



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

FRANCINEIDE FERNANDES COSTA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO
TRATAMENTO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: UMA
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS?**

**CAMPINA GRANDE – PB
2015**

FRANCINEIDE FERNANDES COSTA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO
TRATAMENTO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: UMA
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS?**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação de
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora: Ms. Priscilla Indianara Di
Paula Pinto

**CAMPINA GRANDE – PB
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837q Costa, Francineide Fernandes.

Qualidade da assistência fisioterapêutica no tratamento da bronquiolite viral aguda [manuscrito] : uma prática baseada em evidências? / Francineide Fernandes Costa. - 2015.
30 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Priscilla Indianara Di Paula Pinto,
Departamento de Fisioterapia".

1. Prática clínica. 2. Evidência científica. 3. Bronquiolite viral aguda. 4. Fisioterapia respiratória. I. Título.

21. ed. CDD 615.836

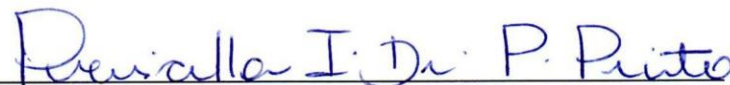
FRANCINEIDE FERNANDES COSTA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO
TRATAMENTO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: UMA
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS?**

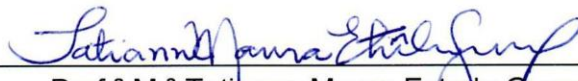
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 27/02/2015.

Banca Examinadora



Prof.^a M.^a Priscilla Indianara Di Paula Pinto
Orientadora UEPB



Prof.^a M.^a Tatianna Moura Estrela Gusmão
Examinadora UEPB



Prof.^a M.^a Renata Cavalcanti Farias Perazzo
Examinadora UEPB

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS?

COSTA, Francineide Fernandes¹; PINTO, Priscilla Indianara Di Paula²

RESUMO

A evidência científica busca informações relevantes para solucionar questionamentos de saúde, a fim de alcançar resultados positivos nas intervenções clínicas. Nesse sentido é preciso estimular a prática baseada em evidência (PBE) no tratamento da bronquiolite viral aguda (BVA) pelos fisioterapeutas, eliminando as incertezas presentes no manejo de crianças com essa afecção. Este estudo tem como objetivo investigar a qualidade da assistência fisioterapêutica respiratória, no ambiente hospitalar, no tratamento da BVA no que concerne à prática baseada em evidência científica. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, realizado em estabelecimentos públicos de saúde localizados em Campina Grande-PB. A amostra foi constituída por 20 fisioterapeutas, selecionados por acessibilidade, que desempenham a sua prática em fisioterapia respiratória, intervindo em crianças diagnosticadas com essa afecção exclusivamente no setor público. Foi aplicado um questionário investigando acerca das atitudes, conhecimentos e comportamentos dos fisioterapeutas em relação à PBE no tratamento de crianças com BVA, adaptado de Ferreira (2010) e Jette et al. (2003). As técnicas mais mencionadas pelos entrevistados foram as manobras de higiene brônquica, com destaque para a aceleração de fluxo expiratório. Eles concordaram que o uso de evidência é necessário para prática clínica, que a literatura foi útil para suas práticas e que a PBE melhora qualidade de assistência ao paciente. A principal barreira encontrada à implementação da PBE foi a falta de tempo. Foi observado que a adoção da PBE pelos fisioterapeutas está em processo de implantação, onde a assistência prestada pelos fisioterapeutas não alcançou ainda a qualidade máxima na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Clínica Baseada em Evidências. Diretrizes Clínicas. Fisioterapia. Bronquiolite Viral Aguda.

¹Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. Contato: fran.neide_costa@hotmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba e Coordenadora do curso de Fisioterapia da FAC-CG. prisindianara@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

É essencial a obtenção de qualidade na prestação dos cuidados à saúde, sendo indispensável para o alcance de efetividade clínica, a execução de intervenções fundamentadas na funcionalidade. O investimento em serviços que sejam realmente eficazes é importante particularmente em países em desenvolvimento onde os recursos são limitados, portanto, a elaboração de práticas clínicas adequadas está baseada na evidência científica adquirida através da investigação, que envolve revisões da literatura, desenvolvimento de guidelines e implementação de estratégias de saúde (FERREIRA, 2010). A Prática Baseada em Evidências (PBE) incentiva o fisioterapeuta a buscar o conhecimento científico através da construção de pesquisas ou pela busca de dados na literatura para aplicação dos resultados na sua prática profissional (LI; WAGNER, 2008).

Uma patologia que apresenta evidências bastante controversas em relação à assistência fisioterapêutica é a Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Definida como uma infecção respiratória que acomete 23-60% das crianças, sendo recorrente nos dois primeiros anos de vida (CONFÉRENCE DE CONSENSUS, 2000). No entanto, apesar da literatura ser questionável quanto à atuação do fisioterapeuta nessa doença, ele deve embasar suas intervenções em provas científicas e não unicamente em opiniões de especialistas ou depoimentos informais, considerando suas responsabilidades profissionais, morais e éticas (SCHREIBER et al., 2009). A importância do uso de evidências científicas para orientar a prática fisioterapêutica tem recebido muita atenção por parte dos pesquisadores, com o intuito de aprimorar as decisões clínicas e oferecer os cuidados mais eficazes ao paciente (CONFÉRENCE DE CONSENSUS, 2000).

Nesse contexto, as diretrizes clínicas podem contribuir para o melhor desempenho nas práticas em saúde, visto que apresentam os cuidados apropriados ou manipulação correta de uma tarefa técnica, além de aperfeiçoar a comunicação entre profissional de saúde e paciente já que apresenta os riscos e benefícios de determinada intervenção. Essas relações interpessoais estão no ápice da visão humanística de qualidade (PORTELA, 2004). A importância do uso de evidências científicas para orientar a prática fisioterapêutica tem recebido muita atenção por parte dos pesquisadores, com o intuito de aprimorar as decisões clínicas e oferecer os cuidados mais eficazes ao paciente. O fisioterapeuta é constantemente solicitado a intervir na BVA, uma condição que atinge um número cada vez mais crescente de crianças, principalmente menores de dois anos de idade. Isso exige deste profissional

capacidade para intervir com eficiência e segurança nesta patologia, de modo que possa beneficiar as crianças que necessitam da assistência prestada pela fisioterapia (FERREIRA, 2010). Fisioterapeutas pediátricos qualificados devem ser capazes de transmitir informação de forma eficaz para vários grupos, incluindo famílias, outros cuidadores, professores e outros profissionais de saúde, e para defender um curso ideal de ação. Todas as influências sobre a tomada de decisão devem ser levadas em consideração como elementos da prática baseada em evidências e da prática especialista em fisioterapia pediátrica (SCHREIBER et al., 2009).

Esse estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento na prática de fisioterapia, a fim de melhorar a qualidade na assistência à bronquiolite, baseada na melhor evidência científica disponível. Despertando assim, atitudes que poderão representar importantes passos para o enriquecimento do fisioterapeuta e da sua prática. Todos esses aspectos foram suficientes para tornar esse tema o foco do presente estudo, que tem como objetivo investigar a qualidade da assistência fisioterapêutica respiratória, em ambientes hospitalares, no tratamento da bronquiolite viral aguda no que concerne à prática baseada em evidência científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Com a finalidade de obter resultados positivos nas intervenções clínicas é primordial uma política de saúde ciente da evidência científica, que busque informações relevantes a fim de encontrar soluções para questionamentos em saúde (CAMPOS, 2007). No entanto, vale destacar que o uso efetivo das práticas resultantes do conhecimento científico não é importante somente para o crescimento das políticas de saúde, mas também para informar a melhor maneira de introduzi-las na prática clínica diária. O que garante uma eficaz gestão da doença, do risco clínico, da avaliação dos profissionais e instituições que prestam cuidados, aperfeiçoando deste modo a assistência e até mesmo protegendo contra possíveis erros relativos à prática profissional, além de melhorar a administração dos recursos limitados (FERREIRA, 2010).

A Prática Baseada em Evidência (PBE) compreende os mesmos conceitos da Medicina Baseada em Evidência (MBE), ligada ao fato de que as decisões clínicas devem estar baseadas nas evidências atuais, que se encontram em publicações científicas onde podem ser criticamente examinadas e sugeridas. Com a diferença de que a PBE pode ser empregada por diversos profissionais em vários contextos da saúde, usando a melhor e mais recente evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas (LI; WAGNER, 2008; FRANCA, 2003; JETTE et al., 2003). Existem três elementos a serem considerados para o alcance da máxima qualidade nos cuidados de saúde: a pesquisa clínica de alta qualidade, o conhecimento e experiência do profissional e as preferências do paciente (HERBERT et al., 2005 apud GEHA, 2012).

Os educadores em fisioterapia necessitam usarem a evidência científica para ofertar conhecimento acadêmico e induzir os estudantes a entenderem o valor da PBE. Apesar de muitas vezes a evidência não suportar a prática clínica existente, o mais importante é que os educadores consigam transmitir para os estudantes que a referência tem que ser a evidência e que as práticas de fisioterapia precisam estar sempre baseadas nela (FERREIRA, 2010). É interessante destacar que apenas o acesso a informações científicas para nortear a tomada de decisão clínica não é suficiente, sendo necessária uma avaliação crítica das informações contidas na literatura, o que conforme Li e Wagner (2008) exigem dos profissionais

conhecimentos e habilidades para capacitá-los a ter autonomia na apreciação das pesquisas científicas.

Estimular a PBE continuará a ser um elemento estratégico essencial para a profissionalização dos fisioterapeutas com as diretrizes clínicas exercendo uma função importante (WEES et al., 2011). Diretrizes clínicas ou guidelines são recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar os profissionais a respeito dos cuidados de saúde mais apropriados para cada caso em particular, no entanto devido a obstáculos encontrados, seu estabelecimento na prática se torna um desafio (FERREIRA, 2010).

2.2 EVIDÊNCIAS EM BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA E ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é o distúrbio mais comum e principal causa de insuficiência respiratória em crianças, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o patógeno mais comum (MANOHA et al., 2007). Entretanto existem outros vírus causadores da doença, são eles: metapneumovirus humana, influenza, adenovírus e parainfluenza (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006). Caracteriza-se por uma tríade patogênica, composta por edema de mucosa, descamação epitelial e hipersecreção brônquica que poderá obstruir as pequenas vias respiratórias, parcialmente gerando hipoventilação alveolar ou totalmente o que produz atelectasia e reduz a saturação periférica de oxigênio (CARVALHO; CUNHA; BARRETO, 2002).

Algumas medidas são necessárias para prevenir o surgimento da BVA, tais como a descontaminação das mãos, não exposição dos bebês ao fumo passivo e a amamentação (PAES et al., 2011). O tratamento padrão da BVA é garantir oxigenação adequada, ingestão de líquidos e alimentação da criança, as estratégias farmacológicas têm sido utilizadas, no entanto, permanece com eficácia incerta (ROQUÉ I FIGULS et al., 2012). A suplementação de oxigênio é recomendada para manter a saturação de oxigênio acima de 90% e não há evidência que sustente o uso rotineiro de broncodilatadores e corticosteroides, já o uso de β -adrenérgico pode estar associado a efeitos colaterais, como taquicardia, tremores, palidez e vômitos, ademais, não é recomendado o uso de corticoides e anticolinérgicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2011; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006). No entanto, o que se percebe é uma grande utilização de certas drogas em algumas ou todas as fases do tratamento da BVA (SANGRADOR; DIOS, 2013).

Em relação à fisioterapia, sua eficácia também é bastante discutida, alguns autores defendem a sua utilização, em contrapartida outros evidenciam que ela não traz benefícios. O seu principal objetivo é reduzir a obstrução, diminuir a resistência das vias aéreas, melhorar as trocas gasosas e a dispneia (ROQUÉ I FIGULS et al., 2012). É difícil certificar a utilidade de uma técnica da Fisioterapia Respiratória (FR), pois a publicação com essa temática é restrita e de metodologia limitada em relação a amostra (BAYLE et al., 2012). Não existe unanimidade, nem fortes evidências a respeito da assistência fisioterapêutica na BVA, no entanto cada vez mais a FR auxilia no tratamento de crianças com essa afecção.

A *American Academy of Pediatrics* (2006) não recomenda a utilização da FR no tratamento da BVA, fundamentada em uma revisão da *Cochrane* (PEROTTA; ORTIZ; ROQUE, 2005) que se baseou em 3 Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs), onde concluiu que nenhum benefício foi encontrado usando vibração e técnicas de percussão em pacientes hospitalizados com bronquiolite. Outro estudo que abordou a fisioterapia convencional não mostrou resultados estatisticamente significativos, fundamentado na revisão de ECRs que apresentaram como intervenções, técnicas de percussão, drenagem postural e aspiração nasofaríngea (DIOS; SANGRADOR, 2010). Em consenso europeu é possível identificar a recomendação e ampla prescrição da FR, onde as técnicas usuais são principalmente passivas, métodos lentos combinados com tosse dirigida (CONFÉRENCE DE CONSENSUS, 2000).

Conforme o Consenso de Lyon (2000), posturas de drenagem não ocupam a posição preponderante que atingiam antigamente, salvo em alguns casos especiais; as vibrações e as percussões torácicas denominadas, em geral, de tapotagem também ocupam lugar pouco significativo; enquanto as técnicas com controle do fluxo expiratório são reconhecidas como eficazes no tratamento de crianças com BVA, dentre elas indicam a Expiração Lenta Prolongada (ELPr) aos recém-nascidos de menos de 24 meses e a Aceleração de Fluxo Expiratório (AFE) que por modificar as propriedades reológicas do muco, elimina com mais facilidade as secreções diluídas e deslocadas; por fim defendem a tosse dirigida como manobra eficaz de eliminação de secreções brônquicas (FELTRIM; PARREIRA, 2001).

Essas técnicas com controle do fluxo expiratório vêm mostrando resultados positivos em diversas pesquisas. Mota e Viana (2012) em uma revisão sistemática concluíram que as técnicas francófonas apresentam resultados favoráveis no tratamento sintomático da patologia, sugerindo que a intervenção fisioterapêutica deve ser considerada em crianças com BVA. Outro estudo que utilizou ELPr e Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada (DRR) comprovou sua eficácia até 72 horas após a admissão, um período que se caracteriza como fundamental para prevenir complicações como desconforto e fadiga muscular (GOMES et al.,

2012). As técnicas de controle do fluxo expiratório são baseadas na fisiologia do sistema respiratório do lactente e a principal técnica deste grupo é a ELPr que é uma expiração passiva e progressiva lenta da capacidade residual funcional ao Volume de Reserva Expiratório.

A deflação do pulmão ajuda as secreções a fluírem a partir das menores para as maiores vias aéreas, onde a tosse pode mover as secreções para a traqueia (POSTIAUX et al., 2011). O diferencial desta técnica específica além da desinsuflação até o VRE é o aumento do volume corrente subsequente decorrente da ativação do reflexo de Hering-Breuer, indicado por respirações com suspiros (LANZA et al., 2011). Após essas inspirações rápidas pelo reflexo de Hering-Breuer, pode-se aproveitar para realizar a DRR que é uma manobra inspiratória forçada destinada à desobstrução da rinofaringe, onde boca é ocluída nesta fase promovendo um “fungar” passivo com o objetivo de desobstruir as vias aéreas superiores (VAS), podendo-se instilar antes da manobra de 1 a 2 ml de soro fisiológico nas narinas (GOMES, 2010).

Em um estudo realizado com recém-nascidos que apresentavam BVA foram avaliados alguns parâmetros fisiológicos antes e depois do procedimento da FR, composto por manobras de reexpansão pulmonar manual, vibração e drenagem postural. Verificou-se não haver nenhuma mudança na frequência cardíaca, no entanto, observou-se uma diminuição da frequência respiratória e aumento da saturação periférica de oxigênio em comparação com os parâmetros encontrados antes da intervenção fisioterapêutica (GONÇALVES et al., 2014).

A evidência científica revela seus benefícios, sendo fundamental aceitar e implantá-la na prática clínica, por isso é importante analisar a atitude dos fisioterapeutas em relação à PBE, pois em geral concorda-se quanto ao seu potencial de ajuda, reconhecendo-a como excelente ferramenta educacional e como fonte de melhoria constante nos cuidados a saúde, no entanto revela-se uma enorme incapacidade na sua aplicação e implementação (FERREIRA, 2010). Dessa forma, desenvolver as práticas fisioterapêuticas com suporte na melhor evidência científica disponível exerce papel indispensável na garantia de qualidade na prestação dos serviços de saúde.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo foi do tipo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Caracteriza-se como descritivo, pois o observador descreve as características de uma determinada amostra, tendo por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, apresentando a vantagem de serem rápidos e de baixo custo. Estes estudos são úteis na descrição de tendências nos indicadores de saúde, geram hipóteses e permitem o acompanhamento das políticas de saúde (FRONTEIRA, 2013; LIMA-COSTA, BARRETO, 2003; MENEZES, 2001).

Apresenta ainda delineamento transversal, pois fornece informações limitadas no tempo, ou seja, pontual, de uma determinada situação, de modo que as medidas ou coletas dos dados são realizadas uma única vez e no mesmo intervalo de tempo (LUNA Fº, 1998). Por fim, caracteriza-se pela abordagem do tipo quantitativa em decorrência do uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, o que possibilita uma maior margem de segurança possuindo como diferencial a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados, conduzindo a um resultado com poucas chances de distorções (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

3.2 LOCAIS DA PESQUISA

Foi realizada nos estabelecimentos públicos de saúde do município de Campina Grande que prestam assistência fisioterapêutica a crianças com bronquiolite viral aguda (BVA), a saber: o Hospital da Criança e do Adolescente Dr. Bezerra de Carvalho, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida e o *Hospital* de Emergência e *Trauma* Dom Luiz Gonzaga Fernandes. O Hospital Universitário Alcides Carneiro também foi um local selecionado para realização deste estudo, no entanto ficou impossibilitada a coleta de dados no mesmo em decorrência da falta de demanda de crianças com BVA no referido estabelecimento, segundo relato dos fisioterapeutas do serviço, o que inviabiliza a prática clínica necessária para os

fisioterapeutas. De acordo com os mesmos, raros casos eram presenciados pela equipe do hospital e quando surgiam não eram encaminhados para assistência fisioterapêutica.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi do tipo não probabilística, por acessibilidade, perfazendo uma população de 23 fisioterapeutas. Os critérios de inclusão consideraram fisioterapeutas que trabalhavam na área de FR e intervinham em crianças com BVA. Foram excluídos aqueles que realizavam o exercício profissional em prática pública e privada simultaneamente. Desse modo, a amostra foi composta por 20 fisioterapeutas.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi inicialmente esclarecido o objetivo da pesquisa ao participante e com o aceite do mesmo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o entrevistado. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário elaborado a partir de uma entrevista semi-estruturada construída por Ferreira (2010) em um estudo com fisioterapeutas que intervinham em crianças com BVA e do *Evidence-Based Practice Questionnaire* (JETTE et al., 2003).

A maioria dos itens foi composta por uma escala de *Likert* de cinco elementos: concordo totalmente, concordo parcialmente, neutro, discordo totalmente e discordo parcialmente e para outros foram necessárias respostas “sim/não/não sei”, constando questionamentos que investigaram a presença/ausência da aplicação da PBE no tratamento de crianças com BVA por parte dos fisioterapeutas, a atitude profissional destes na busca pela adoção da PBE, a compreensão de diretrizes de prática clínica, a disponibilidade de recursos para acesso a informações científicas, habilidades pessoais em usar esses recursos e as barreiras identificadas para a implantação da PBE. Ademais, o instrumento conteve ainda questões que colheram informações demográficas e sociais. Após o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi entregue o questionário supramencionado para o próprio profissional responder em local reservado escolhido pelo mesmo no ambiente de trabalho, onde o pesquisador interferiu somente quando surgiram dúvidas quanto aos enunciados das questões.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se estatística não-inferencial, onde os dados foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Microsoft Windows. As frequências de respostas para as perguntas da pesquisa foram determinados e exibidos em forma de tabelas e gráficos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) contendo o seguinte número do protocolo: 35015314.4.0000.5187. Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo informados sobre o total anonimato e preservação dos dados coletados e o pesquisador responsável assinou o termo de compromisso com a pesquisa e a declaração de concordância com a mesma. Houve aprovação institucional de cada estabelecimento de saúde pela direção geral, para o desenvolvimento da coleta de dados, além da autorização da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Foram entrevistados 20 fisioterapeutas que exerciam sua prática clínica na assistência a crianças com Bronquiolite Viral Aguda (BVA) exclusivamente no setor público, constatando-se os seguintes resultados:

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Na tabela 1 encontram-se as informações colhidas quanto aos dados sociodemográficos dos entrevistados. A amostra foi composta na sua maioria por indivíduos do sexo feminino, perfazendo um total de 90%, onde 55% apresentaram uma faixa de idade de 30-39 anos. Houve prevalência de fisioterapeutas com grau de formação em nível de pós-graduação *lato sensu* na área intensivista e/ou neonatal/pediátrica (75%) e predomínio dos que prestam assistência há menos de 5 anos em crianças com BVA (55%). Por fim, a parcela de profissionais que também exerciam instruções clínicas a estudantes, estagiários ou residentes de fisioterapia foi representada por 45% da amostra.

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados

Variáveis	%	n
Sexo		
Masculino	10	2
Feminino	90	18
Idade		
20-29 anos	35	7
30-39 anos	55	11
40-49 anos	10	2
Anos de intervenção na patologia		
<5 anos	55	11
5-10 anos	30	6
11-15 anos	5	1
> 15 anos	10	2
Grau de formação		
Mestrado	20	4
Doutorado	5	1
Pós-graduação Lato sensu (Especialização/Residência)	75	15
Instrutores Clínicos		
Sim	45	9
Não	55	11

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

No estudo de Queiroz e Santos (2013) com fisioterapeutas que atuavam na região da Grande Florianópolis, também houve forte predominância do sexo feminino, com 82,1% da amostra. No entanto, a população de fisioterapeutas era mais jovem, mantendo-se numa faixa de idade predominantemente entre 20 e 29 anos, representando um total de 73,1%. Os resultados encontrados por esses autores discordam dos dados do nosso estudo quanto ao grau de formação, pois a maioria dos participantes (71,6%) não possuía título de especialista. A maior representação de especialistas na nossa amostra talvez esteja ligada ao fato de que existe a predominância de indivíduos com maior idade, isso pode influenciar diretamente no grau de formação dos entrevistados visto que possuem maior tempo de carreira profissional.

4.2 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS? CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA A CRIANÇAS COM BVA

Pela análise da tabela 2 verificamos que os indivíduos identificaram 20 técnicas diferentes na intervenção da BVA, onde as mais mencionadas foram as pertencentes ao grupo de Manobras de Higiene Brônquica (MHB) (60,72%), destacando-se nesse grupo a Aceleração de Fluxo Expiratório (AFE) (13,39%), aspiração (12,50%) e vibrocompressão (10,71%). O segundo grupo mais citado foi o de Manobras de Reexpansão Pulmonar (MRP) (25,88%), sobressaindo-se as técnicas de direcionamento de fluxo (6,25%), compressão/descompressão torácica súbita (6,25%) e propriocepção diafragmática (5,35%). A categoria fluidificação de secreção ficou representada com um percentual de 9,82% com a lavagem nasal destacando-se com 7,14%. O grupo que apresentou menos referência pelos fisioterapeutas foi o de terapia com pressão positiva (2,68%).

Tabela 2. Técnicas mencionadas na assistência fisioterapêutica a crianças com BVA

DESCRIÇÃO/TÉCNICA	%	n
Fluidificação de secreção	9,82	11
Lavagem nasal com soro fisiológico	7,14	8
Nebulização com soro fisiológico	2,68	3
MHB	60,72	68
Vibração	3,57	4
Vibrocompressão	10,71	12
Tapotagem	0,90	1
Drenagem postural	7,14	8
AFE	13,39	15
Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada (DRR)	3,57	4
Expiração Lenta Prolongada (ELPr)	0,90	1
Estímulo à tosse	7,14	8
Shaking	0,90	1
Aspiração	12,50	14
MRP	25,88	28
Compressão/descompressão torácica súbita	6,25	6
Direcionamento de fluxo	6,25	7
Propriocepção diafragmática	5,35	6
Terapia expiratória manual passiva (TEMP)	4,46	5
Hiperinsuflação manual	3,57	4
Terapia de expansão com pressão positiva	2,68	3
Pressão positiva expiratória final (EPAP)	1,78	2
Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP)	0,90	1
Outra	0,90	1
Alongamento da musculatura acessória da respiração	0,90	1

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

Existem poucos estudos com relação à investigação da PBE na assistência fisioterapêutica e são raros os que tratam especificamente da BVA. Conforme Ferreira (2010), em uma pesquisa com fisioterapeutas da área de Lisboa, foram identificadas o uso de 16 técnicas diferentes na prática clínica da BVA, onde corroborando com esse estudo verificou-se que as MHB foram as mais prevalentes, sendo a tosse, vibração, aerossol e AFE as mais mencionadas dentre esse grupo de manobras.

Sobre as evidências das técnicas citadas pelos entrevistados, constatou-se que esses profissionais ainda utilizam algumas práticas não recomendadas pela literatura. De acordo com a revisão publicada da Cochrane por Roqué i Figuls (2012), a percussão torácica, vibração, posições de drenagem postural e técnicas de expiração forçada não melhoram o curso da doença em lactentes hospitalizados com BVA.

São recomendadas pela literatura científica técnicas com controle do fluxo expiratório. Segundo o Consenso de Lyon (1994) (FELTRIM, 2001) as técnicas mais eficazes são a ELPr e AFE. Classificam a drenagem postural como coadjuvante ocasional e as vibrações e percussões como técnicas que não acrescentam nada de positivo. Postiaux et al. (2013) demonstraram que a fisioterapia deve ser baseada nos sintomas, onde o edema é o primeiro alvo do tratamento devendo-se administrar solução hipertônica seguida da realização da ELPr.

Outro questionamento desse estudo disse respeito ao conhecimento dos mesmos sobre se as técnicas mencionadas eram utilizadas por todos os colegas do serviço, onde 11 (55%) confirmaram que sim e 7 (35%) não sabiam informar. Quando indagados sobre a eficácia das técnicas que utilizam, todos consideram as mesmas eficazes. A ilustração gráfica dessas questões encontram-se dispostas abaixo.

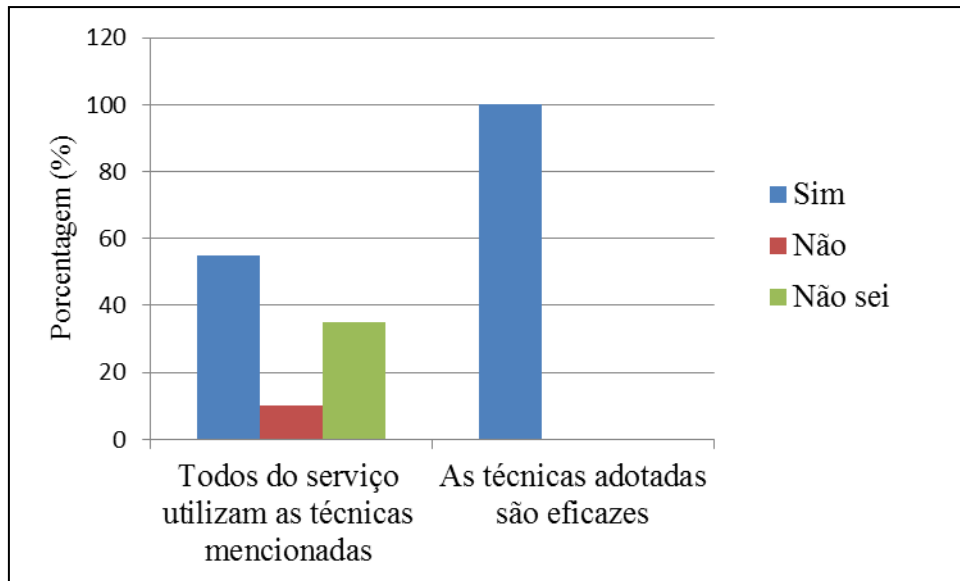


Figura 1: Utilização das técnicas.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

Os resultados encontrados no estudo de Ferreira (2010) concordam com os dados apresentados na presente pesquisa, onde dos 13 entrevistados, 8 (61,5%) afirmaram que elas eram utilizadas por todos os colegas do serviço e todos consideraram que as técnicas que utilizavam eram eficazes.

Foi indagado ainda sobre se técnicas utilizadas por eles são fundamentadas pela evidência científica, onde quase todos os entrevistados (95%) afirmaram sim, como demonstrado na figura 2.

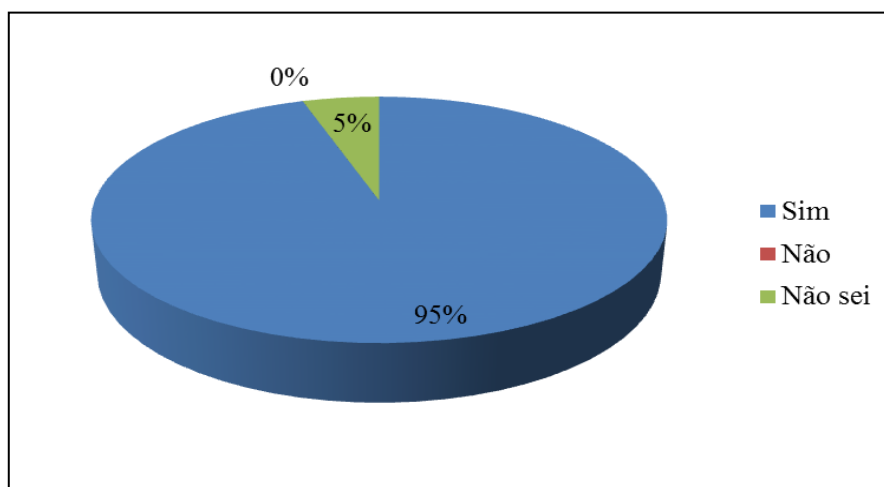


Figura 2: Técnicas baseadas em evidências científicas.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

Em contrapartida, Ferreira (2010) verificou que um elevado número de entrevistados (53,8%) apresentaram dúvidas acerca da evidência das técnicas que utilizavam.

4.2.1 Percepção dos fisioterapeutas sobre os benefícios da PBE e limitações do seu uso na prática clínica

Os entrevistados apresentaram respostas geralmente positivas quanto ao uso da PBE, com a maioria afirmando que: concordam totalmente que a PBE é necessária para intervir em crianças com BVA (70%), que ela melhora a qualidade do atendimento ao paciente (70%) e que a literatura e os resultados da investigação são úteis para a prática clínica diária (70%). Mostraram-se interessados em aprender ou melhorar as habilidades necessárias para incorporar a PBE na assistência fisioterapêutica (85%) e concordaram totalmente com a necessidade de aumentar o uso de provas científicas na prática clínica (45%). Os entrevistados escolheram a resposta concordo parcialmente com mais frequência do que outras, quando perguntado se a PBE não considera as limitações de seu ambiente de prática (55%) e não leva em consideração as preferências dos pacientes (35%). Quando afirmado que ocorreria aumento na taxa de reembolso caso inserissem a PBE na prática clínica, 40% discordaram totalmente da afirmação. Foi investigado ainda se os fisioterapeutas aprenderam as bases da PBE como parte da sua preparação acadêmica. Trinta por cento concordaram totalmente com o enunciado que afirmava a existência desse aprendizado, 30% concordaram parcialmente e 20% discordaram parcialmente da afirmação. A tabela 3 mostra a distribuição das respostas relacionadas aos questionamentos referidos.

Tabela 3. Benefícios e limitações da PBE

VARIÁVEIS	DT	DP	N	CT	CP
A PBE é necessária para prática clínica	0%	0%	5%	70%	25%
A investigação é útil na prática clínica	0%	5%	0%	70%	25%
A PBE melhora a qualidade da assistência	5%	0%	0%	70%	25%
Preciso aumentar o uso de provas científicas	5%	0%	15%	45%	35%
Preciso melhorar as habilidades para incorporar a PBE	0%	0%	0%	85%	15%
A PBE não considera as limitações da prática	15%	15%	5%	10%	55%
A PBE não considera as preferências dos pacientes	15%	30%	15%	5%	35%
A PBE aumenta a taxa de reembolso	40%	15%	25%	20%	0%
As bases da PBE foram aprendidas na preparação acadêmica	5%	20%	15%	30%	30%

FONTE: Dados da pesquisa (2014). Legenda: DT: discordo totalmente. DP: discordo parcialmente. N: neutro. CT: concordo totalmente. CP: concordo parcialmente.

Outro estudo encontrado na literatura semelhante a este, foi o de Jette et al. (2003), com fisioterapeutas dos Estados Unidos, membros da Associação Americana de Fisioterapia, onde os resultados apresentaram-se semelhantes: a maioria dos entrevistados (90%) concordaram sobre a necessidade da PBE, sobre a utilidade da literatura para a prática clínica (82%), a melhora na qualidade do atendimento ao paciente (79%), a necessidade de aumentar o uso de provas científicas (84%). Em contrapartida houve discordância nos seguintes aspectos: manteve-se a neutralidade dos fisioterapeutas quando questionados se PBE leva em

conta as limitações de seu ambiente da prática (47%), aumenta as taxas de reembolso (46%) ou leva em conta as preferências dos pacientes (46%).

4.2.2 Atenção à literatura, uso e compreensão dos Guidelines e recursos disponíveis

Foi incluído nesta categoria um questionamento a respeito do hábito da leitura científica relacionada com a prática clínica, utilizando a literatura para fundamentar a tomada de decisão e outro que investigou a frequência mensal de busca de informações utilizando os bancos de dados *on-line*. A maioria dos entrevistados (70%) relataram leitura entre 2 e 5 artigos e 25% de 6 a 10 artigos no período compreendido em um mês. Sessenta e cinco por cento responderam que usam de 2 a 5 vezes por mês a MEDLINE ou outros bancos de dados para procurar pesquisas relevantes para prática clínica. A figura 3 mostra a distribuição das respostas relacionadas à atenção para a literatura.

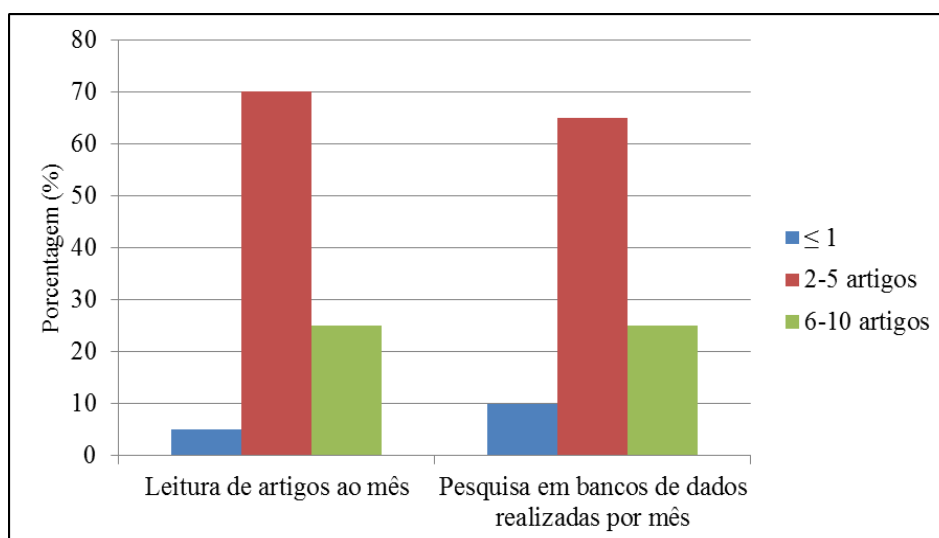


Figura 3: Atenção à literatura.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

O estudo de Queiroz e Santos (2013) concordam com os dados apresentados, onde a maioria dos entrevistados (65,7%) relatou a leitura entre os 2 e 5 artigos em um mês e 40,3% afirmaram que quase sempre utilizaram base de dados.

No que diz respeito ao conhecimento dos entrevistados sobre a existência e uso de Guidelines na prática fisioterapêutica em BVA, a maioria (50%) afirmou que estão disponíveis no meio científico e que usam diretrizes de prática clínica. O percentual dos

entrevistados que não sabiam da existência dessas diretrizes (40%) merece destaque para verificarmos o desconhecimento de uma parcela considerável da amostra sobre esse tema. Quando questionados se estavam cientes de que orientações práticas estão disponíveis online, 95% dos indivíduos afirmaram que sim. A figura 4 dispõe a representação dos dados dessa categoria.

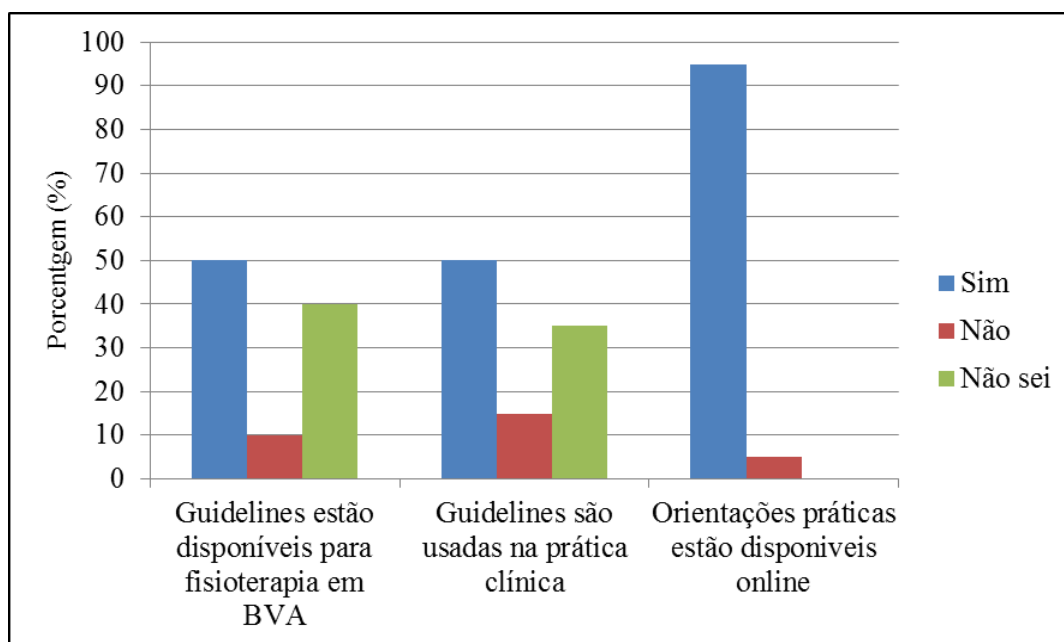


Figura 4: Uso e compreensão de Guidelines.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

A maioria (80%) dos entrevistados relatou que tinha acesso à pesquisa atualizada por meio de revistas especializadas; o mesmo percentual afirmou ter acesso a bases de dados relevantes e a internet em casa ou outros locais com facilidade. Quando perguntado se os fisioterapeutas estariam confiantes nas suas capacidades profissionais de análise crítica da literatura, a maioria (85%) respondeu que sim. A figura 5 apresenta a ilustração dos dados referentes a essa categoria:

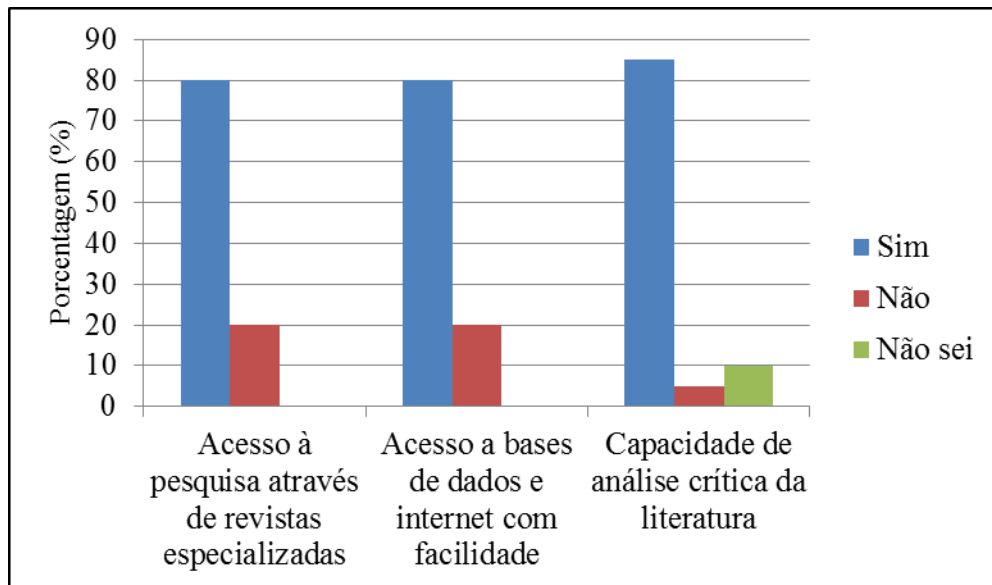


Figura 5: Disponibilidade de recursos e capacidade de análise crítica.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

No estudo de Jette et al. (2003) quase todos os entrevistados (96%) relataram terem acesso a revistas profissionais, além do acesso à bases de dados relevantes e internet (89%).

4.2.3 Barreiras identificadas na implantação de uma PBE

Quanto às barreiras identificadas para implantação da PBE na assistência a crianças com BVA, os fisioterapeutas escolheram três delas e enumeraram-nas conforme a ordem de importância. O tempo insuficiente foi indicado por 85% dos fisioterapeutas como uma das três principais barreiras para o uso de evidências na prática clínica e 40% indicaram esse obstáculo como o mais importante. Outra bastante citada foi a falta de generalização dos achados da literatura a essa população de pacientes com um percentual de 60%, sendo apontada por 20% dos entrevistados como a mais importante. A incapacidade de aplicar os resultados das pesquisas para pacientes com características individuais foi mencionada por 40% dos indivíduos e a falta de apoio coletivo entre os colegas de profissão foi outra barreira que atingiu esse mesmo percentual. A figura 6 mostra o ranking de barreiras assinaladas pelos fisioterapeutas.

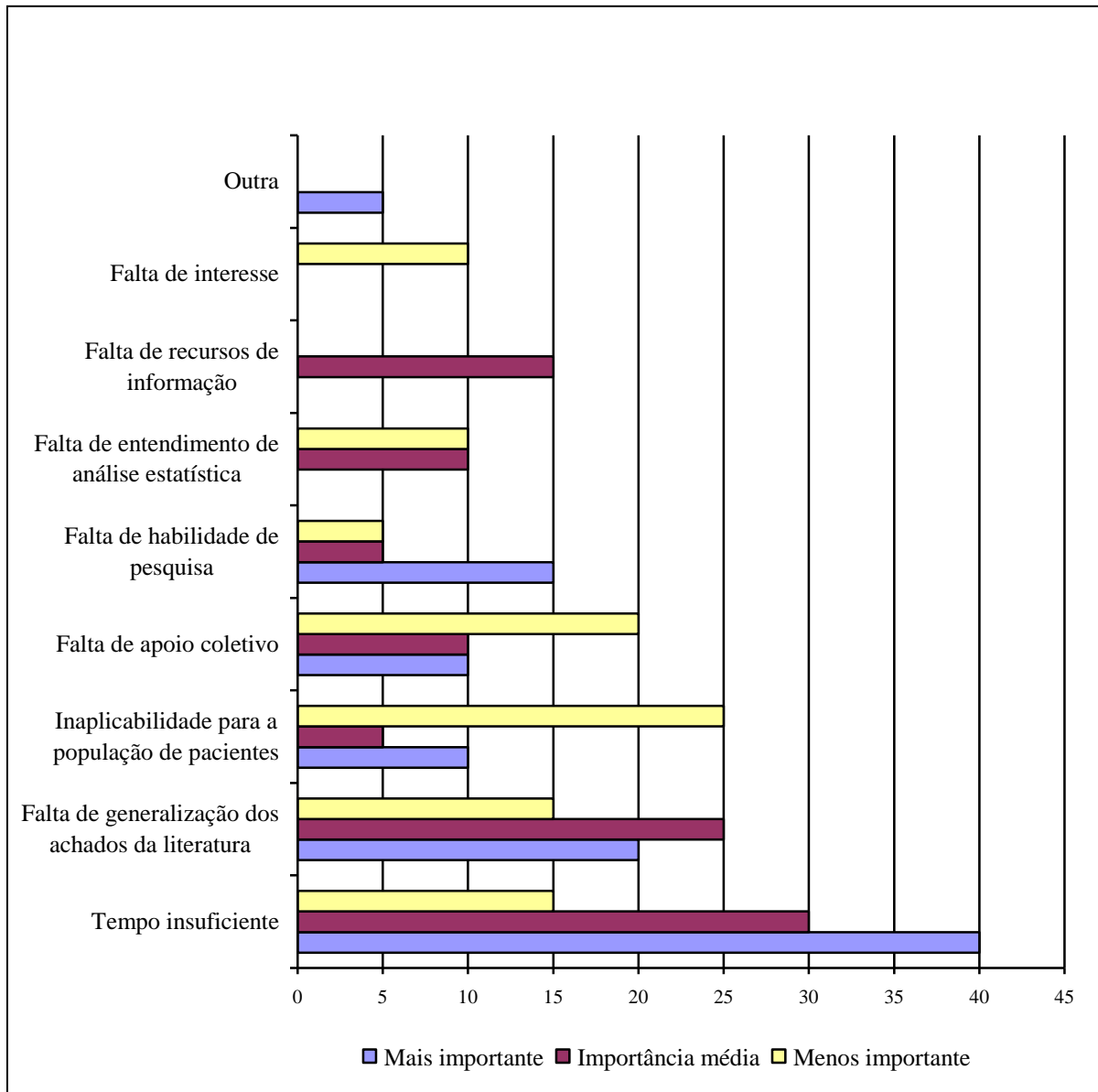


Figura 6: Barreiras à adoção da PBE.

FONTE: Dados da pesquisa (2014).

Corroborando com o presente estudo, a barreira mais encontrada na literatura foi a falta de tempo com representação de 67% no estudo de Jette et al. (2003) e 60,4% no de Queiroz; Santos (2013). A falta de generalização dos achados da literatura para a população específica de pacientes foi citado por 55,9% dos entrevistados no estudo de Queiroz; Santos (2013) e 30% no de Jette et al. (2003). Schreiber et al. (2009) identificaram outro obstáculo para a adoção da PBE, a falta de incentivo no ambiente clínico.

5 CONCLUSÃO

A literatura reforça a ideia de que práticas bem desenvolvidas, com suporte na melhor evidência científica disponível, têm um papel fundamental na garantia da qualidade dos serviços em saúde. Foi observado que a adoção da PBE pelos fisioterapeutas está em processo de implantação, onde a assistência prestada pelos fisioterapeutas não alcançou ainda a qualidade máxima na prática clínica.

Há a necessidade de que esses profissionais aperfeiçoem suas investigações científicas para que possam aprimorar a assistência às crianças com BVA nos estabelecimentos de saúde onde trabalham. É preciso sempre buscar atualizar-se e inserir a evidência científica no planejamento dos atendimentos às crianças com BVA. Sendo importante destacar que a fisioterapia encontra-se em constante crescimento e apesar dos raros estudos publicados na literatura científica sobre o tema, os fisioterapeutas estão buscando a valorização e efetividade clínica mostrando-se interessados em adotar a PBE.

Espera-se com os dados aqui apresentados, contribuir para a qualidade das práticas em fisioterapia, através da estimulação destes profissionais na busca pelo baseamento de suas práticas na evidência científica para validação do tratamento de crianças com BVA, oferecendo aos pacientes um maior recebimento de intervenções seguras e eficazes.

Entre as limitações deste estudo encontram-se o tamanho da amostra, a baixa confiabilidade para alguns itens ou a falta de clareza nas instruções do item ou enunciado da questão.

ABSTRACT

Scientific evidence seeks information relevant to solve health questions in order to achieve positive results in clinical interventions. In this sense the evidence-based practice (EBP) is necessary to be stimulated in the treatment of acute viral bronchiolitis (AVB) by physiotherapists, eliminating the uncertainties present in the management of children with this condition and predominantly run only techniques with proven scientifically. This study aims to investigate the quality of the respiratory physical therapy in hospital settings, in the treatment of AVB with regard to scientific evidence-based practice. This is an exploratory research, transversal, descriptive, and it was conducted in public health establishments located in Campina Grande-PB. The sample consisted of 20 physical therapists, selected by accessibility, who perform their practice in respiratory therapy, intervening in children diagnosed with this condition only in the public sector. A questionnaire containing questions about the attitudes, knowledge and behaviors of physical therapists in relation to the EBP in the treatment of children with AVB was applied, adapted from Ferreira (2010) e Jette et al. (2003). The most mentioned techniques by the interviewees were the bronchial hygiene techniques, highlighting the acceleration of expiratory flow. They agreed that the use of evidence is required for clinical practice, that the literature was helpful in their practices and that the EBP improves quality of patient care. The main barrier to the implementation of EBP was the lack of time. It was observed that the adoption of EBP by physiotherapists is in the implementation process, the assistance provided by physiotherapists has not yet reached the maximum quality in clinical practice.

KEYWORDS: Clinical Evidence-Based Practice. Clinical Guidelines. Physiotherapy. Acute viral bronchiolitis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. **Pediatrics**, Illinois, v. 118, n. 4, oct. 2006.

BAYLE, M. S.; et al. Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. **An Pediatr**, Barcelona, v. 77, n. 1, jul. 2012.

CAMPOS, A. **Intervenção do Ministro da Saúde, Correia de Campos, encerramento do seminário Ordem dos Médicos e FLAD**. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD), 2007.

CARVALHO, R. A.; CUNHA, R. D.; BARRETO, S. S. M. Distribuição do fluxo sanguíneo pulmonar na bronquiolite viral aguda. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, jan. 2002.

CONFÉRENCE DE CONSENSUS. **Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson**. Salle Louis Armand – Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette, Paris, sept. 2000.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, 2008.

DIOS, J. G.; SANGRADOR, C. O. Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (IV): tratamiento de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. **An Pediatr**, Barcelona, v. 72, n. 4, mar. 2010.

FELTRIM, M. I. Z.; PARREIRA, V. F. Consenso de Lyon 1994-2000. **Fisioterapia Respiratória**, São Paulo, 2001.

FERREIRA, F. I. A. **Contributos da Gestão da Qualidade nas Práticas em Fisioterapia (O caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda)**. 2010. 114 f. Tese (Mestrado em Intervenção Sócio organizacional na Saúde) – Instituto Politécnico de Lisboa, Universidade de Évora, Lisboa, 2010.

FRANCA, G. V. Os riscos da medicina baseada em evidências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 6, n. 13, maio 2003.

FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada em evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 26, n. 2, mar./apr. 2013.

GEHA, N. N. **Análise da qualidade metodológica e descrição estatística de estudos controlados aleatorizados de intervenções fisioterapêuticas para condições cardiorrespiratórias**. 2012. 51 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

GOMES, E. L. F. D. **A fisioterapia respiratória é eficaz na redução do escore clínico em lactentes com bronquiolite viral aguda: ensaio clínico randomizado.** 2010. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, 2010.

GOMES, E. L. F. D.; et al. Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 16, n. 3, may/june 2012.

GONÇALVES, R. A. S. et al. Evaluation of physiological parameters before and after respiratory physiotherapy in newborns with acute viral bronchiolitis. **International Archives of Medicine**, v. 7, n. 3, 2014.

JETTE, D. U.; et al. Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. **Phys Ther**, Alexandria, v. 83, n. 9, sept. 2003.

LANZA, F. C.; et al. Prolonged Slow Expiration Technique in Infants: Effects on Tidal Volume, Peak Expiratory Flow, and Expiratory Reserve Volume. **Respir Care**, Irving, v. 56, n. 12, dec. 2011.

LI, F.; WAGNER, M. B. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 5, set./out. 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, out./dez. 2003.

LUNA Fº, B. Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, dec. 1998

MANOHA, C.; et al. Epidemiological and clinical features of hMPV, RSV and RVs infections in young children. **J Clin Virol.**, Amsterdam, v. 38, n. 3, mar. 2007.

MENEZES, A. M. B. **Epidemiologia das doenças respiratórias.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MOTA, C. I. L. M. S.; VIANA, R. A. **Efeitos da Fisioterapia Respiratória no tratamento de lactentes com Bronquiolite:** Revisão Sistemática. 2012. 23f. Projeto e Estágio Profissionalizante II (Licenciatura em Fisioterapia) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, fev. 2012.

PAES, B. A.; et al. A decade of respiratory syncytial virus epidemiology and prophylaxis: translating evidence into everyday clinical practice. **Can respir J**, Oakville, v. 18, n. 2, mar./apr. 2011.

PEROTTA, C.; ORTIZ, Z.; ROQUE, M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, 2005.

PORTELLA, M. C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde.** In: ANS. Brasil. Ministério da Saúde, organização. Regulação & saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro, v. 3, p.177-210, 2004. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAtencaoasaude/03_MPortela_DiretrizesClinicas.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2014.

POSTIAUX, G.; et al. Evaluation of an Alternative Chest Physiotherapy Method in Infants With Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis. **Respir Care**, Irving, v. 56, n. 7, July 2011.

POSTIAUX, G.; et al. Chest Physical Therapy in Acute Viral Bronchiolitis: An Updated Review. **Respiratory Care**, v. 58, n. 9, set. 2013.

QUEIROZ, P. S.; SANTOS, M. J. dos. Facilidades e habilidades do fisioterapeuta na procura, interpretação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica: um estudo piloto. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 1, Mar. 2013.

ROQUÉ I FIGULS, M.; et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 15, n. 2, feb. 2012.

SANGRADOR, C. O.; DIOS, J. G. de. Management of acute bronchiolitis in spanish emergency wards: variability and appropriateness analysis (abreviado project). **An Pediatr**, Barcelona, v. 79, n. 3, sep. 2013.

SCHREIBER, J.; et al. Strategies to Promote Evidence-Based Practice in Pediatric Physical Therapy: A Formative Evaluation Pilot Project. **Phys Ther.**, Alexandria, v. 89, n. 9, July 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISILOGIA. **Bronquiolite Aguda:** Tratamento e prevenção. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, jan. 2011.

WEES, P. J. V.; et al. Development of Clinical Guidelines in Physical Therapy: Perspective for International Collaboration. **Phys Ther.**, Alexandria, v. 91, n. 10, oct. 2011.