Fisioter Bras. 2026;27(10):6861-6875
doi: 10.62827/fb.v27i10.1370

REVISÃO

Prática baseada em evidências na fisioterapia: Revisão narrativa da trajetória histórica e estratégias de implementação

Evidence-based practice in physiotherapy: A narrative review of its historical trajectory and implementation strategies

Natália Gabriela Ambrosio[1], Areolino Pena Matos[2], Império Lombardi Júnior[3]

[1]*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil*

[2]*Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional FFTO, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil*

[3]*Departamento de Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil*

Recebido em: 19 de Outubro de 2026; Aceito em: 3 de Novembro de 2026.

Correspondência: Natália Gabriela Ambrosio, natalia.ambrosio14@unifesp.br

Como citar
Ambrosio NG, Matos AP, Lombardi Júnior I. Prática baseada em evidências na fisioterapia: Revisão narrativa da trajetória histórica e estratégias de implementação. Fisioter Bras. 2026;27(10):6861-6875. doi: 10.62827/fb.v27i10.1370.

Resumo

Introdução: a incorporação da prática baseada em evidências na Fisioterapia envolve desafios na formação, na implementação clínica e na integração dos valores do paciente. *Objetivo:* sintetizar sua trajetória histórica, ensino na graduação, atitudes, conhecimentos e barreiras dos fisioterapeutas, modelos de tradução do conhecimento e decisão compartilhada. *Métodos:* revisão narrativa com buscas em PubMed, Cochrane Library, LILACS e PEDro, combinando termos controlados e livres sobre prática baseada em evidências, fisioterapia, barreiras, implementação, educação e decisão compartilhada. As buscas ocorreram em setembro de 2025, com complementação em abril de 2026, priorizando publicações desde 2020, sem restrição temporal para o eixo histórico e com fontes anteriores nos demais eixos. A seleção foi conduzida por uma pesquisadora, sem avaliação formal do risco de viés. *Resultados:* a literatura apresenta representações conceituais como a analogia do funil e uma pirâmide de evidências revisada. Metodologias ativas apresentam resultados favoráveis na formação, mas os instrumentos de avaliação concentram-se nas etapas iniciais da prática baseada em evidências.

Atitudes positivas coexistem com obstáculos como tempo insuficiente, barreiras linguísticas, acesso limitado à evidência e dificuldades estatísticas. Estratégias multifacetadas de tradução do conhecimento e o Consolidated Framework for Implementation Research oferecem subsídios à implementação. A decisão compartilhada permite incorporar valores do paciente, mas recebe atenção limitada no ensino e na avaliação. *Conclusão:* a prática baseada em evidências na Fisioterapia avançou conceitual e pedagogicamente, mas sua tradução clínica permanece incompleta. A literatura discutida sustenta a relevância de estratégias contextualizadas de implementação, do fortalecimento da apreciação crítica e da integração formal da decisão compartilhada.
Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências; Fisioterapia; Capacitação Profissional; Tomada de Decisão Compartilhada.

Abstract

Introduction: incorporating evidence-based practice into physiotherapy involves challenges in education, clinical implementation and the integration of patient values. *Objective:* to synthesize its historical trajectory, undergraduate teaching, physiotherapists' attitudes, knowledge and barriers, knowledge translation models, and shared decision-making. Methods: a narrative review with searches in PubMed, Cochrane Library, LILACS and PEDro, combining controlled vocabulary and free-text terms concerning evidence-based practice, physiotherapy, barriers, implementation, education and shared decision-making. Searches were conducted in September 2025, with a supplementary search in April 2026, prioritizing publications from 2020 onward, with no date restrictions for the historical component and earlier sources supporting the other themes. Study selection was conducted by one researcher, without formal risk-of-bias assessment. *Results:* the literature presents conceptual representations such as the funnel analogy and a revised evidence pyramid. Active learning methods show favorable educational outcomes, but assessment instruments focus on the initial steps of evidence-based practice. Positive attitudes coexist with obstacles such as insufficient time, language barriers, limited access to evidence and difficulties with statistics. Multifaceted knowledge translation strategies and the Consolidated Framework for Implementation Research provide support for implementation. Shared decision-making enables the incorporation of patient values but receives limited attention in teaching and assessment. *Conclusion:* evidence-based practice in physiotherapy has advanced conceptually and educationally, but its translation into clinical practice remains incomplete. The literature discussed supports the relevance of contextualized implementation strategies, strengthened critical appraisal competencies and the formal integration of shared decision-making.
Keywords: Evidence-Based Practice; Physical Therapy; Professional Training; Decision Making.

Introdução

Em 1992, o Evidence-Based Medicine Working Group publicou um marco da Medicina Baseada em Evidências, questionando o uso da intuição, da experiência clínica isolada e do raciocínio

fisiopatológico como fundamentos suficientes para a tomada de decisões clínicas em saúde [1]. Posteriormente, a integração das melhores evidências científicas disponíveis com a expertise clínica foi explicitada, considerando as circunstâncias, os direitos e as preferências de cada paciente [2].

A integração desses componentes pode ser representada por diferentes modelos explicativos. Uma proposta é a analogia do funil, na qual as evidências científicas são analisadas criticamente e integradas ao julgamento clínico, levando em conta a expertise e o contexto do profissional, resultando em opções a serem discutidas com o paciente e enfatizando sua participação ativa na tomada de decisões [3]. Com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde a compreender a hierarquia das evidências científicas, a pirâmide de evidências organiza os delineamentos de pesquisa, tradicionalmente situando revisões sistemáticas e meta-análises no topo. Uma proposta de revisão dessa representação apresenta as revisões sistemáticas como ferramentas de síntese e interpretação da evidência, cuja confiabilidade depende da qualidade dos estudos incluídos e dos métodos empregados na própria revisão. Essa perspectiva também reconhece que o delineamento, isoladamente, não determina a qualidade da evidência, sendo necessário considerar o risco de viés e a imprecisão dos resultados [4].

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma forma de entender e praticar os cuidados na área da saúde que exige pensamento clínico elaborado, e surgiu na Fisioterapia como uma abordagem fundamental para a entrega de tratamentos seguros e eficazes aos pacientes. Sua aceitação cresceu significativamente entre os fisioterapeutas nas últimas décadas, acompanhando o aumento da disponibilidade de pesquisas clínicas de alta qualidade, como ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas. Isso, porém, não se traduziu automaticamente em mudanças na atuação clínica [5].

Muitas são as barreiras enfrentadas pelos fisioterapeutas para incorporá-la à prática clínica, desde a falta de treinamento na graduação e o acesso incompleto à evidência até a dificuldade de interpretação dos artigos e o próprio desincentivo das clínicas e centros onde trabalham. Essas barreiras evidenciam a necessidade de estratégias e da promoção de uma cultura que valorize a PBE na Fisioterapia [6].

Para facilitar esse processo, Recomendações de Práticas Clínicas são elaboradas, analisando sistematicamente as evidências para que os clínicos utilizem condutas baseadas em evidências. Quando elaboradas de forma criteriosa, podem diminuir o tempo de pesquisa dos profissionais de saúde e nortear a escolha de suas condutas [7]. Mesmo assim, os fisioterapeutas muitas vezes desconhecem as recomendações de práticas clínicas sobre as condições que atendem, não as compreendem plenamente e enfrentam barreiras para a implementação das condutas recomendadas [8].

O atual cenário da Fisioterapia na PBE mostra-se desafiador. Uma revisão sistemática de 2019 encontrou uma mediana de 54% de fisioterapeutas que utilizavam ou utilizariam tratamentos recomendados para condições musculoesqueléticas e de 43% que utilizavam ou utilizariam tratamentos não recomendados [9].

Diante da crescente importância da PBE na Fisioterapia, este trabalho busca revisar, de forma narrativa, sua trajetória histórica; descrever como a PBE tem sido ensinada e avaliada na formação; caracterizar as atitudes, os conhecimentos e as barreiras enfrentadas por fisioterapeutas para sua implementação; e discutir modelos de tradução do conhecimento e o papel da decisão compartilhada

nesse processo. Com isso, pretende-se contribuir para uma compreensão mais integrada das tendências e dos desafios que moldam a PBE na Fisioterapia.

Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que abrange desde a trajetória histórica de um conceito até barreiras, estratégias de implementação e modelos de decisão clínica, sem a pretensão de exaustividade ou de resposta a uma pergunta clínica única e estreita, própria das revisões sistemáticas.

A busca por artigos científicos foi realizada em setembro de 2025 nas bases eletrônicas PubMed, Cochrane Library, LILACS e PEDro, por sua relevância para a área da saúde e da Fisioterapia. Para os eixos relativos ao ensino da PBE, às atitudes e barreiras dos fisioterapeutas, aos modelos de implementação e à decisão compartilhada, priorizaram-se publicações de 2020 a setembro de 2025. Para a trajetória histórica da PBE, não houve restrição de data de publicação, permitindo a inclusão de marcos fundamentais à compreensão da evolução do conceito na Fisioterapia. Na mesma busca, também foram identificadas publicações anteriores a 2020, selecionadas por sua pertinência à fundamentação de conceitos, instrumentos de avaliação e estratégias de ensino e implementação nos demais eixos. Em abril de 2026, durante a revisão do texto, foi realizada uma busca complementar nas mesmas bases, com inclusão de referências adicionais pertinentes aos eixos abordados.

A estratégia de busca combinou termos controlados (MeSH, quando aplicável no PubMed) e palavras-chave livres, unidos pelos operadores booleanos “AND” e “OR”. Os termos principais incluíram: “physical therapy”, “physiotherapy”, “physical therapist”, “physiotherapist”, “evidence-based practice”, “EBP”, “evidence-based medicine”, “EBM”, “history”, “historical perspective”, “evolution”, “development”, “origin”, “barriers”, “challenges”, “obstacles”, “impediments”, “difficulties”, “implementation”, “adoption”, “uptake”, “translation”, “current status”, “current scenario”, “present situation”, “adherence”, “compliance”, “utilization”, “practice”, “strategies”, “interventions”, “promotion”, “facilitators”, “education”, “training”, “implementation science”, “knowledge translation”, “continuing education”, “shared decision-making” e “professional development”. As *strings* de busca foram adaptadas conforme as especificidades de cada base de dados. Como exemplo ilustrativo, foi reconstruída a seguinte combinação a partir dos termos relatados para o PubMed: (“physical therapy” OR physiotherapy OR “physical therapist” OR physiotherapists) AND (“evidence-based practice” OR “evidence-based medicine”). O exemplo não corresponde a um registro recuperado da estratégia original, que não foi preservado.

Foram considerados elegíveis estudos observacionais transversais e de coorte, revisões sistemáticas, revisões de escopo, revisões integrativas e estudos qualitativos que abordassem a PBE no contexto da Fisioterapia. Publicações conceituais e estudos envolvendo outras profissões da saúde foram utilizados como fundamentação complementar quando pertinentes à trajetória histórica, aos instrumentos de avaliação, ao ensino e à implementação da PBE.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos de congresso e artigos sem relação com os eixos propostos. Publicações que não abordavam diretamente a Fisioterapia foram consideradas

apenas nas situações de fundamentação complementar descritas anteriormente.

Os resultados das buscas foram exportados para o gerenciador de referências Zotero, onde as duplicatas foram identificadas e removidas. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: leitura de títulos e resumos, seguida da leitura do texto completo dos artigos pré-selecionados, por uma única pesquisadora.

Por se tratar de uma revisão narrativa, não houve dupla checagem independente da seleção nem avaliação formal do risco de viés dos estudos incluídos; essa opção metodológica, suas implicações e as razões pelas quais foi considerada adequada ao escopo do trabalho são retomadas na seção de Limitações.

As publicações selecionadas foram agrupadas conforme o tema abordado nos cinco eixos dos Resultados: ensino da PBE; atitudes, crenças e conhecimento dos fisioterapeutas; barreiras e facilitadores; modelos e estratégias de implementação e tradução do conhecimento; e decisão compartilhada. A síntese narrativa articulou os achados pertinentes a cada eixo com a discussão histórica e conceitual apresentada na Introdução.

Resultados

Evolução e ensino da Prática Baseada em Evidências na Fisioterapia

A PBE é considerada um componente fundamental para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade [10]. Exige um pensamento clínico elaborado e consolidou-se na Fisioterapia para garantir a entrega de tratamentos seguros e eficazes. No entanto, persiste o desafio de traduzir e transportar o aumento da disponibilidade de evidências de alta qualidade para a atuação clínica, indicando uma desconexão entre a pesquisa e a prática clínica [11].

Diante deste cenário, faz-se necessário o uso de estratégias que promovam a integração efetiva da PBE na formação de fisioterapeutas [12]. A PBE transcendeu a esfera clínica e expandiu-se para incluir os processos educacionais como conteúdo, entrega e avaliação no início da graduação [10-12]. Essa incorporação precoce é amplamente vista como o caminho lógico para aprimorar a qualidade da educação [12,13]. A World Physiotherapy, organização profissional internacional de referência, identifica a PBE como um componente integral do conteúdo e da avaliação na formação, sendo crucial para o aprimoramento das habilidades de raciocínio clínico e tomada de decisão dos estudantes [11].

A evolução pedagógica no ensino da PBE tem sido marcada por uma transição para metodologias ativas, em busca de superar a limitada eficácia das abordagens estáticas ou isoladas. A incorporação da PBE ao currículo por meio de diferentes estratégias educacionais apresenta resultados favoráveis à aprendizagem, embora a heterogeneidade das intervenções e das medidas de avaliação limite a identificação de uma abordagem superior [10,12,14]. Entre as intervenções educacionais, são utilizadas estratégias multifacetadas, que combinam diferentes métodos de ensino, como palestras, tarefas, discussões e trabalhos em grupo, visando desenvolver a capacidade do estudante de executar os cinco passos centrais do processo de PBE: perguntar, procurar, avaliar, integrar e avaliar o resultado [10].

Estratégias e modelos

Entre as intervenções utilizadas no ensino da PBE, estão aquelas que combinam o aprendizado em sala de aula com a experiência clínica. A colaboração com a prática clínica é a segunda intervenção mais utilizada em programas de bacharelado profissional em saúde (PBHP), e a integração do ensino da PBE no ambiente clínico demonstrou promover o conhecimento e as habilidades dos estudantes [10].

O *Problem-Based Learning* (PBL), ou Aprendizagem Baseada em Problemas, é uma metodologia ativa que demonstrou ser eficaz na promoção da PBE precoce em estudantes de Fisioterapia. É apreciado pelos estudantes por sua natureza interativa, colaborativa e experiencial, o que resultou em melhorias na compreensão do tema, satisfação geral e desenvolvimento de habilidades de trabalho em equipe e comunicação [12].

Uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento do raciocínio clínico avançado e do processo de PBE é o *Critically Appraised Topic* (CAT). Consiste em um resumo padronizado, tipicamente de uma página, da avaliação da literatura e da relevância clínica em resposta a uma questão clínica específica. Sua criação é um processo educativo cumulativo que permite aos fisioterapeutas reforçarem o valor do uso da melhor evidência, consolidar o conhecimento e aprimorar as habilidades de busca e avaliação crítica. Embora o tempo inicial necessário para realizar uma busca e crítica possa levar de 2 a 3 horas, a manutenção de um arquivo de CATs oferece uma fonte de evidência pré-processada, otimizando o tempo em situações clínicas [15].

A pesquisa ativa ou *Undergraduate Research* (UR) surge como uma estratégia que visa conectar pesquisa e ensino, fornecendo aos estudantes experiências práticas para desenvolver habilidades científicas e aplicar conteúdo teórico em cenários reais. A participação ativa na execução de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) demonstrou influenciar positivamente os resultados de aprendizagem e a aquisição de competências de pesquisa. Essa experiência facilita a apropriação e a construção do conhecimento por meio da prática, do aprendizado colaborativo e do pensamento crítico [16].

A colaboração interprofissional entre professores, bibliotecários e profissionais de tecnologia da informação é relevante no planejamento e ensino da PBE, especialmente em relação à busca de literatura, melhorando as habilidades dos estudantes [10].

A participação ativa em ECRs foi avaliada positivamente pelos estudantes. Em avaliações autorreferidas, eles atribuíram à experiência de pesquisa na graduação impacto positivo ou muito positivo no desenvolvimento do pensamento crítico (67% e 18%, respectivamente) e na avaliação da qualidade metodológica (66% e 23%, respectivamente), sem que esses percentuais representem medidas objetivas de aquisição dessas competências. Relataram que a implementação do ECR facilitou o conhecimento do efeito placebo, a detecção de viés e a compreensão das questões metodológicas em pesquisa [16].

O desenvolvimento da autoeficácia percebida, ou seja, a autoconfiança na própria capacidade de realizar uma tarefa, constitui um resultado positivo e consistente frequentemente associado ao treinamento em PBE. Intervenções educacionais, como instruções de alfabetização informacional e a aplicação de *frameworks* para a formulação de questões clínicas (como o modelo PICO, por exemplo), demonstraram ser capazes de elevar a autoconfiança dos estudantes em relação às competências da PBE. Em um estudo, após receberem instruções de alfabetização informacional

de 90 minutos, os escores de autoeficácia dos estudantes aumentaram significativamente [12]. Embora a PBE seja percebida como um conceito difícil pelos estudantes, abordagens ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), demonstraram ser eficazes na melhoria da autoconfiança em domínios como o conhecimento e a prática da PBE [10,12].

A mentoria e o papel dos educadores clínicos são cruciais para a tradução da PBE para a prática. A ausência de modelos de papel positivos (*role models*) no ambiente de estágio pode levar os estudantes a priorizarem a experiência prática isolada em vez da aplicação da PBE. Estudantes relataram que, embora o treinamento em PBE na universidade tenha gerado bom conhecimento e atitudes positivas, isso não foi suficiente para superar barreiras, como a falta de autonomia, no ambiente clínico pós-graduação [12].

Instrumentos de avaliação de competências

Para avaliar a aquisição de competências em PBE por estudantes de Fisioterapia, foram desenvolvidos e testados psicometricamente diversos instrumentos [14]. A avaliação foca predominantemente nos domínios de conhecimento, habilidades e atitudes [10,13].

Entre as ferramentas disponíveis, o Teste Fresno (Fresno test of competence in evidence based medicine), originalmente desenvolvido para medicina, foi adaptado para a Fisioterapia (Modified Fresno Test - mFT) e demonstrou boa confiabilidade inter e intra-avaliadores e validade discriminativa. Entre os instrumentos examinados na revisão citada, o mFT se destaca por contemplar a etapa de integração da PBE, incluindo a perspectiva do paciente, embora sua aplicação e pontuação demandem tempo e treinamento dos avaliadores [13,17].

Uma alternativa é o instrumento Knowledge of Research Evidence Competencies (K-REC), que foi desenvolvido especificamente para estudantes de saúde de nível inicial e avalia as três primeiras etapas da PBE (Ask, Acquire e Appraise).

O K-REC é mais rápido de completar, cerca de 10 minutos, e mais fácil de pontuar do que o Fresno, utilizando questões de múltipla escolha e resposta curta [12-14].

Outras ferramentas incluem o questionário de múltipla escolha EBP Student Knowledge Questionnaire (K40-Q) e o Information Literacy Self-efficacy Survey and Knowledge Test (IL-S/K25), que reúne componentes de avaliação da autoeficácia e do conhecimento em literacia informacional [13]. Apesar da variedade, as revisões citadas apontam maior concentração das avaliações nas etapas iniciais da PBE e nos domínios de conhecimento e habilidades. Desfechos relacionados ao comportamento profissional e aos benefícios para os pacientes são menos frequentemente investigados, o que não significa ausência de instrumentos para avaliá-los. A avaliação das etapas de integração e de avaliação dos resultados permanece menos explorada na literatura examinada [10,13].

Barreiras estruturais, docentes e estudantis à implementação da Prática Baseada em Evidências na formação

Apesar dos avanços nas metodologias de ensino, a implementação efetiva da PBE na Fisioterapia enfrenta uma miríade de desafios e barreiras que se manifestam nos níveis estrutural, docente e estudantil, perpetuando a lacuna entre a teoria e a prática [18].

As barreiras estruturais e organizacionais são frequentemente citadas como as mais significativas. A falta de tempo é o obstáculo mais comumente percebido pelos estudantes, juntamente com o

volume crescente e a rápida produção de novas pesquisas [12,15,18]. A falta de acesso a artigos pagos, recursos de biblioteca inadequados e infraestrutura deficitária são problemas organizacionais persistentes [18].

No contexto clínico, barreiras organizacionais incluem as longas listas de espera para fisioterapia, a capacidade reduzida de clínicas e a preocupação com a erosão dos serviços. Além disso, inconsistências em políticas e regulamentações locais podem dificultar a prática baseada em evidências, como restrições sobre a capacidade de fisioterapeutas de primeiro contato solicitarem exames diagnósticos, como raios-X, resultando em referências desnecessárias para outros exames [19].

Em relação aos docentes e educadores clínicos, a ausência de modelos de PBE na prática clínica é uma barreira crucial para os estudantes. Embora educadores clínicos possam ser facilitadores, eles também são frequentemente descritos como obstáculos, especialmente quando não fornecem exemplos diretos ou *feedback* adequado durante os estágios [12]. A resistência profissional, motivada por viés de confirmação ou preferência por práticas tradicionais, pode levar cirurgiões ou clínicos a não adotarem novas evidências, mesmo aquelas provenientes de ECRs robustos [19].

Para os professores que implementam estratégias inovadoras, como o envolvimento em ECRs, a sobrecarga de trabalho e o risco de *burnout* representam um desafio significativo para a sustentabilidade dessas práticas [16].

As barreiras estudantis incluem a dificuldade na interpretação de análises estatísticas e a falta de habilidades de pesquisa e treinamento formal [18]. Estudantes em estágios tendem a priorizar a experiência prática imediata sobre o uso da PBE, sentindo-se inexperientes na aplicação clínica da evidência [12]. Adicionalmente, a falta de confiança na aplicação dos princípios da PBE e a inabilidade de aplicar achados de pesquisa a tipos específicos de pacientes vistos na prática são obstáculos relatados [11,18].

O persistente fosso teoria-prática é alimentado por todas essas barreiras, dificultando a tradução da PBE para o cuidado real do paciente após a graduação [12,18]. Essa lacuna é exacerbada pela falta de uniformidade nas diretrizes, o que gera incerteza e resistência profissional, mesmo em áreas onde a evidência é clara, como na gestão de patologias musculoesqueléticas [19].

Síntese: da formação à prática clínica

Os avanços incluem a diversidade de métodos pedagógicos, como PBL e ambientes de aprendizado misto, além de experiências de participação em pesquisa avaliadas positivamente pelos estudantes quanto ao pensamento crítico e às competências de pesquisa [12,16]. A capacidade de avaliar essas competências é apoiada por instrumentos como o mFT e o K-REC, que possuem propriedades psicométricas aceitáveis para medir conhecimento e habilidades [14,17].

Contudo, persistem lacunas e desafios notáveis. A formação curricular é frequentemente inconsistente e insuficiente em muitas regiões [11]. As principais barreiras percebidas pelos estudantes, a escassez de tempo, a dificuldade com análise estatística e a falta de modelos de PBE na clínica, indicam que a sustentabilidade da PBE na prática pós-graduação ainda está comprometida [12]. A avaliação das intervenções educacionais também apresenta uma lacuna metodológica, focando excessivamente em conhecimento, habilidades e atitudes, e raramente avaliando mudanças de comportamento, autoeficácia e, crucialmente, os benefícios para os pacientes [10].

Atitudes, crenças e conhecimento dos fisioterapeutas sobre Prática Baseada em Evidências

Ao contrário do que se poderia supor a partir das barreiras discutidas na formação, as atitudes dos fisioterapeutas em relação à PBE tendem a ser amplamente favoráveis já no início da vida profissional. Em um estudo transversal com fisioterapeutas latino-americanos, 99% dos respondentes concordaram que a PBE é necessária para a prática clínica e 96% consideraram que ela auxilia na tomada de decisão [20]. Esse padrão de atitude positiva, no entanto, contrasta com lacunas relevantes de conhecimento: embora 84% dos profissionais se sintam confiantes para buscar informações em bases como o MEDLINE, apenas 67,5% relataram compreender completamente o que é uma revisão sistemática [20]. Esse hiato entre confiança na busca e domínio da apreciação crítica [20] pode ser discutido em conjunto com a concentração das avaliações de competências nas etapas iniciais da PBE, descrita na subseção anterior [10,13].

A relação entre conhecimento, atitude e prática também não é linear nem estável ao longo da carreira. Em um estudo transversal com fisioterapeutas da Estônia, baseado em informações autorreferidas, o modelo de regressão que incluiu competências em PBE explicou 40,8% da variância na prática diária relatada. Esse resultado expressa a capacidade explicativa do modelo, sem demonstrar uma relação causal entre o desenvolvimento de competências e mudanças na prática clínica [21].

Chama atenção o achado de que profissionais com 5 a 10 anos de experiência apresentaram menor engajamento com a PBE do que colegas tanto mais novos quanto mais experientes, sugerindo um efeito de estágio de carreira, possivelmente relacionado à consolidação de rotinas clínicas antes que a cultura de PBE seja plenamente internalizada. Nesse mesmo estudo, a prontidão para implementar a PBE associou-se à experiência em supervisão, ao vínculo com mais de um empregador e à colaboração entre colegas, mas esses fatores, em conjunto, explicaram apenas 7,5% da variância observada, reforçando que atitude favorável e conhecimento teórico, isoladamente, são insuficientes para garantir a tradução da PBE ao cotidiano clínico [21].

Em conjunto, esses achados sugerem que investimentos limitados ao componente atitudinal (sensibilização, campanhas de conscientização) tendem a ter retorno modesto se não forem acompanhados do desenvolvimento sistemático de habilidades de apreciação crítica e de suporte institucional continuado, tema explorado a seguir.

Barreiras e facilitadores à implementação da Prática Baseada em Evidências

Uma revisão sistemática com meta-análise de 29 estudos identificou como obstáculos mais prevalentes a falta de tempo (53,0%), barreiras de idioma (36,0%), acesso limitado à evidência (34,0%), domínio insuficiente de habilidades estatísticas (31,0%), habilidades clínicas insuficientes para a apreciação crítica (27,0%), preocupações quanto à generalização dos achados para o próprio contexto clínico (23,0%), falta de suporte organizacional (16,0%) e, com menor frequência, falta de interesse (9,0%). Entretanto, a elevada heterogeneidade das análises combinadas exige cautela na interpretação dessas prevalências, que não devem ser consideradas uniformemente aplicáveis a diferentes países e serviços [22].

Os autores dessa revisão destacam que questões organizacionais e de habilidades metodológicas parecem ser determinantes centrais da implementação da PBE, e que a prevalência de barreiras foi consistentemente maior em estudos

conduzidos em países em desenvolvimento, um achado com implicações diretas para o contexto brasileiro [22].

Essas barreiras dialogam com as descritas entre estudantes de Fisioterapia na subseção 3.1, tempo, complexidade estatística e ausência de modelos de referência na prática [18], sugerindo que a lacuna teoria-prática não é superada com a graduação, mas persiste, sob nova configuração, ao longo da carreira. O caso do manejo do ombro congelado (*frozen shoulder*) ilustra esse ponto: mesmo diante de evidências e diretrizes bem estabelecidas, entrevistas com múltiplos grupos de interesse (fisioterapeutas, médicos e pacientes) revelaram barreiras específicas relacionadas a inconsistências entre diretrizes, incerteza diagnóstica e restrições de tempo de consulta, ao lado de facilitadores como o engajamento precoce de lideranças clínicas locais [19].

Os fatores facilitadores identificados na literatura tendem a ser o inverso das barreiras mais citadas: tempo protegido para atividades de apreciação crítica, acesso facilitado a bases de dados e resumos pré-processados, mentoria por colegas mais experientes e suporte institucional explícito à PBE. A subseção seguinte discute modelos e estratégias que buscam operacionalizar esses facilitadores de forma sistemática, em vez de depender apenas do esforço individual do fisioterapeuta.

Modelos e estratégias de implementação e tradução do conhecimento

Diante da constatação de que conhecimento e atitude favorável não bastam, a literatura de tradução do conhecimento (*knowledge translation*) tem buscado estruturar estratégias multifacetadas e sensíveis ao contexto. Uma análise de seis estudos de caso conduzidos na Suécia, nas Filipinas e na Austrália mostrou que abordagens combinando capacitação teórico-prática, pacotes de treinamento em PBE com suporte on-line, clubes de leitura crítica de artigos (*journal clubs*), protocolos e materiais contextualizados à realidade local, e sistemas de auditoria com retorno (*audit and feedback*) produziram melhorias consistentes em atitude, conhecimento, habilidades e confiança dos clínicos, além de ganhos práticos como encaminhamentos mais precoces e maior uso de instrumentos de desfecho recomendados [23]. Um achado central dessa análise é que nenhuma estratégia isolada é suficiente para todos os contextos, públicos-alvo ou comportamentos-alvo: a implementação bem-sucedida exige engajamento precoce das partes interessadas, adaptação ao contexto local e comunicação transparente ao longo de todo o processo [23].

Essa lógica de adaptação ao contexto encontra expressão em arcabouços teóricos formais de ciência da implementação, como o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), utilizado para estruturar a identificação de barreiras e facilitadores à implementação de evidências no manejo do ombro congelado [19]. Em sua atualização de 2022, o CFIR organiza os determinantes da implementação em cinco domínios: inovação, contexto externo, contexto interno, indivíduos e processo de implementação. Esse arcabouço orienta a identificação de barreiras e facilitadores, mas seu uso, isoladamente, não demonstra a efetividade de uma estratégia específica [24].

Tomados em conjunto, esses achados sugerem que estratégias pontuais de capacitação, como as discutidas anteriormente no contexto da formação, precisam ser complementadas, no ambiente de trabalho, por mudanças estruturais e organizacionais deliberadas, sustentadas por arcabouços teóricos que orientem a escolha e a avaliação das intervenções de implementação.

Decisão compartilhada e integração com valores do paciente

O terceiro pilar da PBE, os valores e preferências do paciente, é historicamente o menos operacionalizado na prática clínica da Fisioterapia, e a decisão compartilhada (*shared decision-making*) tem sido proposta como o mecanismo prático para essa integração. Um estudo transversal com 106 pacientes com condições musculoesqueléticas e 9 fisioterapeutas, utilizando um instrumento de nove itens para avaliação de decisão compartilhada, não encontrou diferença significativa nos escores globais atribuídos por pacientes (62,3 ± 20,8) e por fisioterapeutas (63,3 ± 18,6) [25]. Apesar da semelhança nos escores globais, os autores relataram diferenças entre pacientes e fisioterapeutas na percepção de participação em etapas específicas da decisão compartilhada [25].

Essas diferenças de percepção sugerem que, mesmo quando ambas as partes reconhecem a decisão compartilhada como importante, cada uma tende a concentrar sua percepção de participação em momentos diferentes do processo clínico, o que pode gerar a falsa impressão, de ambos os lados, de que a decisão já foi suficientemente compartilhada. Entre as barreiras identificadas para uma decisão verdadeiramente compartilhada estão a oferta insuficiente de oportunidades reais de escolha ao paciente, a baixa confiança de alguns pacientes para participar ativamente e a capacidade limitada de participação em contextos de maior vulnerabilidade clínica ou social [25].

A integração formal da decisão compartilhada ao processo de PBE, e não apenas como uma etapa protocolar de consentimento, reaproxima a Fisioterapia da definição original e tripartite da PBE apresentada na Introdução deste trabalho: evidência, expertise clínica e valores do paciente como componentes interdependentes, e não sequenciais. Ferramentas como instrumentos estruturados de decisão compartilhada, roteiros de comunicação e a formação específica de fisioterapeutas para conduzir essas conversas surgem como estratégias promissoras, ainda pouco exploradas na literatura da área quando comparadas às estratégias voltadas exclusivamente à apreciação crítica da evidência.

Discussão

A trajetória aqui revisada mostra um campo que amadureceu conceitualmente, desde o marco de 1992 e a posterior explicitação da integração entre evidência, expertise clínica e valores do paciente até propostas explicativas como a analogia do funil e a pirâmide de evidências revisada, e que investiu de forma crescente na formação de futuros fisioterapeutas, com metodologias ativas e instrumentos de avaliação cada vez mais sofisticados. Ainda assim, os achados desta revisão convergem para uma mesma conclusão, já sinalizada na Introdução: atitude favorável, conhecimento teórico e treinamento formal não se traduzem automaticamente em prática clínica consistente com a evidência disponível.

Essa desconexão entre atitude e comportamento aparece de forma consistente em contextos muito diferentes, da formação de graduação à prática de fisioterapeutas já formados, na América Latina, na Europa e em revisões que agregam estudos de múltiplos países [20-22]. Isso sugere que a lacuna teoria-prática na

PBE não é um problema pontual de um sistema educacional ou de um país específico, mas uma característica estrutural de como o conhecimento científico é produzido e consumido na prática clínica da Fisioterapia. Reforça essa leitura o achado de que a prevalência de barreiras tende a ser maior em contextos de menor disponibilidade de recursos [22], o que é particularmente relevante para o cenário brasileiro e latino-americano, ainda pouco representado nas bases de dados prioritariamente consultadas nesta revisão, majoritariamente em língua inglesa.

Os achados sobre modelos de implementação e tradução do conhecimento indicam um caminho possível para além da sensibilização individual: estratégias multifacetadas, contextualizadas e sustentadas por arcabouços teóricos como o CFIR constituem abordagens relevantes para enfrentar barreiras individuais e organizacionais à implementação. Esse é, talvez, o ponto de maior relevância prática desta revisão para gestores de serviços de Fisioterapia e para coordenadores de programas de pós-graduação: a promoção da PBE não deveria ser tratada exclusivamente como um problema de treinamento individual, mas como um problema de desenho organizacional, tempo protegido, acesso à evidência, mentoria e sistemas de auditoria e retorno.

Por fim, a inclusão da decisão compartilhada como eixo de análise evidencia uma lacuna raramente discutida com o mesmo grau de detalhe dedicado à apreciação crítica da evidência: a operacionalização do terceiro pilar da PBE, os valores do paciente. As diferenças relatadas na percepção de participação em etapas do processo decisório [25] sugerem que a decisão compartilhada, tal como a apreciação crítica da evidência, é uma competência que precisa ser ensinada e avaliada deliberadamente, e não presumida como decorrência natural de uma boa relação terapêutica.

Limitações

Esta revisão tem limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus achados. Primeiro, trata-se de uma revisão narrativa, e não sistemática: a seleção e a leitura dos estudos foram conduzidas por uma única pesquisadora, sem checagem independente por um segundo revisor, e não houve avaliação formal do risco de viés ou da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Essa opção foi deliberada, dado o escopo amplo e multifacetado da revisão, mas implica que os achados aqui sintetizados devem ser interpretados como um panorama qualificado da literatura, e não como uma estimativa de efeito com precisão estatística.

Segundo, as buscas foram realizadas em quatro bases de dados (PubMed, Cochrane Library, LILACS e PEDro), com termos majoritariamente em língua inglesa, o que pode ter limitado a identificação de publicações relevantes em outros idiomas. A ausência de bases específicas de educação e ciências sociais também pode ter limitado a identificação de estudos sobre ensino, comportamento profissional e implementação da PBE. Terceiro, a busca principal para os eixos além do histórico foi restrita a publicações a partir de 2020. Embora fontes anteriores tenham sido incorporadas para fundamentação, estudos mais antigos relevantes podem não ter sido identificados. Futuras revisões sistemáticas, com dupla checagem independente e avaliação formal de qualidade metodológica, seriam um passo natural para consolidar e quantificar com maior precisão os achados aqui sintetizados.

Conclusão

A Prática Baseada em Evidências avançou substancialmente como conceito e como conteúdo formal da educação em Fisioterapia, mas sua tradução para a prática clínica cotidiana permanece incompleta e desigual. As barreiras mais relatadas, tempo, domínio de habilidades estatísticas, acesso à evidência e suporte organizacional, são consistentes entre estudantes e profissionais já formados, em diferentes países, sugerindo que soluções sustentáveis dependem de mudanças estruturais nos serviços e programas de formação, e não apenas do esforço individual do fisioterapeuta. À luz da literatura discutida, estratégias de implementação multifacetadas e contextualizadas, apoiadas por arcabouços teóricos de ciência da implementação, e a incorporação deliberada da decisão compartilhada como competência a ser ensinada e avaliada constituem prioridades relevantes para aproximar a evidência científica do cuidado ao paciente.

Declaração sobre o Uso de Inteligência Artificial

A plataforma SciSpace foi utilizada como apoio ao fichamento, com conferência das informações diretamente nas publicações originais pela pesquisadora, responsável pela seleção e interpretação dos estudos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

O trabalho não recebeu financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Ambrosio NG, Matos AP, Lombardi Júnior I; Redação do manuscrito: Ambrosio NG, Matos AP, Lombardi Júnior I; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Ambrosio NG, Matos AP, Lombardi Júnior I.

Referências

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268(17):2420-5. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
3. Meira E. Understanding evidence-based medicine using a funnel analogy [preprint]. SportRxiv; 2020. doi:10.31236/osf.io/kr6aq.
4. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med. 2016;21(4):125-7. doi:10.1136/ebmed-2016-110401.
5. Maher CG, Sherrington C, Elkins M, Herbert RD, Moseley AM. Challenges for evidence-based physical therapy: accessing and interpreting high-quality evidence on therapy. Phys Ther. 2004;84(7):644-54. doi:10.1093/ptj/84.7.644.
6. da Silva TM, Costa L da CM, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. Man Ther. 2015;20(3):388-401. doi:10.1016/j.math.2014.10.009.
7. St-Onge M. Using guidelines: when is it appropriate? Am J Accountable Care [Internet]. 2015 [citado 12 out 2026];3(4):30-5. Disponível em: https://www.ajmc.com/view/using-guidelines-when-is-it-appropriate

8. de Souza FS, Ladeira CE, Costa LOP. Adherence to back pain clinical practice guidelines by Brazilian physical therapists: a cross-sectional study. Spine (Phila Pa 1976). 2017;42(21):E1251-8. doi:10.1097/BRS.0000000000002190.

9. Zadro J, O'Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. BMJ Open. 2019;9(10):e032329. doi:10.1136/bmjopen-2019-032329.

10. Nielsen LD, Løwe MM, Mansilla F, Jørgensen RB, Ramachandran A, Noe BB, et al. Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students: an overview of systematic reviews. BMC Med Educ. 2024;24:306. doi:10.1186/s12909-024-05259-8.

11. Piano L, Chiarotto A, Mascarello M, Turolla A, Cecchetto S, Gianola S, et al. Teaching evidence-based practice to physiotherapy students in Italy: a cross sectional study. Arch Physiother. 2023;13:19. doi:10.1186/s40945-023-00174-5.

12. Boshnjaku A, Arnadottir SA, Pallot A, Wagener M, Äijö M. Improving the Evidence-Based Practice Skills of Entry-Level Physiotherapy Students through Educational Interventions: A Scoping Review of Literature. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(16):6605. doi:10.3390/ijerph20166605.

13. deGraauw L, Cox J, Kissel J, Murnaghan K, Hogg-Johnson S. Measuring evidence-based practice knowledge, skills, attitudes, and behavior in students of manual therapy education programs: a scoping review of instruments and their measurement properties. J Chiropr Educ. 2024;38(2):179-89. doi:10.7899/JCE-23-28.

14. Lewis LK, Williams MT, Olds TS. Development and psychometric testing of an instrument to evaluate cognitive skills of evidence based practice in student health professionals. BMC Med Educ. 2011;11:77. doi:10.1186/1472-6920-11-77.

15. Crowell MS, Tragord BS, Taylor AL, Deyle GD. Integration of critically appraised topics into evidence-based physical therapist practice. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(10):870-9. doi:10.2519/jospt.2012.4265.

16. Sancho I, Araolaza-Arrieta M, Villanueva-Ruiz I, Arbillaga-Etxarri A. Undergraduate research implementation in physiotherapy: a hands-on and real experience of a randomised controlled trial. BMC Med Educ. 2023;23:736. doi:10.1186/s12909-023-04716-0.

17. Tilson JK. Validation of the modified Fresno Test: assessing physical therapists' evidence based practice knowledge and skills. BMC Med Educ. 2010;10:38. doi:10.1186/1472-6920-10-38.

18. Nair SP, Panhale VP, Nair N. Perceived barriers to evidence-based practice among physiotherapy students. J Educ Health Promot. 2021;10:17. doi:10.4103/jehp.jehp_410_20.

19. Clark NL, Johnson M, Kottam L, Brealey S, Adamson J, Rangan A. Implementing evidence into practice for the management of frozen shoulder: engaging with key stakeholders and evaluating barriers and facilitators using the Consolidated Framework for Implementation Research. Health Res Policy Syst. 2025;23:73. doi:10.1186/s12961-025-01335-7.

20. Morales-Osorio MA, Ordoñez-Mora LT, Gutiérrez-Espinoza H, Araya-Quintanilla F, Bays-Moneo A, Ramírez-Vélez R. A survey of beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors about evidence-based

practice in physical therapists of Latin America: a cross-sectional study. Sci Rep. 2024;14:27404. doi:10.1038/s41598-024-78703-w.

21. Ojaste C, Mäestu J, Medijainen K. Readiness and implementation of evidence-based practice among physiotherapists: a cross-sectional study and evidence-based practice questionnaire validation. J Clin Med. 2026;15(5):1716. doi:10.3390/jcm15051716.
22. Paci M, Faedda G, Ugolini A, Pellicciari L. Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: a systematic review and meta-analysis. Int J Qual Health Care. 2021;33(2):mzab093. doi:10.1093/intqhc/mzab093.
23. Bernhardsson S, Lynch E, Dizon JM, Fernandes J, Gonzalez-Suarez C, Lizarondo L, et al. Advancing evidence-based practice in physical therapy settings: multinational perspectives on implementation strategies and interventions. Phys Ther. 2017;97(1):51-60. doi:10.2522/ptj.20160141.
24. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implement Sci. 2022;17(1):75. doi:10.1186/s13012-022-01245-0.
25. Alotaibi MA, Alhowimel AS, Alodaibi FA, Aloraifi M. The practice of shared decision-making among physiotherapists and patients with musculoskeletal conditions. J Multidiscip Healthc. 2023;16:2655-65. doi:10.2147/JMDH.S425315.

Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.