

## Manual para construção de tópicos do Condutas em Atenção Primária

<b>1. Bases</b>	<b>2</b>
<b>2. Declaração de conflitos de interesses</b>	<b>2</b>
<b>3. Desenvolvimento de perguntas</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Prevenção</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Rastreamento</b>	<b>3</b>
<b>3.3. Prognóstico</b>	<b>4</b>
<b>3.4. Diagnóstico</b>	<b>4</b>
<b>3.5. Terapêutica</b>	<b>4</b>
<b>3.6. Danos e efeitos adversos</b>	<b>4</b>
<b>3.7. Seguimento, encaminhamento e discussão, orientações e autocuidado</b>	<b>5</b>
<b>4. Busca por evidência</b>	<b>5</b>
<b>5. Construção da recomendação</b>	<b>5</b>
<b>6. Graduação da recomendação</b>	<b>6</b>
<b>7. Submissão para revisão</b>	<b>7</b>

---

## 1. Bases

Para a construção dos tópicos é necessário: não possuir conflitos de interesse; residência ou especialização em Medicina de Família em Comunidade concluída ou em andamento; domínio de leitura em língua inglesa; domínio de algum gerenciador de referências (preferencialmente o Zotero); acesso a rede de universidade para poder acessar artigos protegidos por *paywall*; e boas noções de produção de recomendações baseadas em evidência, análise de crítica de revisões sistemáticas e pesquisas primárias, estatística e epidemiologia clínica. Recomendamos os seguintes cursos, disponíveis atualmente de forma gratuita:

### **Understanding Evidence-Based Healthcare: A Foundation for Action**

United States Cochrane Center

[us.cochrane.org/understanding-evidence-based-healthcare-foundation-action](http://us.cochrane.org/understanding-evidence-based-healthcare-foundation-action)

### **Evidence-Informed Decision Making**

NCCMT's Learning Centre

[nccmt.ca/learningcentre/EN/index.php](http://nccmt.ca/learningcentre/EN/index.php)

### **Introduction to Systematic Review and Meta-Analysis**

Johns Hopkins University

[coursera.org/learn/clinical-trials](http://coursera.org/learn/clinical-trials)

### **Design and Interpretation of Clinical Trials**

Johns Hopkins University

[coursera.org/learn/systematic-review](http://coursera.org/learn/systematic-review)

### **Clinical Epidemiology**

Utrecht University

[coursera.org/learn/clinical-epidemiology](http://coursera.org/learn/clinical-epidemiology)

### **Statistics in Medicine**

Stanford University

[lagunita.stanford.edu/courses/Medicine/MedStats-SP/SelfPaced/about](http://lagunita.stanford.edu/courses/Medicine/MedStats-SP/SelfPaced/about)

## 2. Declaração de conflitos de interesses

É exigido dos editores e revisores dos tópicos declarar quaisquer conflitos de interesses existentes por meio do formulário desenvolvido pelo *International Committee of Medical Journal Editors*.

---

### 3. Desenvolvimento de perguntas

O desenvolvimento do tópico é baseado na resposta a perguntas clínicas que se encaixam nos domínios: prevenção (primária), rastreamento, prognóstico, diagnóstico, terapêutica, danos e efeitos adversos, seguimento, encaminhamento e discussão. A formulação das perguntas deve ser preferencialmente realizada antes da busca por evidências. Existem diversos modelos de estruturação de questões clínicas, sendo PICO (population, intervention, comparison e outcome) o mais utilizado.

#### 3.1. Prevenção

Aplicável a tópicos que abordam prevenção primária, pois assuntos de prevenção secundária e terciária são geralmente melhor categorizados por rastreamento. Questões sobre prevenção são respondidas por ensaios clínicos randomizados.

Exemplo:

*Qual é o impacto da vacinação contra influenza em adultos na redução de mortalidade comparado a não vacinação?*

*Qual o impacto de estratégias para prevenção de depressão pós parto em gestantes?*

#### 3.2. Rastreamento

Aplicável a tópicos que tratam sobre fatores de risco e doenças. Questões sobre rastreamento são respondidas por ensaios clínicos randomizados. As perguntas deverão responder a itens como:

- Lesões de órgãos alvo:

Exemplo:

*Qual o impacto do rastreamento de hipertrofia do ventrículo esquerdo em adultos diagnosticados com hipertensão arterial primária comparado ao não rastreamento?*

*Qual o impacto do rastreamento da retinopatia em diabéticos na redução de baixa acuidade visual e cegueira?*

- Complicações:

Exemplo:

*Qual o impacto do rastreamento de diabetes gestacional na redução de eventos adversos maternos? Qual o impacto do rastreamento de diabetes gestacional na redução de eventos adversos perinatais?*

- 
- Comorbidades que possam alterar o manejo e/ou desfecho:

Exemplo:

*Qual o impacto do rastreamento de diabetes em adultos hipertensos comparado ao não rastreamento?*

*Qual o impacto do rastreamento de colonização por estreptococos do grupo B em gestantes na redução da mortalidade neonatal comparado ao não rastreamento?*

### **3.3. Prognóstico**

Aplicável a todos os tópicos. Questões sobre prognósticos são geralmente respondidas por coortes ou por ensaios clínicos randomizados de seguimento longo.

Exemplo:

*Qual o impacto da elevação da pressão arterial na expectativa de vida em adultos?*

### **3.4. Diagnóstico**

Aplicável a principalmente a tópicos relacionados a sintomas fatores de risco, mas potencialmente aplicável a todos os tópicos. Questões sobre acurácia diagnóstica são respondidas por ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte.

Exemplo:

*Qual é a acurácia da glicemia de jejum para a confirmação ou exclusão de diabetes mellitus gestacional comparado ao teste oral de tolerância à glicose com 75g?*

### **3.5. Terapêutica**

Aplicável a tópicos relacionados a fatores de risco ou patologias. Questões sobre intervenções terapêuticas são respondidas por ensaios clínicos randomizados.

Exemplo:

*Qual o impacto do tratamento farmacológico em hipertensos leves comparado com o tratamento não farmacológico?*

*Quais medicamentos em hipertensos têm evidência acima de moderada em redução de mortalidade por todas as causas?*

### **3.6. Danos e efeitos adversos**

Aplicável a todos os tópicos. Questões sobre danos e efeitos adversos são respondidas por ensaios clínicos randomizados, coortes e caso-controle.

Exemplo:

*Quais as complicações do uso de inibidores da ECA em hipertensos em monoterapia farmacológica?*

---

### 3.7. Seguimento, encaminhamento e discussão, orientações e autocuidado

Aplicáveis a tópicos sobre fatores de risco e patologias. Estas questões são respondidas por ensaios clínicos randomizados, mas frequentemente por opinião de especialista obtidas em protocolos e consensos.

## 4. Busca por evidência

A busca por evidência é realizada de estruturada e forma hierárquica

Primeiro passo: revisões Cochrane e recomendações US Preventive Service Task Force.

- Cochrane library: Cochrane é atualmente a mais confiável fonte de revisões sistemáticas e deve ser a primeira fonte a ser acessada em busca de revisões sistemáticas.
- US Preventive Services Task Force: grupo independente que produz recomendações sobre intervenções preventivas por meio de revisões sistemáticas.

Segundo passo: recomendações de *guidelines* desenvolvidos sob avaliação crítica e sumários de evidência.

- NICE Guidance
- AHRQ's National Guideline Clearinghouse (NGC)
- Dynamed, acessível pelo Portal Saúde Baseado em Evidências.

Neste passo é recomendado coletar apenas informações baseadas em revisões sistemáticas e fazer avaliação crítica das revisões. Frequentemente apenas estudos primários estão disponíveis, o que torna inevitável utilizá-los.

Terceiro passo: avaliar a necessidade progredir com a busca.

Caso a busca pelas fontes acima tenham trazido resultados conflitantes, insatisfatórios ou se por outro motivo não possibilitaram responder à questão (eg. *quais as indicações de encaminhamento para a atenção secundária ou terciária?*), recomendamos os seguintes passos:

1. Busca por fontes primárias: TRIP Database com filtro para evidência secundária, e PubMed (MEDLINE) com filtro para revisões sistemáticas, ou eventualmente ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais.
2. Consensos e prática usual: *American Academy of Family Physicians; Canadian Medical Association; Royal College of General Practitioners; Royal Australian College of General Practitioners*; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada; e Cadernos de Atenção Básica.

## 5. Construção da recomendação

A recomendação é composta pela própria recomendação e por sua sustentação.

---

A recomendação deve ser escrita em voz ativa e preferencialmente sem jargões. Utilize verbos no imperativo (faça, solicite, indique) quando a evidência for robusta e a recomendação for clara e expressões de dúvida quando a evidência for menos robusta ou conflitante (avaliar, talvez, é provável, potencialmente).

Para fins de transparência deve-se indicar entre colchetes, no início da sustentação, a fonte utilizada. A complexidade da construção da sustentação da recomendação dependerá da necessidade do aprofundamento.

Exemplo:

**Questões:**

*Qual o impacto do rastreamento de hipertrofia do ventrículo esquerdo em hipertensos? Quais os métodos de rastreamento de hipertrofia do ventrículo esquerdo em hipertensos? Qual o impacto do rastreamento de cardiopatias com eletrocardiograma em hipertensos?*

**Sustentação:**

[Cochrane] Revisão “*Pharmacotherapy for hypertension-induced left ventricular hypertrophy*” em fase de protocolo. (FINIZOLA et al., 2016)

[USPSTF] Revisão de 2011 não recomenda o rastreamento de doença cardiovascular com ECG de repouso ou esforço (a atualização está em andamento). (CHOU et al., 2011)

[NICE] NICE *guidance* recomenda ECG de repouso. (NICE GUIDANCE, 2011)

[Dynamed: Hypertension] Revisão sistemática concluiu que a adoção de critérios para sobrecarga ventricular, possui valor preditivo positivo suficiente para diagnosticar hipertrofia ventricular esquerda (HVE), mas valor preditivo negativo insuficiente (PEWSNER et al., 2007). Em coorte, a redução da HVE associou-se a menor taxa de eventos cardiovasculares (OKIN et al., 2004).

**Recomendação:**

Avalie solicitar eletrocardiograma de repouso

## 6. Graduação da recomendação

Utilizamos a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), desenvolvida em 2004 pela *American Academy of Family Physicians*. (EBELL et al., 2004) A SORT foi desenvolvida para graduar estudos individuais ou no conjunto de evidência com ênfase em desfechos orientados ao paciente. Deve ser acessada em: <https://www.aafp.org/afp/2004/0201/p548.html>.

A graduação das recomendações pela SORT possui três níveis:

- A. Recomendação com evidência orientada ao paciente, de boa qualidade e consistência
- B. Recomendação com evidência orientada ao paciente, limitada ou inconsistente
- C. Recomendação baseada em consensos, prática usual, opinião, evidência orientada à doença, série de casos

---

A graduação deve ser colocada entre colchetes ao final da recomendação.

Exemplo:

Avalie solicitar eletrocardiograma de repouso [B]

A recomendação acima recebeu grau B, pois embora não tenha o suporte de ensaios clínicos randomizados, é baseada em estudo de coorte e orientada ao paciente.

## **7. Submissão para revisão**

O tópico deve ser submetido em formato .doc ou docx acompanhado das referências utilizadas em qualquer formato suportado pelo Zotero (“EndNote XML”, “RIS”, “BibTeX” etc).