma terapia que visava a recuperação de capacidades perdidas, em utentes adultos, sendo a fala a área de maior incidência para a recuperação.

Foi nos primeiros 45 anos do séc. XX, nos EUA, que a profissão se estabeleceu independente da Medicina e começou a definir os cânones da sua prática clínica. Os primeiros profissionais dedicados à “*speech correction*”, (forma como era designada a profissão na altura), sentiram necessidade de se juntar formando uma associação, em que o objetivo era delimitar os padrões existentes da prática clínica (Duchan, 2011). A associação criada é desde 1978 designada por *American Speech-Language-Hearing Association* (adiante designada de ASHA), sendo uma associação americana de terapeutas da fala e audiologistas. A ASHA iniciou o desenvolvimento de padrões nacionais para as profissões referidos e é responsável pela certificação desses mesmos profissionais (American Speech-Language-Hearing Association, 2009).

Na Europa, no início do séc. XX, a TpF direcionava-se mais para os problemas da fala em crianças. Nos anos 60, deu-se início a uma intervenção dirigida para os problemas de linguagem, nomeadamente para a semântica e sintaxe. A década de 70 revelou ser a de maior interesse para perturbações da linguagem, havendo distinção entre perturbações da fala ou articulação de perturbações da linguagem. Observou-se um aumento do conhecimento através de estudos relativos às perturbações da comunicação, bem como, na ênfase do tratamento de adultos (Chantrain, 2009).

Atualmente, o campo de atuação de um TF revela-se mais alargado a nível de conhecimento, abrangendo diferentes tipos de alterações de linguagem, de comunicação e de interação de utentes de todas as idades e ainda alterações na deglutição ou associadas. Este aumento de conhecimento faz com que os utentes

sejam encaminhados para áreas mais especializadas, quando as suas patologias não integram nas áreas de intervenção do TF.

Com a constante evolução no campo da reabilitação, os TF passaram a integrar equipas ligadas à reeducação e passaram a especializar-se em áreas mais específicas no campo de atuação da TpF.

2.2 Evolução da formação em Terapia da Fala na Europa

As primeiras escolas a surgirem na Europa e a lecionarem cursos relacionados com os princípios da TpF remontam às primeiras décadas do século XX. De um modo geral, iniciava-se com um curso de educação para o ensino, seguindo-se dois anos de uma especialização. O plano curricular tinha como base, essencialmente, conteúdos nas áreas da Medicina e Psicologia, sendo o conhecimento relativo à natureza de muitas das perturbações, limitado. O maior foco incidia nas perturbações da fala na criança (Chantrain, 2009).

De acordo com Leahy (1999), no início do séc. XX já existiam na Áustria, Alemanha e Dinamarca, profissionais clínicos para o ensino e correção dos problemas da fala. Defendia-se a existência de recursos disponíveis para as crianças com dificuldades de fala, havendo professores mais especializados nessa área, tanto a nível de conhecimento como no tratamento. Assim, sobreveio a ideia de cursos de curta duração, para que os professores se familiarizassem com os princípios da “Logopedia” – designação inicial de TpF – e pudessem intervir perante situações de alterações de fala, nas crianças. Em 1928, já se contabilizavam 39 escolas em Viena, que ofereciam este tipo de curso para professores (Leahy, 1999).

Na mesma época, em Inglaterra, fazia-se referência a um outro tipo de formação. Em 1919, a Escola “*Central School of Speech and Drama*” em parceria com um hospital Londrino, iniciou um curso com o intuito de formar TF, acabando por abrir mais cursos por todo o país (Malmkjaer, 2002).

Kjaer (2005) refere que na década de 1950, tanto na Europa Central como na Suécia e Finlândia, a educação em TpF era ajustada pela especialidade médica ligada à voz e fala, a foniatria. Os TF eram meros assistentes de foniatras, sendo deste modo um paradigma paramédico. No norte da Europa, mais especificamente na Noruega e Dinamarca, a educação em TpF era equivalente a uma pós-graduação da formação dos professores, integrando-se na educação especial, sendo um paradigma pedagógico.

Pelo que se infere, tendo em conta o exposto, a formação de profissionais a trabalhar na área das ciências da comunicação e suas perturbações veio a desenvolver-se através de vários pontos de partida, apoiando-se em múltiplos contextos filosóficos, em vários países (Kjaer, 2005). Uma vez que a evolução da profissão não foi igual em todos os países, devido à existência de diferentes metodologias de treino e paradigmas práticos dominantes, dentro e entre países, levou à variação na terminologia no domínio das ciências da comunicação e suas perturbações (*International Group on Terminology Frameworks – Communication Sciences and Disorders*, 2006). Houve, porém, um esforço para padronizar a formação inicial em TpF, com a criação de linhas orientadoras para a educação inicial, pela *International Association of Logopedics and Phoniatrics* (adiante designada de IALP) e *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne* (adiante designada de CPLOL).

Segundo referências da CPLOL (Patterson & Leijenaar, 2007) e da IALP (2010), os estudantes de TpF têm de adquirir competências profissionais divididas em três áreas específicas: (A) Prática clínica – competências ao nível da prevenção, avaliação, diagnóstico, intervenção e aconselhamento ao utente e à sua comunidade; (B) Organização e administração – conhecimento das leis vigentes no país, bem como dos pré-requisitos para trabalhar numa e para uma organização do país em questão; (C) A profissão – conhecimentos dos princípios da conduta e ética profissional e do desenvolvimento da profissão.

São estabelecidos princípios para a formação em TpF pelas associações referenciadas, inserindo no programa, por exemplo, a necessidade de consciencializar os estudantes para a complexidade da comunicação humana e suas perturbações, tal como a formação de especialistas nesta área e integração do ensino teórico com a prática, entre outros.

No período de implementação do Processo de Bolonha, a nível nacional, criou-se um grupo de trabalho designado por Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala (GTCTF), constituído por representantes do curso das várias Escolas Superiores de Saúde e da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (adiante designada de APTF), com o intuito de definir as competências necessárias e perfil prático do TF a nível nacional, bem como, determinar o *curriculum* nacional mínimo para a formação em TpF (as áreas, os conteúdos e os respetivos créditos) (Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, 2004).

É importante referir a publicação dos resultados de um questionário sobre a formação na Europa, relativo à educação inicial em TpF respeitante aos anos de 2007 e 2008, ministrado pela CPLOL. Os resultados obtidos revelaram uma inconstância entre a atuação dos países, no que diz respeito às características da formação inicial em TpF. De um modo geral, nos países que participaram no estudo, os cursos iniciais de TpF eram compostos por 3 ou 4 anos, havendo ainda alguns países com 5 anos. A maioria dos cursos já se encontrava na fase de transição para o Processo de Bolonha e, em alguns países, os cursos tinham áreas de especialização (CPLOL, 2009a; Patterson & Leijenaar, 2007).

2.3 Evolução da Terapia da Fala em Portugal

Pode ler-se num documento da APTF (2004) que:

A formação dos primeiros terapeutas da fala foi feita com o objetivo de dar resposta às necessidades de reabilitação no campo das perturbações da linguagem, na previsão da abertura do Centro de Medicina de Reabilitação em Alcoitão, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), que viria a ser inaugurado em 1966. Decidiu então a SCML enviar portugueses ao estrangeiro para fazerem a sua formação. Assim, os primeiros terapeutas da fala que terminaram o curso regressaram a Portugal em 1962, iniciando as suas funções de docência. (p.3)

Assim, deu-se início ao primeiro curso de TpF a ser lecionado na antiga Escola de Reabilitação de Alcoitão (atual Escola Superior de Saúde de Alcoitão - ESSA), criado oficialmente pela Portaria nº 22034, de 4 de junho de 1966 (APTF, 2004).

Desde a formação do primeiro curso de TpF, outras ofertas surgiram havendo atualmente dez escolas. Deste modo, a TpF tem vindo a desenvolver-se no nosso país nos últimos 50 anos, não só em número de TF e de cursos, bem como em termos de áreas e locais de atuação.

Antes de 1999 era apenas conferido o grau de bacharel a quem fizesse o curso de TpF, passando, a partir dessa data, para Licenciatura bietápica constituída por dois ciclos: Bacharelato (3 anos) e Licenciatura (1 ano). Atualmente, com a implementação do Processo de Bolonha mantém-se dois ciclos sendo que o primeiro se reporta à Licenciatura (4 anos) e o segundo ao Mestrado (2 anos).

Segundo a APTF, no ano de 2008, estimava-se que existissem cerca de 1250 TF. Os registos da Administração Central do Sistema de Saúde (adiante designada de ACSS), do mês de junho de 2012 indicavam a existência de 1564 TF (ACSS, 2012). Todavia, dados mais recentes de fevereiro de 2013, revelam que 1587 TF requereram a cédula profissional (ACSS, 2013), sabendo-se que o número de TF é superior ao referido. Apesar da evolução, não existem dados atualizados acerca da situação profissional do TF em Portugal. Uma vez que é uma profissão relativamente recente, verifica-se uma escassa investigação científica, sendo que muitas das áreas são ainda emergentes (Prates & Silva, 2011).

2.4 Caracterização da profissão

Devido à evolução recente da profissão, às mudanças na sociedade a nível dos cuidados de saúde e inclusão social (por exemplo: inclusão das crianças com deficiência nas escolas) e aos avanços tecnológicos e científicos, a terapia da fala é considerada uma profissão dinâmica e em contínuo desenvolvimento (ASHA, 2007).

Em Portugal, a profissão é regulamentada e definida pelo Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro, que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, dentro do qual se integra o TF. Segundo o referido decreto-lei, o TF é o profissional responsável pelo “*desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal*”. Contudo, em comparação com as definições dadas pelas associações internacionais (ASHA, CPLOL e IALP), falta ainda acrescentar a avaliação da deglutição e a investigação científica. A IALP (2010), por exemplo, define o TF como o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, gestão e investigação científica das perturbações da comunicação humana e deglutição.

A Organização Mundial de Saúde (adiante designada de OMS), em 2006, fez referência ao trabalho dos TF salientando que estes profissionais de saúde “... *trabalham para aumentar a qualidade de vida dos utentes, reduzindo as deficiências das estruturas e funções corporais, as limitações da atividade, as restrições da participação e as barreiras ambientais a que possam estar sujeitos*” (citado por Dias, 2008).

Independentemente das designações dadas à carreira de TF é consensual a população-alvo estabelecida para avaliação e intervenção em TpF e o objetivo geral.

Assim, a T_pF abrange indivíduos de todas as idades, desde recém-nascidos a idosos e tem como objetivo geral otimizar capacidades perdidas ou não adquiridas do indivíduo, melhorando, assim, a sua qualidade de vida (ASHA, 2007).

A intervenção do TF, em Portugal, tem sido influenciada pelo modelo biomédico suportado nas Ciências da Saúde, o qual pressupõe que o terapeuta deve colocar-se ao serviço da doença/patologia (Prates & Silva, 2011).

2.5 Investigação científica e formação contínua

Os TF combinam o conhecimento científico com as capacidades clínicas para gerir os seus utentes. É de considerar que a T_pF tem que estar em constante desenvolvimento cruzando a ciência pura com a aplicada, implicando que pode, a qualquer momento, ser objeto de revisão e modificação, levando ao desenvolvimento contínuo da profissão (CPLOL, 1997,1999).

Remete-se para a importância, já anteriormente destacada, do desenvolvimento da investigação e da formação contínua como requisitos para a manutenção de profissionais atualizados. A revitalização dos conhecimentos e das capacidades tem sido realizada através do ensino, de publicações, participação em reuniões/cursos e/ou participação em programas de investigação (CPLOL, 1997, 1999; IALP, 1998).

2.5.1 Investigação científica

Pode considerar-se que as relações bem-sucedidas assentam na compreensão e no respeito mútuo. O mesmo parece aplicar-se na relação entre a investigação e a prática clínica, uma vez que o conhecimento oriundo da primeira tem influência sobre a segunda e, reciprocamente, o desenvolvimento dessas práticas clínicas suscitam a necessidade de novas investigações (Apel & Self, 2003).

Pode então considerar-se que a investigação científica resulta deste movimento nos dois sentidos e na procura de novo conhecimento.

Durante a formação inicial em T_pF, os alunos devem elaborar um trabalho de final de curso, onde se encontra incluída a pesquisa científica, excetuando-se a Alemanha e a Inglaterra (CPLOL, 1999).

Na Europa existem TF a fazer parte de programas de investigação científica, em estabelecimentos educacionais, estando distribuídos da seguinte forma, por estabelecimentos:

- Bélgica francófona -
- 3; Alemanha - 2;
- Holanda - 5;
- Suíça – 3;
- Inglaterra, Irlanda, Finlândia e Suécia - todos os estabelecimentos educacionais.

Em alguns países, a qualificação final da formação base em T_pF permite aos estudantes realizarem formação pós-graduada (doutoramento), sendo o caso da Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, Portugal, Espanha, Suécia e um estabelecimento de ensino suíço.

A IALP (1998, 2010) reforça ainda que os TF devem contribuir para o desenvolvimento do ensino e da profissão através da realização e publicação de investigações. Contudo, num estudo realizado a fisioterapeutas (Ft), mais de metade dos participantes referem que não pertencem a grupos de pesquisa no local de trabalho (67,9%) (Salbach, Guilcher, Jaglal, & Davis, 2010).

A investigação científica é importante para promover a eficácia e a produtividade, uma vez considerado que os conhecimentos e as práticas clínicas se encontram em constante mutação. Em Portugal, adquire ainda maior importância, por ser uma área recente e dada a escassez de estudos. Existe uma real necessidade de envolvimento dos TF nos estudos científicos, de forma a obterem-se dados, que após análise, possam contribuir para uma melhoria contínua da prática profissional.

2.5.2 Formação contínua

O desenvolvimento profissional contínuo (adiante designado de DPC), comumente conhecido por formação contínua, não tem uma definição nacional específica, porém o DPC é voluntário e os profissionais desenvolvem as suas capacidades profissionais em áreas específicas da TF (CPLOL, 2009b). O CPLOL (1999, 2009c) e a Health Professions Council (s.d., citado por Royal College of Speech & Language Therapists, 2011) definem o DPC como uma variedade de atividades de aprendizagem, pelas quais os TF atualizam e melhoram as suas competências, ao longo das suas carreiras profissionais, para garantir uma prática segura, efetiva e legal, no âmbito da evolução da prática clínica. Destacam-se os princípios básicos de DPC apresentados pelo CPLOL (2009c):

1. É uma obrigação ética dos TF aumentar regularmente as suas competências profissionais;
2. O DPC deve complementar e atualizar os conhecimentos e capacidades e não substituir a formação inicial em TF;
3. O DPC deve fazer eventualmente parte do processo de acreditação profissional e do desenvolvimento da carreira;
4. A fim de garantir a acessibilidade a um vasto leque de atividades que envolvem a aprendizagem profissional é relevante o reconhecimento do DPC;
5. Os conteúdos dos cursos e outras atividades do DPC devem ter em conta:
 - as necessidades atuais dos profissionais;
 - prática baseada nas evidências;
 - a atualização do conhecimento científico;
 - nível profissional dos TF;Devem indicar de forma clara os resultados da aprendizagem.
6. Se existe um organismo de acreditação no país, essa organização deve regular as atividades do DPC em colaboração com as associações de TF.

Num estudo realizado por Dysart e Tomlin (2002), a maioria dos inquiridos relata recorrer a apresentações em conferências e ações de formação contínua, várias vezes ao ano. Segundo um questionário realizado a terapeutas da fala, pela ASHA, a formação contínua é dificultada pelos seus custos associados. Os resultados do estudo revelam que 50% dos inquiridos relatam que “muito provavelmente” servir-se-iam da formação contínua como fonte de informação para ajudar à tomada de decisão clínica e recorreriam à opinião dos colegas (68%). Em contraste, apenas 37% recorreriam, muito provavelmente, à literatura com revisão por pares e 25% a documentos ASHA (Mullen, 2005). Em 2007, um estudo com Ft portugueses, revelou que 93,7% dos participantes frequentavam regularmente cursos de formação contínua (Antunes, Lopes, & Filipe, 2007).

A formação contínua tem um papel importante ao ajudar os TF a adquirirem competências necessárias para identificar e avaliar a qualidade das investigações (Mullen, 2005).

É pertinente neste contexto compreender se os TF, em Portugal, se dedicam à investigação, que práticas de formação realizam ao longo da vida profissional, bem como, saber se as ofertas de formação contínua correspondem às necessidades. São

dados relevantes não só para as entidades formadoras adequarem as ofertas de formação, mas também para se auscultar a motivação dos TF para a investigação, a propensão para a atualização no que concerne à formação contínua e, se adequam a prática ao longo do tempo, em consonância com o aparecimento dos novos estudos.

2.6 Prática Baseada na Evidência

A Prática Baseada na Evidência, bem como as suas bases conceituais derivam de um movimento denominado de Medicina Baseada na Evidência.

Segundo Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson (1996), a MBE teve as suas bases teóricas, em Paris. O movimento da MBE surgiu na década de 80, na Universidade de McMaster, no Canadá, (Castiel & Póvoa, 2001; Galvão *et al.*, 2003) e foi David L. Sackett um dos principais idealizadores (Filippin & Wagner, 2008). Há quem refira que surgiu no início da década de 90 (Azevedo & Pereira, 2007) e que a sua criação e desenvolvimento inicial se deveu a um grupo de clínicos e investigadores anglo-saxónicos de escolas médicas canadianas, britânicas e americanas, nos quais se destacam Gordon Guyatt e David Sackett. Cordeiros *et al.* (2007) referem que o interesse por esta temática emergiu no início da década de 90, utilizando ferramentas da epidemiologia clínica, da estatística, da metodologia científica e da informática, com o intuito de disponibilizar a melhor informação para a tomada de decisão (Cordeiro, Oliveira, Renteria, Guimarães, & Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro, 2007). Todavia, os autores alertam que, tendo a MBE tido origem no Canadá, é no Reino Unido que se tem verificado um maior impacto, com vista à sua adaptação ao sistema público de saúde.

Existe uma abundância de definições de MBE. Contudo, a maioria diz essencialmente a mesma coisa, sendo a definição mais conhecida a apresentada por Sackett *et al.* (1996). A MBE poderá ser genericamente definida como a aplicação consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão sobre o cuidado individual dos utentes.

O objetivo da MBE é a integração da *experiência clínica individualizada* em consonância com a *melhor evidência clínica externa disponível*, obtida através da pesquisa sistemática (Sackett *et al.*, 1996) e tendo em conta a *perspetiva do utente*. Os autores ao referirem experiência clínica individualizada querem com isto dizer que cada profissional de saúde deve adquirir com a sua experiência e prática profissional, competências e capacidade de apreciação, que se reflitam na efetividade e eficiência dos cuidados de saúde. Quando mencionam melhor evidência clínica externa

disponível, evocam a pesquisa clínica relevante mais frequente, suportada nas ciências médicas, com toda a atenção centrada nos benefícios do utente.

Concetualmente, a tríade **experiência clínica / evidência científica externa / perspectiva do utente**, forma os princípios básicos da MBE.

Transpondo a definição para a área da TpF, a ASHA está de acordo com a descrição de Sackett *et al.* (1996), definindo a prática baseada na evidência, em terapia da fala, como uma abordagem em que a pesquisa da evidência é de alta qualidade e integrada com o conhecimento dos profissionais de saúde e os valores e preferências individuais englobados no processo de tomada de decisão clínica (ASHA,2005).

Assim, e para que a prática clínica seja efetiva, os profissionais de saúde devem obter, interpretar e implementar os resultados de pesquisa da melhor evidência disponível (Rappolt & Tassone, 2002).

Em suma, pode falar-se da PBE como uma ferramenta que permite a melhoria dos cuidados de saúde e que se apoia na evidência científica válida, necessária e resultante da pesquisa e avaliação. É importante não descurar o contexto envolvente do utente, bem como a experiência do profissional de saúde, com vista à melhoria dos cuidados de saúde prestados, bem como no apoio à tomada de decisão.

Neste contexto, e dado o volume de informação existente, é necessário questionar qual a forma mais adequada de pesquisar, seleccionar e aplicar a evidência de maior qualidade.

2.6.1 Prática da PBE

A prática da PBE envolve quatro passos básicos no seu processo (ASHA, 2011; Carneiro, 1997; McAlister, Graham, Karr, & Laupacis, 1999; Smyth, 2000):

1. Formulação da questão;
2. Pesquisa da melhor evidência na literatura científica;
3. Avaliação crítica da evidência disponível de forma a validá-la e identificar a sua utilidade;
4. Aplicação da evidência na prática clínica.

2.6.1.1 Formulação da questão

Para que haja uma prática correta da PBE, os TF devem dar início a este processo com a formulação de uma questão clínica clara, relevante para o problema em questão, e que a sua resposta esteja disponível na literatura (Carneiro, 1997). Este processo deve envolver quatro elementos que se convencionou chamar de critério **PICO** (Azevedo & Pereira 2007a; Carneiro, 1997; Mata, Marques, Silveira, & Marques, 2008) e que envolve:

- i. População (utente) ou problema em causa;
- ii. Intervenção;
- iii. Comparação de intervenções;
- iv. Resultados.

Em inglês, a enumeração destes quatro elementos é facilitada com a mnemónica PICO (**P**atient ou **p**roblem, **I**ntervention, **C**omparison intervention e **O**utcomes).

2.6.1.1.1 População ou problema

Este parâmetro baseia-se na população ou no utente. Pretende caracterizar o grupo populacional onde o utente da questão se insere. Os elementos da caracterização podem ser variados e estão relacionados com outros aspetos da questão. Esta caracterização tem como objetivo identificar qual o estudo a ser selecionado, de modo a responder à questão com validade externa (Carneiro, 1997; Mata *et al.*, 2008).

2.6.1.1.2 Intervenção

Consiste na intervenção que se encontra sob consideração, isto é, esta componente define a intervenção a ser efetuada no utente. Pode ser referente a qualquer área de aplicação clínica, desde a prevenção, etiologia, diagnóstico, terapêutica e prognóstico (Azevedo & Pereira, 2007b; Carneiro, 1997; Mata *et al.*, 2008).

2.6.1.1.3 Comparação de intervenções

Este elemento do critério PICO também pode ser denominado de comparação alternativa e de ser integrado junto com o ponto anterior (Intervenção). Caso haja uma intervenção alternativa, esta decorre na definição da intervenção em estudo (Azevedo & Pereira, 2007b). Uma vez que a tomada de decisões implica escolhas, a questão a colocar será uma comparação e que consistirá em saber qual a alternativa melhor em relação à intervenção em estudo (Mata *et al.*, 2008).

2.6.1.1.4 Resultados

Torna-se relevante definir os resultados clínicos obtidos para se compreender quais os efeitos no utente (Carneiro, 1997; Mata *et al.*, 2008), querendo com isto dizer, se há ou não risco para o utente e se a intervenção é ou não benéfica para este. Os resultados costumam ser um evento tipo cura ou melhoria da qualidade de vida.

Ao proceder-se à pesquisa de informação sobre diagnóstico, tratamento e prevenção, verificar-se-á um benefício na uniformização das práticas clínicas, dentro dos grupos profissionais; será possível adequar as práticas de intervenção, ao serem baseadas na evidência, o que promove a redução dos custos (tanto para o utente como para a instituição) e o aumento da qualidade clínica; aumentará o grau de satisfação dos utentes e dos seus familiares e por último aumentará o interesse, por parte dos profissionais, por se manterem informados e atualizados, relativamente às novas tecnologias da saúde (Galvão, Sawada, & Rossi, 2002).

2.6.2 Pesquisa e seleção da melhor evidência científica

A prática baseada na evidência enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica. Esta abordagem requer a aquisição de novas competências nos processos de decisão (Simon, 1999).

A evidência é caracterizada como algo que fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como, o consenso de especialistas reconhecidos (Stetler *et al.*, 1998). Filippin e Wagner (2008) salientam que, para “ *que haja evidência científica é necessário que exista uma pesquisa realizada dentro de preceitos científicos...*”.

A formulação das questões clínicas poderá determinar quais as melhores bases de dados a serem utilizadas de modo a fornecer a melhor evidência para responder às questões clínicas. Essa escolha permitirá poupar tempo na obtenção de respostas, uma vez que, a pesquisa bibliográfica incidirá em questões em diferentes áreas - etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção (Fineout-Overholt, Hofstetter, Shell, & Johnson, 2005).

Nesta fase de pesquisa será feito um levantamento dos melhores artigos científicos disponíveis, de forma a dar resposta às questões levantadas.

A pesquisa da evidência, fazendo uso às bases de dados bibliográficas, está diretamente interligada com a formação específica na área e a experiência na utilização das mesmas (Azevedo & Pereira, 2007b).

Existem diferentes procedimentos para pesquisar a informação necessária para a prática da evidência, podendo esta ser acedida através de CD-ROM, DVD e pela Internet (via *online*). Podem também obter-se resumos em formato digital ou em papel, artigos completos e capítulos de livros, gratuitamente ou por um preço acessível (Lopes, 2000). Os profissionais de saúde podem aceder gratuitamente a resumos e a artigos completos, porém quem não é subscritor de revistas pode adquirir os artigos fazendo um pedido direto aos autores (Jacobs, Jones, Gabella, Spring, & Brownson, 2012).

Existem duas fontes de evidência: a fonte primária e a secundária. A fonte primária caracteriza-se pela informação produzida na forma original (Mata *et al.*, 2008), por sua vez a secundária cita referências credíveis de publicações de pesquisa clínica (Buckingham, Fisher, & Saunders, 2007). Estas informações podem ser pesquisadas no motor de busca Google e em bases dados eletrónicas, tal como a Medline, para revistas mais relevantes, pode ainda procurar-se na Internet listas de referência, conferências e procedimentos clínicos/diretrizes (*guidelines*).

A informação pode também ser pesquisada em bibliotecas, trabalhos impressos de fontes indexadas e literatura cinzenta (por exemplo: relatórios administrativos, capítulos de livros, atas de congressos) ou ser feito o pedido do envio de comunicações pessoais (Buckingham *et al.*, 2007; Tanjong-Ghohomu, Tugwell & Welch, 2009; Jacobs *et al.*, 2012).

A Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine*, NLM) disponibiliza via Internet, acesso grátis à Medline, já o Centro Latino-Americano e das Caraíbas de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) recebe pedidos de fotocópias para utilizadores registados, o que leva a crer que a existência de bibliotecas com assinatura a periódicos pode facilitar à prática da PBE (Lopes, 2000).

Vários estudos realizados demonstram a necessidade de recurso a bases de dados, quando se trata de pesquisar artigos. Resultados obtidos num questionário a médicos indica que apenas 8% dos inquiridos relatam utilizar a Medline para pesquisa de literatura (Olatunbosun, Edouard, & Pierson, 1998). McAlister *et al.* (1999), num questionário realizado a médicos canadianos, referem que poucos são os inquiridos que indicam uma utilização frequente do uso da Internet (10%) e do *Cochrane*

Collaboration Reviews (5%). Dysart e Tomlin (2002) identificam que uma larga maioria da amostra inquirida refere ter acesso a todas as fontes de informação, listadas pelos autores. No estudo de Jette e colegas (2003), os participantes referem ter acesso a bases de dados relevantes e à Internet em casa (89%) e no trabalho (65%) (Jette *et al.*, 2003). Na área da fisioterapia, num questionário de Iles e Davidson (2006), os resultados relativos à pesquisa bibliográfica foram: 69% afirmam ler os relatórios de pesquisa, frequentemente (pelo menos mensalmente); apenas 10,6% pesquisa na base de dados PEDro; 15,3% na *Cochrane Library*; e na Medline ou Cinahl (26,6%), com frequência, e 25,8% dos questionados referem relatórios de pesquisa sobre avaliação crítica. Na questão relativa ao nível do uso da literatura, no questionário de Antunes *et al.* (2007) refere-se: 52% leem mensalmente entre 2 a 5 artigos relacionados com a sua prática; 37% menos de um; 47,5% utilizam menos de uma vez por mês as bases de dados; a disponibilidade de acesso a estas é maior em casa (85%) do que no trabalho (62,2%).

É de extrema importância destacar algumas bases de dados disponíveis e úteis para a pesquisa bibliográfica, porém é de conhecimento geral que a mais utilizada na área biomédica é a Medline, que é a principal base de dados bibliográfica da NLM e tem mais de 18 milhões de artigos indexados, e cerca de 560 mil novas referências adicionadas por ano. A base de dados é disponibilizada gratuitamente através do serviço PubMed. A *Cochrane Central* adiciona cerca de 20 mil novos artigos e 55 novos ensaios por dia (Azevedo & Pereira, 2007b; Tanjong-Ghohomu, *et al.*, 2009).

A *ScienceDirect*, também muito usada pelos investigadores, é uma base de dados, com necessidade de subscrição, que disponibiliza artigos, revistas e capítulos de livros científicos, com o seu conteúdo integral, contudo existem artigos que podem ser disponibilizados gratuitamente. Os conteúdos desta base de dados são mais de 2500 revistas com revisão por pares e mais de 11 mil artigos/capítulos, crescendo aproximadamente meio milhão por ano (ScienceDirect, 2012).

Em Portugal, a partir de março de 2004 entrou em funcionamento a Biblioteca do Conhecimento Online (B-on). Esta disponibiliza acesso permanente, nas instituições de investigação e do ensino superior, aos textos integrais de milhares de periódicos científicos e *e-books* de alguns dos mais importantes fornecedores de conteúdos, através de assinaturas negociadas a nível nacional. Em 2001 a disponibilização da bibliografia científica *Web of Knowledge*, do Instituto de Informação Científica de Filadélfia, permitiu o acesso a títulos, resumos e informação de citações de cerca de

8500 revistas, incluindo registros desde 1945 (Biblioteca do Conhecimento Online, 2012).

Com a facilidade de acesso à informação é premente que os TF sejam mais exigentes nas suas leituras e que consigam identificar a informação de qualidade. Para que a pesquisa e a seleção de evidências sejam as mais adequadas, deve ter-se em conta, em primeiro lugar, a escolha das palavras-chave (Fineout-Overholt *et al.*, 2005). Posteriormente e para que a pesquisa seja mais específica, é aconselhável recorrer a um “filtro de qualidade” nas bases de dados bibliográficas combinando a pesquisa por assuntos (Buckingham *et al.*, 2007) de modo a não produzir milhares de entradas para artigos. A estratégia de pesquisa mais aplicada, ao utilizar a Medline através do serviço PubMed, envolve o recurso a filtros específicos, conectores booleanos (do tipo AND ou OR), pesquisa por texto livre, aspas, entre outros, ou então através de ferramentas mais específicas, em que se destaca a utilização dos termos *MeSH* (Medical Subject Headings) para a especificação da chave de pesquisa. Faz-se também uso da funcionalidade *Clinical Queries*, que aplica automaticamente um conjunto de filtros metodológicos em função do tipo de questão, com o intuito de aumentar a eficácia da chave de pesquisa (Azevedo & Pereira, 2007b; Mata *et al.*, 2008).

Contudo, não basta apenas adequar a forma como é pesquisada a literatura. Deverá ser tida em conta, na seleção da evidência, o tipo de desenho metodológico, uma vez que nem todos os estudos apresentam a mesma validade e aplicabilidade clínica dos resultados. Filippin e Wagner (2008) referem que “a análise de evidências de pesquisa exige dos profissionais conhecimento e habilidades para capacitá-los a ter autonomia na avaliação crítica das informações que serão utilizadas para diminuir a incerteza das decisões tomadas na clínica”.

2.6.2.1 Hierarquização da evidência

A evidência pode ser apresentada de várias formas, devido às abordagens metodológicas aplicadas nos estudos. Por este motivo, estas têm sido descritas de acordo com o seu potencial de vieses (Belsey, 2009).

Os níveis de evidência são utilizados, atualmente, como um norteador de forma a classificar a qualidade dos estudos realizados na área da saúde. Atallah, Pecin, Cohen e Soares (2004) propuseram uma pirâmide dos níveis de evidência, para tratamento e prevenção. No topo e com maior nível de evidência, encontram-se as revisões sistemáticas e as meta-análises e, na sequência, os ensaios clínicos aleatorizados

(ECA), de coortes, de casos-controlo, estudos de caso e séries de casos (sem grupo de controlo); seguem-se a opinião de especialistas, os estudos com animais e as pesquisas *in vitro*.

Outros sistemas de avaliação da qualidade da evidência científica foram propostos, porém o mais utilizado, atualmente, é o sistema GRADE (*Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*), também adotado pela OMS e pela *Cochrane Collaboration*. O sistema baseia-se na graduação da qualidade da evidência e na força das recomendações médicas subsequentes, introduzindo desta forma o valor da tomada de decisão (Guyatt *et al.*, 2008). As definições descritas para a qualidade da evidência encontram-se de seguida.

Alta qualidade: pesquisa adicional tem pouca probabilidade de mudar a confiança na estimativa de efeito estudado.

Qualidade moderada: pesquisa adicional é suscetível de ter um impacto importante sobre a confiança na estimativa do efeito estudado e pode alterar a estimativa.

Baixa qualidade: pesquisa adicional é muito propensa a ter um impacto importante a confiança na estimativa do efeito e provavelmente mudará a estimativa.

Qualidade muito baixa: qualquer estimativa do efeito é muito incerta.

Green e Ruff (2005) referem num estudo apresentado que a falta de “alta” qualidade leva à insegurança sobre os resultados da literatura pesquisada. Resta afirmar que a avaliação da qualidade da literatura é essencial para extrapolar os resultados para os nossos utentes (Furlan, 2000).

2.6.3 Avaliação crítica da evidência

A leitura crítica de artigos é um aspeto fundamental para o TF que deseje exercer a profissão com base na prática baseada na evidência científica. A pertinência da avaliação crítica da evidência deve-se ao crescimento exponencial do número de artigos científicos publicados anualmente em qualquer área do saber, e em particular, na área biomédica. Contudo, é um aspeto positivo, uma vez que é indicativo de mais ciência a ser realizada e divulgada (Azevedo & Pereira, 2008; Berwanger, Guimarães, & Avezum, 2005).

De forma análoga à anamnese/história clínica de um utente, a análise crítica de um artigo deve obedecer a uma sequência lógica que permita a deteção de possíveis

erros sistemáticos (vieses) ou outras restrições que possam comprometer os resultados do estudo em questão (Berwanger *et al.*, 2005).

Uma vez identificados os potenciais artigos, dá-se início à avaliação crítica. A avaliação crítica reporta-se à capacidade de ler um artigo científico com especial atenção para o objetivo do estudo, a metodologia empregue, os resultados e a aplicabilidade dos resultados na prática (Abalos, Carroli, & Mackey, 2005; Lopes, 2000).

Ao realizar-se uma avaliação crítica é essencial compreender o quão perto da verdade estão as conclusões dos autores, comumente chamada por “validade interna”.

Após selecionar os artigos de qualidade, está na altura do TF se focar nos resultados. A última etapa consiste em decidir a relevância clínica dos resultados obtidos e quais deles são aplicáveis ou úteis na prática clínica (Abalos *et al.*, 2005).

De ressaltar que nesta última fase de avaliação (aplicabilidade da evidência científica), o principal objetivo é enquadrar a evidência científica, em consonância com as características específicas do TF, do contexto da sua prática clínica e do utente (Azevedo & Pereira, 2008).

2.6.4 Aplicação da evidência na prática clínica

É a última etapa da PBE, e resume-se à aplicação da evidência na prática clínica. Nesta fase o TF dispõe da melhor evidência externa disponível. Na posse da evidência científica válida e útil, o TF tem de atuar sobre esse conhecimento quer por aplicação direta quer pela utilização de Normas de Orientação Clínica (NOC), porém é pertinente saber se o utente em que se pretende aplicar os resultados corresponde, na realidade, à população estudada, bem como se os resultados lhe são aplicáveis (Mata *et al.*, 2008; Smyth, 2000).

Quando da tomada de decisão clínica, terá que se ter em conta os benefícios esperados e os potenciais riscos para a saúde do utente, bem como os custos associados. Todavia, os critérios para a tomada de decisão podem variar consoante as prioridades e os decisores da implementação. Os gestores de saúde, por exemplo, podem tomar decisões com vista aos benefícios sociais na saúde e a sua eficácia, enquanto os profissionais de saúde se preocupam, sobretudo, com o bem-estar dos seus utentes e a opinião dos mesmos e dos seus familiares (Abalos *et al.*, 2005).

No estudo de Olatunbosun *et al.*, (1998) 8% de médicos obstetras e de clínica geral, ao responderem a um questionário, reconhecem que quando sentem necessidade de dar respostas na sua prática clínica têm por hábito recorrer à pesquisa da literatura na Medline. Em 1999, um estudo de McAlister *et al.* (1999), reportam que os médicos canadenses recorreram para a tomada de decisão clínica às seguintes fontes: 93% experiência clínica; 73% artigos de revisão; a opinião dos colegas preenche um total de 61% e por último, 45% recorrem a livros (McAlister *et al.*, 1999). Zipoli e Kennedy (2005) identificam que os TF, da amostra são mais tradicionais, utilizando a experiência clínica (99,6%) e a opinião dos colegas (78,7%) para a tomada de decisão. A percentagem de Ft que relataram servir-se da pesquisa da literatura nas suas tomadas de decisão clínica foi de 17% para os que leem menos de 2 artigos por mês; e a maioria dos inquiridos (66%) lê entre 2 a 5 artigos, em média, por mês. Ainda de referir que 74% usa literatura da sua área profissional, no processo de tomada de decisão, 5 ou mais vezes por mês (Jette *et al.*, 2003). Noutro estudo, com o mesmo grupo profissional, os resultados obtidos na pesquisa da literatura para a tomada de decisão foram: 33,8% recorrem entre 0 a 1 vez; 52,9% para uma frequência de 2 a 5 vezes; 6,8% recorreram 6 a 10 vezes; 2,7% utilizaram a literatura 11 a 15 vezes e por último, foi relatada uma frequência de mais de 16 vezes (3,8%) (Salbach *et al.*, 2010).

Guyatt e colegas (2000) afirmam que para aplicar efetivamente a evidência na prática, além da capacidade de obter a história, avaliar, determinar um diagnóstico e as opções apropriadas de intervenção, o clínico deve ter a capacidade de:

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

É necessário mudar os comportamentos e atitudes dos TF relativamente ao desconhecido. Mata *et al.* (2008) mencionam que as mudanças na prática clínica

poderão ser dos aspetos mais delicados a realizar, uma vez que as práticas conhecidas e dominadas são as que mais segurança transmitem.

Para ajudar na integração de novas práticas clínicas, os TF podem basear-se em Normas de Orientação Clínica, que são apresentadas de seguida.

2.6.4.1 Normas de Orientação Clínica

As normas de orientação clínica (adiante designadas de NOC) visam orientar o TF na tomada de decisão em situações muito específicas e, devem ser fundamentadas na prática baseada na evidência.

Embora sejam em número reduzido, a proporção de “diretrizes clínicas baseadas nas evidências” comparada às revisões sistemáticas, ou às publicações sobre diretrizes em geral, tem vindo a crescer desde 1998 (Nobre, Bernardo & Jatene, 2004).

Com base na pesquisa são implementadas NOC/*guidelines*, com graus de recomendação e força de evidência para cada intervenção.

Em 1998, uma investigação aos comportamentos de médicos obstetras relativamente à prática baseada na evidência, salienta que quando estes profissionais se deparam com problemas clínicos, 37% recorre a livros ou a *guidelines* para a prática clínica (Olatunbosun *et al.*, 1998). Guyatt e colaboradores (2000) referem que os dados obtidos no estudo sobre avaliação da evidência refletem-se com os obtidos pelos britânicos, em médicos de clínica geral, que usam com frequência resumos baseados em evidência criados por outros (72%) e *guidelines* ou protocolos de prática baseada na evidência (84%). Ainda num questionário de Jette *et al.* (2003), 80% dos inquiridos respondem que sabem da existência de *guidelines* clínicas para as suas áreas e 75% afirmam ter acesso a essas normas clínicas pela Internet.

De uma forma sucinta, pode referir-se às NOC como um conjunto de recomendações clínicas, que se destinam a apoiar o profissional de saúde e/ou o utente na tomada de decisão acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em situações clínicas específicas (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007).

2.6.4.2 Implementar normas de orientação clínica

As normas servem vários propósitos, não são para uso exclusivo dos profissionais de saúde e/ou utentes, mas podem também ser utilizadas pelos sistemas de saúde (McGraw-Hill; 2008). Para os profissionais de saúde está disponível em forma de síntese da informação clínica relevante, por meio de indicação de recomendações

claras que tornam a prática clínica mais homogênea (Kmietowics, 2010 citado por Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

Para os utentes, as NOC têm um perfil educativo e informativo, na medida em que ensinam quais as melhores práticas clínicas e disponibilizam informação de qualidade, desenvolvendo um suporte seguro para a decisão consciente sobre a sua saúde. Por último, os sistemas de saúde ao fazerem uso das NOC melhoram a eficiência dos serviços, são capazes de estabelecer padrões comparativos de qualidade dos cuidados e ainda otimizam recursos (Carneiro, 2001). Gerhardt, Schoettker, Donovan, Kotagal e Muething (2007) ressaltam que os profissionais de saúde devem fazer um uso consciencioso das NOC, de acedê-las facilmente, e de utilizar a evidência quando há necessidade de prestarem cuidados. Assim as NOC serão válidas se a sua aplicação induzir as melhorias de saúde previstas, com um custo médio aceitável.

2.6.4.3 Onde encontrar NOC para a área da saúde?

NOC internacionais:

A elaboração, disseminação e implementação de NOC está bem instituída nos países que possuem agências nacionais, podendo ser encontradas, por exemplo, nas seguintes organizações: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) no Reino Unido; Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines (CoCANGPC) em França; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) na Escócia; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) nos EUA; New Zealand Guidelines Group (NZGG) na Nova Zelândia, entre outras (Campos *et al.*, 2010). Na área da terapia da fala, as organizações mais conhecidas, para a pesquisa de NOC são: a ASHA nos EUA e a *Royal College of Speech and Language Therapists* no Reino Unido (Dodd, 2007).

Campos *et al.* (2010) referem que em países mais avançados, existem vários sistemas de saúde com instituições de produção de NOC, que servem de instrumentos de sistemas de qualidade locais.

NOC nacionais:

Em Portugal, existem variadas entidades e organizações que, de diversas formas, elaboram, disseminam e implementam NOC: médicos especialistas hospitalares e de cuidados primários, enfermeiros, farmacêuticos, sociedades profissionais médicas e farmacêuticas, escolas médicas, indústria farmacêutica, governo (Ministério da

Saúde), Direção Geral de Saúde (adiante designada de DGS), Alto Comissariado da Saúde (adiante designada de ACS), Missão para os Cuidados Primários, entre outras (Carneiro, 2009).

As NOC, com âmbito nacional, são produzidas por organizações de maior destaque na saúde (DGS, ACS, etc.), enquanto outras têm aplicação em contextos mais regionais ou locais. As condições para seguir as recomendações podem variar, sendo a maior parte apenas de carácter consultivo. Porém, existem algumas obrigatórias, de que são exemplo as da DGS nas medidas preventivas, vacinação, etc. (Campos *et al.*, 2010).

A nível nacional, as áreas mais abrangidas pelas NOC são, primeiramente, a terapêutica, de seguida o diagnóstico e, por último, a gestão. Esta perspetiva é semelhante ao que se verifica noutros países, sendo a terapêutica a área de maior consideração (Davis, Goldman & Palda, 2007). Esta situação deve-se ao valor dado à área clínica, assim como à existência de uma numerosa quantidade de ensaios clínicos que, ao serem comparados com os estudos diagnósticos, prognósticos, de etiologia, entre outros, apresentam uma qualidade metodológica muito superior. Isto é, a evidência científica sobre tratamento é maior e melhor, permitindo deste modo a construção de melhores documentos (Campos *et al.*, 2010).

Os TF e os restantes profissionais de saúde devem investir na elaboração e implementação de NOC, como instrumentos que se destinam a apoiá-los, bem como aos utentes, na tomada de decisão relativamente às intervenções ou cuidados de saúde.

2.7 Vantagens da aplicação da PBE

Dado o que já foi referido sobre a PBE, pode considerar-se uma prática benéfica para o profissional que a pratica, bem como para os utentes e os decisores/gestores de saúde.

A aplicação da PBE é vantajosa, uma vez que tem como principal objetivo promover serviços de saúde de maior qualidade, colocando os interesses do utente em primeiro plano (Azevedo & Pereira, 2007b). Alega-se ainda que as vantagens da PBE são: ajudar os profissionais de saúde, mais concretamente neste caso os TF, a saberem gerir o excesso de informação; reduzir a heterogeneidade dos cuidados de saúde (e disponibilizar recursos para que os cuidados sejam idênticos); ajudar a reduzir os custos de saúde; justificar as alternativas de tratamento aos utentes (Crawford, 2007;

Pacy, 2006) e ainda promover a formação contínua e uma maior confiança na tomada de decisão clínica (Dodd, 2007).

Num estudo realizado por Jette *et al.* (2003), 90% dos inquiridos concordam ou concordam totalmente com a necessidade da PBE na prática clínica, bem como, que a PBE melhora a qualidade dos cuidados prestados ao utente (79%) e que a evidência ajuda na tomada de decisão (72%).

Com as evidências disponíveis, os profissionais de saúde intervêm com base num corpo de trabalhos científicos que demonstram a veracidade de uma determinada afirmação, daí o porquê da expressão “evidência científica” (Azevedo & Pereira, 2007a). Com estes argumentos poderá ser mais fácil a mudança de atitudes dos profissionais nas práticas clínicas e das entidades empregadoras.

2.8 Implementação da melhor evidência na prática

Com o intuito de proceder à PBE de forma efetiva, verifica-se a necessidade de adquirir e desenvolver novas capacidades, especialmente na pesquisa da literatura e avaliação crítica (Straus & McAlister, 2000). O TF necessita de competências, conhecimentos, auxílio e tempo para implementar as políticas da PBE (Jacobs *et al.*, 2012). É de salientar que as competências para efetuar a PBE podem ser adquiridas em qualquer fase da formação de um TF. Destaca-se a importância que deve ser dada nos programas de formação em terapia da fala, com recomendações explícitas para que se utilize e ensine a PBE ao longo do período de formação de novos terapeutas da fala, assim como, na sua formação contínua.

Para a implementação da PBE, a decisão clínica deve ser, sempre que possível, baseada na evidência. Esta situação implica que os TF estejam familiarizados com todas as publicações, mais recentes, que sejam capazes de julgar a qualidade dos dados que lhes são apresentados nos estudos e, sejam igualmente capazes de fazer um balanço dos riscos e potenciais benefícios para as variadas opções de tratamentos (Norwitz & Greenberg, 2008). Como verificado anteriormente, o recurso às NOC facilita a tomada de decisão, tanto do TF como do utente, numa dada situação clínica (Yorkston *et al.*, s.d.). Contudo, o profissional deve estar consciente das *guidelines*, ser capaz de acedê-las com facilidade e utilizar a evidência na altura em que está a prestar cuidados (Gerhardt *et al.*, 2007).

Recorrer à PBE, como ferramenta da rotina diária para a prática clínica, implica mais do que algumas competências específicas; requer a postura de que pensar e praticar

a evidência é importante para a prática clínica (Frohna & Park, 2002). Para aplicar a evidência os TF deverão dar mais atenção e com mais frequência, aos ensaios clínicos aleatorizados (adiante designada de ECA) para conduzir as suas práticas clínicas, e devem decidir como aplicar os resultados dos ECA, de modo individualizado, nos seus utentes ao longo das suas práticas clínicas (Dans, Dans, Guyatt & Richardson, 1998).

Os TF e os restantes profissionais de saúde devem pesquisar a evidência para a prática clínica, quando existe, porém não devem abandonar a tomada de decisão clínica mesmo que não exista evidência (Frohna & Park, 2002).

Em estudos realizados a Ft, entre 1997 e 1999, concluiu-se que menos de 5% destes profissionais recorrem regularmente à evidência científica para orientar as suas práticas clínicas (Turner & Whitfield, 1997; Turner & Whitfield, 1999; citado por Schreiber & Stern, 2005). Estudos relatados num trabalho de Green *et al.* (2000) referem que os médicos de clínica geral pesquisam, com frequência, novas informações clínicas, contudo e com menos frequência, também recorrem a livros técnicos e à opinião dos colegas. Todavia, há evidências de que recém-licenciados e terapeutas formados há pouco tempo com formação académica complementar, tendem a ter um comportamento mais positivo e um maior grau de competências no que diz respeito a aceder e utilizar pesquisa científica na orientação das suas práticas clínicas, comparativamente a colegas de profissão mais antigos (Connolly, Lupinnaci & Bush, 2001; Jette *et al.*, 2003; Kamwendo, 2002).

Dubouloz, Egan, Vallerand e von Zweck (1999) identificam, no estudo realizado a terapeutas ocupacionais (adiante designados de TO), que o conflito entre valores e a realidade da prática clínica pode resultar num certo nível de individualismo ou resistência sistemática na utilização da pesquisa, impossibilitando desta forma a implementação da PBE.

Em contrapartida, McAlister *et al.* (1999) deparam-se com resultados positivos numa amostra de médicos, que favorecem a implementação. Apesar de ser menos de metade da amostra em estudo, os participantes têm confiança nas competências básicas para a MBE, tais como, procederem à pesquisa de literatura (46%) ou avaliarem a metodologia dos estudos publicados (34%). Surpreendentemente, os participantes que consideram ter menos competências para a prática da MBE, demonstram ter um grau de interesse bastante elevado para obter formação nessa área.

Na fase de implementação da PBE são detetadas barreiras reais ou potenciais, que podem ser transformadas em oportunidades de mudança, tanto do ponto de vista do TF como da instituição empregadora.

O desafio de utilizar a PBE inicia-se quando se coloca o utente no centro dos cuidados, como prioritário, e quando *se procura saber aquilo que não se sabe*. O TF deve sempre formular as seguintes questões ou equivalentes (Cullen & Adams, 2010):

- Porque estou a fazer esta intervenção, em particular?
- É uma intervenção necessária de ser feita?
- Se sim, estou a fazê-la da forma mais eficiente? Como é que sei?
- Haverá outra maneira mais correta?
- Tive em consideração as preferências do utente e da sua família?
- Quais são os resultados que espero obter?
- Estou a obter os resultados esperados?

Para a implementação da PBE o TF necessita, inevitavelmente, de conhecimentos e competências para interpretar os resultados provenientes da investigação científica, os quais poderão auxiliar na tomada de decisão em relação aos cuidados em TpF. Acresce a necessidade de uma cultura organizacional que favoreça este enquadramento.

Seguidamente serão apresentadas barreiras à implementação da PBE, identificadas em estudos realizados com vários profissionais de saúde.

2.9 Barreiras à implementação da PBE

Na prática clínica, a prática da PBE também apresenta barreiras (Schreiber & Stern, 2005). Podem ser agrupadas em três grandes áreas: métodos de pesquisa; competências dos profissionais de saúde e fatores administrativos. Os mesmos autores salientam ainda que parece não existir um elo entre a academia e a prática clínica, em termos de utilização e evidência pesquisada para esclarecer as tomadas de decisão clínica.

Na literatura são identificadas várias barreiras à PBE. Abaixo seguem-se alguns dos estudos.

No Canadá, foi realizado um estudo com 294 internistas de clínica geral, para avaliar os comportamentos da prática clínica relativamente à prática baseada na medicina e quais as barreiras encontradas aquando da sua aplicação. As barreiras identificadas pelos profissionais foram: falta de evidência relevante (26%); ser um conceito novo (25%); impraticável no dia-a-dia da prática clínica (14%) e impacto negativo nas competências tradicionais médicas e na “arte da medicina” (11%) (McAlister *et al.*, 1999). Em Inglaterra, foi efetuado um programa a médicos de clínica geral, tendo sido avaliada a forma autónoma de pesquisa, avaliação crítica e implementação da melhor evidência na prática clínica. Identificou-se que os participantes depararam-se com algumas barreiras para atingir os objetivos do programa, onde se destacam: a falta de tempo e de competências de pesquisa (Guyatt, Meade, Jaeschke, Cook, & Haynes, 2000). Na Arábia Saudita, foi realizado um estudo com 409 médicos. Foi colocada a seguinte questão: “Quem já ouviu falar do conceito MBE?” (Al-Baghlie & Al-Almaie, 2004). Da amostra, 39,6% dos médicos referiram ter conhecido e destes, 65,7% eram a favor desta prática; 25,9% não tinham opinião e 8,3% eram contra esta prática. 62,5% por ser de difícil compreensão; 50% por não ser útil e 37,5% por substituir a experiência. Um médico mencionou o custo da sua aplicação e outro indicou desconhecer o conceito da MBE (Al-Baghlie & Al-Almaie, 2004).

Num estudo australiano realizado por Retsas (2000) a 400 enfermeiros do hospital de Melbourne, para identificar fatores que intervêm na capacidade de se basear a prática na evidência pesquisada, encontraram-se as seguintes barreiras: acesso aos resultados de estudos realizados; apoio organizacional para pesquisar e apoio dos colegas para aplicar os resultados das pesquisas. Todavia, a barreira mais referenciada parece ter sido o apoio organizacional, especialmente na disponibilização de tempo para aplicar e realizar a pesquisa. Outro estudo realizado a enfermeiros identificaram quatro barreiras principais, sendo estas: possível disparidade entre as prioridades clínicas e da PBE; défice de conhecimento no que concerne à recolha e síntese de evidência científica disponível; excesso de informação científica obtida no processo de recolha de informação e por último, mais destacada, a necessidade de tempo (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, & White, 2005).

Jette *et al.* (2003), num questionário realizado a Ft, obtiveram as seguintes respostas: 46% dos inquiridos refere falta de tempo, sendo este o principal obstáculo apontado, aliás no Top 3 de 67% da amostra. Ao ser realizado um estudo a uma amostra de 124 Ft australianos, verificou-se que as principais barreiras para a prática da PBE foram: tempo para se manterem atualizados; acesso a resumos de evidência de fácil

compreensão; acesso a revistas e falta de competências pessoais na pesquisa e avaliação da pesquisa da evidência. Embora estas barreiras tenham sido referenciadas como as principais, houve também indicação de outras, tais como, falta de acesso a computadores (recursos); dificuldade em promover mudanças na prática clínica no grupo de trabalho e falta de pesquisa relevante (Iles & Davidson, 2006). As autoras salientam que, com base no estudo, o “tempo” parece ser o maior obstáculo à PBE, no local de trabalho e o grau de experiência e de formação. Antunes *et al.* (2007) assinalaram que as três barreiras impeditivas da PBE, em fisioterapia, eram: a falta de tempo (52,8%), como já referido nos outros estudos; a falta de conhecimentos (14,2%) e a falta de fontes de informação (11%).

Dubouloz *et al.* (1999) relatam que os TO identificam variadas barreiras para a implementação e produção de pesquisa, tais como, falta de tempo; falta de apoio; e percepção de que o conhecimento de pesquisa existente é dificultado ao aplicar individualmente aos utentes. Rappolt e Tassone (2002) referem que no estudo realizado a TO americanos, sobre barreiras para a formação contínua, os participantes destacaram questões económicas, administrativas e interprofissionais, como obstáculos para a integração de novos conhecimentos nas suas práticas clínicas. Outro estudo realizado à mesma população, encontra como barreira mais evidente no processo da PBE a falta de tempo no local de trabalho para aceder à informação, que pode ter origem na exigência de produtividade exagerada. Embora os profissionais não disponham de tempo para aceder aos computadores no local de trabalho, tem-lhes sido facultado algum tempo para a formação contínua e a frequência de cursos (Dysart & Tomlin, 2002).

Porém, os inquiridos queixam-se de falta de apoio financeiro para frequentarem os cursos. Também foi referido a fraca aplicabilidade dos resultados dos estudos científicos (Dysart & Tomlin, 2002).

Na aplicação de um questionário a TF americanos, pedia-se para identificarem as barreiras à PBE e os resultados obtidos foram (Meline & Paradiso, 2003): falta de tempo no trabalho para pesquisar e efetuar outras atividades referentes à PBE. Os TF deste estudo também indicam que é difícil, e por vezes impossível, aplicar os resultados dos grupos de pesquisas, porque os investigadores ignoram a performance individual dos utentes. As autoras, Frattali, Worrall e Bennett (2001), realizarem um estudo sobre barreiras e facilitadores para TF, focando o comprometimento destes profissionais na avaliação crítica da evidência, para a implementação da PBE. Este estudo identificou seis barreiras essenciais: acesso e capacidade em usar bases de

dados de literatura científica, na Internet; nem toda a literatura relacionada com T_pF está indexada em bases de dados *online*; frequente falta de evidência nesta área; os níveis de evidência não são altos; a evidência nem sempre coincide com a realidade dos serviços clínicos e não existe bases de dados em que estejam publicadas avaliações críticas em terapia da fala. Metcalfe *et al.* (2001) realizaram um questionário sobre atitudes relativas à pesquisa e barreiras à implementação da PBE entre profissionais de saúde no Reino Unido. Dos 592 profissionais (dietistas, TO, Ft e TF) que responderam, 66 eram terapeutas da fala e listaram as seguintes barreiras, como primordiais: os resultados científicos não estão consolidados num só sítio (77,3%); falta de tempo para ler (72,7%) e dificuldade em compreender a análise estatística (71,2%). Já no estudo de Zipoli e Kennedy (2005) os TF indicaram como possíveis barreiras à prática da PBE, em primeiro lugar, a falta de tempo (50%), e de seguida com valores aproximados, a falta de conhecimento e competências (13%); falta de recursos necessários à prática da PBE (17,6%) e por último, a quantidade e qualidade de pesquisas disponíveis (21,8%). Mullen (2005), no seu estudo com terapeutas da fala, pediu para se listarem potenciais barreiras às capacidades de se envolverem na PBE, e caracterizá-las numa escala de: barreiras mais importantes, de importância média, de menor importância ou ausência de barreiras. “Tempo insuficiente” foi citado como barreira maior ou média por 81% dos profissionais, mais do que qualquer outra (Mullen, 2005).

A implementação da PBE pode também encontrar como barreira a desconfiança que alguns profissionais possuem relativamente à utilização de artigos científicos em vez dos manuais/livros padrão de referência na área de intervenção. Os manuais/livros de referência são uma importante fonte de evidência (porque também são baseados na evidência) e são passíveis de serem utilizados na PBE, no entanto, deve ter-se em conta que estes podem encontrar-se desatualizados, sendo uma forte limitação em áreas de forte evolução, como por exemplo nos casos das afasias (Azevedo & Pereira, 2007a).

No que diz respeito à pesquisa bibliográfica, esta barreira pode ser evitada usando estratégias de pesquisas, referidas anteriormente na secção 2.6.2.. Utilizando estas estratégias os TF e outros profissionais de saúde podem poupar tempo na pesquisa, bem como recorrendo a um serviço de atualização de pesquisa mensal, como refere Fineout-Overholt *et al.* (2005) e desta forma eliminar parte da barreira “tempo”.

Estudos científicos sugerem que a formação contínua por si só não surte efeito no comportamento clínico dos profissionais de saúde ou nos resultados clínicos dos

utentes, sem que haja apoio por parte das entidades empregadoras (Beirdwood, Walters, Eyles, & French, 1999; Kitson, Ahmed, Jarvey, Seers, & Thompson, 1996; Rodgers, 1994). Este apoio também pode reduzir algumas das barreiras existentes.

3. METODOLOGIA

O estudo exploratório descritivo consistiu na identificação do conhecimento que os TF têm da PBE e a identificação de necessidades de informação científica que se relacione com a sua aplicação prática.

Com base na opinião dos TF procurou salientar-se a relação entre a evidência clínica e a informação científica, as competências de pesquisa de informação, tipo de fontes e a frequência de acesso.

3.1 Seleção da Amostra

A população escolhida foi a de terapeutas da fala a exercer profissão em Portugal continental e ilhas.

A amostra constituiu-se por 113 terapeutas da fala, selecionada por conveniência (Hill & Hill, 2002; Hulley *et al.*, 2003) e tendo como critério de inclusão a disponibilidade dos respondentes.

Este tipo de amostragem não é representativo da população e impossibilita a generalização dos dados (Sousa & Baptista, 2011). Porém, dado não se ter acesso a toda a população, nem conhecimento do número da mesma, verificou-se ser o mais adequado (Fortin, 2003).

3.2 Técnica de recolha de dados

Sousa e Baptista (2011) referem que, num projeto de investigação, o instrumento mais adequado para a recolha de informação sobre comportamentos, tais como atitudes e opiniões, é a utilização de um inquérito por questionário.

O questionário consiste num instrumento de investigação que visa a recolha de informação, através de questões sobre um tema de interesse, junto de uma parte representativa da população.

O questionário pode ser administrado de várias formas, nomeadamente, através do correio, por telefone ou *online*. Segundo Hulley *et al.* (2003), o questionário eletrónico é vantajoso, dado que pode ser enviado por correio eletrónico ou publicado na Internet, permitindo que os participantes respondam em tempo-real. Os dados eletrónicos são mais fáceis de compilar visto serem registados diretamente numa base de dados. Estes questionários apresentam um baixo custo e rápida disseminação.

Atendendo aos objetivos do estudo, optou-se por utilizar o inquérito por questionário como método de recolha de dados, em formato eletrónico. Dada a inexistência de questionários em português, na área que se pretende recolher informação, foi necessário criar o instrumento a utilizar.

3.2.1 Instrumento: questionário

Na construção do questionário foi considerada a literatura existente relativa à prática baseada na evidência e analisada a estrutura de questionários já aplicados (Antunes *et al.*, 2007; Jette *et al.*, 2003; Metcalfe *et al.*, 2001; Salbach *et al.*, 2010; Zipolli & Kennedy, 2005).

O questionário é do tipo fechado (Sousa & Baptista, 2011) e compreende 43 questões no total, sendo estas, maioritariamente, fechadas. Nestas, utilizou-se a escala de *Likert* com cinco níveis, nomeadamente: i) Para se obter o grau de concordância com as afirmações, “1 - Concordo totalmente; 2 - Concordo; 3 - Sem opinião; 4 - Discordo e 5 - Discordo Totalmente”; ii) Para apurar a frequência de aplicação na prática profissional, “1 - Sempre; 2 - Frequentemente; 3 - Algumas vezes; 4 - Raramente e 5 - Nunca”.

Para uma facilidade de leitura e de recolha dos dados dividiu-se o questionário em quatro partes, organizadas em função dos objetivos do estudo. A primeira, intitulada *Identificação demográfica*, teve como finalidade caracterizar a amostra; a segunda, *Características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais*, onde se pretendeu compreender quais as fontes de informação a que recorrem, a frequência e a participação em formação contínua; na terceira parte, *Características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica*, compreende questões sobre o conhecimento da PBE, o acesso a *guidelines* e outras fontes de informação a que recorrem para a tomada de decisão clínica; por último, *Características sobre atitudes, perceção dos benefícios e limitações da prática baseada na evidência*, onde se procurou a opinião dos TF na identificação das barreiras para implementação da PBE.

3.2.2 Validação do questionário

Num questionário, as questões devem ser claras e inequívocas, permitindo um leque de respostas que se pretende não influenciado pela pergunta. O *layout* deve apresentar-se simples, apelativo e fornecer ajuda para o seu preenchimento, clarificando a forma de responder.

Para assegurar que o instrumento se adequa à natureza do problema é necessário que seja *adequado* e *rigoroso*, bem como, garanta a validade de informação recolhida. Importa controlar fontes de erro que poderão pôr em causa tanto o significado dos resultados, como a sua generalização a outras amostras ou situações (Almeida & Freire, 2007).

As palavras selecionadas para as questões, podem influenciar a validade e a fiabilidade das respostas, pelo que é importante que a linguagem utilizada seja simples e livre de ambiguidades (Hulley *et al.*, 2003).

Uma vez que não existe um *gold standard*, que seria o instrumento comparativo ao elaborado, é necessária a validação do conteúdo, a *validação aparente (face validity)*, que consiste numa avaliação subjetiva, mas importante para se apurar se os conteúdos do questionário cobrem os aspetos que o investigador pretende avaliar (Almeida & Freire, 2007; Hulley *et al.*, 2003), destacando os erros técnicos e gramaticais.

Foi assim elaborada uma primeira versão do questionário que foi analisada e revista pelas orientadoras da tese, dando origem a nova versão. Após conclusão foi realizado um pré-teste, de forma a confirmar se o questionário era realmente aplicável com êxito e dava resposta efetiva aos problemas levantados.

Pretendeu confirmar-se: se as questões eram compreendidas de igual forma, pelos respondentes; verificar se eram necessárias alternativas às respostas; verificar o grau de aceitação às perguntas, para que nenhuma fosse rejeitada e por conseguinte inutilizável; verificar se a ordem das questões era adequada; se a linguagem utilizada era compreensível para todos os participantes (Sousa & Baptista, 2011).

Foram selecionados 12 terapeutas da fala, a quem se enviou uma mensagem de correio eletrónico, com a indicação da ligação para o questionário eletrónico. Foi-lhes solicitado que preenchessem o questionário e que respondessem, posteriormente, às seguintes questões: “Compreendeu todas as perguntas ou teve dúvidas em alguma?”; “Achou alguma questão ambígua?”; “Achou o questionário demasiado longo?”; “Achou que as opções de resposta são abrangentes e coerentes com as perguntas?”; “Achou que falta alguma pergunta que deva ser incluída?”; “Achou que alguma pergunta deve ser retirada?” e por último “Tem algum comentário em relação ao questionário?”.

Dado o tempo necessário para o retorno dos questionários, paralelamente recorreu-se à *validação por peritos*, sendo escolhidos profissionais na área de TpF e da PBE. A

equipa de peritos constituiu-se por 3 profissionais de saúde, sendo 2 da área de TpF e 1 envolvido na PBE (em fisioterapia). Foi construída uma grelha de avaliação do questionário a ser enviada aos peritos, juntamente com o questionário em formato digital.

Pretendeu-se fazer uma avaliação dos conteúdos do questionário, uma avaliação detalhada das partes (identificadas como *núcleos temáticos*) e por último, a avaliação geral do instrumento.

Resumidamente foram cinco os itens para avaliar os conteúdos do questionário: *clareza* (verificar se as questões eram claras e perceptíveis); *aplicabilidade* (se se aplicavam aos objetivos propostos); *conteúdo e forma* (se refletiam, de modo evidente, o que se pretendia avaliar); *redundância* (se se repetiam em relação aos assuntos em análise) e *sequência* (se era adequada e facilitava a compreensão). Foram utilizadas escalas de *Likert* de quatro níveis (Apêndice I).

Para a elaboração da versão final foram analisados os comentários e respostas dos participantes do pré-teste, bem como as dos peritos. Procedeu-se a pequenas alterações, nomeadamente à exclusão de duas questões que se tornavam redundantes. Dado não se verificarem alterações significativas não se efetuou novo pré-teste. A versão final (Apêndice II) conteve uma introdução onde se inscreveram as condições de participação e as instruções de preenchimento e compôs-se de 43 perguntas.

Optou-se por disponibilizar o questionário via Internet. O programa utilizado foi OneClickSurvey – 1CS versão 11.10.15. Fez-se a divulgação por correio eletrónico e na rede social *Facebook*, na página oficial de alguns institutos/organizações relacionados com terapia da fala. Solicitava-se a participação no estudo e disponibilizava-se a ligação de acesso ao questionário eletrónico. Foi aplicado durante o período compreendido entre o dia 10 de dezembro de 2012 e o dia 24 de janeiro de 2013.

3.3 Técnica de análise de dados

Num estudo quantitativo, segundo Sousa e Baptista (2011), no tratamento dos dados poderão ser utilizadas as seguintes técnicas de análise estatística: tabelas de frequências e percentagens; medidas de tendência central (médias e medianas) e tabelas de contingência, de forma a comparar ou combinar duas ou mais variáveis.

No presente estudo, procedeu-se a uma análise estatística descritiva, obtendo-se tabelas com valores de frequências, percentagens, médias, máximos e mínimos.

Todas as análises foram efetuadas no programa informático IBM® Statistical® Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os principais resultados e sua discussão, encontrando-se as tabelas com informação mais detalhada em Apêndice (III e IV), de modo a facultar uma análise complementar.

Como anteriormente referido no capítulo metodologia, o questionário foi divulgado por correio eletrónico e através da rede social Facebook, deste modo não foi possível controlar o número de questionários entregues e obter a respetiva taxa de retorno.

Foram apurados 113 questionários respondidos na totalidade, o que constitui uma amostra de 113 TF (n= 113).

4.1 Caracterização do perfil demográfico

A amostra caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo feminino (93,8%, n= 106) e com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos (84,1%, n= 95), como se pode ver nas Tabelas 4.1 e 4.2.

Tabela 4.1 – Caracterização, em género, do perfil demográfico.

	Frequência	Percentagem
Masculino	7	6,2
Feminino	106	93,8
Total	113	100,0

Tabela 4.2 – Caracterização, da faixa etária, do perfil demográfico.

	Frequência	Percentagem
20-29anos	95	84,1
30-39anos	14	12,4
40-49anos	2	1,8
≥50anos	2	1,8
Total	113	100,0

Este perfil demográfico, à semelhança do que é referido pela CPLOL (2005) e Batista (2011), caracterizou-se por um grupo jovem maioritariamente do sexo feminino, como verificado no estudo realizado na Universidade de Aveiro (Batista, 2011). No entanto, existe uma diferença de idades quando considerado o grupo etário de 38-40 anos referido pela CPLOL (2005). Esta diferença de idades poderá justificar-se porque nesse estudo se englobam vários países onde existem TF a exercer a profissão há mais anos.

4.2 Caracterização do perfil académico e profissional

Na análise do perfil académico e profissional verificou-se que a maioria dos participantes (66,4%, n= 75) refere como grau académico a Licenciatura (Figura 4.1), 23% refere ter o grau de Mestre (Apêndice III) e 1,8% dos participantes assinala Doutoramento como grau académico mais elevado. Na Tabela 4.3 apresenta-se o grau ou tipo de formações frequentadas, verificando-se que 1,8% frequentou um curso de especialização e 7% de pós-graduação.

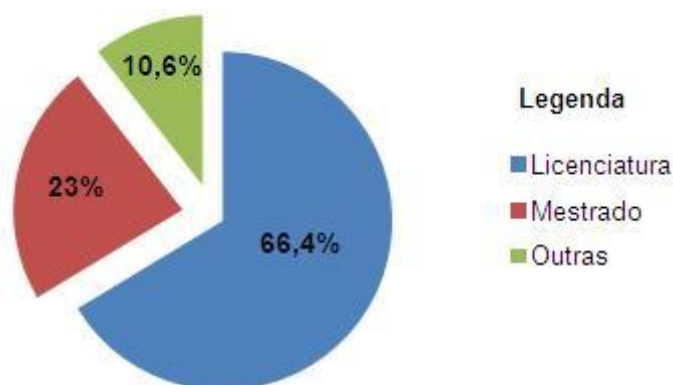


Figura 4.1 – Perfil académico - habilitações literárias.

Tabela 4.3 – Grau ou tipo de formações frequentadas.

	Frequência	Percentagem
Mestrado	26	23
Doutoramento	2	1,8
Especialização	2	1,8
Pós-Graduação	8	7

Sobre a formação base realizada verificou-se que 65,5% terminou a formação em terapia da fala há menos de cinco anos, 26,5% terminou entre 5 a 10 anos, 2,7% entre a 11 a 15 anos e 5,3% terminou há 16 ou mais anos, como indica a Figura 4.2.

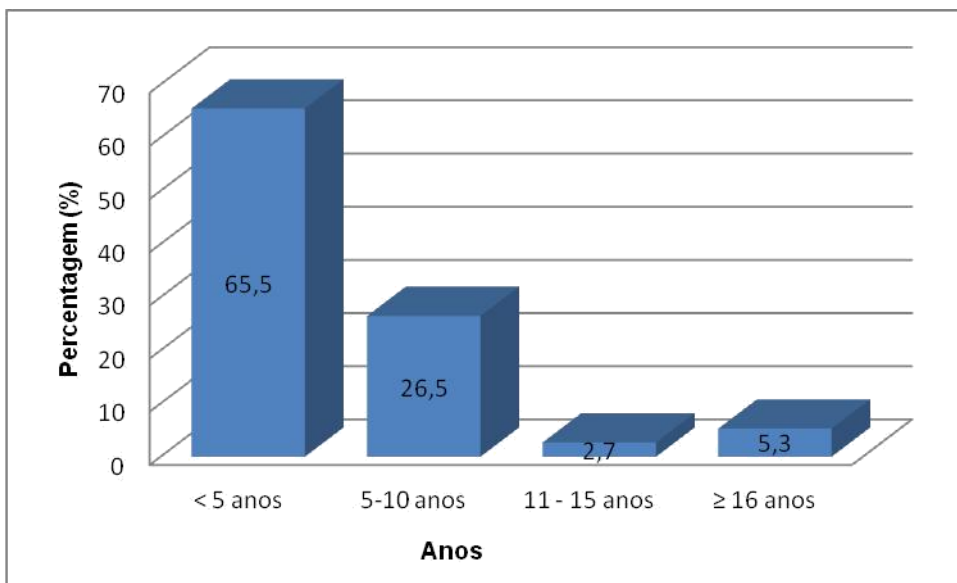


Figura 4.2 – Ano de conclusão da formação base.

Os TF, na sua maioria, têm a Licenciatura como grau académico. É um resultado que não surpreende visto a data de conclusão da formação base ter sido há menos de 5 anos, data aproximada da implementação do Processo de Bolonha.

Em relação ao ano de início de atividade como terapeuta da fala, a primeira data registada reporta-se a 1977, o que representa 0,9% (n= 1), tendo iniciado atividade como TF há 36 anos e a mais atual, com maior percentagem (16,8, n= 19) é no ano de 2012, que iniciaram há 1 ano, que significa que os TF da amostra iniciaram recentemente a atividade profissional (Figura 4.3).

Verifica-se que 0,9% dos participantes referem ter iniciado atividade nos seguintes anos: de 1982 a 1991 e 2002; 1,8% iniciou em 1996 e 2003; 2,7% em 2001; 4,4% iniciou atividade entre 2006 e 2007; 7,1% em 2004; 8% em 2005; 8,8% iniciou em 2010; 10,6% começou a trabalhar como TF em 2009; 13,3% em 2008 e 15,9% em 2011.

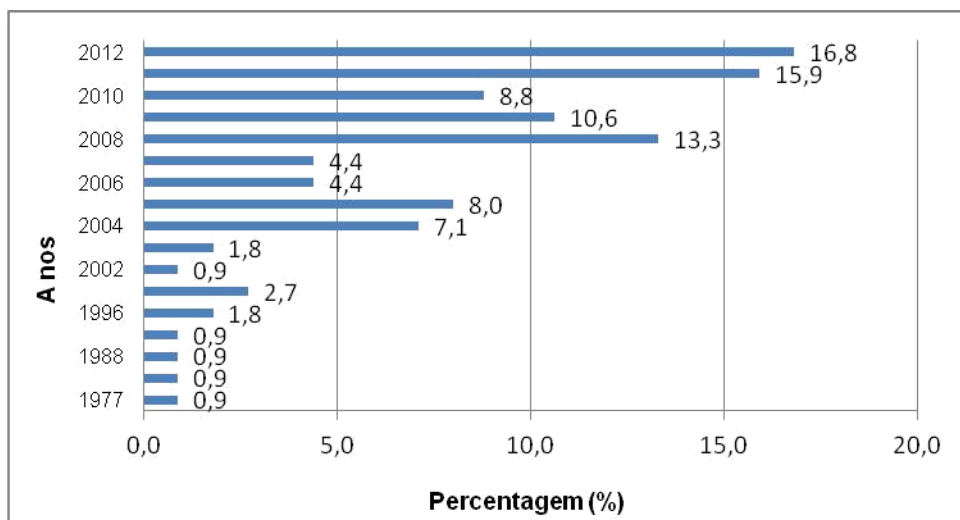


Figura 4.3 – Início de atividade como terapeuta da fala.

Os valores apurados, para os locais de exercício da profissão foram: Clínica Privada (n= 80); IPSS (n= 36) e Agrupamento de Escola (n= 30). Os resultados obtidos podem ser observados na Figura 4.4.

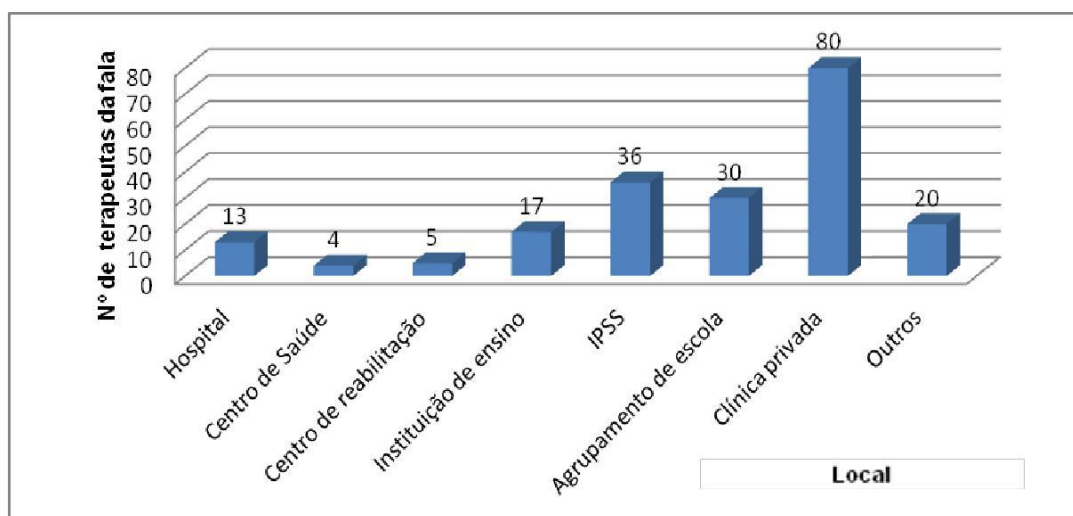


Figura 4.4 – Local de exercício da profissão.

Ao identificar o local de trabalho com maior carga horária, a ordem das frequências registadas mantém-se: Clínica Privada (24,8%, n= 28); IPSS (23,9%, n= 27) e Agrupamento de Escola (17,7%, n= 20), como se verifica na Tabela 4.4. Porém, com menor valor percentual observam-se os seguintes locais: Centro de Saúde (2,7%); Centro de Reabilitação (3,5%); Instituição de Educação (8,8%); Hospital (8,8%) e Outros (9,7%). A listagem de outros encontra-se em Apêndice IV.

Tabela 4.4 - Local de exercício da profissão com maior carga horária.

	Frequência	Porcentagem
Hospital	10	8,8
Centro de Saúde	3	2,7
Centro de Reabilitação	4	3,5
Instituição de Educação	10	8,8
IPSS	27	23,9
Agrupamento de escola	20	17,7
Clínica Privada	28	24,8
Outros	11	9,7
Total	113	100,0

O exercício de funções como TF, em Portugal, realiza-se em contexto público, público-privado e privado. Os resultados obtidos ressaltam que os participantes exercem funções nos três contextos com maior expressão em contexto privado (70,8% em Clínica Privada).

Os valores percentuais diminuem quando se pretende identificar o local de exercício de profissão com maior carga horária, uma vez que a maioria dos TF inquiridos acumula funções. O facto do contexto privado apresentar os valores mais elevados (24,8%), poderá relacionar-se com as atuais condições de emprego público, em Portugal. A conjuntura económica tem implicado uma reorganização dos setores da saúde e da educação, com impacte na redução do número de contratos.

Os TF da amostra trabalham, em média, há 36 meses ($\bar{x}= 36,1$), sendo o tempo máximo 288 meses (24 anos) e o mínimo um mês (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 – Tempo, em meses, de exercício da profissão.

	N	Mínimo	Máximo	Média
Tempo que exerce profissão no local de trabalho (meses)	113	1	288	36,10
Valid N (listwise)	113			

O tempo de exercício da profissão coincide com os dados observados no perfil demográfico, que identifica uma amostra jovem a exercer profissão há pouco tempo (menos de 5 anos).

Verifica-se uma média de 36,1 meses de tempo de serviço (aproximadamente 3 anos). Estes valores são semelhantes aos de Batista (2011), onde 67,1% tem entre 0 a 5 anos de serviço. A autora fundamenta o facto considerando tratar-se de uma profissão recente e relacionando-se, também, com o aumento do número de licenciados nos últimos anos.

4.3 Caracterização do perfil científico

Relativamente ao perfil científico, registou-se que a maioria dos TF (81,4%) não faz parte de um grupo de investigação no seu local de trabalho, verificando que 18,6% pertence a um grupo de investigação (Tabela 4.6).

Tabela 4.6 – Pertença a grupo de investigação no local de trabalho.

	Frequência	Percentagem
Não	92	81,4
Sim	21	18,6
Total	113	100,0

Quanto ao perfil científico 81,4% dos TF participantes no estudo mencionam não pertencer a um grupo de investigação no local de trabalho. Os dados aproximam-se do estudo realizado por Salbach *et al.*, (2010) com fisioterapeutas, em que 67,9% refere não pertencer a grupos de pesquisa no local de trabalho. Como referido, os grupos de investigação no local de trabalho parecem ser pouco frequentes ou pouco disseminados.

4.4 Identificação de recurso a fontes de informação

Para uma melhor análise das frequências do recurso a fontes de informação agregaram-se os dados das categorias para registo das principais tendências: manifestaram que *Frequentemente* ou *Sempre* tinham recorrido a livros 75,2% dos inquiridos e 45,1% a artigos de revistas internacionais; em relação às bases de dados eletrónicas, Scielo (43,3%), ASHA (42,5%), Google Académico (41,6%) e PubMed (37,1%).

O mesmo procedimento foi realizado para determinar as bases de dados eletrónicas menos utilizadas. Manifestaram *Raramente* ou *Nunca* terem acedido à Cinahl (91,3%), a ScienceDirect (58,4%), a APTF (48,6%) e a Medline (47,8%). De referir que também se identificaram outras fontes de informação (74,3%), tais como apontamentos, *workshops*, bibliografias de formações, monografias, entre outros, detalhados mais à frente.

Os resultados podem ser consultados nas Figuras 4.5, 4.6, 4.7 e 4.8.

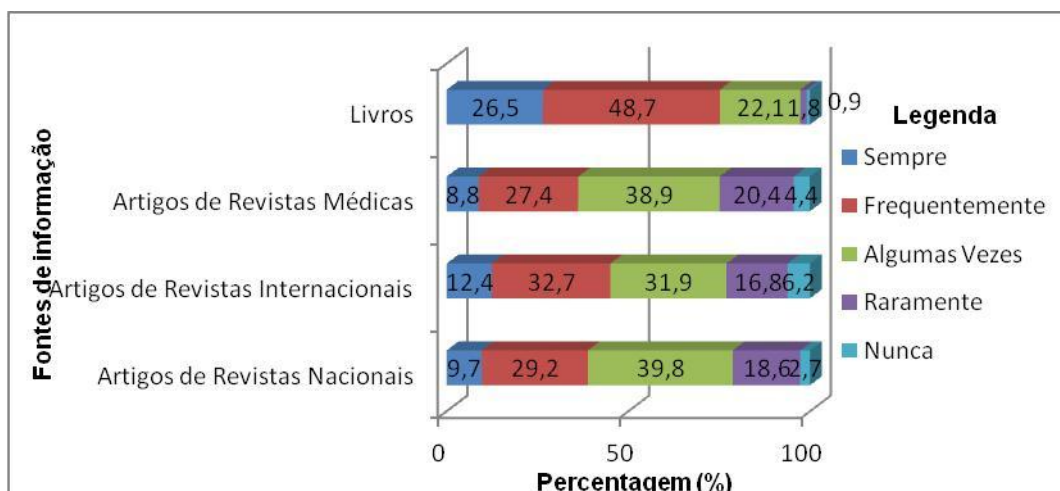


Figura 4.5 – Recurso a fontes de informação.

Os TF identificam que a realização de pesquisa científica é feita com recurso a diferentes fontes de informação. A preferência pela utilização de *Livros* (75,2%) poderá estar relacionada com a dificuldade de execução de pesquisas. No entanto, face ao atual volume de publicação científica, como referem Azevedo e Pereira (2007a), estes podem mostrar-se desatualizados.

Registaram-se ainda os seguintes valores: *Artigos de Revistas Internacionais* (45,1%); *Artigos Nacionais* (39,8%) para literatura específica de TpF e artigos médicos (38,9%).

As bases de dados eletrónicas que se destacaram por terem maior utilização foram: a Scielo (43,3%), a ASHA (42,5%), o Google Académico (41,6%) e a PubMed (37,1%). A Profala (35,4%) e a B-on (30,1%) são utilizadas *Algumas vezes*. Seria de esperar que os TF recorressem com maior frequência a bases de dados direcionadas para a área de intervenção, porém não é o que se observa. Como referido no ponto 2.6.2., os estudos apontam para uma inconstância de utilização de bases de dados quando se trata de pesquisar artigos (Olatunbosun *et al.*, 1998).

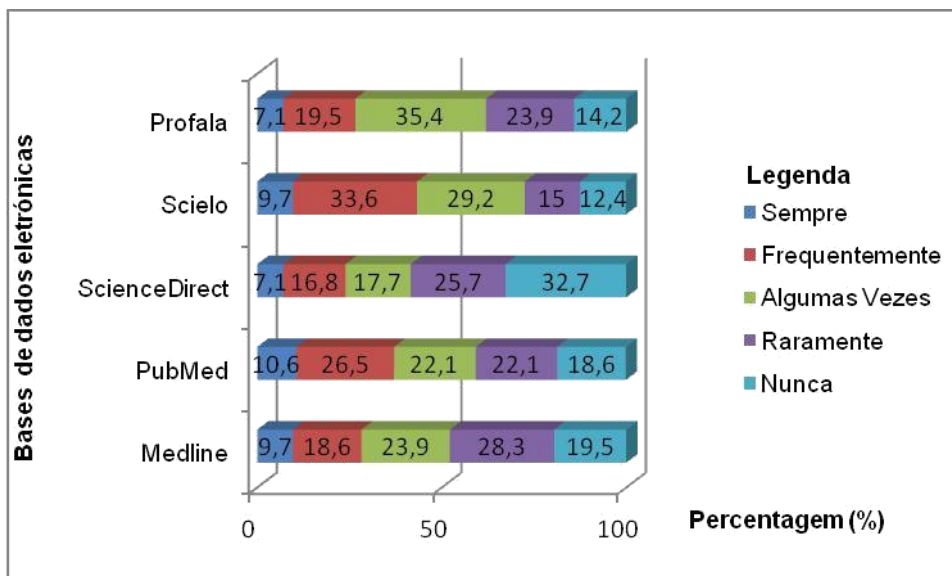


Figura 4.6 – Recurso a bases de dados eletrônicas.

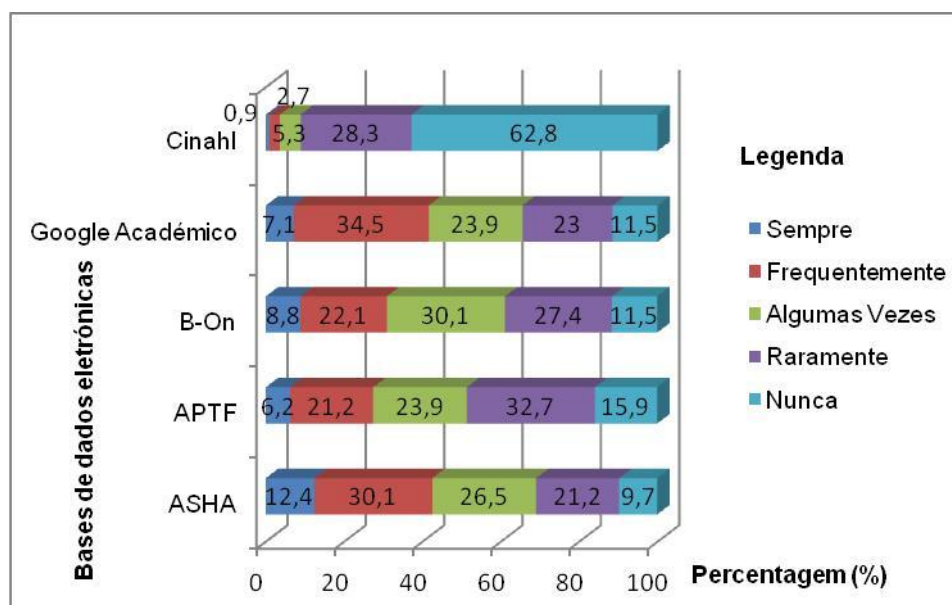


Figura 4.7 – Recurso a bases de dados eletrônicas (continuação).

Quanto à utilização de bases de dados eletrônicas apresenta-se a ordem a que os TF recorrem menos: Cinahl (91,3%), *ScienceDirect* (58,4%), APTF (48,6%) e Medline (47,8%). Ao procurar compreender-se este comportamento, sugere-se que a primeira, sendo da área da fisioterapia, poderá revelar que os TF desconhecem que é também constituída por artigos de TpF. A *ScienceDirect* ao carecer de subscrição para consulta, pode constituir uma barreira à utilização, no entanto, esperar-se-ia uma maior adesão às duas últimas. A da APTF correspondendo a uma associação portuguesa, tem disponíveis artigos referentes à população portuguesa (embora

acessível só a sócios) e a Medline, visto ser a base de dados mais utilizada na área da biomédica (Tanjong-Ghogomu, *et al.*, 2009).

Os TF ao identificarem outras fontes de informação identificam-nas como um recurso pouco frequentem ou inexistente, sendo 56,6% representativo de Nunca e 17,7% de Raramente, como se pode observar na Figura 4.8.

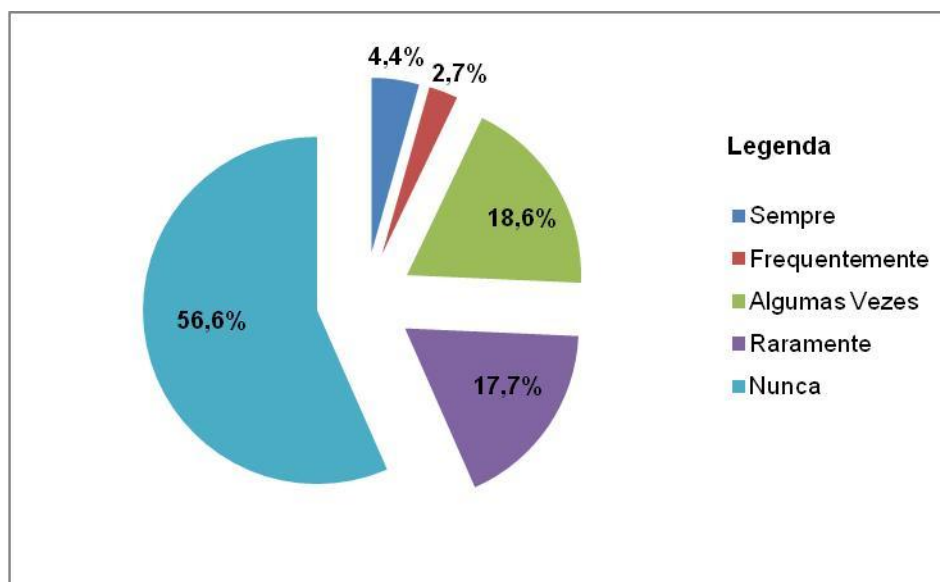


Figura 4.8 – Recurso a outras de fontes de informação.

As outras fontes de informação mencionadas encontram-se na Tabela 4.7.

Tabela 4.7 – Outras fontes de informação.

	Sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
Apontamentos	1				
Apontamentos da faculdade		3		1	
Bibliografia de formações		1			
Cefac	1				
Cochrane		1			
Google			1		
Journal of Voice		1			
Monografias em bibliotecas		1			
Neuroscience		1			
NORD	1				
OrphaNet	2				
Repositorium do Minho		1			
SpeechBITE			1		
Workshops		1			

Das 18 referências feitas relativamente a outras fontes de informação, destaca-se o recurso a apontamentos da faculdade (*Frequentemente*) por 3 TF e ao *site* OrphaNet

(*Sempre*) por 2 TF, contudo verifica-se que a frequência *Frequentemente* abrange a maioria das opções, sendo estas: Bibliografia de formações; base de dados eletrónica Cochrane; a revista Journal of Voice e Neuroscience; Monografia em bibliotecas; *Repositorium* do Minho e *Workshops*,

4.4.1 Identificação de existência de ligação à Internet no local de trabalho

O acesso a um computador com ligação à Internet no local de trabalho verifica-se na maioria dos casos, correspondendo a 83,2%. Os resultados encontram-se na Tabela 4.8.

Tabela 4.8 – Acesso a computador com Internet no trabalho.

	Frequência	Percentagem
Não	19	16,8
Sim	94	83,2
Total	113	100,0

A ilustração das Figuras 4.8, 4.9 e 4.10 representam a frequência de ocorrência do uso do computador para a pesquisa de bibliografia, de artigos e de informação que dê resposta a questões da prática clínica.

De forma crescente, verifica-se que 0,9% refere *Nunca* usar o computador para a pesquisa de bibliografia, 7,1% *Raramente* usa, 21,2% recorre *Algumas Vezes*, 33,6% dos TF recorrem *Sempre* e por último, 37,2% usa, *Frequentemente*, o computador para a pesquisa de bibliografia (Figura 4.8),

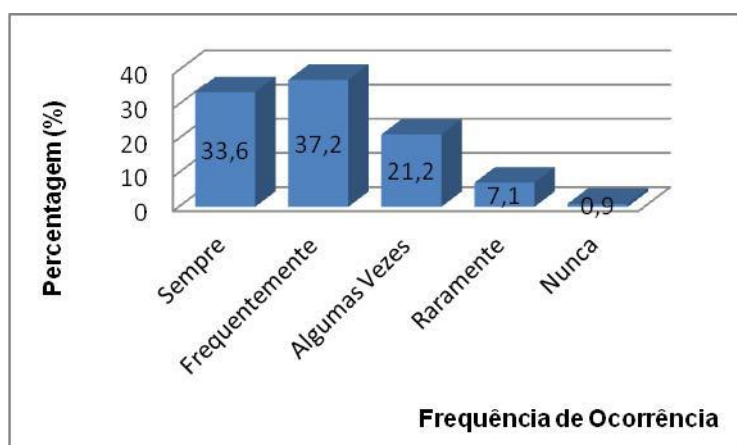


Figura 4.8 – Uso do computador para pesquisa de bibliografia.

Na Figura 4.9, como se pode observar, 1,8% *Nunca* usa o computador para a pesquisa de artigos científicos, 3,5% usa *Raramente*, 23,9% recorre *Algumas Vezes*, 27,4% dos TF recorrem *Sempre* e 43,4% recorre, *Frequentemente*, ao computador para a pesquisa de artigos científicos.

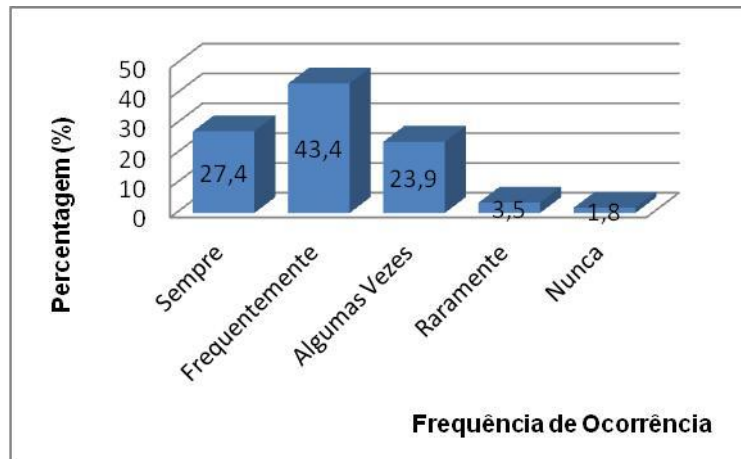


Figura 4.9 – Uso do computador para pesquisa de artigos científicos.

Na Figura 4.10 estão representadas as frequências de ocorrência a que o TF faz uso para a pesquisa de informação que dê resposta a questões da prática clínica, sendo que 0,9% representa uma frequência de *Nunca*, 5,3% para *Raramente*, 18,6% para *Algumas Vezes*, 28,3% para *Sempre* e 46,9% para *Frequentemente*.

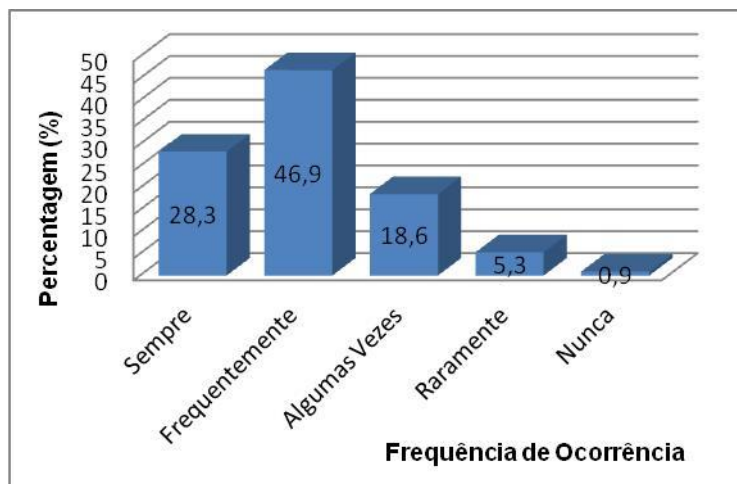


Figura 4.10 – Uso do computador para pesquisa de informação.

4.4.2 Identificação do grau de facilidade na execução de pesquisas

O grau de facilidade para a execução da pesquisa, oscila entre *Fácil* (51,3%) e *Difícil* (41,6%), havendo ainda referência de *Muito Fácil* (7,1%), como se pode verificar na Tabela 4.9.

Tabela 4.9 – Grau de facilidade na execução de pesquisas.

	Frequência	Porcentagem
Muito Difícil	0	0
Difícil	47	41,6
Fácil	58	51,3
Muito Fácil	8	7,1
Total	113	100,0

Os resultados registados nas categorias *Fácil* e *Muito Fácil* podem dever-se ao nível etário da amostra, com maior frequência de utilização das tecnologias de informação e comunicação, por motivos escolares e/ou de lazer. Por outro lado, a percentagem elevada para a categoria *Difícil* pode explicar a preferência, dos TF, pela utilização de *Livros* (75,2%)

4.4.3 Identificação do número de pesquisas relacionadas com a prática clínica

Verificou-se que 69,9% recorrem à pesquisa relacionada com prática clínica, duas ou mais vezes por mês, como ilustra a Figura 4.11.

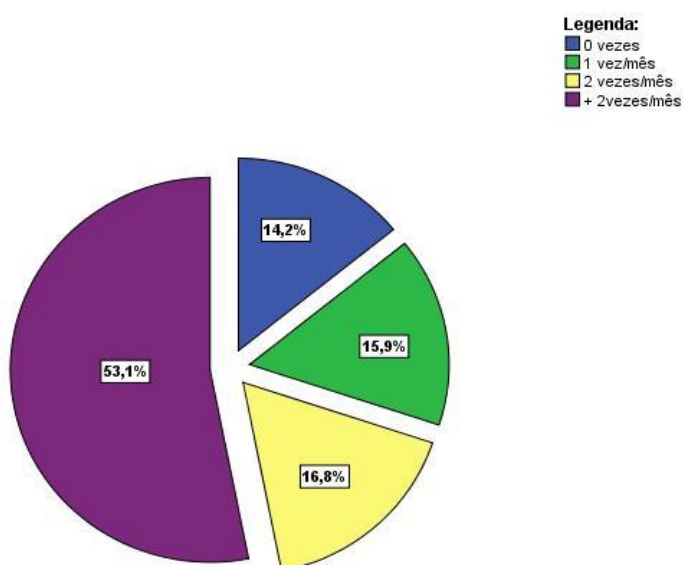


Figura 4.11 – Número de vezes que se pesquisou, no último mês.

Estes resultados aproximam-se dos estudos feitos com Ft, nomeadamente com o de Zipolli e Kennedy (2005) onde se identifica que 66% lê entre 2 a 5 artigos, em média, por mês, 52,9% (Salbach *et al.*, 2010) e, sobretudo, Antunes *et al.* (2007) em que 52% lê, mensalmente, entre 2 a 5 artigos relacionados com a prática, pressupondo-se que seja para apoiar a prática clínica.

4.4.4 Identificação das bases de dados pesquisadas

A base de dados mais referenciada foi a *Pubmed* (n=26), a *Scielo* (n=24), a *B-on* (n=22), a *ASHA* (n= 20) e o *Google Académico* (n=18). Os restantes resultados estão muito próximos entre si, como se apresenta na Tabela 4.10. Verificou-se que não foram mencionadas apenas bases de dados havendo também, referência a livros, outros documentos realizados durante a formação académica e *sites*, como por exemplo o *Google*.

Na tabela 4.10 encontram-se as bases de dados pesquisadas pelos TF.

Tabela 4.10 – Bases de dados pesquisadas.

	Frequência
APTF	5
Artigos Científicos	2
ASHA	20
B-On	22
CEFAC	4
Documentos realizados durante o curso	1
Google Académico	18
Livros	7
Medline	12
Profala	7
PubMed	26
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal	1
RCSLT	1
Repositório do Minho	1
Revistas	3
Scielo	24
ScienceDirect	15
<i>Sites</i>	15
Total	184

As respostas dadas pelos TF coincidem com as verificadas na *identificação de bases de dados eletrónicas*.

4.4.5 Identificação do local onde realiza a pesquisa fora do local de trabalho

Como se pode observar na Figura 4.12, a maioria da amostra faz o trabalho de pesquisa em casa (n= 85), seguindo-se na universidade (n= 19) e em último na biblioteca (n= 10). Estes resultados aproximam-se ao estudo de Antunes *et al.* (2007), em que se verifica que a maior disponibilidade de pesquisa é em casa.

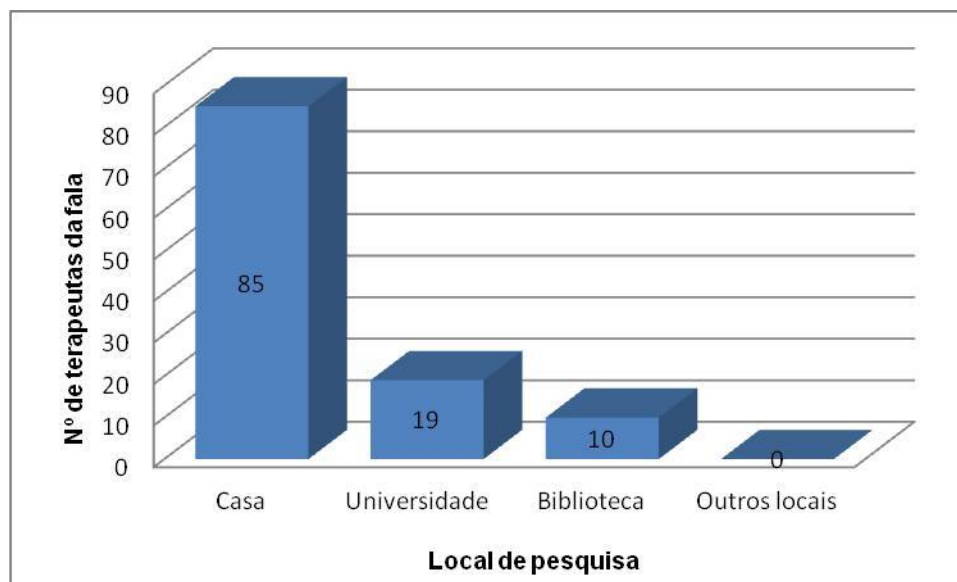


Figura 4.12 – Locais de pesquisa.

4.4.6 Identificação da facilidade de acesso a bibliotecas

Quanto à facilidade de acesso a bibliotecas, as respostas foram muito próximas, apresentando um valor de 53,1%, para respostas positivas em oposição a 46,9%, como se pode ver na Tabela 4.11.

Tabela 4.11 – Acesso a bibliotecas.

	Frequência	Percentagem
Não	53	46,9
Sim	60	53,1
Total	113	100,0

Do total de respostas afirmativas, n= 60, oito TF não responderam à questão *Tipo de bibliotecas frequentadas*, como se apresenta na Figura 4.13. Verificou-se que as bibliotecas universitárias são as mais frequentadas (28,3%).

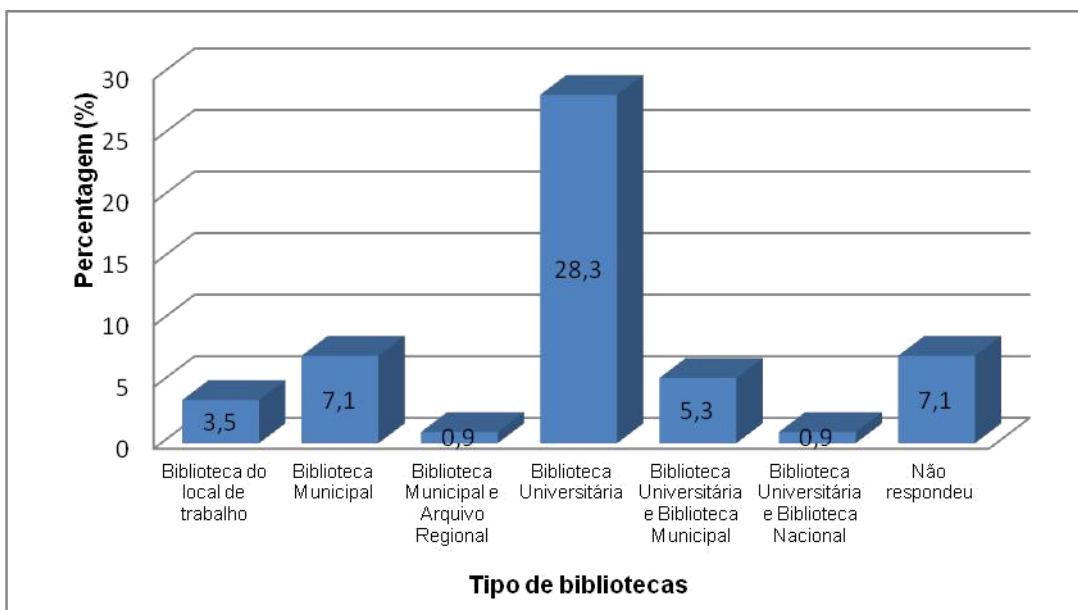


Figura 4.13 – Tipo de bibliotecas frequentadas.

Este resultado pode dever-se ao vínculo ainda existente entre os TF mais jovens e as universidades, bem como a não exclusividade ou limitação de acesso às suas bibliotecas. É também mais provável haver um maior volume de informação sobre áreas específicas, especialmente se essas áreas forem lecionadas na instituição de ensino. Também podem dever-se à amostra frequentar formação como descrito na Tabela 4.3.

4.4.7 Identificação da subscrição de revistas ou periódicos

Verificou-se que 81,4% dos TF não são subscritores de revistas ou periódicos da área (Tabela 4.12).

Tabela 4.12 – Subscritores de revistas ou periódicos.

	Frequência	Porcentagem
Não	92	81,4
Sim	21	18,6
Total	113	100,0

Como se pode ver representado na Figura 4.14, dos vinte e um TF subscritores, a maioria assina a revista ComunicAtiva da APTF (n= 14).

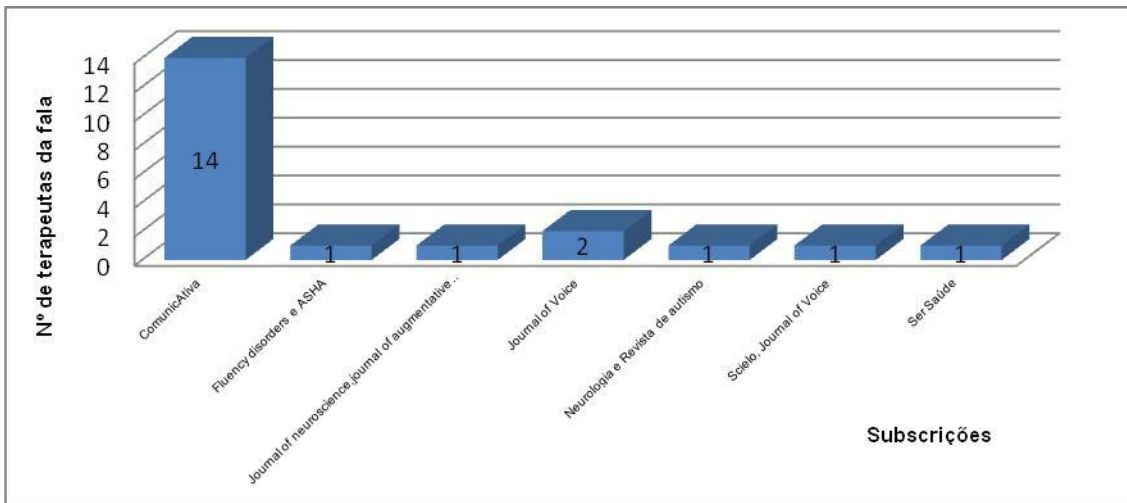


Figura 4.14 – Tipo de subscrições de revistas ou periódicos.

4.4.8 Identificação de incentivos da entidade patronal

Na Figura 4.15, identifica-se a frequência das atividades de desenvolvimento do conhecimento promovidas pela entidade patronal.

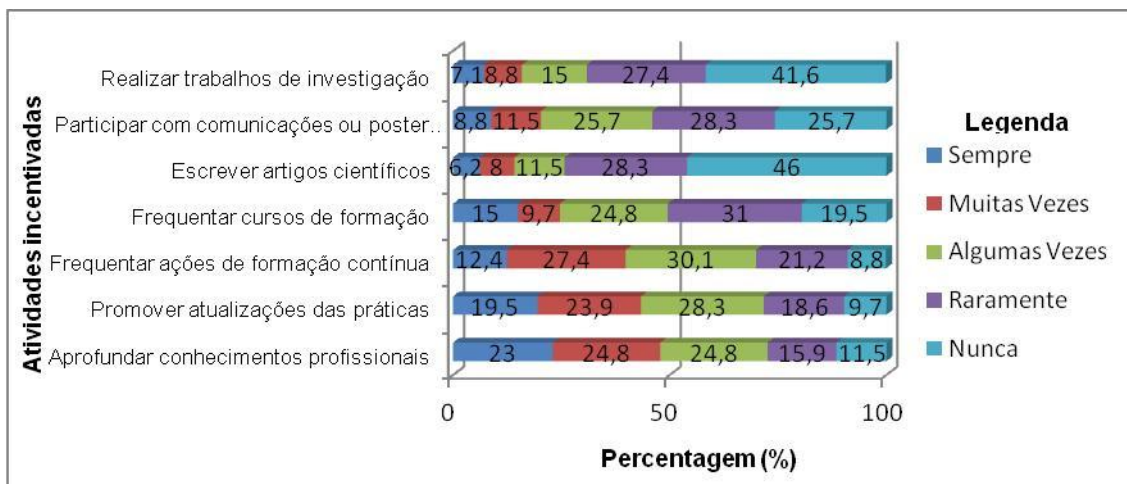


Figura 4.15 – Incentivo dado pela entidade patronal.

Manifestaram *Sempre* ou *Muitas Vezes* o aprofundamento do conhecimento dos profissionais (47,8%) e promover atualizações das práticas (43,4%). Manifestaram *Sempre* ou *Muitas Vezes* ações de formação contínua (39,8%), escrita de artigos científicos (14,2%), a participação em comunicação ou *posters* (20,3%) e os trabalhos de investigação (15,9%).

Poderá considerar-se que ao nível de incentivos da entidade patronal para o desenvolvimento do conhecimento profissional existe de forma genérica esse incentivo, embora não ganhe expressão nas formas apresentadas, destacando-se as *ações de formação contínua* que recolhe o maior valor (39,8%). Verifica-se ainda a inexistência de uma cultura de investigação, ao obter-se valores altos para *Nunca* no que diz respeito ao incentivo na realização de trabalhos de investigação (41,6%) e na escrita de artigos científicos (46%).

4.4.9 Identificação da participação em ações de formação contínua

Verificou-se que 61,1% dos TF referiram que frequentam entre 1 a 3 ações por ano, estando os restantes no intervalo mais que 3 ações por ano (38,9%), como identificado na Tabela 4.13.

Tabela 4.13 - Participação em formações contínuas.

	Frequência	Percentagem
0 ações/ano	0	0
1 a 3 ações/ano	69	61,1
+ 3 ações/ano	44	38,9
Total	113	100,0

Quanto ao número, em horas, dedicado à formação contínua por ano (Figura 4.16), o valor mínimo foi menos de 24 horas (7,1%) e o máximo foi superior ou igual a 121horas (25,7%), sendo que a resposta mais frequente foi entre 49 a 72horas (28,3%).

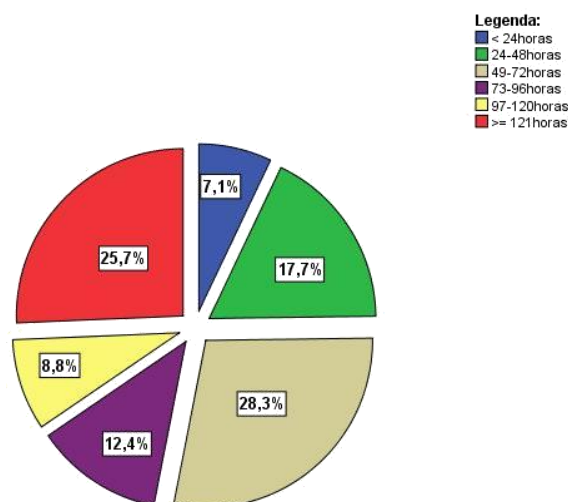


Figura 4.16 – Número de horas dedicadas à formação contínua.

Os TF afirmam que frequentam ações de formação contínua, considerando a maioria que estas ocorrem entre 1 a 3 ações por ano (61,1%). Verifica-se que dedicam em maior número (n=32) entre 49 a 73 horas (até 3 dias de formação) por ano. As horas despendidas em formação estão de acordo com a regularidade de participação em ações de formação.

4.5 Caracterização do uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica

A maioria dos inquiridos (80,5%) afirma saber o que são NOC (ou *guidelines*), como se apresenta na Tabela 4.14.

Tabela 4.14 - Conhecimento de NOC.

	Frequência	Percentagem
Não	22	19,5
Sim	91	80,5
Total	113	100,0

Desse valor (n= 91) nem todos utilizaram (19,5%, n= 22), verificando-se que 61,1% (n= 69) já o fizeram e de referir que 19,5% não respondem à questão (n=22) (Tabela 4.15).

Tabela 4.15 – Uso de *guidelines*.

	Frequência	Percentagem
Não	22	19,5
Sim	69	61,1
Total	91	80,5
Não respostas	22	19,5
Total	113	100,0

Sobre os termos Evidência Científica (Tabela 4.16) e Medicina Baseada na Evidência (Tabela 4.17) referem conhecer os termos, respetivamente, 92,9% (n= 105) e 79,6% (n= 90). Referenciam-nos através de: congressos, ações de formação contínua e seminários (75,2%, n= 85); ouvir outros profissionais de saúde (69,9%, n= 79) e pesquisa em base de dados na Internet (46,9%, n= 53). Os TF que indicaram *outras formas* referiram, maioritariamente, que a aquisição foi feita na instituição de ensino (12,4%, n= 14). Os resultados podem ser consultados na Figura 4.17 e Tabela 4.18.

Tabela 4.16 – Conhecimento do termo Evidência Científica.

	Frequência	Percentagem
Não	8	7,1
Sim	105	92,9
Total	113	100,0

Tabela 4.17 – Conhecimento do termo Medicina Baseada na Evidência.

	Frequência	Percentagem
Não	23	20,4
Sim	90	79,6
Total	113	100,0

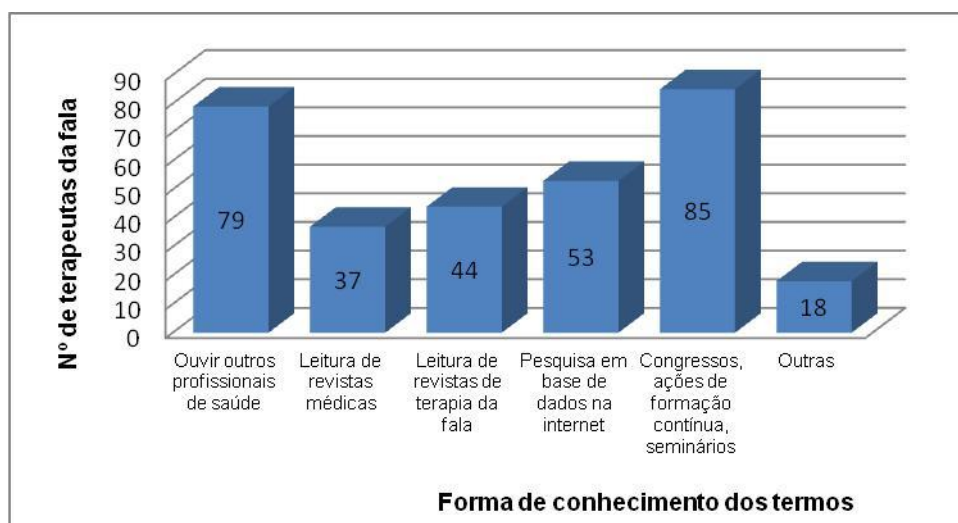


Figura 4.17 – Formas de conhecimento dos termos.

Tabela 4.18 – Outras formas de conhecimento dos termos.

	Frequência	Percentagem
Estágio Curricular	1	0,9
Fui docente de uma disciplina de PBE	1	0,9
Instituição de Ensino	14	12,4
Instituição de Ensino, reuniões com colegas	1	0,9
Pesquisa para a dissertação de mestrado	1	0,9
Total	18	16

A análise feita pelos TF relativamente às *guidelines* mostrou que 69,9% sabe da sua existência para a área de intervenção, contudo 53,1% refere que estas não estão disponíveis *online* (Tabela 4.19 e 4.20).

Tabela 4.19 – Conhecimento da existência de *guidelines*.

	Frequência	Percentagem
Não	34	30,1
Sim	79	69,9
Total	113	100,0

Tabela 4.20 – Conhecimento da existência de *guidelines online*.

	Frequência	Percentagem
Não	60	53,1
Sim	53	46,9
Total	113	100,0

A maioria da amostra (80,5%) afirma saber o que são Normas de Orientação Clínica e desses, 61,1% fizeram utilização para o exercício da profissão, contudo 19,5% não responde à questão.

Ao serem confrontados com os termos Evidência Científica e Medicina Baseada na Evidência, a maioria dos TF referem conhecer os termos através de congressos, ações de formação contínua e seminários (75,2%) ou por terem ouvido outros profissionais de saúde (69,9%). Este aspeto poderá ser considerado de forma natural, visto a medicina, a enfermagem e a fisioterapia, serem áreas em que se dá especial atenção à PBE e que, por sua vez, são aquelas com que o TF, profissionalmente, interage mais.

Ao pretender saber-se a frequência absoluta com que os participantes recorrem a fontes de informação para a tomada de decisão clínica, agregaram-se os valores das categorias *Sempre* e *Frequentemente*, apurando-se os resultados seguintes: recurso à própria experiência (n= 89), livros (n= 80), opinião dos colegas (n= 64) e formação contínua fora do local de trabalho (n= 62).

De igual forma, inversamente, ao registar-se a frequência das categorias *Raramente* ou *Nunca* agregadas, de forma a compreender quais os recursos menos utilizados para a prática clínica, verificou-se serem os *eventos para formação contínua promovidos pela entidade patronal* (n= 81), os *blogs e chats* (n= 72) e as *guidelines* (n= 58). Estes resultados podem ser consultados na Figura 4.18.

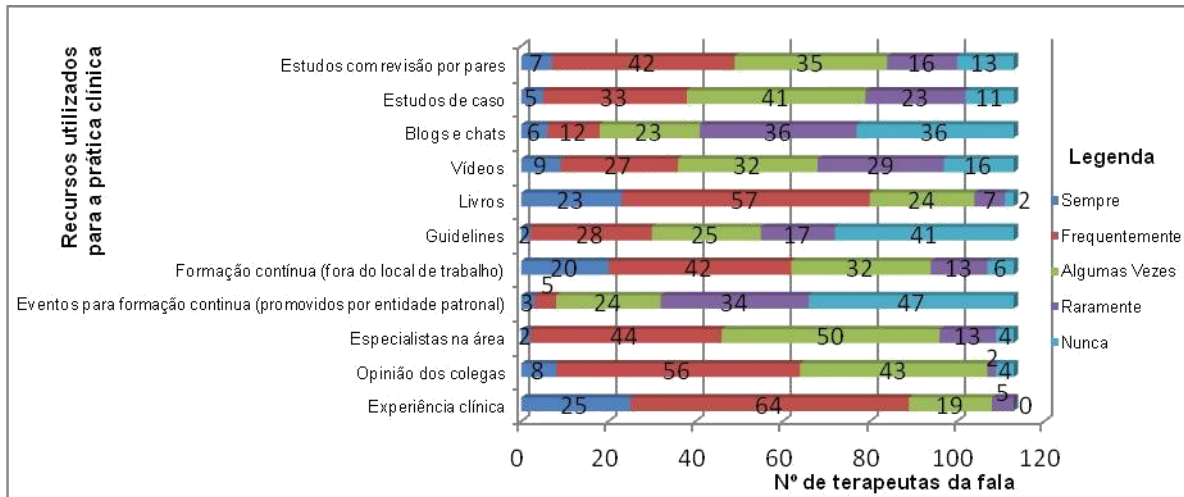


Figura 4.18 – Recursos utilizados para a prática clínica.

Estes resultados merecem cuidada análise, uma vez que se orientam pela tendência apresentada noutros estudos, nomeadamente o efetuado por McAlister *et al.* (1999) com médicos, que recorrerem para a tomada de decisão clínica à experiência clínica (93%), a artigos de revisão (73%), à opinião dos colegas (61%) ou de Zipoli e Kennedy (2005), onde são apresentados valores de 99,6% para o uso da experiência clínica e 78,7% na opinião dos colegas.

Se por um lado esta tendência pode dever-se à familiaridade com determinadas situações clínicas que permitem recorrer à experiência clínica ou à opinião dos colegas, permitindo uma economia de tempo, por outro, salienta que a escolha seguinte incide na pesquisa em livros ou em artigos, o que pode indiciar *a priori* quais consultar. Sublinha-se, ser pouco frequente a pesquisa no local de trabalho para a tomada de decisão clínica, recorrendo-se geralmente à formação contínua fora do local de trabalho (n= 62).

4.6 Perceção dos benefícios e limitações da PBE

Confrontados com diferentes afirmações sobre os benefícios e limitações da PBE, quase metade dos TF *Concorda Totalmente* com a *necessidade de aplicação da PBE na prática do TF* (49,6%), tal como os *resultados da investigação científica são úteis para a prática do dia-a-dia* (56,6%) e que *a PBE pode ajudar na tomada de decisão clínica nos cuidados de saúde* (55,8%).

Relativamente ao uso da PBE, 45,1% discorda que a quantidade e qualidade de investigação na área é suficientemente relevante para suportar a prática baseada na evidência (Figura 4.19).

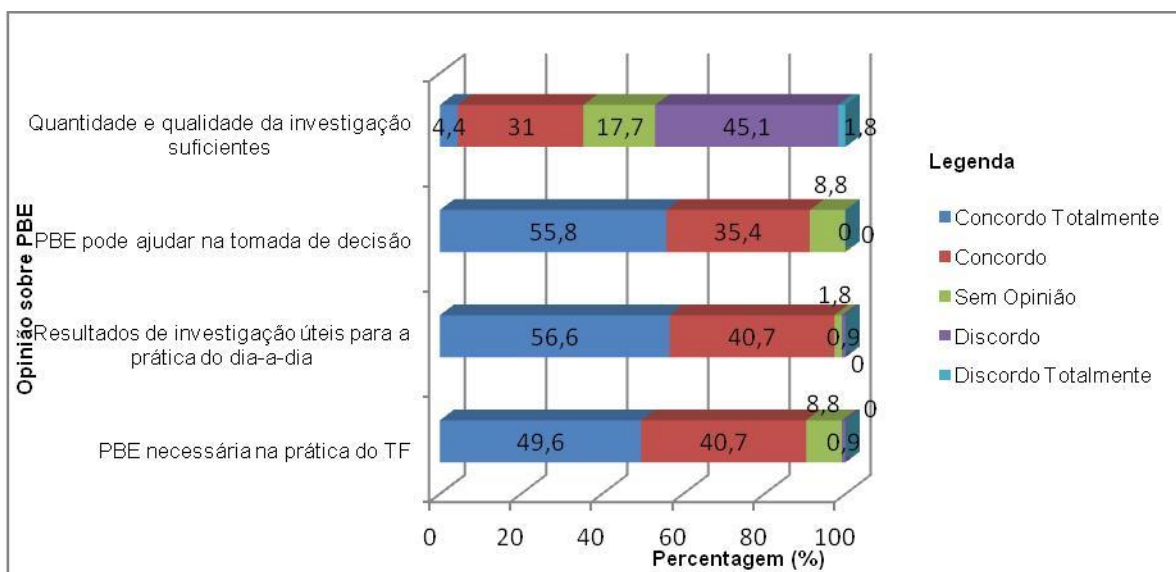


Figura 4.19 – Opinião sobre PBE.

Há um reconhecimento dos benefícios da PBE na prática do TF (49,6%) e de que os resultados da investigação científica são úteis para a prática do dia-a-dia (56,6%).

Estes resultados poderão dever-se à existência de investigação nacional insuficiente, na área de TpF, limitando a existência de dados para a população portuguesa e assim, impossibilitando a aplicação dos resultados nos utentes, apesar dos resultados da investigação internacional também poderem ser aplicados nos utentes dos TF, porém há necessidade de avaliação crítica da literatura, da validade e aplicabilidade. Também existem outros fatores, presentes e envolventes ao utente, que podem impedir a aplicação de determinados resultados dos estudos, como é referido no estudo de Meline e Paradiso (2003). Como se indica é difícil, e por vezes impossível aplicar os resultados dos grupos de pesquisas, porque os investigadores ignoram a performance individual dos utentes.

Como barreiras à implementação da PBE, como se pode observar na Figura 4.20, as mais assinaladas foram: falta de tempo (n= 80); impossibilidade de aplicação dos resultados de investigação aos utentes (n= 53); falta de recursos (n= 41) e a falta de apoio entre colegas (n=31).

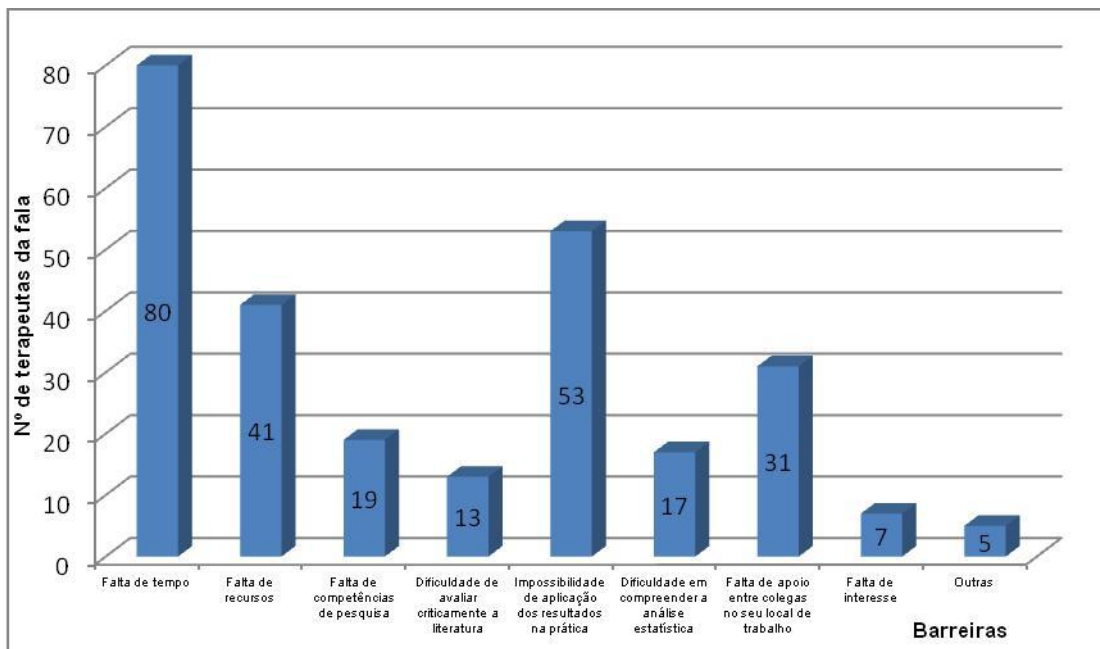


Figura 4.20 – Barreiras à implementação da PBE.

Houve ainda cinco TF a referir outras barreiras, como se pode verificar na Tabela 4.21.

Tabela 4.21 – Outras barreiras à implementação da PBE.

	Frequência
Escassez de trabalhos para a população portuguesa	1
Falta de prática baseada na evidência na área de interesse	1
Motivação/dedicação das famílias	1
Poucos estudos feitos na população portuguesa	1
Tempo para investigar e posteriormente aplicar	1
Total	5

Parece ser recorrente na literatura o que se tem identificado como barreiras à implementação da PBE, dado no estudo de Meline e Paradiso (2003) realizado com TF americanos, identificarem-se como barreiras à PBE a falta de tempo no trabalho para pesquisar e a dificuldade de aplicabilidade dos resultados aos seus utentes.

Como se pode verificar estes resultados são idênticos aos apresentados no estudo de Metcalfe *et al.* (2001), em que os TF identificaram que os resultados não estão compilados num só sítio (77,3%); falta de tempo para ler (72,7%) e dificuldade em compreender a análise estatística (71,2%). Nesse estudo a barreira tempo adquire valores comparáveis aos que se apresentam. Tal como no estudo de Mullen (2005), também com TF, é referido como potencial barreira o *Tempo insuficiente* com importância expressiva para os profissionais (81%). Por último, Retsas (2000), num estudo com enfermeiros, refere como barreiras o acesso aos resultados de estudos realizados, apoio organizacional para pesquisar e apoio dos colegas para aplicar os resultados das pesquisas.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que os TF da amostra são predominantemente jovens do sexo feminino e licenciadas. Embora apresentem, maioritariamente, a licenciatura como grau académico verifica-se que tendem a aprofundar o conhecimento frequentando cursos de pós-graduação (pós-graduações, mestrados, especializações e doutoramentos). Quanto ao perfil científico-profissional exercem profissão, na sua maioria, em clínicas privadas, IPSS e agrupamentos de escolas, em média, há aproximadamente 36 meses. A maioria refere não pertencer a grupos de investigação.

Os TF que participaram do estudo mostram ter conhecimentos sobre a PBE, reconhecem a sua importância e manifestam uma opinião positiva. Todavia, a maioria desconhece a existência de NOC disponíveis na Internet e referem que a aplicação da PBE, no dia-a-dia torna-se difícil pelo facto de não existir investigação suficiente, em quantidade e qualidade, nas áreas de interesse. Estes resultados poderão dever-se à existência de investigação nacional insuficiente, na área de TpF. Também existem outros fatores, presentes e envolventes ao utente, que podem impedir a aplicação de determinados resultados dos estudos, como é referido no estudo de Meline e Paradiso (2003). Como se indica é difícil, e por vezes impossível aplicar os resultados dos grupos de pesquisas, porque os investigadores ignoram a performance individual dos utentes. O obstáculo também se prende na dificuldade da pesquisa de informação, através do computador, como se verifica no presente estudo, em que 41,6% considera a execução de pesquisa difícil.

Os participantes dizem realizar pesquisa científica com maior recurso a fontes de informação, como artigos de revistas internacionais e livros, referindo também, o uso de bases de dados eletrónicas, como a Scielo, a ASHA, a PubMed e o Google Académico para a pesquisa da literatura. Estudos apontam para uma inconstância de utilização de bases de dados quando se trata de pesquisar artigos (Olatunbosun *et al.*, 1998) destacando a Medline, por ser uma base de dados mais utilizada na área da biomédica (Tanjong-Ghogomu, *et al.*, 2009). Há ainda TF que subscrevem revistas ou periódicos (18,6%), todavia os valores apresentados não apresentam grande expressão.

Quando os TF têm um computador com acesso à Internet no local de trabalho, afirmam que o utilizam para a pesquisa de informação que dê resposta a questões da prática clínica, de artigos e de bibliografia, referindo a facilidade da execução de

pesquisa. Para além da pesquisa realizada no local do trabalho, esta também é realizada em casa e em bibliotecas universitárias. Os resultados, desta última, podem dever-se ao vínculo ainda existente entre os TF mais jovens e as universidades, bem como a não exclusividade ou limitação de acesso às suas bibliotecas.

No entanto, os resultados mostram que no apoio à tomada de decisão clínica, os TF procedem à pesquisa científica, sendo o conhecimento mobilizado primeiramente da reflexão da experiência clínica, seguindo-se dos livros e por último, pela opinião dos colegas. Antunes *et al.* (2007) referem que 52% lê, mensalmente, entre 2 a 5 artigos relacionados com a prática, pressupondo-se que seja para apoiar a prática clínica.

Poderá considerar-se que ao nível de incentivos da entidade patronal para o desenvolvimento do conhecimento profissional existe de forma genérica esse incentivo, embora não ganhe expressão nas formas apresentadas, destacando-se as *ações de formação contínua* que recolhe o maior valor (39,8%). Com os resultados obtidos no estudo, verifica-se a inexistência de uma cultura de investigação, ao obterem-se valores próximos de 50% no que diz respeito à ausência de incentivo na realização de trabalhos de investigação (41,6%) e na escrita de artigos científicos (46%).

Os TF afirmam que frequentam ações de formação contínua, considerando a maioria que estas ocorrem entre 1 a 3 ações por ano (61,1%). Verifica-se que dedicam em maior número (n=32) entre 49 a 73 horas (até 3 dias de formação) por ano. Estes resultados revelam a preocupação dos TF em manterem-se atualizados, no que diz respeito ao conhecimento.

As principais barreiras sentidas pelos TF para a implementação da PBE foram a falta de tempo (n= 80), a impossibilidade de aplicação dos resultados de investigação nos utentes da prática clínica (n= 53), a falta de recursos (n= 41) e a falta de apoio entre colegas (n=31). Os resultados obtidos no presente estudo apontam para resultados idênticos, em estudos internacionais. Destacando-se a falta de tempo no trabalho para pesquisar por Meline e Paradiso (2003), bem como falta de tempo para ler por Metcalfe *et al.* (2001), Mullen (2005) refere como potencial barreira o *tempo insuficiente* com importância expressiva para os profissionais e os resultados obtidos por Retsas (2000) referem como barreira o apoio dos colegas para aplicar os resultados das pesquisas.

Verifica-se que a maior parte dos TF conhece o termo evidência científica e reconhece como é necessário o uso da prática baseada na evidência, apesar das barreiras que apresenta.

Apesar dos TF considerarem que devem manter-se atualizados e suportar as decisões clínicas com as evidências disponíveis, consideram não haver informação suficiente nem estudos que facilitem a aplicação dos resultados, não havendo também uma cultura de investigação no local de trabalho, maioritariamente, justificada pela falta de tempo.

Considera-se ser essencial o desenvolvimento da investigação científica na área de terapia da fala, para contribuir para a aplicabilidade dos resultados à população portuguesa e por conseguinte, aumentar a quantidade de estudos em Portugal. Também se considera recomendável e significativo colocar de forma sistemática a informação já avaliada à disposição de todos.

5.1 Limitações do estudo

Quanto às limitações deste estudo, pode destacar-se a inexistência de um instrumento já validado para analisar o tema. Por o questionário ter sido criado de base, pode apresentar certas limitações quanto à validade e limitações relativamente à fiabilidade do instrumento, devido à falta de tempo para realizar um teste-reteste. Todavia, houve a preocupação de validar o conteúdo junto de especialistas, embora não se tenha conseguido reunir igual número de peritos.

Outra limitação prende-se com o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência, dado que a participação era consoante a disponibilidade dos respondentes. Assim, os resultados deste estudo não podem ser generalizados à população alvo, bem como por se considerar uma amostra insuficiente, dado o desconhecimento do número da população de TF a exercer profissão em Portugal.

Para finalizar, a última limitação detetada reporta-se à impossibilidade de estabelecer uma correlação entre a faixa etária e o grau de facilidade para a execução de pesquisa, aspeto que seria interessante analisar. Esta situação verificou-se porque a correlação não integrava nos objetivos do estudo, e desta forma não foi tido em conta, durante a elaboração do questionário o modo de questionar a idade dos participantes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalos, E.; Carroli, G.; Mackey, M. E. (2005). The tools and techniques of evidence-based medicine. *Best practice & Research*, 19(1), 15-26.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2012). Listagem dos TDT's. Retirado em junho 26, 2012, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeRegimesTrabalhoeExerc%C3%A DcioProfissional/TDTListagem/tabid/235/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2013). Listagem dos TDT's. Retirado em fevereiro 9, 2013, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeRegimesTrabalhoeExerc%C3%A DcioProfissional/TDTListagem/tabid/235/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Al-Baghlie, N. e Al-Almaie, S. M. (2004). Physician attitudes towards evidence-based medicine in eastern Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 24(6), 425-428.
- Albrecht, G. L., Seelman, K. D. e Bury, M. (2001). *Handbook of Disability Studies*. USA.
- Almeida, L. S. e Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª edição). Braga: Psiqilibrios.
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2005). *Evidence-based practice in communication disorders: An introduction* [Position statement]. Retirado em maio, 2012, disponível em: www.asha.org/policy.
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2007). *Scope of practice in speech-language pathology* [Scope of Practice]. Retirado em maio, 2012, disponível em: www.asha.org/policy.
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2009). *SLP Health Care Survey Reports*. Retirado em maio, 2012, disponível em: <http://www.asha.org/research/memberdata/HealthcareSurvey09.htm>.
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2011). *Introduction to Evidence-Based Practice*. Retirado em junho, 2012, disponível em: <http://www.asha.org/Members/ebp/intro.htm>

- Antunes, P.; Lopes, A. A. e Filipe, A. (2007). Prática Baseada na Evidência: Fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da Região de Saúde da Grande Lisboa e Vale do Tejo (Monografia da Escola Superior de Saúde do Alcoitão). *Re(habilitar) - Revista da ESSA*,(4-5), 13-33.
- Apel, K. e Self, T. (2003). Evidence-Based Practice: The Marriage of Research and Clinical Services. *The ASHA Leader*.
- Associação Portuguesa de Terapia da Fala (2004). *A Terapia da Fala em Portugal* (pp. 1 – 6).
- Atallah, A. N.; Peccin, M. S.; Cohen, M. e Soares, B. G. O. (2004). *Revisões sistemáticas e metanálises em ortopedia*. São Paulo: Lopso.
- Azevedo, L. F. e Pereira, A. C. (2007a). Pediatria Baseada na Evidência. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*; 16 (1): 29-31.
- Azevedo, L. F. e Pereira, A. C. (2007b). Pediatria Baseada na Evidência: Formulação de Questões e Pesquisa Bibliográfica. *Nascer e Crescer*, 16(3): 135-140.
- Batista, J. S. N. (2011). *O perfil do terapeuta da fala em Portugal*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição pela Universidade de Aveiro.
- Beirdwood, B.; Walters, V.; Eyles, J. e French, S. (1999). Complaints against nurses: a reflection of 'the new managerialism' and consumerism in health care? *Soc Sci Med*, 48, 363-374.
- Belsey, J. (2009). What is evidence-based medicine? *What is...? Series*. Hayward Medical Communication (2nd edition). UK: Hayward.
- Berwanger, O.; Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2005). Medicina baseada em evidências. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 31, 120-126.
- Biblioteca do Conhecimento Online [B-On] (2012). *O que é b-on?* Retirado em novembro, 2012, disponível em: http://b-on.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=116&Itemid=34&lang=pt.

- Buckingham, J.; Fisher, B. e Saunders, D. (2007). *Evidence-Based Medicine: mini-manual* – based in part on the Evidence-Based Medicine Toolkit, <http://www.med.ualberta.ca/>. JAMA.
- Campos, L.; Saturno, P. e Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde de 2011-2016: A qualidade dos cuidados dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Carneiro, A. V. (1997). A formulação de questões clínicas como passo inicial para a prática da MBE. Educação Médica. *Acta Médica Portuguesa*, 11, 745-748.
- Carneiro, A. V. (2001). As normas de orientação clínica (guidelines) e a prática da Cardiologia Baseada na Evidência Científica. Parte I. *Rev Port Cardiol*, 20, 449-455.
- Carneiro, A. V. (2009). Elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica (*guidelines*) em Portugal – o papel de um centro universitário. In: A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil: ANS, AMB, CFM, OPAS editores.
- Castiel, L. D. e Póvoa, E. C. (2001). Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. *Cad. Saúde Pública*, 17(1), 205-214.
- Chantrain, H. (2009). *Initial education of speech-language therapists in Europe: European CPLOL Congress*. Slovenia. Retirado em julho 30, 2012, disponível em: [http://www.cplol.eu/congress2009_proceed/default .htm](http://www.cplol.eu/congress2009_proceed/default.htm).
- Comissão Europeia [CE] (2012). Avaliação das Tecnologias da Saúde. Retirado em fevereiro 3, 2012, disponível em http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/index_pt.htm.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l’Union Européenne [CPLOL] (1997). *Professional Profile of the Speech and Language Therapist*. Disponível em: http://www.cplol.eu/eng/profil_professionnel.html.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l’Union Européenne [CPLOL] (1999). *1988-1998: 10 years of activities*. Paris: CPLOL.

- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne
[CPLOL] (2009a). *Annual Statistics of Initial SLT Education Data in Europe*.
Disponível em: http://www.cplol.eu/eng/Annual_Statistics_Summary_2008.pdf.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne
[CPLOL] (2009b). *Continuing Professional Development for Speech and Language Therapists in the European Union*. Disponível em:
http://www.cplol.eu/eng/CPD_FINAL_report_english.pdf.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne
[CPLOL] (2009c). *Definition and Principles of Continuing Professional Development*. Disponível em:
http://www.cplol.eu/eng/CPD_Definition&Principles.pdf.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne
[CPLOL] (2005). *SLT in Portugal*. Retirado em junho 28, 2012, disponível em:
<http://www.cplol.eu/eng/SLTinPortugal.htm>.
- Connolly, B. H.; Lupinnaci, N. S. e Bush, A. J. (2001). Changes in Attitudes and Perceptions About Research in Physical Therapy Among Professional Physical Therapist Students and New Graduates. *Phys Ther*, 81(5), 1127-1134.
- Cordeiro, A. M.; Oliveira, G. M.; Renteria, J. M.; Guimarães, C. A. e GERS-Rio (2007). Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 34(6), 428-431.
- Crawford, J. M. (2007). Original research in pathology: judgment, or evidence-based medicine? *Laboratory Investigation*, 87, 104-114.
- Cullen, L. e Adams, S. (2010). What is evidence-based practice? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(3), 171-173.
- Dans, A. L.; Dans, L. F.; Guyatt, G. H. e Richardson, S. (1998). Users' Guides to the Medical Literature: XIV. How to Decide on the Applicability of Clinical Trial Results to your Patient. *JAMA*, 279(7), 545-549.
- Davis, D.; Goldman, J. e Palda, V. A. (2007). *Handbook on clinical practice guidelines* (1st edition). Ottawa: CMA.

Decreto-Lei nº 564/99. "D. R. Série A" 295 (99-12-21) 9083.

Departamento de Ciência e Tecnologia [DECIT] (2006). Avaliação de Tecnologias em Saúde: Institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 743-747.

Dias, A. A. R. (2008). *Ética Profissional em Terapêutica da Fala*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Dodd, B. (2007). Evidence-Based Practice and Speech-Language Pathology: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Folia Phoniatr Logop*, 59, 118-129.

Dubouloz, C.-J.; Egan, M.; Vallerand, J. e von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 445-453.

Duchan, J. F. (2011). *A History of Speech-Language Pathology*. Retirado em novembro 15, 2011, disponível em: <http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/index.html>.

Dysart, A. M. e Tomlin, G. S. (2002). Factors related to evidence-based practice among U.S. occupational therapy clinicians. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 275-284.

Filippin, L. I. e Wagner, M. B. (2008). Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(5), 432-433.

Fineout-Overholt, E.; Hofstetter, S.; Shell, L. e Johnson, L. (2005). Teaching EBP: Getting to the Gold: How to Search for the Best Evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 207-211.

Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.

Frattali, C.; Worrall, L. E. e Bennett, S. (2001). Evidence-based practice: Barriers and facilitators for speech-language pathologists. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 9(2), xi-xvi.

- Frohna, J. G. e Park, S. M. (2002). Promoting the use of evidence-based medicine in pediatrics. *The Journal of Pediatrics*, 141, 599-600.
- Furlan, A. D. (2000). Em busca de evidência para a prática médica diária. *Acta Fisiátrica*, 7(1), 20-28.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O. e Mendes, I. A. C. (2003). A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, 37(4), 43-50.
- Galvão, C. M.; Sawada, N. O. e Rossi, L. A. (2002). A prática baseada em evidência: Considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 10(5), 690-695.
- Gerhardt, W. E.; Schoettker, P. J.; Donovan, E. F.; Kotagal, U. R. e Muething, S. E. (2007). Putting Evidence-Based Clinical Practice Guidelines into Practice: An Academic Pediatric Center's Experience. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(4), 226-235.
- Green, M. L. e Ruff, T. R. (2005). Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med*, 80,176-182.
- Green, M. L.; Ciampi, M. A. e Elis, P. J. (2000). Residents' Medical Information Needs in Clinic: Are They Being Met? *The American Journal of Medicine*, 109, 218-223.
- Guyatt , G.H.; Haynes, R. B.; Jaeschke, R. Z.; Cook, D. J.; Green, L.; Naylor, C. D.; Wilson, M. C. e Richardson, W. S. (2000). Users' guide to the medical literature, XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the users' guides to patient care. *JAMA*, 284, 1290-1296.
- Guyatt, G. H.; Oxman, A. D.; Vist, G. E.; Kunz, R.; Falck-Ytter, Y.; Alonso-Coello, P. e Schünemann, H.J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924-926.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

- Hulley, S. B.; Cummings, S. R.; Browner, W. S.; Grady, D.; Hearst, N. e Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica* (2ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Iles, R. e Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International*, 11(2), 93-103.
- International Association of Logopedics and Phoniatics [IALP] (1998). IALP Guidelines for Initial Education in Logopedics (Speech/Language Pathology/Therapy, Orthophony, etc.). *Folia Phoniatic Logopedics*, 50, 230-234.
- International Association of Logopedics and Phoniatics [IALP] (2010). Revised IALP Education Guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for Initial Education in Speech-Language Pathology. *Folia Phoniatic Logopedics*, 62, 210-216.
- International Group on Terminology Frameworks – Communication Sciences and Disorders [IGOTF-CSD] (2006). *A history of the Terminology of Communication Sciences and Disorders*. Retirado em março, 2012, disponível em: <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/resources/terminology-frameworks-projects>
- Jacobs, J. A.; Jones, E.; Gabella, B. A.; Spring, B. e Brownson, R. C. (2012). Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. *Preventing Chronic Disease*, 9, 1-9.
- Jette, D. U.; Bacon, K.; Batty, C.; Carlson, M.; Ferland, A.; Hemingway, R. D.; Hill, J. C.; Ogilvie, L. e Volk, D. (2003). Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. *Phys Ther*, 83(9), 786-805.
- Kamwendo, K. (2002). What do Swedish physiotherapists feel about research? A survey of perceptions, attitudes, intentions and engagement. *Physiotherapy Research International*, 7(1), 23-24.
- Kitson, A.; Ahmed, L. B.; Jarvey, G.; Seers, K. e Thompson, D. (1996). From research to practice: one organizational model for promoting research based practice. *J Adv Nurs*, 23, 430-440.
- Kjaer, B. E. (2005). Terminology and Conception of the profession. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 7(2), 98-1001.

- Kristensen, F. B. e Sigmund, H. (2007). *Health Technology Assessment Handbook* [Report]. Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health.
- Leahy, M. M. (1999). *The History of the International Association of Logopedics and Phoniatrics* (4th edition). Goteburg (Sweden).
- Lopes, A. A. (2000). Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Ass Med Brasil*, 46(3), 285-288.
- Malmkjaer, K (2002). *The linguistics Encyclopedia* (2nd edition). London: Routledge.
- Mata, A. D.; Marques, D.; Silveira, J. e Marques, J. (2008). Medicina Dentária Baseada na Evidência: Novas Opções para Velhas Práticas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 49(1), 31-37.
- McAlister, F. A.; Graham, I.; Karr, G. W. e Laupacis, A. (1999). Evidence-based medicine and the practicing clinician. *Journal Gen Intern Med*, 14, 236-242.
- McGraw-Hill (2008). *User's Guides to the Medical Literature* (2nd edition). New York: McGraw-Hill.
- Meline, T. e Paradiso, T. (2003). Evidence-based practice in schools: Evaluating research and reducing barriers. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 34, 273-283.
- Metcalfe, C; Lewin, R.; Wisher, S.; Perry, S.; Bannigan, K. e Moffett, J. K. (2001). Barriers to Implementing the Evidence Base in Four NHS Therapies. *Physiotherapy*, 87 (8), 433-441.
- Ministério da Saúde do Brasil [MSB] (2009). *Avaliação de tecnologias em saúde: Ferramentas para a gestão do SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos* (1ª edição). Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora MS.
- Mullen, R. (2005). *Survey Tests Members' Understanding of Evidence-Based Practice*. The ASHA Leader.
- Newhouse, R.; Dearholt, S.; Poe, S.; Pugh, L. C. e White, K. M. (2005). A practical approach to implementation. *JONA*, 35(1), 35-40.

- Nobre, M. R. C.; Bernardo, W. M. e Jatene, F. B. (2004). A prática clínica baseada em evidências: parte III. Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Rev Assoc Med Bras*, 50(2), 221-228.
- Norwitz, E. R. e Greenberg, J. A. (2008). Promoting evidence-based medicine. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1(3), 93-94.
- Olatunbosun, O. A.; Edouard, L. e Pierson, R. A. (1998). Physicians' attitudes toward evidence based obstetric practice: a questionnaire survey. *BMJ*, 316, 365-367.
- Pacy, J. (2006). Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care. *Sociology of Health and Illness*, 28, 122-123.
- Patterson, A. e Leijenaar, B. (2007). *Revision of the Minimum Standards for Education*. Riga: Education Commission of Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne. Retirado em agosto 23, 2012, disponível em: http://www.cplol.eu/eng/Revised_Min_Standards_2007_la.pdf.
- Prates, A. e Silva, E. (2011). A terapia da fala em Portugal. *Distúrbios da Comunicação*, 23(3), 365-368.
- Rappolt, S. e Tassone, M. (2002). How rehabilitation therapists gather, evaluate, and implement new knowledge. *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 22, 170-180.
- Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.
- Rodgers, S. (1994). An exploratory study of research utilization by nurses in general medical and surgical wards. *J Adv Nurs*, 20, 904-911.
- Roque, A.; Bugalho, A. e Carneiro, A. V. (2007). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica (1^a edição). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Royal College of Speech & Language Therapists [RCSLT] (2011). *Your guide to RCSLT member benefits and continuing professional development*. London: RCSLT.

- Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M. C.; Gray, J. A. M.; Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BM Journal*, 312, 71-72.
- Salbach, N. M.; Guilcher, S. J. T.; Jaglal, S. B. e Davis, D.A. (2010). Determinants of research use in clinical decision making among physical therapist providing services post-stroke: a cross-sectionl study. *Implementation Science*, 5(1), 77.
- Schreiber, J. e Stern, P. (2005). A Review of the Literature on Evidence-Based Practice in Physical Therapy. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 3(4), 1-10.
- ScienceDirect (2012). *About ScienceDirect*. Retirado em novembro, 2012, disponível em: <http://www.info.sciverse.com/sciencedirect/about>.
- Simon, J. M. (1999). Evidence-based practice in nursing. *Nurs Diag*, 10(1), 3.
- Smyth, R. L. (2000). Evidence-based medicine. *Paediatric Respiratory Reviews*, 1, 287-293.
- Sousa, M. J. e Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertação, teses e relatórios – segundo Bolonha. Síntese das etapas de Investigação* (2ª edição). Lisboa: Pactor.
- Stetler, C. B.; Brunell, M.; Giuliano, K. K.; Morsi, D.; Prince, L. e Stokes, V. N. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA*, 28(7/8), 45-53.
- Straus, S. E. e McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal*, 163(7), 837-841.
- Tanjong-Ghogomu, E.; Tugwell, P. e Welch, V. (2009). Evidence-Based Medicine and The Cochrane Collaboration. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 67(2), 198-205.
- Yorkston, K. M.; Spencer, K.; Duffy, J.; Beukelman, D.; Golper, L. A.; Miller, R.; Strand, E. e Sullivan, M. (s.d.). *Evidence-based medicine and practice guidelines: Application to the field of Speech-Language Pathology*. USA.: Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences.

Zipoli, R. P. e Kennedy, M. (2005). Evidence-.based practice among Speech-Language Pathologists: Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(3), 208-220.

7. APÊNDICE

APÊNDICE I – Grelha de Avaliação.

APÊNDICE II – Questionário.

APÊNDICE III – Tipo de mestrados frequentados.

APÊNDICE IV – Tabela de outros locais de exercício da profissão.

APÊNDICE I – Grelha de Avaliação.

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO – EXPERTS

Avaliação no geral

ITENS AVALIADOS	ESCALA			
Clareza das questões	Nada claro	Pouco claro	Claro	Muito claro
	1	2	3	4
Aplicabilidade	Não se aplicam	Aplicam pouco	Aplicam	Aplicam claramente
	1	2	3	4
Conteúdo e forma	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
	1	2	3	4
Redundância	Muita	Alguma	Pouca	Inexistente
	1	2	3	4
Sequência das questões	Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
	1	2	3	4

Explicação dos itens a avaliar:

Clareza: As questões estão elaboradas de forma clara e perceptível;

Aplicabilidade: As questões aplicam-se aos objetivos da pesquisa;

Conteúdo e forma: As questões refletem, de modo evidente, o que se pretende avaliar;

Redundância: As questões repetem-se em relação aos assuntos pesquisados;

Sequência das questões: A sequência das questões é adequada e facilita a compreensão.

Núcleos a avaliar:

Núcleo 2: Características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais;

Núcleo 3: Características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica;

Núcleo 4: Características sobre atitudes, perceção dos benefícios e limitações da PBE.

Variáveis utilizadas no questionário

NÚCLEO 2 - CARACTERÍSTICAS LABORAIS, DISPONIBILIDADE DE RECURSOS E CAPACIDADES PESSOAIS

- Grupo de investigação (local de trabalho);
- Fontes de informação (para pesquisa de informação científica);
- Acesso a computador com ligação à internet (no trabalho);
- Uso do computador para pesquisa de que tipo;
- Grau de facilidade de execução da pesquisa;
- Nº de vezes que pesquisou em base de dados bibliográficos para resposta na prática clínica;
- Bases de dados a que recorreu;
- Local da pesquisa (quando fora do local de trabalho);
- Facilidade de acesso a bibliotecas;
- Tipo de bibliotecas;
- Subscrição de revistas ou periódicos;
- Tipo de subscrição;
- Tipo de incentivo laboral;

- Frequência de participação em ações de formação, *workshops*, congressos, encontros ou seminários;
- Nº de horas para formação contínua.

NÚCLEO 3 - CARACTERÍSTICAS SOBRE COMPREENSÃO E USO PESSOAL DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

- Normas de Orientação Clínica;
- Evidência Científica;
- Medicina Baseada na Evidência;
- Existência de *guidelines* na área de intervenção;
- Noção de *guidelines* disponíveis *online*;
- Recurso de fontes de informação para tomada de decisão.

NÚCLEO 4 - CARACTERÍSTICAS SOBRE ATITUDES, PERCEÇÃO DOS BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DA PBE

- Opinião sobre aplicação da PBE;
- Opinião sobre investigação científica;
- Relação entre PBE e tomada de decisão;
- Opinião sobre uso da PBE;
- Barreiras à implementação da PBE.

NÚCLEOS TEMÁTICOS

NÚCLEO 2 - CARACTERÍSTICAS LABORAIS, DISPONIBILIDADE DE RECURSOS E CAPACIDADES PESSOAIS

1. Como classifica o instrumento relativamente à **clareza das questões** referentes ao tema “características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais”?

Nada claro	Pouco claro	Claro	Muito claro
1	2	3	4

2. De que modo o instrumento é **aplicável** à variedade de dados sobre o tema “características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais”?

Não se aplicam	Aplicam pouco	Aplicam	Aplicam claramente
1	2	3	4

3. Os itens apresentados no instrumento apresentam **conteúdo** suficiente para a recolha de dados sobre as “características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais”?

Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
1	2	3	4

4. Quantos itens são **redundantes** ou desnecessários neste núcleo temático (“características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais”)? No caso de existirem identifique-os, por favor, nas linhas abaixo da grelha.

Muita	Alguma	Pouca	Inexistente
1	2	3	4

5. A **sequência das questões** neste núcleo temático (“características laborais, disponibilidade de recursos e capacidades pessoais”) é adequada e facilita a compreensão?

Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
1	2	3	4

NÚCLEO 3 – CARACTERÍSTICAS SOBRE COMPREENSÃO E USO PESSOAL DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

1. Como classifica o instrumento relativamente à **clareza das questões** referentes ao tema “características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica”?

Nada claro	Pouco claro	Claro	Muito claro
1	2	3	4

2. De que modo o instrumento é **aplicável** à variedade de dados sobre o tema “características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica”?

Não se aplicam	Aplicam pouco	Aplicam	Aplicam claramente
1	2	3	4

3. Os itens apresentados no instrumento apresentam **conteúdo** suficiente para a recolha de dados sobre as “características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica”?

Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
1	2	3	4

4. Quantos itens são **redundantes** ou desnecessários neste núcleo temático (“características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica”)? No caso de existirem identifique-os, por favor, nas linhas abaixo da grelha.

Muita	Alguma	Pouca	Inexistente
1	2	3	4

5. A **seqüência das questões** neste núcleo temático (“características sobre compreensão e uso pessoal de linhas orientadoras para a prática clínica”) é adequada e facilita a compreensão?

Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
1	2	3	4

NÚCLEO 4 – CARACTERÍSTICAS SOBRE ATITUDES, PERCEÇÃO DOS BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DA PBE

1. Como classifica o instrumento relativamente à **clareza das questões** referentes ao tema “características sobre atitudes, percepção dos benefícios e limitações da PBE”?

Nada claro	Pouco claro	Claro	Muito claro
1	2	3	4

2. De que modo o instrumento é **aplicável** à variedade de dados sobre o tema “características sobre atitudes, percepção dos benefícios e limitações da PBE”?

Não se aplicam	Aplicam pouco	Aplicam	Aplicam claramente
1	2	3	4

3. Os itens apresentados no instrumento apresentam **conteúdo** suficiente para a recolha de dados sobre as “características sobre atitudes, percepção dos benefícios e limitações da PBE”?

Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
1	2	3	4

4. Quantos itens são **redundantes** ou desnecessários neste núcleo temático (“características sobre atitudes, percepção dos benefícios e limitações da PBE”)? No caso de existirem identifique-os, por favor, nas linhas abaixo da grelha.

Muita	Alguma	Pouca	Inexistente
1	2	3	4

5. A **sequência das questões** neste núcleo temático (“características sobre atitudes, percepção dos benefícios e limitações da PBE”) é adequada e facilita a compreensão?

Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
1	2	3	4

AVALIAÇÃO GERAL:

1. Este instrumento será **preenchido por terapeutas da fala** para avaliar o grau de familiaridade com a prática baseada na evidência (PBE) em terapia da fala. Na sua opinião a utilização deste instrumento será bem-sucedida?

Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
1	2	3	4

2. Os itens deste instrumento pretendem conferir dois domínios principais: **conhecimento** e **necessidade** relativos à prática baseada na evidência e à formação científica.

- a. Para o conhecimento relativo ao conceito de prática baseada na evidência e modo que influencia a prática clínica.

Insuficiente	Limitado	Satisfatório	Muito bom
1	2	3	4

- b. Para a necessidade de formação científica

Insuficiente	Limitado	Satisfatório	Muito bom
1	2	3	4

3. A **capacidade** do instrumento para **qualificar** o estudo de acordo com a qualidade metodológica do mesmo pode ser considerada?

Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
1	2	3	4

4. Sugere a introdução ou exclusão de algum item? Indique qual/quais, na sua opinião.

Nome do avaliador

QUESTIONÁRIO

Chamo-me Ana Clarisse e este questionário é desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado em Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde na Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, e tem o objetivo de obter informação sobre o grau de familiaridade com a PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA (PBE) EM TERAPIA DA FALA.

A informação recolhida destina-se exclusivamente a ser trabalhada no âmbito da tese e serão acautelados a confidencialidade e o anonimato.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

I. IDENTIFICAÇÃO DEMOGRÁFICA

Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua resposta, nas questões de resposta fechada

1. Género

Masculino

Feminino

2. Faixa Etária

20-29 anos

30-39 anos

40-49 anos

≥ 50 anos

3. Habilitações Literárias (já concluída)

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado Qual: _____

Outra

Qual: _____

4. Há quanto tempo terminou a formação base em TF?

0-4 anos

5-10 anos

11-15 anos

≥16 anos

5. Ano de início de atividade como terapeuta da fala: _____

6. Local de exercício da profissão (pode indicar mais que uma opção)

Hospital Serviço: _____

Centro de Saúde

Centro de Reabilitação Serviço: _____

Instituição de Educação

IPSS

Clínica Privada

Agrupamento de Escolas

Outro Onde: _____

7. Local de exercício da profissão com mais carga horária (indicar apenas uma opção)

- Hospital Serviço: _____ Centro de Saúde
- Centro de Reabilitação Serviço: _____ Instituição de Educação
- IPSS Clínica Privada Agrupamento de Escolas
- Outro Onde: _____
- Há quanto tempo? _____

II. CARACTERÍSTICAS LABORAIS, DISPONIBILIDADE DE RECURSOS E CAPACIDADES PESSOAIS

Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua resposta, nas questões de resposta fechada)

1. Faz parte de um grupo de investigação no seu local de trabalho?

- Não Sim

2. Com que frequência recorre a fontes de informação para pesquisa científica, tais como:

- Artigos das revistas nacionais

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Artigos das revistas internacionais

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Artigos de revistas médicas

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Livros

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Base de dados eletrônicos:

Medline

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

Pubmed

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

Science Direct

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

Scielo

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

Profala

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

ASHA

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

APTF

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

B-on

Sempre Raramente Frequentemente Nunca Algumas vezes

Google Académico

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

Cinahl

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Outras

Qual/Quais? _____

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

3. No seu local de trabalho tem acesso a um computador com ligação à Internet?

- Não Sim

4. Com que frequência utiliza o computador para pesquisa de:

- Bibliografia

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Informação que dê resposta a questões da prática diária

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

- Artigos científicos que deem resposta a questões da prática clínica

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

5) Na sua opinião, qual é o grau de facilidade para a sua execução da pesquisa?

- Muito difícil Difícil Fácil Muito fácil

6) No último mês, quantas vezes pesquisou base de dados bibliográficos, com o intuito de obter respostas a questões da sua prática clínica?

0 vezes 1vez/mês 2 vezes/mês + 2 vezes/mês

- Em caso afirmativo, qual/quais foi/foram a(s) base(s) de dados a que recorreu?

- Em caso de não pesquisar no computador do trabalho, onde é realizada a pesquisa?

Casa Universidade Biblioteca Outro Onde: _____

7) Tem facilidade de acesso à biblioteca.

Não Sim

- Em caso afirmativo qual/quais: _____

8) É subscritor(a) de revistas ou periódicos na sua área?

Não Sim

- Em caso afirmativo qual/quais: _____

As seguintes questões reportam-se ao local onde a sua carga horária laboral é maior. Coloque uma cruz (X) na caixa que corresponde à sua resposta.

9) No seu local de trabalho é incentivado(a) a:

a) Aprofundar os seus conhecimentos profissionais

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

b) Promover a atualização das práticas

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

c) Frequentar ações de formação contínua

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

d) Frequentar cursos de formação (licenciatura, pós-graduação, mestrado ou doutoramento)

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

e) Escrever artigos científicos

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

f) Participar com comunicações ou posters em congressos

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

g) Realizar trabalhos de investigação

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca

10) A regularidade em que participa em ações de formação, *workshops*, congressos, encontros ou seminários é de:

Nunca 1 a 3 ações/ano + 3 ações/ano

11) Por ano, qual o número, em horas, que dedica à formação contínua?

- 24 horas
 24 - 48 horas
 49h - 72 horas
 73 - 96 horas
 97 - 120 horas
 ≥ 121 horas

III. CARACTERÍSTICAS SOBRE COMPREENSÃO E USO PESSOAL DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua resposta, nas questões de resposta fechada.

1) Sabe o que são **Normas de Orientação Clínica (Guidelines)**?

Não Sim

- Em caso afirmativo, alguma vez utilizou alguma(as)?

Não Sim

2) Conhece o termo **Evidência Científica**?

Não Sim

3) Conhece o termo **Medicina Baseada na Evidência (MBE)**?

Não Sim

- Em caso afirmativo, através de (pode assinalar mais que uma opção):

Ouvir outros profissionais de saúde.

Leitura de revistas médicas.

Leitura de revistas de terapia da fala.

Pesquisa em base de dados na Internet.

Congressos, ações de formação contínua, seminários.

Outros. Qual/Quais? _____

4) Analise as afirmações e assinale com um a cruz X na caixa, a resposta que vai de encontro com a sua opinião.

a) Sei que existem **guidelines** disponíveis, para a minha área de intervenção.

Não Sim

b) Sei que as **guidelines** para a minha prática clínica estão disponíveis **online**.

Não Sim

5) Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua opinião. As afirmações seguintes reportam-se aos **últimos 6 meses** e são referentes ao recurso de fontes de informação para a **tomada de decisão clínica**.

a) Baseou-se na sua experiência clínica.

Sempre Frequentemente Algumas vezes

Raramente Nunca

b) Recorreu à opinião dos seus colegas.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

c) Recorreu a especialistas na área.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

d) A sua entidade patronal promoveu eventos para a formação contínua.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

e) Recorreu a formação contínua fora do seu local de trabalho.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

f) Recorreu a *guidelines* para a prática clínica.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

g) Recorreu a livros.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

h) Recorreu à visualização de vídeos.

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

i) Recorreu a blogs e chats

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca | |

j) Recorreu a estudos de caso.

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

k) Recorreu a estudos de investigação publicados em revistas científicas com revisão por pares.

- Sempre Frequentemente Algumas vezes
 Raramente Nunca

IV. CARACTERÍSTICAS SOBRE ATITUDES, PERCEÇÃO DOS BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DA PBE

Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua resposta.

1) A aplicação da Prática Baseada na Evidência (PBE) é necessária na prática do terapeuta da fala.

- Concordo Totalmente Concordo Sem Opinião
 Discordo Discordo Totalmente

2) Os resultados da investigação científica são úteis para a prática do dia-a-dia.

- Concordo Totalmente Concordo Sem Opinião
 Discordo Discordo Totalmente

3) A PBE pode ajudar a tomar decisões sobre os cuidados de saúde prestados.

- Concordo Totalmente Concordo Sem Opinião
 Discordo Discordo Totalmente

4) Coloque uma cruz na caixa que corresponde à sua resposta. Avalie estas afirmações tendo em conta o seu uso de Prática Baseada na Evidência.

a) A quantidade e qualidade de investigação na sua área de interesse é suficientemente relevante para suportar a sua prática baseada na evidência.

- Concordo Totalmente Concordo Sem Opinião
 Discordo Discordo Totalmente

5) Na sua prática diária quais as barreiras com que se depara para a implementação da PBE? Assinale com uma cruz ☒

- Falta de tempo.
- Falta de recursos (acesso à internet, bibliotecas, acesso ao texto integral dos artigos, etc.) para pesquisa de informação.
- Falta de competências de pesquisa.
- Dificuldade em avaliar criticamente a literatura.
- Impossibilidade de aplicação dos resultados de investigação nos pacientes da sua prática.
- Dificuldade em compreender a análise estatística.
- Falta de apoio entre os colegas no seu local de trabalho.
- Falta de interesse.
- Outra(s) Qual(ais): _____

APÊNDICE III – Tipo de Mestrados frequentados.

Mestrados	Frequência
Bioética	1
Ciências da Educação - Gestão da Formação	1
Ciências da fala e da audição	6
Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem	5
Educação Especial	6
Educação para a Saúde	1
Gestão da Saúde	1
Linguística Clínica	1
Neurociências	1
Patologia da Linguagem	1
Psicologia do desenvolvimento e educação	1
Supervisão clínica e gestão de recursos	1
Total	26

APÊNDICE IV – Outros locais de exercício de profissão.

	Frequência	Percentagem
Associação sem fins lucrativos	1	0,9
Câmara Municipal	1	0,9
Centro de Desenvolvimento Infantil	2	1,8
Centro de Estudos	1	0,9
Cruz Vermelha Portuguesa	1	0,9
Domicílio	7	6,2
Intervenção Precoce	1	0,9
Prática privada - deslocação ao contexto escolar	1	0,9
Prática privada em parceria com instituições	1	0,9
Unidade de Cuidados Continuados	3	2,7
Universidade	2	1,8
Total	21	18,8

