

# Normas de Orientação Clínica 2.0: Tradução das Tabelas 2 e 3 e do Apêndice 1 de Schünemann HJ et al. CMAJ. 2014; 186:E123-42.



## Clinical Guidelines 2.0: Translation of Tables 2 and 3 and Appendix 1 of Schünemann HJ et al. CMAJ. 2014; 186:E123-42.

Guilherme Ferreira dos SANTOS<sup>1,2</sup>, Pedro Correia AZEVEDO<sup>2,3</sup>, António VAZ-CARNEIRO<sup>✉</sup>  
Acta Med Port 2015 May-Jun;28(3):395-414

### RESUMO

As Normas de Orientação Clínica são instrumentos de apoio à decisão que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados clínicos. Um grupo de peritos da Universidade de McMaster (no Canadá) desenvolveu - a partir de fontes bibliográficas de alta qualidade - um guia sobre os passos práticos para a sua elaboração, disseminação, implementação e avaliação. Esta é a primeira vez que se procura reunir num documento toda a informação referente a Normas de Orientação Clínica. Devido ao interesse deste artigo, o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa contactou os autores do artigo e a revista em que foi publicado (o Canadian Medical Association Journal) no sentido de se poder traduzir as partes mais relevantes do artigo (nomeadamente as tabelas práticas), tendo sido autorizada a respectiva publicação entre nós. Este guia deverá ser útil aos que, estando interessados na elaboração, disseminação e implementação de Normas de Orientação Clínica, queiram assegurar a sua qualidade intrínseca baseada na evidência relevante e atualizada.

**Palavras-chave:** Medicina-Baseada na Evidência; Normas de Orientação Clínica.

### ABSTRACT

Clinical Practice Guidelines are instruments to support decision to improve the quality of clinical care. An expert group from McMaster University (Canada) has developed - from high-quality literature sources - a guidance on the practical steps for their development, dissemination, implementation and evaluation. This is the 1st time anyone seeks to bring together in one document all information regarding the Clinical Practice Guidelines. Due to the interest of this paper, the Centre for Evidence Based Medicine at the University of Lisbon School of Medicine contacted the authors of the article and the journal where it was published (the Canadian Medical Association Journal) in order to translate the most relevant parts of the article (including the practice tables), which was agreed. This guide should be useful to those who, being interested in the development, dissemination and implementation of Clinical Practice Guidelines, want to ensure their intrinsic quality based on relevant and updated evidence.

**Keywords:** Evidence-Based Medicine; Practice Guidelines as Topic.

### INTRODUÇÃO

A elaboração de Normas de Orientação Clínica (NOC) e a sua correcta implementação na prática clínica diária é de suma importância para os serviços nacionais de saúde, sociedades profissionais, médicos e doentes.

Na prática clínica do séc. XXI estas servem como fio-de-prumo para a actuação médica, garantindo que os passos ali contemplados são nacional ou internacionalmente reconhecidos como sendo uma abordagem correta ao quadro clínico em questão, à luz dos conhecimentos científicos actuais.

As NOCs funcionam ainda como plataforma de normalização dos cuidados de saúde, alinhando as práticas dos profissionais de acordo com as recomendações das sociedades profissionais pelas quais se regem e não pela experiência empírica do quotidiano (variável entre profissionais).

Percebe-se então que é de extrema importância que existam ferramentas que permitam à comunidade científica avaliar a correta elaboração e implementação de NOCs na prática clínica. Em relação à avaliação de NOCs já criadas, existem ferramentas internacionais que permitem aferir a sua credibilidade. No entanto, no que concerne à criação dessas mesmas NOCs não havia até este momento um guia prático que sistematizasse os passos a percorrer na criação das mesmas.

Com esta tradução é nosso objectivo dar a conhecer à comunidade médica de língua portuguesa o trabalho de Holger J. Schünemann et al, de forma a difundir esta ferramenta pelo maior número de profissionais de saúde possível, facilitando o processo de criação de novas NOCs, desde a sua produção até à implementação, avaliação e actualização.

1. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal.

2. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência/Centro Académico de Medicina de Lisboa Cochrane Portugal. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Portugal.

3. Serviço de Medicina Interna. Hospital Garcia de Orta. Almada. Portugal.

✉ Autor correspondente: António Vaz-Carneiro. avc@medicina.ulisboa.pt

Recebido: 12 de Maio de 2015 - Aceite: 12 de Maio de 2015 | Copyright © Ordem dos Médicos 2015

Tabela 2 - Tópicos incluídos na lista de verificação para a elaboração de Normas de Orientação Clínica - NOCs

Tópico	Descrição
Organização, orçamento, planeamento e treino	Envolve delinear um plano global mas detalhado com a descrição do que é viável, como será atingido e quais os recursos necessários para a formulação e utilização da NOC. O plano deve referir-se a um período específico e deve ser expresso em linguagem formal e termos objectivos.
Definição de prioridades	Refere-se à identificação, balanço e estratificação de prioridades pelos intervenientes. A definição de prioridades garante que os recursos e a atenção são direccionados para essas áreas globais (por ex. doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, doença cardiovascular, cancro, prevenção) onde as recomendações sobre saúde podem gerar maiores benefícios para a população, uma região ou um país. Uma abordagem de definição de prioridades deve contribuir para planos futuros enquanto responde a circunstâncias existentes, potencialmente difíceis.
Recrutamento do grupo da NOC	Define quem estará envolvido, até que ponto, e como serão seleccionados os membros para a elaboração e outras etapas do projecto da NOC.
Estabelecimento dos processos de grupo da NOC	Define os passos a seguir, como os membros envolvidos se irão relacionar e como serão tomadas as decisões.
Identificação do público-alvo e do tema da NOC	Envolve a indicação dos potenciais utilizadores da NOC e a definição do tema a abordar (por ex. diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crónica).
Envolvimento de utilizadores e intervenientes	Descreve como serão envolvidas pessoas ou grupos não directamente ligados ao painel de recomendações mas que são afectados pela NOC (por ex. público-alvo ou utilizadores).
Considerações sobre conflitos de interesse	Foca-se na definição e gestão de potenciais divergências entre os interesses individuais e as obrigações profissionais de um membro do grupo de trabalho que possam levar a questionar se as suas acções ou decisões são motivadas por ganhos pessoais sejam eles financeiros, progressão académica, receitas clínicas ou de <i>status</i> na comunidade. São incluídos factores intelectuais, financeiros ou outros, que possam afectar a capacidade de um indivíduo ou organização abordar uma questão científica com a necessária imparcialidade.
Definição do problema	Foca-se em definir as questões-chave que devem ser abordadas pelas recomendações, utilizando o sistema PICO (paciente/problema, intervenção, comparação, resultado), incluindo detalhes da população, a intervenção (incluindo testes de diagnóstico e estratégias) e resultados que sejam relevantes para a tomada de decisões (por ex. deve o teste A ser utilizado, ou deve o tratamento B, C, D ou E ser utilizado na doença pulmonar obstrutiva crónica?).
Consideração da importância dos resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades	Inclui integrar, no processo de desenvolvimento da NOC, informação de como é que aqueles que são afectados pelas suas recomendações avaliam as possíveis consequências. Isso inclui os conhecimentos, atitudes, expectativas, valores morais e éticos e crenças dos doentes, cuidadores e profissionais de saúde; objectivos de vida e saúde dos doentes; experiência prévia com a intervenção ou a condição clínica; experiência sintomática (por ex. falta de ar, dor, dispneia, perda de peso); preferência por determinados resultados vantajosos ou prejudiciais e a sua importância; impacto percebido da condição clínica ou intervenção sobre a qualidade de vida, bem-estar ou satisfação pessoal e a interacção entre a implementação da intervenção, a intervenção em si e outros contextos que os doentes possam estar a vivenciar; preferência por estratégias alternativas de acção; e preferências relativas à comunicação do conteúdo e estilos, informação e envolvimento na tomada de decisões e tratamento. Isto pode ser relacionado com o que é descrito na literatura económica como utilidades ( <i>utilities</i> ). Uma intervenção pode ser considerada como uma consequência de uma recomendação (por ex. o peso de tomar uma medicação ou ser submetido a uma cirurgia) com um nível de importância ou valor associados.

(continua)

Tabela 2 - Tópicos incluídos na lista de verificação para a elaboração de Normas de Orientação Clínica - NOCs (continuação)

Tópico	Descrição
Decisão sobre que evidência científica incluir e como deve ser pesquisada	Foca-se na determinação de critérios de inclusão e exclusão baseados no tipo de evidência (por ex. pesquisa rigorosa, recolha informal), desenho de estudos, características da população, intervenções e comparadores, e decisão sobre como a evidência será identificada e obtida. Também inclui, mas não está limitado, a evidência sobre valores e preferências, informação local e recursos.
Resumo da evidência e consideração de fontes adicionais de informação	Foca-se na apresentação da evidência num formato sintético (por ex. em tabelas ou narrativas curtas) de forma a facilitar a formulação e compreensão de recomendações. Envolve ainda a identificação e a consideração de fontes adicionais de informação relevante para o problema em causa.
Avaliação da qualidade, força e grau de certeza do conjunto de evidência científica	Inclui avaliar a confiança que se pode ter na evidência obtida através de uma análise transparente da pesquisa (estudos individuais e estudos multicêntricos) e outras abordagens estruturadas aplicadas à evidência. Isto pode incluir, mas não é limitado, a evidência sobre o risco de base ou o peso da doença, importância dos resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades, uso de recursos (custos), estimativas dos efeitos e fiabilidade dos testes de diagnóstico.
Formulação de recomendações e determinação da sua força	Desenvolver recomendações envolve a utilização de um quadro analítico estruturado e de um processo sistemático e transparente, de forma a integrar os factores que influenciam uma recomendação. Determinar a força da recomendação refere-se a avaliar o grau de confiança que o painel de recomendações tem em como a implementação da recomendação trará mais efeitos desejáveis do que indesejáveis.
Redacção das recomendações e considerações sobre a sua implementação, exequibilidade e equidade	Refere-se à escolha de uma formulação e sintaxe do texto que facilite o entendimento e a implementação das recomendações. A redacção está ligada a considerações sobre implementação, exequibilidade e equidade, que se referem às considerações do painel de recomendações sobre como a recomendação será utilizada e qual o potencial impacto que deve ter sobre os factores descritos.
Publicação e revisão por pares	A publicação refere-se a como a NOC é tornada acessível ao público (por ex. impressa, online). A revisão por pares refere-se a como o documento escrito será revisto previamente à sua publicação e como será avaliado (por ex. para detectar erros) tanto internamente como por intervenientes externos que não foram membros do grupo de elaboração da NOC.
Disseminação e implementação	Foca-se em estratégias que tornem a NOC visível para os grupos relevantes e que melhorem a sua utilização (por ex. publicações e ferramentas como aplicações móveis).
Avaliação e utilização	Refere-se a estratégias formais e informais que permitam avaliação sobre: a NOC enquanto processo e enquanto produto; a sua utilização ou adesão, ou ambos; e o seu impacto e como a NOC leva a melhorias na saúde dos doentes ou da população ou outras consequências.
Actualização	Refere-se a como e quando uma NOC deve ser revista, devido a alterações na evidência ou outros factores que influenciem as recomendações.

Tabela 3 (parte 1 de 10) - Lista de verificação para o desenvolvimento de NOCs clínicas

A lista de verificação está organizada em 18 tópicos, cada um com os respectivos itens a considerar. Os utilizadores da lista de verificação devem rever todos os tópicos e itens antes de os aplicarem, uma vez que os itens não são necessariamente sequenciais e muitos estão interligados. Os breves exemplos incluídos em alguns itens servem para clarificação e elaboração; não é seu objectivo serem instruções extensas sobre como atingir os respectivos passos. As instruções e sugestões sobre como concluir cada passo podem ser obtidas nos documentos referenciados e nos recursos sugeridos na versão online da lista de verificação (<http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html>). Ver [Apêndice 1](#) (original em inglês disponível em [http://www.cmaj.ca/content/suppl/2013/12/16/cmaj.131237.DC1/13-1237\\_-\\_appendix\\_1.pdf](http://www.cmaj.ca/content/suppl/2013/12/16/cmaj.131237.DC1/13-1237_-_appendix_1.pdf)) para um glossário dos termos utilizados na lista de verificação.

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número referência bibliográfica da
<b>1. Organização, orçamento, planeamento e treino</b>		
	1. Estabelecer a estrutura do grupo de elaboração da NOC e determinar as funções, tarefas e relacionamentos entre cada grupo específico que vai ser envolvido (por ex. a comissão de supervisão responsável pela selecção dos tópicos e elementos para o grupo, o grupo de trabalho de peritos e metodologistas que vai fazer o resumo da evidência, o secretariado que providencie suporte administrativo, o painel para desenvolver as recomendações e os elementos representantes dos intervenientes e dos consumidores para consultadoria). Ver também tópicos 3, 4 e 6.	20, 32-36, 39, 42-45, 56, 57, 72, 88
	2. Realizar uma avaliação minuciosa da proposta do projecto de criação da NOC no que respeita a problemas do seu financiamento e exequibilidade do respectivo grupo de elaboração (por ex. disponibilidade de recursos para a realização do projecto, compromisso esperado dos elementos do painel de recomendações e restante <i>staff</i> ).	20, 32, 35, 37, 40, 42-46, 47, 57, 58, 71, 88
	3. Obter aprovação organizacional para o projecto de criação da NOC.	2, 20, 33-35, 37, 42, 43, 45, 46, 58
	4. Preparar um orçamento para todo o projecto da NOC, com a estimativa dos custos de cada etapa (por ex. remuneração dos elementos do grupo de trabalho, custos de tarefas que sejam contratualizadas a outros grupos ou organizações, despesas de viagem e despesas de publicação e divulgação da NOC).	3, 37, 41, 45, 71
	5. Decidir se os membros do painel de recomendações da NOC receberão alguma forma de pagamento ou reembolso pelo seu tempo, ou se trabalharão <i>pro bono</i> .	3, 34, 47, 57
	6. Obter ou garantir os fundos para o desenvolvimento da NOC, tomando especial atenção aos conflitos de interesse. Ver também tópico 7.	1, 20, 43, 45, 46, 56, 57, 89
	7. Delinear e obter o suporte administrativo necessário para facilitar o projecto de elaboração da NOC (por ex. secretariado para colectar e organizar as declarações de conflito de interesse, bem como organizar reuniões do grupo de elaboração da NOC).	20, 32, 37, 40, 42, 43, 45, 56, 57, 88
	8. Planear e preparar a formação e suporte necessários aos elementos envolvidos na criação da NOC (por ex. formação relativa a conflitos de interesse para os elementos do painel de recomendações e sessões de formação para os doentes envolvidos no grupo da NOC). Ver também tópicos 4 e 6.	2, 3, 39, 42-45, 60, 64, 70, 72, 88
	9. Definir um cronograma para a realização da NOC com prazos para a realização de cada uma das etapas do projecto.	20, 33, 34, 37, 40, 42, 43, 45, 46, 56, 58, 71, 88
	10. Se for o caso, determinar quais as questões legais relevantes para o planeamento da NOC (por ex. políticas de comparticipação de fármacos órfãos).	2, 3, 20, 37, 42, 43, 45, 46, 81, 94

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	11. De forma a manter o grupo de desenvolvimento da NOC organizado, preparar um protocolo para todo o processo de elaboração da NOC que pode ser completado à medida que o projecto progride, incluindo um esboço dos seus objectivos globais e específicos, do seu cronograma, da distribuição de tarefas, das etapas que vão necessitar de documentação sobre as tomadas de decisão e dos métodos propostos para a realização de cada etapa do projecto (ou seja, os passos representados nesta lista de verificação, tais como os métodos para a formação do grupo de elaboração da NOC, selecção dos temas a abordar, métodos de consenso, métodos de consulta, assim como de pesquisa e selecção da evidência).	1, 2, 23, 32-35, 37, 39, 42, 44, 45, 56, 57, 70, 74, 90
<b>2. Definição de prioridades</b>		
	1. Decidir o processo de estabelecimento de prioridades sobre os temas da NOC e quem será responsável por dirigir o mesmo (por ex. prioridades determinadas pela comissão de supervisão na sede da organização patrocinadora, ou prioridades determinadas pelos ministérios da saúde ou por sociedades profissionais).	7, 20, 32-37, 39, 41-43, 45, 47, 56, 71, 87
	2. Utilizar um processo sistemático e transparente com critérios específicos para a proposta de um tema a abordar na NOC durante a definição de prioridades (por ex. elevada prevalência e carga da doença, mortalidade e morbilidade evitáveis, custos elevados, doenças emergentes ou novos métodos terapêuticos, variabilidade na prática clínica e rápida mudança da evidência).	7, 20, 32-37, 39, 41-43, 47, 56, 57, 71, 87
	3. Envolver as partes interessadas na definição de prioridades e na selecção dos temas da NOC (por ex. clínicos, sociedades profissionais, políticos, financiadores e o público). Ver também o tópico 6.	32-34, 36, 37, 39, 42-45, 71, 72, 87
	4. Considerar e decidir como são consideradas as diferentes perspectivas acerca da importância e dos recursos disponíveis para a implementação das recomendações da NOC (por ex. perspectiva dos doentes, dos financiadores, dos clínicos e dos programas de saúde pública). Ver o tópico 11.	1, 23, 32, 34, 36, 37, 42, 46, 47, 57, 71, 94, 99
	5. Procurar NOCs actualizadas sobre o tema proposto e avaliar a sua credibilidade (por ex. AGREE II). Determinar se a(s) NOC(s) existente(s) pode(m) ser adaptada(s) ou se existe a necessidade de uma NOC inteiramente nova. Ver também o tópico 10.	20, 32-39, 42, 43, 45, 47, 56, 57, 71, 99
	6. Averiguar da necessidade ou oportunidade de uma parceria com outras organizações que elaborem NOCs e determinar se se justifica um esforço colaborativo para a elaboração da NOC ou de parte dela.	3, 11, 32, 33, 37, 41, 45
	7. Executar um teste sobre o tópico da NOC em termos de investigar possíveis obstáculos à sua implementação e barreiras à mudança (por ex. se depois de elaborada a NOC esta trará benefícios para a saúde, se a implementação das recomendações é exequível, se existem recursos disponíveis para a mesma).	1, 3, 9, 20, 23, 32, 33, 35, 37, 39, 42-47, 56, 57, 71, 94
	8. Seleccionar ou providenciar um método de consenso para a definição de prioridades e do tópico seleccionado (por ex. votação, método de Delphi). Ver também tópico 4.	20, 33, 37, 42, 43, 71, 87
	9. Para assegurar a transparência, documentar os processos utilizados para a definição de prioridades e para a selecção do tópico.	20, 33, 35, 37, 42, 43, 71, 87

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
<b>3. Membros do grupo da NOC</b>		
	1. De forma a preencher as vagas necessárias no grupo, procurar uma representação multidisciplinar para o grupo de elaboração da NOC, incluindo elementos do público-alvo da NOC, doentes, prestadores de cuidados, clínicos de primeira linha, especialistas sobre o tema, peritos em metodologia e economia da saúde (por ex. grupo de trabalho, painel de recomendações). Ver também tópico 6.	1-3, 5, 7, 20, 33-35, 37-47, 56, 57, 72, 86
	2. Decidir sobre os métodos de recrutamento de elementos para o grupo de elaboração da NOC (por ex. publicidade alargada, concurso através de entrevista).	3, 5, 33-35, 37, 41-43, 56, 72, 88
	3. No painel de recomendações conseguir em relação ao tópico um equilíbrio apropriado entre peritagem e representatividade (por ex. especialistas e clínicos de cuidados de saúde primários que formam o público-alvo; e género e distribuição geográfica dos membros do painel) que pode ser iterativo caso exista necessidade de novos membros como público-alvo ou os temas da NOC sejam actualizados. Ver também tópico 5.	1, 3, 5, 7, 20, 32-34, 37-39, 41-45, 57, 72, 88
	4. Considerar a dimensão óptima para o grupo de elaboração da NOC, especialmente para o painel de recomendações (por ex. se for pequeno demais o grupo pode não ter experiência suficiente do tema, especialistas no tema ou representação multidisciplinar; se for muito grande, pode não ser suficientemente coeso para haver uma boa interacção dentro do grupo).	2, 3, 5, 7, 20, 33, 37, 39, 42-45, 56, 72, 88
	5. Delinear funções para cada elemento do grupo e tarefas pelas quais serão responsáveis (por ex. criar uma equipa de redactores, escrever as actas das reuniões e documentar as decisões tomadas, providenciar aconselhamento metodológico, conduzir revisões sistemáticas e obter outra evidência, dar a perspectiva dos doentes e obter a perspectiva de especialistas).	3, 5, 7, 20, 32-34, 37-40, 42-45, 56, 72, 88
	6. Seleccionar o(s) líder(es) do grupo que tenha(m) experiência em facilitação de funcionamento de grupos, manutenção de dinâmicas construtivas, identificação e resolução de conflitos mantendo a neutralidade e a objectividade e com perícia metodológica e de conteúdo.	2, 3, 5, 7, 20, 32, 33, 37-39, 41-45, 56, 72, 88
	7. Para garantir transparência, deve ser documentado o processo utilizado para seleccionar os membros do grupo de elaboração da NOC e as funções respectivas.	1, 2, 5, 32, 33, 37, 42, 43, 45, 46, 72, 88
<b>4. Definição dos processos de funcionamento do grupo da NOC</b>		
	1. Estabelecer com que frequência terão lugar as comunicações com o painel de recomendações e outros grupos, estabelecer quem fica responsável por efectuar as marcações dessas reuniões e considerar quando deve existir um desvio deste protocolo.	3, 5, 20, 32, 33, 37, 42-44, 56, 72, 88
	2. Definir as expectativas e consciencialização do funcionamento dos processos de grupo através de introdução, treino e suporte dos membros do grupo de elaboração da NOC (por ex. criando condições óptimas para a discussão em grupo e respectiva tomada de decisões).	2, 3, 7, 20, 32, 39, 43, 45, 47, 56, 63, 72, 88
	3. Como parte do treino para o grupo de elaboração da NOC garantir que todos os elementos compreendem os processos e métodos propostos e que é necessária a sua adesão aqueles (por ex. métodos de consenso que podem ser utilizados, votação anónima ou não, avaliação da evidência, discussão em grupo e sugestões dos vários elementos).	3, 20, 32, 39, 43-45, 47, 56, 63, 72, 74, 88

(continua)



Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	4. Optimizar as condições para que todos os elementos do grupo tenham igual oportunidade de contribuir com ideias para o projecto e que todas as ideias e argumentos sejam tidos em consideração (por ex. durante as reuniões do grupo, as tomadas de decisão e a formulação das recomendações).	2, 3, 7, 32, 33, 43, 45, 47, 56, 63, 72, 74, 88
	5. Definir os métodos de resolução de conflitos e disputas entre elementos do grupo, assim como eventuais disfunções nos seus processos de funcionamento.	32, 33, 44, 45, 47, 56, 63, 74, 88
	6. Criar oportunidades para a discussão e retro informação acerca do processo de funcionamento do grupo no projecto de desenvolvimento da NOC.	E, 43
	7. Estabelecer um método para a circulação estruturada e atempada - assim como o arquivo - dos documentos usados e produzidos na criação da NOC.	32, 39, 42, 44, 56, 88
	8. Definir um quórum para as reuniões (por ex. 75% do grupo tem de estar presente para formular recomendações), ainda que na expectativa de que, dentro do possível, todos os elementos estejam presentes na totalidade das reuniões.	20, 32, 33, 37, 42
	9. Definir e planear atempadamente horários e locais para reuniões (virtuais ou presenciais) e preparar uma agenda de trabalhos específica para cada uma delas.	5, 20, 33, 37, 39, 42, 44, 45, 47, 56, 72, 88
	10. Manter um registo de todas as reuniões através de actas (por ex. quem esteve presente, qual foi a agenda de trabalhos, que decisões foram tomadas, quais serão os próximos passos a seguir) e determinar se as actas devem estar disponíveis publicamente, ou apenas internamente para os elementos do grupo.	5, 20, 32, 42, 44, 88
<b>5. Identificação do público-alvo e da selecção dos temas</b>		
	1. Identificar, definir e/ou rever qual o público-alvo primário (por ex. médicos de cuidados primários, gestores de saúde) e o secundário (por ex. administradores hospitalares) e determinar a quantos públicos a NOC pode chegar.	1, 2, 7, 20, 23, 32, 35, 37-39, 42, 44, 45, 47, 66, 86
	2. Consultar as partes interessadas acerca dos públicos-alvo seleccionados, para assegurar que são adequados aos temas da NOC e que nenhum é esquecido. Ver também o tópico 6.	20, 39, 44, 86
	3. Estabelecer um método e critérios para gerar e priorizar uma lista de temas possíveis a serem incluídos na NOC (por ex. quando a evidência científica é mais confusa ou controversa, quando existe incerteza ou inconsistência na prática clínica, ou quando existem questões sobre rastreio, diagnóstico e tratamento).	3, 8, 20, 32-34, 36-39, 42-45, 47, 56, 57, 66, 87
	4. Consultar as partes interessadas para garantir que todos os temas relevantes para a NOC foram identificados e correspondem às necessidades do(s) público(s)-alvo. Ver também o tópico 6.	3, 20, 33, 36, 37, 39, 42-44, 87, 93
	5. Seleccionar ou criar um método de consenso a ser utilizado pelo grupo para determinar quais os tópicos finais a serem abordados pela NOC (por ex. método de Delphi, técnica de grupo nominal).	37, 42, 56, 87
	6. De forma a garantir transparência, documentar os processos utilizados para identificar o(s) público(s)-alvo e a selecção dos tópicos da NOC.	1, 23, 33, 37, 39, 44, 66, 86, 87

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
<b>6. Envolvimento de consumidores e de partes interessadas</b>		
	1. Identificar os intervenientes apropriados para envolver e consultar durante o desenvolvimento da NOC, de forma a incorporar a perspectiva de todos os que podem ser afectados por ela (por ex. grupos profissionais, gestores da saúde, decisores de políticas, representantes da indústria).	1-3, 33, 35, 37-39, 43, 44, 46, 47, 56, 57, 60, 64, 72, 94
	2. Identificar quais os consumidores apropriados para envolver e consultar durante a elaboração da NOC (por ex. doentes individuais, prestadores de cuidados não reembolsados, membros do público como potenciais doentes e financiadores do sistema de saúde através de impostos, organizações comunitárias que representam os direitos dos doentes, e representantes dos doentes e dos prestadores de cuidados).	1-3, 7, 35, 38, 39, 43-46, 56, 60, 64, 72, 93
	3. Estabelecer métodos para o envolvimento de consumidores e partes interessadas e manter um registo destas (por ex. envolver directamente os consumidores e partes interessadas nas reuniões do painel de recomendações, divulgar reuniões e sessões de trabalho exclusivas para consumidores e partes interessadas, distribuir documentação e <i>feedback</i> por via electrónica, garantir um período para revisão e <i>feedback</i> dos documentos).	2, 3, 5, 7, 33, 35, 37-39, 42-44, 46, 47, 56, 60, 64, 72, 93, 94
	4. Fornecer informação (por ex. sobre sessões de treino e introdução) aos consumidores e partes interessadas directamente envolvidos no painel de recomendações para clarificar funções e maximizar as suas contribuições (por ex. informação sobre como avaliar objectivamente a evidência e evitar recomendações baseadas em interesses próprios).	2, 3, 7, 43, 44, 64, 72, 93, 94
	5. Determinar funções, tarefas e prazos para consulta com os consumidores e partes interessadas que não estejam directamente envolvidos no painel de recomendações (por ex. determinar momentos de avaliação específicos de cumprimento de objectivos durante o desenvolvimento da NOC, incluir oportunidades para discussão de prioridades, sugestão de tópicos a abordar, identificação do público-alvo, identificação de resultados importantes para os doentes, identificação de nova evidência científica, alerta para eventuais consequências que o painel não tenha previsto e revisão do último esboço da NOC).	3, 7, 35, 38, 39, 43, 44, 46, 47, 64, 72, 79, 94
	6. Criar ou adoptar fichas específicas para o comentário e retro-informação dos consumidores e partes interessadas durante a consulta, com instruções claras e módulos de treino para garantir <i>feedback</i> eficaz.	33, 42, 43, 44, 94
	7. Permitir tempo suficiente aos consumidores e partes interessadas para <i>feedback</i> e consulta.	33, 44, 64, 94
	8. Estabelecer um processo estruturado para lidar com retro-informação dos consumidores e partes interessadas e as suas diferentes perspectivas (por ex. garantir que as diferentes opiniões são tidas em consideração na tomada de decisões, relatar qual o racional que esteve na base das decisões tomadas, garantir uma ferramenta para que as partes interessadas possam recorrer das decisões tomadas, publicar os comentários feitos e a reposta dada pelo painel de recomendações).	33, 42, 43, 45, 64, 79, 94
	9. De forma a garantir uma metodologia transparente, documentar os métodos de selecção e recrutamento dos consumidores e partes interessadas para o painel de recomendações e o envolvimento e consulta feita com outros consumidores ou partes interessadas.	1, 33, 42, 44, 46, 64, 72, 94

(continua)



Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
<b>7. Considerações sobre conflitos de interesse</b>		
	1. Criar uma política de declaração de conflito de interesses para todos os participantes no grupo de desenvolvimento da NOC aquando da sua admissão, incluindo os potenciais membros do painel de recomendações antes do seu envolvimento (por ex. que interesses devem ser divulgados [por ex. financeiros, intelectuais, académicos/clínicos, interesses competitivos de uma sociedade profissional]).	2, 3, 5, 7, 20, 33, 35, 37-39, 41-46, 56, 58, 62, 66, 73, 89
	2. Criar uma política para determinação dos conflitos de interesse e uma abordagem para a recolha e actualização das declarações de conflitos de interesse (por ex. como e qual o nível financeiro de interesses a declarar, qual deve ser o prazo de cobertura da declaração, quem decide o que pode constituir um conflito de interesse).	2, 3, 5, 7, 20, 33, 35, 37, 39, 41-46, 56, 58, 62, 66, 73, 89
	3. Fornecer instruções claras e sessões de treino aos potenciais elementos do grupo de desenvolvimento da NOC sobre como preencher o formulário de declaração de interesses, incluindo uma lista dos elementos que têm interesses a declarar e de que tipo são estes (incluir exemplos).	3, 7, 20, 33, 37, 39, 41-46, 56, 58, 62, 66, 73, 89
	4. Criar uma política para lidar com os conflitos de interesse (por ex. permitir que elementos com conflitos de interesse participem no desenvolvimento da NOC mas excluí-los de votações sobre recomendações relacionadas com as suas áreas de conflito de interesse; garantir que o presidente do painel de recomendações não tem conflitos de interesse; garantir que os sumários sobre evidência são preparados por metodologistas sem conflitos de interesse).	2, 3, 5, 7, 20, 33, 35, 37, 39, 41-46, 56, 58, 62, 66, 73, 89
	5. Definir uma política para a gestão dos conflitos de interesse relacionados com o financiamento das actividades de elaboração da NOC (por ex. defender financiamento público, recusar patrocínios comerciais, aceitar patrocínios comerciais apenas de entidades não relacionadas com os temas da NOC, aceitar patrocínios comerciais apenas para actividades não directamente relacionadas com as recomendações como traduções, não aceitar um financiador único).	1, 45, 46, 60, 73, 89
	6. Divulgar e publicar as fontes de financiamento e descrever o papel dos patrocinadores e o suporte fornecido para o desenvolvimento da NOC.	1-3, 20, 23, 38, 45, 46, 56, 57, 60, 83, 89
	7. Descrever, publicar e divulgar explicitamente os conflitos de interesse dos elementos do grupo de elaboração da NOC, particularmente quando ponham em causa recomendações específicas.	1-3, 5, 7, 20, 23, 35, 37, 39, 42-46, 56, 57, 62, 83, 89
<b>8. Definição do problema</b>		
	1. Estabelecer os métodos para construir as perguntas a responder pela NOC, priorizá-las e seleccionar e hierarquizar resultados.	2, 3, 5, 8, 20, 33, 35-39, 42-45, 47, 56, 57, 60, 66, 75, 90
	2. Criar e documentar as questões-chave (por ex. clínicas, de saúde, políticas, de custo-efectividade) a serem respondidas pela NOC utilizando um formato padrão (por ex. PICO [paciente/problema, intervenção, comparação, resultado (outcome)]). Se não for exequível responder a todas as perguntas (por ex. por limite de tempo ou de recursos) determinar os critérios pelos quais as questões a responder serão priorizadas (por ex. por consulta com os especialistas e partes interessadas do painel de recomendações).	1-3, 5, 8, 20, 33-39, 42-45, 47, 56 57, 60, 66, 75, 90
	3. Descrever explicitamente a população a quem a NOC é suposto aplicar-se. Tomar em consideração as características específicas da população, tais como a prevalência de múltiplas co-morbididades, enquadramento geográfico e diferenças de equidade (por ex. razões plausíveis para antever diferentes efeitos relativos entre populações com diversos níveis económicos).	1-3, 5, 9, 20, 23, 32, 33, 41-45, 48, 51-54, 57, 73, 87

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	4. Determinar se é ou não necessária a aprovação das entidades reguladoras para intervenções relacionadas com a NOC (por ex. para NOCs internacionais isto pode não ser relevante, na medida em que esta regulação pode não estar disponível ou presente em todos os países-alvo da NOC).	3, 20, 32, 39, 42, 45, 46, 81, 94
	5. Descrever explicitamente a(s) intervenção(ões) e o(s) comparador(es) a ser(em) considerado(s) na NOC e desenvolver um quadro analítico que demonstre as relações entre intervenções e os seus resultados. Identificar a necessidade de inclusão de múltiplos comparadores (nos casos de tratamento).	2, 3, 5, 8, 20, 23, 32, 33, 35-37, 39, 42-47, 56, 76, 90
	6. Identificar os resultados importantes (por ex. resultados ao longo da evolução clínica; morbilidade, qualidade de vida, mortalidade), incluindo os efeitos desejáveis (por ex. benefícios, diminuição da carga da doença, poupanças) e os indesejáveis (por ex. dano, carga, custos financeiros e diminuição da autonomia do doente). Não ignorar resultados importantes para os quais possa existir ausência de evidência científica.	1-3, 5, 8, 20, 32, 33, 35-39, 42-47, 56, 75, 90
	7. Determinar o contexto (por ex. país, hospitais) ou incluí-lo nas considerações sobre a população (por ex. população tratada em hospitais terciários).	3, 20, 37, 42, 43, 45, 47, 66, 75, 90
	8. Exigir a preferência por resultados importantes para o paciente em vez de resultados substitutivos. Considerar a importância destes em situações causais em que exista falta de informação sobre resultados importantes para o paciente.	3, 5, 8, 20, 37, 39, 42, 43, 47, 75, 90
	9. Hierarquizar a importância relativa dos resultados, tomando em consideração os valores e preferências da população-alvo.	3, 5, 20, 33, 35, 37, 39, 42, 44, 45, 75, 90
	10. Determinar ou desenvolver um processo para determinar <i>a priori</i> a magnitude do efeito de cada um dos resultados considerado importante para a população-alvo.	5, 90
	11. Envolver todos os elementos do grupo de elaboração da NOC e consultar consumidores e partes interessadas de forma a garantir uma representação alargada da população-alvo na formulação das questões a responder e na selecção e hierarquização dos resultados mais importantes.	3, 20, 37, 39, 42, 45, 72, 75, 94
	12. De forma a garantir a transparência da metodologia utilizada, deve ser documentada a formulação de questões a responder pela NOC, assim como a sua priorização, a selecção e hierarquização de resultados e a consulta por parte de consumidores e partes interessadas.	20, 33, 42, 45, 66, 90
	13. Para ajudar a dirigir a revisão da evidência, deve ser garantido que o protocolo da NOC delineia a população-alvo, a condição-alvo, os resultados e as questões-chave consideradas.	1, 2, 5, 23, 33, 35, 42, 44, 66, 90
<b>9. Consideração sobre a importância dos resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades</b>		
	1. Decidir se a importância relativa dos resultados e intervenções, valores, preferências ou utilidades dos consumidores e partes interessadas (por ex. doentes e público-alvo) para servir de base a decisões e deliberações durante o desenvolvimento da NOC será suscitada directa ou indirectamente (por ex. revisão da literatura publicada <i>versus</i> consulta aos consumidores).	1-3, 5, 7, 20, 33, 35, 37, 43-46, 56, 72, 79, 93
	2. Estabelecer os métodos de consulta com os consumidores e partes interessadas de forma a obter informação sobre a importância relativa dos resultados e intervenções, valores, preferências ou utilidades (por ex. envolvimento dos consumidores no painel de recomendações, sondagens ou grupos focais com representação alargada dos consumidores).	3, 7, 43, 44, 79, 93

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	3. Determinar se será utilizada uma abordagem estruturada para avaliar a confiança (i.e. a qualidade da evidência) na importância das classificações, valores, preferências e utilidades obtidas.	E, 79
	4. Determinar se alguma modulação será utilizada para integrar a importância relativa dos resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades e de que forma será feita essa modelação.	E, 8, 79
	5. Determinar qual(is) a(s) perspectiva(s) a ter em consideração aquando da recolha de informação sobre a importância relativa de resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades e aquando da tomada de decisões e formulação de recomendações (por ex. doentes, público, sociedade, clínicos).	7, 20, 37, 79, 93
	6. Pensar e documentar quais as abordagens utilizadas para a resolução de conflitos de classificação sobre a importância relativa de resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades (por ex. doentes <i>versus</i> prestadores de cuidados ou profissionais de saúde, doentes <i>versus</i> público).	5, 37, 44, 79, 93
	7. De forma a garantir uma metodologia explícita e transparente, documentar a forma sobre como foi obtida a informação da importância relativa de resultados e intervenções, valores, preferências e utilidades.	1, 5, 35, 43, 44, 72, 79, 93
	8. Documentar as considerações éticas especiais que algumas recomendações possam ter em relação a grupos particulares de doentes ou patologias (por ex. doentes idosos, doenças raras, doentes afectados por desigualdades de saúde).	93
	9. Decidir como levar em linha valores éticos ou morais ao formular recomendações de cuidados de saúde (por ex. considerar convicções religiosas, sociais ou culturais).	102
<b>10. Decidir que evidência científica incluir e como pesquisá-la</b>		
	1. Seguir a metodologia de uma revisão sistemática (revisão sistemática completa ou uma revisão sistemática rápida, dependendo do tópico da NOC e do enquadramento organizacional) ou, caso não seja seguida esta metodologia, fornecer o racional pelo qual tal não aconteceu.	1-3, 5, 8, 20, 32-47, 56, 57, 77, 92
	2. Desenvolver um protocolo para localizar, seleccionar e sintetizar a evidência (por ex. conduzir uma pesquisa de revisões sistemáticas publicadas, conduzir uma nova revisão sistemática e pesquisar a literatura cinzenta) e determinar quais os tipos de evidência a incluir (por ex. bases de dados pesquisadas, tipos de estudos, critérios de inclusão e exclusão, pesquisa de estudos particulares sobre efeitos adversos ou retirar informação sobre efeitos adversos de estudos sobre benefícios).	1-3, 5, 8, 20, 23, 32-47, 56, 57, 77, 90
	3. Decidir quem irá desenvolver as estratégias de pesquisa e quem a efectuará e seleccionará (por ex. grupo de trabalho do grupo de elaboração da NOC, contratualização de agência externa, colaboração entre o grupo de elaboração e a agência externa).	3, 5, 20, 32-35, 42-45, 56, 77, 88
	4. Utilizando uma ferramenta validada, avaliar criticamente as revisões sistemáticas seleccionadas para inclusão, para garantir que possuem qualidade adequada e apropriada para utilização na NOC.	3, 5, 8, 20, 34-39, 42-45, 56, 77, 92
	5. Se uma revisão sistemática existente for actualizada ou necessitar de actualização, determinar como será incluída a nova evidência científica e como serão contactados e eventualmente incluídos no projecto de actualização os autores da revisão original.	37, 45, 57, 92

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	6. Se for necessária elaborar uma revisão sistemática de raiz, determinar se estão disponíveis os recursos necessários (por ex. tempo e financiamento) para criar uma revisão sistemática completa.	37, 39, 45, 77
	7. Se os recursos forem limitados, considerar a utilização de uma metodologia rápida de avaliação, que deve ser explicitamente descrita incluindo destaque sobre as suas limitações, incertezas e a necessidade e urgência em conduzir uma revisão sistemática completa.	32, 37, 45, 77
	8. Estabelecer os métodos para identificar evidência adicional e dados não publicados (por ex. obter sugestões dos membros do painel de recomendações, consultar as partes interessadas).	32, 33, 35, 42, 47, 77, 90
	9. Definir uma norma para lidar com a contribuição de peritos (i.e. a opinião de peritos não constitui evidência <i>per se</i> e não deve ser utilizada como tal; em vez disso, a experiência e observações que suportam a opinião de peritos devem ser descritas, identificadas e, se possível, avaliadas de forma sistemática e transparente (por ex. no quadro conceptual).	3, 32, 34, 35, 76
	10. De forma a garantir uma metodologia transparente e explícita, documentar e publicar o método de pesquisa e selecção de evidência, os critérios de elegibilidade, a variedade de evidência incluída e as estratégias de pesquisa utilizadas.	1, 2, 20, 23, 32, 33, 35, 37, 39, 42, 46, 47, 57, 92
<b>11. Resumir a evidência e considerar informação adicional</b>		
	1. Resumir a evidência através de um sumário conciso (por ex. tabelas de evidência, perfil da evidência ou tabela de dados) da melhor evidência científica sobre cada resultado importante, incluindo a precisão de cada teste diagnóstico, benefícios antecipados, danos, recursos (custos), classificação da qualidade da evidência e um sumário sobre a estimativa do efeito relativo e absoluto de cada resultado.	1, 3, 5, 8, 20, 23, 32-39, 42-47, 77, 92
	2. Fornecer um resumo da informação adicional necessária para as recomendações (por ex. sumário narrativo qualitativo, tabela de evidência) incluindo valores e preferências, factores que possam modificar os efeitos esperados, necessidade (prevalência, risco ou estado basal), efeitos na equidade, exequibilidade e disponibilidade de recursos.	1-3, 5, 8, 20, 33-35, 37, 39, 42-45, 57, 65, 66, 77, 80-82, 91, 93
	3. Estabelecer métodos para obter informação sobre a utilização de recursos e o custo (por ex. pesquisar avaliações económicas existentes, desenvolver modelos económicos, realizar análises de custo-efectividade).	1-3, 5, 8, 20, 33, 35, 37, 39, 42-47, 80, 91
	4. Identificar os custos, utilização dos recursos e, quando aplicável, custo-efectividade e descrever a natureza dos custos (doentes, comunidade, sociedade) (por ex. considerações sobre a sua acessibilidade, estimativas sobre o seu uso e custos de aquisição directamente ponderados contra a evidência dos benefícios e danos da intervenção).	1-3, 5, 8, 20, 33, 35, 37, 39, 42-47, 80, 91
	5. De forma a garantir uma metodologia transparente, documentar de que forma será incorporada a informação adicional no documento da síntese da evidência científica (por ex. consenso formal sobre os valores dos doentes, consensos sobre questões de equidade, análise económica formal, considerações qualitativas sobre a utilização desagregada de recursos).	3, 5, 8, 20, 23, 33-35, 37, 39, 42, 44-47, 77, 81, 91, 93
	6. Proporcionar treino sobre o uso de tabelas de evidência e oportunidades de discussão, de forma a garantir que todos os elementos do painel de recomendações se encontram familiarizados com as tabelas e as utilizam de maneira apropriada.	44, 70, 88

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	7. Para além do sumário da evidência, disponibilizar ao painel de recomendações as revisões sistemáticas completas, os estudos originais e as restantes fontes de evidência de forma a produzir deliberações informadas (por ex. criar um <i>website</i> colaborativo, ou disponibilizar em reuniões científicas as fontes de evidência, ou disseminá-las por via electrónica.	44, 77
<b>12. Avaliar a qualidade, força ou grau de certeza do conjunto da evidência</b>		
	1. Seleccionar um quadro que delineie quais os critérios a serem utilizados na classificação da qualidade da evidência científica (por ex. GRADE, US Preventive Services Task Force). Evitar modificar as ferramentas de avaliação.	2, 3, 5, 8, 20, 32-37, 39-47, 56, 78, 92
	2. Decidir quem será responsável pela avaliação da qualidade da evidência (por ex. metodologistas do grupo de trabalho sem conflitos de interesse).	20, 34, 39, 43, 44, 97
	3. Avaliar a qualidade da evidência científica para cada resultado importante.	5, 8, 20, 33, 35, 36, 39, 42, 44, 45, 78, 92
	4. Avaliar a qualidade global da evidência (por ex. evidência de pior qualidade de resultados avaliados como muito importantes ou críticos, ou de elevada qualidade quando todos os resultados apontam no mesmo sentido).	5, 8, 20, 32, 33, 35-37, 39, 42, 44-47, 56, 78, 92
	5. Descrever a qualidade da evidência avaliada para os resultados e o conjunto de evidência.	2, 8, 20, 32, 36, 37, 39, 44-46, 83, 97
	6. De forma a garantir uma metodologia transparente, documentar a avaliação feita sobre a qualidade da evidência utilizada.	2, 5, 20, 32, 33, 35, 37, 39, 42, 44-47, 78, 92
<b>13. Formulação de recomendações e determinação da respectiva força</b>		
	1. Utilizar um quadro que delineie os factores a serem considerados, de forma a chegar a uma recomendação.	1, 3, 5, 8, 23, 32-39, 42-47, 56, 57, 78, 96
	2. Planear e partilhar com os participantes os detalhes logísticos da(s) reunião(ões) de consenso durante a(s) qual(is) as recomendações serão formuladas, incluindo a distribuição dos documentos necessários para a reunião (por ex. sumários de evidência, tabelas de evidência para as recomendações), a preparação da agenda de trabalhos da(s) reunião(ões) e a selecção do método de consenso a utilizar (por ex. método de Delphi, técnicas de grupos nominais).	5, 34, 45, 47, 56
	3. Rever os factores que influenciam a formulação das recomendações, incluindo em que sentido apontam e qual a sua força (por ex. os tipos de evidência e informação relevante para a análise, com especial atenção para o balanço entre efeitos desejáveis e não desejáveis retirados da análise da qualidade da evidência, a magnitude da diferença entre benefícios e danos, a certeza ou variabilidade de valores e preferências, utilização de recursos, equidade e outros factores).	1-3, 5, 8, 20, 23, 32, 35-39, 42-45, 47, 57, 65, 78, 96
	4. Se aplicável, criar disposições especiais para a formulação de recomendações em situações em que a evidência é insuficiente ou de muito baixa qualidade (por ex. recomendações condicionadas, com descrição transparente do racional escolhido; nenhuma recomendação se o painel de achar que existe um risco considerável de a sua decisão estar errada; recomendações de que a intervenção em causa deve ser usada num contexto de investigação, complementado com a melhor opção de tratamento existente até que nova evidência esteja disponível).	8, 20, 33, 35, 37, 39, 42, 44, 45, 96

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	5. Criar disposições especiais para recomendar investigação ulterior e decidir sobre onde as relatar (por ex. no apêndice da NOC, sugerir as questões específicas para a investigação, resultados a medir importantes para o paciente e que outros aspectos importantes de pesquisa são necessários de forma a reduzir a incerteza sobre os benefícios e/ou efeitos indesejáveis da intervenção).	8, 39, 42-45, 85, 96
	6. Formular as recomendações e sumarizar o racional por detrás de cada uma delas (por ex. de forma narrativa ou numa tabela), incluindo detalhes sobre as decisões tomadas pelo painel de recomendações, demonstrando claramente qual o elo de ligação entre a recomendação feita e a respectiva evidência científica de suporte.	1, 3, 8, 20, 23, 33, 35, 42-46, 83, 96, 97
	7. Seleccionar um método para avaliar a força das recomendações formuladas, de modo a informar o público-alvo da NOC sobre o nível de confiança do painel de recomendações na força das mesmas.	2, 3, 5, 8, 20, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 43-47, 56, 78, 96
	8. Seleccionar um método de consenso a ser utilizado pelo painel de recomendações aquando da avaliação da força das recomendações (por ex. método de Delphi, técnicas de grupos nominais, voto).	5, 20, 37, 43-45, 88
	9. Fornecer sugestões sobre se as recomendações são apropriadas como medidas de desempenho ou critérios de qualidade (por ex. opções de gestão associadas a recomendações fortes baseadas em evidência de elevada ou moderada qualidade são particularmente boas candidatas a critérios de qualidade; quando uma recomendação é fraca, discutir com os doentes as possibilidades de estratégias alternativas e a documentação apropriada desta interacção pode tornar-se ela própria um critério de qualidade).	3, 9, 20, 33, 56, 96
	10. De forma a garantir uma metodologia transparente e explícita, documentar todas as decisões tomadas durante a formulação das recomendações e avaliação da sua força.	1-3, 5, 20, 23, 32, 33, 35-37, 43, 45-47, 57, 83, 96
<b>14. Redacção das recomendações e considerações sobre a sua implementação, exequibilidade e equidade</b>		
	1. Decidir sobre a redacção normalizada das recomendações, de forma a garantir clareza e manter a consistência ao longo da NOC. Evitar texto que seja vago ou pouco específico.	1-3, 5, 8, 20, 32, 33, 37, 39, 42, 45-47, 56, 96
	2. Escrever a recomendação para que seja facilmente posta em prática. Fornecer informação suficiente para que não seja necessário aos utilizadores da NOC utilizar outro material para compreender a recomendação.	1-3, 8, 20, 23, 32, 37, 39, 42, 45, 46, 56, 83, 97
	3. Fornecer uma direcção clara (ou ajuda à interpretação) para descrever a implicação que a força da recomendação tem para os clínicos, doentes, decisores de políticas e outros públicos-alvo.	8, 20, 23, 32, 33, 37, 39, 47, 56, 96
	4. Indicar na recomendação a população-alvo a quem a recomendação é aplicável, bem como abordagens ou intervenções alternativas.	8, 20, 23, 32, 33, 37, 42, 56, 96, 97
	5. Incluir comentários que descrevam o contexto, a exequibilidade e a aplicabilidade da recomendação e realçar considerações-chave como problemas de equidade e condições especiais que se possam aplicar à recomendação (por ex. condições que se possam aplicar a uma subpopulação específica, tipos específicos de intervenção, certos valores e preferências, quando determinados recursos estão disponíveis).	3, 5, 8, 20, 23, 32, 33, 37, 42, 56, 57, 65, 79, 81, 82, 96
	6. Relatar a qualidade da evidência científica e a força da recomendação juntamente com a própria recomendação.	3, 8, 23, 32, 33, 37, 43, 45-47, 56, 83

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, referência bibliográfica	número da
	7. Definir qual a metodologia a ser utilizada pelo grupo para obter consenso sobre a redacção final da recomendação (por ex. revisão e aprovação, consenso formal).	5, 20, 45, 46, 56, 96	
	8. Publicar as recomendações de uma forma que seja compreensível e clara (por ex. evitar incluir as recomendações numa redacção com parágrafos muito longos, agrupar as recomendações num sumário).	1, 3, 8, 39, 42, 44, 56, 97	
<b>15. Publicação e revisão por pares</b>			
	1. Desenvolver ou adaptar um formato padrão para a publicação da NOC, com uma estrutura, cabeçalho e conteúdo próprios.	5, 23, 34, 35, 37-46, 56, 58, 83, 97	
	2. Decidir sobre qual(is) o(s) formato(s) a ser(em) preparado(s) como produto(s) da NOC (por ex. NOC completa, NOC completa com relatório técnico/revisão sistemática, NOC sumária para clínicos ou decisores de políticas, versão para pacientes/doentes) que esteja em concordância com o plano de disseminação. Ver também o Tópico 16.	3, 9, 20, 32, 34-37, 39-46, 56, 57, 83, 97	
	3. Decidir sobre quem será responsável por redigir as partes constituintes da NOC (uma subcomissão do grupo de elaboração) e decidir sobre a autoria (por ex. autores individuais, a organização como autora, grupo de trabalho como autor). Ver também o Tópico 1.	5, 20, 32, 33, 35, 37, 39, 42, 44, 45, 57, 97	
	4. Efectuar uma revisão do rascunho final do(s) documento(s) da NOC, em que possam participar todos os elementos do grupo de elaboração e em que seja garantido tempo suficiente para comentários, edição e revisão de conteúdos.	5, 32, 33, 42, 43, 45, 85, 97	
	5. Garantir aprovação por parte de todos os elementos do grupo de elaboração da NOC sobre o(s) documento(s) final(is).	3, 5, 32, 35, 36, 42, 45, 46, 56, 72	
	6. Iniciar o processo de revisão por pares da organização (por ex. internamente)	5, 9, 32-37, 41-45, 56, 85, 97	
	7. Decidir sobre o(s) método(s) de revisão externa por pares de forma a rever o(s) documento(s) final(is) em relação à precisão, aspectos práticos, clareza, organização e utilidade das recomendações, bem como incorporar perspectivas importantes que o grupo de elaboração da NOC não tenha abordado (por ex. revisão por pares convidados, período de consulta pública com incorporação de comentários e respostas do grupo de trabalho de NOC, revisão por pares por parte das revistas profissionais).	1-3, 5, 9, 32-35, 37-46, 56, 57, 70, 85, 97	
	8. Documentar os processos internos e externos de revisão por pares e, se aplicável, publicar os comentários realizados e a resposta dada pelo grupo de elaboração da NOC.	2, 9, 23, 32-34, 41-43, 45, 46, 56, 85, 97	
<b>16. Disseminação e implementação</b>			
	1. Preparar um plano activo de disseminação que incorpore várias abordagens, de forma a aumentar a adopção da NOC (por ex. disponibilização online, criação de relações com elementos dos sistemas de saúde que sejam responsáveis pela divulgação e implementação de NOCs para aumentar a sua adesão, realização de conferências de imprensa, desenvolvimento de estratégias de divulgação nos meios de comunicação social, divulgação da NOC em reuniões científicas de sociedades profissionais, publicação da NOC em revistas científicas que sejam acedidas pelo público-alvo).	3, 5, 9, 20, 34-40, 42, 44-47, 56, 57, 84, 98	

(continua)



Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	2. Desenvolver ou adaptar ferramentas, suportes ou produtos derivados que dêem orientação sobre como as recomendações podem ser implementadas na prática (por ex. desenvolver aplicações móveis, integrar a NOC em sistemas de suporte à decisão clínica, tornar a NOC adaptável como um recurso educativo para o público-alvo).	1, 3, 5, 9, 20, 23, 32, 35-37, 41-46, 82, 97
	3. Estabelecer definições para adaptações da NOC e fornecer instruções específicas sobre como os seus utilizadores finais que a queiram adaptar a outros contextos o possam fazer de forma sistemática e transparente (por ex. modificar uma recomendação com base nos recursos locais e risco de base, implicações que se desviam das orientações fornecidas pelo painel de recomendações).	1, 44-47, 82, 99
	4. Definir regras e regulamentos para traduções da NOC para outras línguas (por ex. permitir traduções por parte de organizações externas após aprovação por parte do grupo de elaboração da NOC, incluir elementos no grupo de trabalho responsável pela tradução).	41, 45, 99
<b>17. Avaliação e utilização</b>		
	1. Efectuar uma avaliação interna (por ex. auto-avaliação) do processo de elaboração da NOC, incluindo a(s) reunião(ões) do painel de recomendações nas quais foram formuladas as recomendações, através da obtenção de comentários dos elementos do grupo de desenvolvimento da NOC.	E, 85
	2. Considerar um estudo piloto da NOC que envolva o público-alvo (por ex. membros do público-alvo e intervenientes que tenham participado no grupo de elaboração da NOC).	1, 23, 43, 44, 47, 85
	3. Fornecer critérios e ferramentas aos elementos do público-alvo que lhes permita monitorizar e auditar a implementação da NOC (por ex. identificar resultados que devem modificar-se pela implementação das recomendações e sugerir métodos de medida destes resultados).	1, 3, 9, 20, 23, 35, 36, 39, 42-47, 56, 57, 85, 99
	4. Fornecer suporte e ferramentas para uma avaliação prospectiva da NOC, para determinar a sua efectividade após implementação (por ex. utilizar avaliações aleatórias quando possível, mas utilizar avaliações de comparação antes e depois com cuidado, devido a incertezas relativas aos efeitos da implementação).	20, 35, 42, 44-47, 84, 85
	5. Considerar o possível envolvimento do grupo de elaboração da NOC na sua avaliação prospectiva (por ex. criar uma parceria com organizações que implementem a NOC, para planear estudos de avaliação).	3, 41, 42, 44, 45, 84, 85
	6. Planear como obter os comentários e a avaliação do público-alvo para melhoria da aplicabilidade da recomendação em versões subsequentes da NOC).	3, 20, 35, 42, 43, 47, 85, 99
<b>18. Actualização</b>		
	1. Criar normas, procedimentos e cronogramas para monitorização e revisão da NOC, para averiguar da necessidade de esta ser actualizada (por ex. actualizar a revisão sistemática a cada 3 anos para determinar se está disponível nova evidência).	1-3, 5, 9, 20, 23, 32, 35-37, 39-47, 56, 57, 61, 85, 99
	2. Decidir quem será responsável pela monitorização de rotina da literatura de forma a avaliar a disponibilidade de nova evidência (por ex. para as suas revisões periódicas considerar envolver regularmente especialistas que não tenham pertencido ao grupo de elaboração da NOC).	3, 5, 32, 37, 39, 42-45, 56, 57, 85, 99

(continua)

Completo Não aplicável	Passos para o desenvolvimento de NOCs	Fontes, número da referência bibliográfica
	3. Definir as condições que determinam a necessidade da NOC ser actualizada parcial ou totalmente (por ex. se apenas alguns tópicos de uma recomendação necessitam de ser actualizados; se a maioria das recomendações estão desactualizadas e a NOC deve ser considerada inválida; ou se novas recomendações necessitam de ser adicionadas devido a novas opções de tratamento estarem disponíveis).	2, 3, 9, 20, 35, 37, 40, 42-45, 56, 57, 61, 85
	4. Definir os parâmetros para recrutar membros para o grupo de elaboração da NOC depois de esta estar finalizada (por ex. considerar alternar os membros do grupo de elaboração a cada 1 ou 2 anos, seleccionar um novo grupo na altura da actualização, participação contínua do líder do painel de elaboração da NOC).	33, 37, 41, 42, 56, 85, 99
	5. Planear o financiamento e a logística necessária à actualização futura da NOC (por ex. assegurar financiamento contínuo, formar uma comissão de supervisão do processo de actualização).	44, 85
	6. Documentar o plano e os métodos propostos para actualizar a NOC, de modo a garantir que são seguidos.	1, 23, 61, 44, 57

E = item obtido por consulta com um perito, GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Presidente Fraser pelo seu apoio administrativo.

Contribuições: Holger Schünemann foi o supervisor do estudo, teve acesso integral a toda a informação exposta no mesmo e assume responsabilidade total pela integridade e fiabilidade da análise da mesma. Holger Schünemann, Wojtek Wiercioch, Itziar Etxeandia, Maicon Falavigna, Reem Mustafa, Matthew Ventresca, Romina Brignardello-Petersen, Kaja-Triin Laisaar, Sérgio Kowalski, Tejan Baldeh, Yuan Zhang, Ulla Raid, Ignacio Neumann, Susan Norris, Judith Thornton, Robin Harbour, Shaun Treweek, Gordon Guyatt, Pablo Alonso-Coello, Andrew Oxman e Elie Akl contribuíram para a aquisição de toda a informação presente no estudo. Holger Schünemann e Wojtek Wiercioch desenharam o manuscrito do estudo; todos os autores fizeram uma revisão de todo o conteúdo intelectual presente no mesmo e aprovaram a versão final submetida a publicação.

"Translated with permission. The Canadian Medical Association is the copyright owner of "Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise" originally published in the CMAJ. The limited permission granted to translate into "Portuguese" does not extend to any other organization or person. The Canadian Medical Association and the authors of the original work are not responsible for the

translation and do not necessarily endorse the accuracy or quality of the translation." "Traduzido com permissão. A Canadian Medical Association é proprietária dos direitos de autor de "Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise", originalmente publicado no CMAJ. A permissão limitada concedida para tradução para língua portuguesa não se estende a qualquer outra organização ou pessoa. A Canadian Medical Association e os autores do artigo original não são responsáveis pela tradução e não endossam necessariamente a precisão ou a qualidade global da mesma."

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi apoiado por fundos da Universidade de McMaster. Holger Schünemann, Judith Thornton, Robin Harbour, Shaun Treweek, Pablo Alonso-Coello, Jan Brožek e Andrew Oxman receberam financiamento do Programa FP7 da União Europeia (bolsa número 258583) como parte do Projeto DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence).

## REFERÊNCIAS

1. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing NOC development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182:E839-42.
2. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, et al. NOCs International Network: toward international standards for clinical practice NOCs. Ann Intern Med. 2012;156:525-31.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Clinical practice NOCs we can trust. Washington: National Academies Press; 2011. [consultado

- 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13058](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058).
4. Ahmed F, Temte JL, Campos-Outcalt D, Schünemann HJ; ACIP Evidence Based Recommendations Work Group (EBRWG). Methods for developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine*. 2011;29:9171-6.
  5. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, Hirsh J, Eckman MH, Akl EA, et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis NOCs: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. *American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice NOCs*. *Chest*. 2012;141:53S-70.
  6. Oxman AD, Fretheim A, Schünemann HJ. Improving the use of research evidence in NOC development: introduction. *Health Res Policy Syst*. 2006;4:12.
  7. Eccles MP, Grimshaw J, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice NOCs: target audiences, identifying topics for NOCs, NOC group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement Sci*. 2012;7:60.
  8. Woolf S, Schünemann H, Eccles M, Grimshaw JM, Shekelle P. Developing clinical practice NOCs: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implement Sci*. 2012;7:61.
  9. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J, Schünemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice NOCs: reviewing, reporting, and publishing NOCs; updating NOCs; and the emerging issues of enhancing NOC implementability and accounting for comorbid conditions in NOC development. *Implement Sci*. 2012;7:62.
  10. Schünemann HJ, Hill SR, Kakad M, Vist GE, Bellamy R, Stockman L, et al. Transparent development of the WHO rapid advice NOCs. *PLoS Med*. 2007;4:e119.
  11. Schünemann HJ, Woodhead M, Anzueto A, Buist AS, Macnee W, Rabe KF, et al. A guide to NOCs for professional societies and other developers of recommendations: introduction to integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc*. 2012;9:215-8.
  12. Field MJ, Lohr N, editors. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice NOCs. *Clinical practice NOCs: directions for a new program*. Washington: National Academy Press; 1990. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=1626](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1626).
  13. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328:1490.
  14. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336:1049-51.
  15. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ*. 2008;336:1170-3.
  16. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, et al. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336:995-8.
  17. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-6.
  18. Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, Schünemann H, Levy MM, Kunz R, et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice NOCs when consensus is elusive. *BMJ*. 2008;337:a744.
  19. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies [published erratum in *BMJ*. 2008;24:336]. *BMJ*. 2008;336:1106-10.
  20. Haigekassa E, Ülikool T. Estonian handbook for NOCs development. Geneva: World Health Organization; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf).
  21. Yang K, Chen Y, Li Y, Schünemann HJ; Members of the Lanzhou International Guideline Symposium. Editorial: can China master the NOC challenge? *Health Res Policy Syst*. 2013;11:1.
  22. Treweek S, Oxman AD, Alderson P, Bossuyt PM, Brandt L, Brozek J, et al. Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): protocol and preliminary results. *Implement Sci*. 2013;8:6.
  23. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice NOCs: a proposal from the Conference on NOC Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139:493-8.
  24. Clinical practice NOC process manual, 2011. St. Paul: American Academy of Neurology; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.aan.com/NOCs/Home/Development>.
  25. Practice NOCs and technical standards handbook. Reston: American College of Radiology; 2011. [consultado 2013 Jun 26]. Disponível em: <http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/DevelopmentHandbook.pdf>.
  26. Policy and procedure manual for clinical practice NOCs. Atlanta: American College of Rheumatology; 2012. [consultado 2013 Jul 05]. Disponível em: [http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/NOCs/Clinical\\_Practice\\_NOCs](http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/NOCs/Clinical_Practice_NOCs).
  27. American Society of Clinical Oncology NOC procedures manual: expert panel version 4.0. Alexandria: American Society of Clinical Oncology; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://www.asco.org/sites/default/files/methodology\\_manual\\_1.25.11\\_0.pdf](http://www.asco.org/sites/default/files/methodology_manual_1.25.11_0.pdf).
  28. Overview: standard operating procedures. Linthicum: American Urological Association; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.auanet.org/common/pdf/education/NOCs-SOP.pdf>.
  29. Principles for the development of specialty society clinical NOCs. Chicago: Council of Medical Specialty Societies; 2012. [consultado 2013 Jul 05]. Disponível em: <http://www.cmss.org/DefaultTwoColumn.aspx?id=505>.
  30. Dougados M, Betteridge N, Burmester GR, Euller-Ziegler L, Guillemin F, Hirvonen J, et al. EULAR standardized operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULAR standing committees. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:1172-6.
  31. Let Evidence Guide Every New Decision (LEGEND) evidence based care NOC development and update process. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center Evidence-Based Care Group; 2006. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.cincinnatichildrens.org/service/j/anderson-center/evidence-based-care/legend>.
  32. Methodology manual and policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice NOCs. Washington: American College of Cardiology Foundation/Dallas (TX), American Heart Association; 2010. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://my.americanheart.org/professional/Statements/NOCs/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-NOCs\\_UCM\\_320470\\_Article.jsp](http://my.americanheart.org/professional/Statements/NOCs/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-NOCs_UCM_320470_Article.jsp).
  33. Canadian Task Force on preventive health care procedure manual. Edmonton: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual/>.
  34. Program in evidence-based care handbook. Hamilton: Cancer Care Ontario; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/pebc-products/>.
  35. NOCs and recommendations: a CDC primer. Atlanta: Office of the Associate Director for Science Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
  36. Davino-Ramaya C, Krause LK, Robbins CW, Harris JS, Koster M, Chan W, et al. Transparency matters: Kaiser Permanente's National NOC Program methodological processes. *Perm J*. 2012;16:55-62.
  37. US preventive services task force procedure manual. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspsf08/methods/procmanual.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspsf08/methods/procmanual.htm).
  38. Esandi ME, Luca MD, Chapman E, Ortiz Z, Schapochnik N, Otheguy L, et al. Guía para la adaptación de guías de práctica clínica. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina Buenos Aires. 2008. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/GuiadeGuias.pdf>.
  39. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20METODOLOGICA%20PARA%20LA%20ELABORACION%20DE%20GU%20C3%93N%20DE%20GU%20C3%93N%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL.pdf>.
  40. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2005. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176\\_DGSP196.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176_DGSP196.pdf).
  41. Recommendations for NOCs production. Sophia Antipolis: European

- Society of Cardiology; 2010. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.escardio.org/NOCs-surveys/esc-NOCs/about/Pages/rules-writing.aspx>.
42. The NOCs manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/the-NOCs-manual-pmg6>.
  43. SIGN 50: a NOC developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate NOCs Network; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/NOCs/fulltext/50/>.
  44. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud: manual metodológico. Zaragoza: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>.
  45. World Health Organization. Handbook for NOC development. Geneva: WHO 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf).
  46. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice NOCs. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/NOCs/publications/cp133-and-cp133a>.
  47. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice NOCs. Wellington: New Zealand NOCs Group; 2001.
  48. Clinical practice NOCs. Kuala Lumpur: Academy of Medicine of Malaysia; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.acadmed.org.my/indpor ex.cfm?&menuid=67>.
  49. Ministry of Health Labour and Welfare website. Tokyo: Ministry of Health Labour and Welfare; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.mhlw.go.jp/english>.
  50. Ministry of Health Republic of Indonesia website. Jakarta: Ministry of Health Republic of Indonesia; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.depkes.go.id/indpor ex.php?In=LG-2>.
  51. NOCs [in Turkish]. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-339/yonergeler.html>.
  52. Clinical practice NOCs. Santiago: Chile Ministry of Health; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesauge/guias.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html).
  53. Guidance. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/guidance/Pages/indpor ex.aspx>.
  54. Systematic evidence reviews and clinical practice NOCs. Bethesda: National Heart Lung and Blood Institute; 2013. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/NOCs/indpor ex.htm>.
  55. Clinical NOCs portal [federally approved HIV/AIDS medical practice NOCs]. Rockville: AIDSinfo; US Department of Health and Human Services. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [aidsinfo.nih.gov/NOCs](http://aidsinfo.nih.gov/NOCs).
  56. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical practice NOC development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;148:S1-55.
  57. ADAPTE Collaboration. The ADAPTE process: resource toolkit for NOC adaptation. Version 2.0. Berlin: NOC International Network; 2009. [consultado 2013 Jul 5]. Disponível em: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-NOC-adaptation-2-0.pdf>.
  58. Manuscript development process. Washington: American College of Cardiology Foundation/Dallas, American Heart Association; 2010. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://my.americanheart.org/professional/StatementsNOCs/PoliciesDevelopment/Policies-Development\\_UCM\\_316897\\_Article.jsp](http://my.americanheart.org/professional/StatementsNOCs/PoliciesDevelopment/Policies-Development_UCM_316897_Article.jsp).
  59. Supplementary methodology manual for AHA stroke council NOC writing groups. Dallas: American Heart Association Stroke Council; 2010. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://my.americanheart.org/professional/StatementsNOCs/PoliciesDevelopment/PoliciesDevelopment\\_UCM\\_316897\\_Article.jsp](http://my.americanheart.org/professional/StatementsNOCs/PoliciesDevelopment/PoliciesDevelopment_UCM_316897_Article.jsp).
  60. Jacobs AK, Kushner FG, Ettinger SM, Guyton RA, Anderson JL, Ohman EM, et al. ACCF/AHA clinical practice NOC methodology summit report: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice NOCs. J Am Coll Cardiol. 2013;61:213-65.
  61. Program in evidence-based care document assessment and review protocol. Hamilton: Cancer Care Ontario; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: [http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document\\_review/](http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document_review/).
  62. Program in evidence-based care conflict of interest policy. Hamilton: Cancer Care Ontario; 2011. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=7582&contextId=1377>.
  63. The NOCs manual: appendix A – agreements and advice for NOC development group members. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/pmg6a>.
  64. How NICE clinical NOCs are developed: an overview for stakeholders, the public and the NHS. 5<sup>th</sup> ed. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/pmg6f>.
  65. Positively equal: a guide to addressing equality issues in developing clinical NOCs. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2012. [consultado 2013 July 5]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalNOCs/PositivelyEqual.jsp>.
  66. NOC development and conflicts of interest: identifying and managing conflicts of interest of prospective members and members of NHMRC committees and working groups developing NOCs. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2012. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/NOCs-and-publications/information-NOC-developers/NOC-development-and-conflicts>.
  67. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ. 2010;182:1045-52.
  68. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ. 2010;182:E472-8.
  69. COGS: the conference on NOC standardization. New Haven: Yale Center for Medical Informatics; 2003. [consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://gem.med.yale.edu/cogs/statement.do>.
  70. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 1. NOCs for NOCs. Health Res Policy Syst. 2006;4:13.
  71. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 2. Priority setting. Health Res Policy Syst. 2006;4:14.
  72. Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 3. Group composition and consultation process. Health Res Policy Syst. 2006;4:15.
  73. Boyd EA, Bero L. Improving the use of research evidence in NOC development: 4. Managing conflicts of interests. Health Res Policy Syst. 2006;4:16.
  74. Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 5. Group processes. Health Res Policy Syst. 2006;4:17.
  75. Schünemann HJ, Oxman AD, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 6. Determining which outcomes are important. Health Res Policy Syst. 2006;4:18.
  76. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 7. Deciding what evidence to include. Health Res Policy Syst. 2006;4:19.
  77. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 8. Synthesis and presentation of evidence. Health Res Policy Syst. 2006;4:20.
  78. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 9. Grading evidence and recommendations. Health Res Policy Syst. 2006;4:21.
  79. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 10. Integrating values and consumer involvement. Health Res Policy Syst. 2006;4:22.
  80. Edejer TT. Improving the use of research evidence in NOC development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. Health Res Policy Syst. 2006;4:23.
  81. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 12. Incorporating considerations of equity. Health Res Policy Syst. 2006;4:24.
  82. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 13. Applicability, transferability and adaptation. Health Res Policy Syst. 2006;4:25.
  83. Oxman AD, Schünemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 14. Reporting NOCs. Health Res Policy Syst. 2006;4:26.
  84. Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in NOC development: 15. Disseminating and implementing NOCs. Health Res Policy Syst. 2006;4:27.

85. Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 16. Evaluation. *Health Res Policy Syst.* 2006;4:28.
86. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying target audiences: Who are the NOCs for?: article 1 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:219-24.
87. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority setting in NOC development: article 2 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:225-8.
88. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, Wilt TJ, Qaseem A, Lelgemann M, et al. NOC group composition and group processes: article 3 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:229-33.
89. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, Curtis JR, Field MJ, Jaeschke R, et al. NOC funding and conflicts of interest: article 4 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:234-42.
90. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, Macnee W, Puhan MA, Vieg G, et al. Deciding what type of evidence and outcomes to include in NOCs: article 5 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:243-50.
91. Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, Cruz AA, Atkins D, Baumann M, et al. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability, and resource implications in NOC development: article 6 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:251-5.
92. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, Wilson K, Puhan MA, Wilt T, et al. Synthesis, grading, and presentation of evidence in NOCs: article 7 in integrating and coordinating efforts in copd NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:256-61.
93. Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, et al. Integrating values and consumer involvement in NOCs with the patient at the center: article 8 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:262-8.
94. Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, Corn J, Kunz R, Walsh J, et al. Stakeholder involvement: how to do it right: article 9 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:269-73.
95. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, Rabe KF, Buist AS, Yawn B, et al. How to integrate multiple comorbidities in NOC development: article 10 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:274-81.
96. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, Brozek JL, Montori VM, Heffner J, et al. Moving from evidence to developing recommendations in NOCs: article 11 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:282-92.
97. Wilson KC, Irwin RS, File TM, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF, et al. Reporting and publishing NOCs: article 12 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:293-7.
98. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Metersky M, et al. Disseminating and implementing NOCs: article 13 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:298-303.
99. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, Cruz AA, Fervers B, Graham ID, et al. Adaptation, evaluation, and updating of NOCs: article 14 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9:304-10.
100. World Health Organization. Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization; 2013. [consultado 2013 Jul 26]. Disponível em: [www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/indpor ex.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/indpor ex.html).
101. Institute of Medicine Committee on Methods for Setting Priorities for NOCs Development. Setting priorities for clinical practice NOCs. Washington: National Academy Press; 1995.
102. Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2005;21:312-8.



## APÊNDICE 1

## GLOSSÁRIO DE TERMOS (FORNECIDO PELOS AUTORES)

O glossário inclui definições de termos e acrónimos que aparecem ao longo da lista de verificação, para ajudar com a interpretação dos itens incluídos. Termos relacionados na lista são agrupados em categorias que descrevem os vários aspectos do desenvolvimento de Normas de Orientação Clínica.

Termo	Definição
<b>Grupos, indivíduos e organizações envolvidos no processo de elaboração de Normas de Orientação Clínica (NOCs)</b>	
Grupo de elaboração de NOCs	A totalidade do grupo de profissionais de saúde e outros profissionais, partes interessadas, doentes e prestadores de cuidados, investigadores e pessoal técnico que elaboram uma NOC. O grupo de elaboração de NOCs pode ser constituído por vários subgrupos ou delegações como por exemplo a comissão de supervisão, painel de recomendações, partes interessadas e consumidores e grupo de trabalho. Certos indivíduos podem pertencer a mais do que um subgrupo ou comissão (por exemplo, um cientista clínico pode ser membro do grupo de trabalho e do painel de recomendações). <sup>1,2</sup>
Comissão de supervisão	Uma entidade que supervisiona o processo de elaboração da NOC, cujas tarefas incluem a definição de prioridades, a selecção de potenciais orientações a desenvolver fora dos temas propostos, o recrutamento e nomeação de membros para o painel de recomendações e a aprovação da NOC final para publicação e divulgação. Também pode ser denominada como comissão executiva ou conselho consultivo de NOCs. <sup>2</sup>
Painel de recomendações	Decide sobre os tópicos a serem incluídos na NOC, formula as questões, desenvolve e decide sobre as recomendações a partir dos resumos de evidência científica preparados pelo grupo de trabalho e aprova o documento final de recomendações para aprovação pela comissão de supervisão. Os membros do painel de recomendações podem frequentemente ser apelidados de "painelistas". <sup>2</sup>
Presidente (do painel de recomendações)	O membro principal do painel de recomendações. Esta pessoa é imparcial e tem experiência na coordenação de grupos de profissionais de saúde, doentes e prestadores de cuidados. Alguém que é qualificado e experiente em estratégias optimizadas de facilitação de processos de grupo, garantindo que todos os membros do painel têm igual oportunidade para contribuir e expressar livremente a sua opinião sem se sentirem intimidados. Este indivíduo não é necessariamente um especialista de um domínio clínico específico. <sup>3,4</sup>
Co-presidente (do painel de recomendações)	Deve ser nomeado quando o painel de recomendações é especialmente alargado ou a tarefa particularmente complexa. Os co-presidentes também devem ter experiência na liderança de grupos, mas devem representar uma área diferente (clínica ou metodológica) da do presidente. <sup>3,4</sup>
Grupo de trabalho	Um grupo de indivíduos responsáveis pela preparação e aspectos técnicos do desenvolvimento das NOCs, como por exemplo no auxílio ao painel de recomendações na formulação das questões usando o método PICO, na realização de revisões sistemáticas, na classificação da qualidade da evidência, na preparação de sumários/relatórios de evidência e documentos de referência para serem debatidos pelo painel de recomendações, na elaboração do documento de recomendações, e na análise de comentários feitos pelas partes interessadas e durante a consulta pública. Trabalham em estreita colaboração com o painel de recomendações, de forma a poder atingir as metas e objectivos estipulados.
Secretariado	Um grupo de indivíduos encarregados de apoiar o grupo de elaboração de NOCs na preparação e produção do documento de recomendações. O secretariado providencia suporte técnico, bem como apoio administrativo (por ex. agendamento de reuniões e teleconferências, distribuição de documentos). <sup>2</sup>
Parte interessada	Um indivíduo, grupo ou organização que tenha interesse na organização e prestação de cuidados de saúde e que tenha interesse em conhecer o conteúdo ou o resultado de uma NOC. Estes podem incluir prestadores de cuidados de saúde, sociedades profissionais e colégios da especialidade, peritos numa doença ou patologia, centros de investigação e responsáveis políticos. <sup>1,2</sup>

Consumidor	Os consumidores de cuidados de saúde incluem: (a) doentes individuais, (b) os prestadores de cuidados, incluindo os familiares e amigos dos doentes, (c) membros do público (tanto como potenciais doentes como financiadores de cuidados de saúde através dos impostos, seguros ou pagamentos directos), (d) organizações voluntárias e comunitárias que representam os interesses dos doentes, dos prestadores de cuidados e do público, (e) os defensores dos direitos e interesses dos doentes, dos prestadores de cuidados e de outros grupos de clientes. São descritos colectivamente como “consumidores” (sem implicar suposições consumistas em relação a serviços de saúde) e são diferentes dos outros consumidores de NOCs, como por exemplo os profissionais de saúde, os delegados e os prestadores de serviços. <sup>5</sup>
Prestador de cuidados	Presta cuidados e/ou apoio gratuito a doentes (por exemplo, membros da família, amigos) e tem conhecimento das questões importantes para os doentes e prestadores de cuidados. Pode também ser referido como cuidador.
Defensor	Alguém que advoga em nome de um doente ou grupo de doentes para transmitir as suas perspectivas. <sup>6</sup>
Organização patrocinadora	A organização que financia a elaboração de uma NOC e que a aprova para publicação e divulgação.
Sociedades profissionais	Organizações sem fins lucrativos cujos associados são profissionais de saúde num campo ou numa especialidade específicos e cujo trabalho se concentra numa área ou tema de saúde definido (por ex. a <i>American College of Chest Physicians</i> , <i>European Society of Cardiology</i> ). As sociedades profissionais envolvem-se frequentemente na elaboração de NOCs para os seus membros e frequentemente tomam posições políticas sobre as questões clínicas e a promoção da saúde. Também podem ser designadas por organizações profissionais e sociedades ou associações médicas.
<b>NOCs e tópicos</b>	
Norma de Orientação Clínica (NOC)	Um documento que incide sobre uma doença ou condição e inclui recomendações para a forma de tratamento mais adequada dos doentes com esta doença ou condição. A NOC deve ser baseada na melhor evidência científica disponível e deve ajudar os profissionais de saúde, reforçando os seus conhecimentos e capacidades. As NOCs podem ser adaptadas para contextos clínicos, de políticas de saúde, de sistemas de saúde ou cenários de saúde pública, entre outros. <sup>2</sup>
Público-alvo	O grupo específico ou os vários prestadores de cuidados de saúde a quem se destina a NOC, para os apoiar no seu trabalho num contexto de cuidados de saúde. O público-alvo influencia a extensão e pormenor do conteúdo da NOC. <sup>7</sup> O público primário consiste de utilizadores finais a quem é destinada a NOC. Por exemplo, se a NOC é direccionada aos cuidados primários, o público-alvo será composto por médicos e enfermeiros de cuidados primários. O público secundário pode abranger quaisquer outros grupos aos quais o conteúdo da NOC diz respeito, como por exemplo gestores de saúde, administradores hospitalares e políticos. <sup>8</sup>
Tópico da NOC	O tópico da NOC especifica a doença, condição ou área que será abrangida pela NOC (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crónica). Os responsáveis pela elaboração de NOCs devem dar prioridade aos temas com maior impacto na assistência médica e nos resultados em saúde. <sup>9</sup>
Subtópicos das NOCs	Os subtópicos abordados na NOC relacionam-se com o conteúdo da NOC. Por exemplo, se a NOC abordará o diagnóstico ou o tratamento de uma patologia, ou ambos, ou se irá centrar em temas onde a incerteza ou a variabilidade na prática clínica são maiores. Os painéis de recomendações devem ponderar e decidir sobre as muitas questões que podem ser abordadas numa NOC que sejam mais importantes para o público-alvo. Também pode ser referido ao âmbito da NOC e os tópicos serão interligados com as questões PICO abordadas na NOC. <sup>9</sup>



**Etapas e processos na elaboração de NOCs**

Definição de prioridades	A definição de prioridades é a identificação, análise e classificação das prioridades pelas partes interessadas. Isto garante que os recursos e a atenção são direccionados para áreas globais (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, prevenção), onde as recomendações podem gerar maiores benefícios para a população, uma região ou um país. Uma abordagem de definição de prioridades deve contribuir para planos futuros enquanto responde a circunstâncias existentes potencialmente difíceis.
Revisão por pares	Um processo de submeter trabalhos académicos, pesquisas ou ideias à análise de outros. A revisão por pares de NOCs e recomendações, feita por quem tem interesses e conhecimentos semelhantes aos que as produziram assegura a precisão e validade da NOC. A revisão por pares pode ser interna, conduzida por colaboradores da mesma organização que não estejam directamente envolvidos na produção da NOC, ou externa, realizada por indivíduos totalmente independentes e fora do desenvolvimento da NOC. <sup>2,6</sup>
Disseminação	O processo activo de distribuir informação, como por exemplo NOCs, aos utilizadores finais para garantir a máxima exposição, captação e implementação. Podem ser utilizados vários métodos de disseminação, tais como a versão integral impressa da NOC, em versão online, um guia de referência rápida, uma aplicação móvel, a incorporação das recomendações em sistemas de apoio à decisão clínica, uma versão para o consumidor, materiais educacionais pormenorizados das recomendações, realização de conferências para o público-alvo, etc. Os produtos desenvolvidos para além do documento principal da NOC são geralmente designados produtos derivados. <sup>11</sup>
Implementação	A adopção e incorporação das recomendações da NOC pelos utilizadores alvo. Um plano de implementação deve incluir: a identificação de potenciais obstáculos, critérios e indicadores de sucesso, dados de base para os indicadores, os recursos necessários, as necessidades de formação e educação, identificação de mecanismos ou redes existentes, métodos de monitorização do processo de implementação, mecanismos de notificação e de comentários e objectivos com o respectivo cronograma. <sup>2,11</sup>
Adaptação de NOCs	Uma abordagem sistemática de utilização ou adaptação de NOCs já existentes num contexto com uma cultura e organização diferentes do que aquele que as NOCs foram inicialmente elaboradas. O processo de adaptação de uma NOC e das suas recomendações deve pugnar para que as NOCs adaptadas incluam questões específicas de saúde relevantes para o novo contexto, com adequação às necessidades, prioridades, legislação, políticas e recursos do novo público-alvo. <sup>12</sup>
Processos de grupo	Os processos de grupo definem como e quando os membros de um grupo interagem. Por exemplo, a interacção dos membros do painel durante uma reunião de consenso para a formulação de recomendações. <sup>3</sup>
Métodos de consenso	Técnicas utilizadas na tomada de decisões para chegar a um acordo relativamente a um determinado assunto. O consenso pode ser informal ou formal, sendo exemplos de consenso formal o método de Delphi e as técnicas nominais de grupo. <sup>1</sup>
Quórum	O menor número de membros de um grupo que têm de estar presentes para constituir uma reunião, ou um processo de votação, ou um consenso válidos. <sup>1</sup>
Marcos	Quando etapas importantes são atingidas durante o processo de desenvolvimento de NOCs. Alguns exemplos incluem a conclusão da revisão sistemática, o desenvolvimento das recomendações e a publicação do texto da NOCs. <sup>3</sup>

**Considerações na elaboração de uma NOC****Declaração de interesses  
(ou divulgação de interesses)**

A declaração de interesses é a divulgação de quaisquer reais ou potenciais conflitos de interesse que incluem interesses financeiros, profissionais, intelectuais ou outros interesses relevantes ao tema de trabalho ou reunião. A declaração de interesses deverá também incluir quaisquer outros interesses relevantes que possam indevidamente influenciar a decisão do especialista, como membros da família, empregadores, colegas de trabalho ou qualquer outra pessoa com quem o especialista tenha uma relação pessoal, financeira ou profissional substancial.<sup>2</sup>

**Conflito de interesses**

Uma divergência entre os interesses pessoais e as obrigações profissionais de um indivíduo que, para um observador independente, ser óbvio poder ser questionado se as acções ou decisões profissionais do indivíduo são motivadas por recompensas pessoais, tais como ganhos financeiros, progressão académica, ganhos financeiros clínicos ou o seu *status* na comunidade. Esta definição inclui qualquer relação financeira ou intelectual que possa ter um impacto na capacidade que o indivíduo ou organização têm de abordar uma questão científica com imparcialidade.<sup>13</sup>

**Patrocínio comercial**

Aplica-se a indivíduos ou organizações, incluindo o financiamento para o desenvolvimento de uma NOC. Particularmente preocupante é a possibilidade dos responsáveis pelo desenvolvimento de uma NOC se sentirem, ou serem pressionados, pelo patrocinador comercial, levando-os a desenvolver recomendações que vão ao encontro dos interesses do patrocinador. Os patrocínios comerciais podem assumir a forma de investigação patrocinada pela indústria ou serviços clínicos a partir dos quais um membro da comissão recebe uma parte substancial do seu rendimento, consultoria ou participação em comités sob promessa de qualquer tipo de compensação.<sup>14</sup>

**Obstáculos à mudança**

Devem ser identificados e considerados antes de desenvolver uma NOC onde as recomendações sugerem mudanças na prática dos cuidados de saúde. Obstáculos à mudança podem existir a vários níveis num sistema de saúde e incluem barreiras estruturais (por ex. falta de recursos ou de incentivos financeiros), barreiras organizacionais (por ex. competências inadequadas, falta de instalações ou equipamentos), barreiras de grupo profissional (por ex. discrepância entre os padrões de cuidados de saúde locais e a prática desejada), barreiras de interacção entre o profissional e o doente (por ex. problemas na comunicação e no processamento de informação) e prioridades competitivas. Existem diversos métodos para identificar barreiras, que podem variar perante determinados recursos, contextos e diferentes NOCs.<sup>11</sup>

**Equidade (na saúde)**

Equidade na saúde, ou equidade sanitária, é a medida da capacidade que uma lei de saúde tem de distribuir o bem-estar de forma justa. É a ausência de diferenças sistemáticas ou potencialmente remediáveis no estado de saúde, no acesso a cuidados de saúde e a ambientes promotores de saúde e a tratamentos entre populações ou grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. A iniquidade na saúde resulta de uma falha no acesso aos serviços de saúde entre as diferentes classes sociais, grupos étnicos e entre populações de diferentes áreas geográficas. Os painéis de recomendações devem considerar até que ponto as recomendações terão um impacto na equidade da saúde. Também pode ser referido como iniquidade na saúde.<sup>1,10,15</sup>

**Valores, preferências e utilidades**

Incluem conhecimentos, atitudes, expectativas, valores morais e éticos e crenças do doente e do profissional de saúde; objectivos de vida e de saúde do doente; experiência prévia com a intervenção e o problema de saúde; experiência dos sintomas (por ex. falta de ar, dor, dispneia, perda de peso); preferências e importância de resultados desejáveis e indesejáveis; impacto da condição de saúde ou intervenções na qualidade de vida, bem-estar ou satisfação e interacção entre o trabalho de implementação da intervenção, a intervenção em si e outras situações que o paciente pode estar a enfrentar; preferências por cursos de acção alternativos; e preferências em relação ao conteúdo e estilo de comunicação, informação e participação na tomada de decisões e cuidados. Isto pode estar relacionado com o que na literatura económica é designado como **utilidades**. Uma intervenção em si pode ser considerada uma consequência de uma recomendação (por ex. o peso de tomar uma medicação ou de ser submetido a uma cirurgia) e um nível de importância ou valor está associado a isso. Os valores e preferências daqueles que serão afectados pelas recomendações devem ser integrados no processo de desenvolvimento das NOCs.<sup>5</sup>

Transparência	Transparência envolve documentar e apresentar claramente todos os detalhes dos métodos e processos que foram utilizados para elaborar uma NOC, incluindo os participantes envolvidos, a evidência científica e informações revistas e julgamentos efectuados durante todo o processo de tomada de decisão, especialmente durante a formulação das recomendações. A transparência permite que outros elaborem a mesma NOC se replicarem o processo de elaboração documentado.
Credibilidade das NOCs	O grau de confiança que pode ser aplicado às conclusões e recomendações de uma NOC. Determinado pelos métodos e abordagens utilizadas, incluindo a escala de tempo e dependência editorial tal como descrito pela ferramenta AGREE II, o relatório do <i>Institute of Medicine</i> sobre NOCs e a <i>Guideline International Network</i> . Pode também ser designado fidedignidade ou qualidade de NOCs. <sup>4,16,17</sup>
<b>Revisão da evidência e reflexão sobre informações adicionais</b>	
Protocolo	Um documento que descreve o plano ou conjunto de etapas que define como uma NOC vai ser elaborada e a metodologia que vai ser usada. Antes de construir uma NOC, por exemplo, o protocolo estabelece as perguntas a serem respondidas, a forma como a informação será recolhida e analisada e a estrutura e métodos de consenso a serem utilizados para a formulação de recomendações.
Questão PICO	População/Paciente-Intervenção-Comparação-Resultado ( <i>Population/Patient-Intervention-Comparison-Outcome</i> ); uma mnemónica (em inglês) usada para definir questões específicas sobre cuidados de saúde a serem respondidas numa NOC. A pergunta gerada usando o método PICO irá orientar qual é a evidência que será revista e destina-se a obter informações sobre o doente e a sua patologia, sobre as intervenções passadas ou ainda necessárias, sobre comparações entre a presente intervenção e possíveis alternativas e resultados atingidos ou desejáveis. <sup>2</sup>
População	Um grupo de pessoas com uma ligação comum, por exemplo a mesma patologia, vivendo na mesma área geográfica ou que possuem as mesmas características. A população identificada para uma NOC corresponde a todas as pessoas a quem as recomendações se aplicam (por ex. adultos com diabetes mellitus). <sup>18</sup>
Co-morbilidade	Uma doença ou patologia que existe num doente para além da doença principal de interesse a ser estudada ou tratada (por ex. doença pulmonar obstrutiva crónica e diabetes mellitus). As co-morbilidades podem influenciar as manifestações clínicas e a história natural da doença. Também podem ser denominadas como doenças concomitantes. <sup>6,19</sup>
Itinerário clínico (ou via de prestação de cuidados)	A sequência de práticas, procedimentos, exames, intervenções e tratamentos que devem ser utilizados para fornecer cuidados de saúde a pessoas com uma determinada condição clínica. <sup>6</sup>
Resultados	O impacto que um teste, tratamento, política, programa ou outra intervenção tem numa pessoa, grupo ou população. Os resultados de intervenções para melhorar a saúde pública podem incluir uma mudança no estado de saúde, no bem-estar e no padrão de saúde das pessoas. Em termos clínicos, os resultados podem incluir o número de doentes que recuperam totalmente de uma doença ou o número de internamentos hospitalares e uma melhoria ou deterioração da saúde, da capacidade funcional, de sintomas ou da situação. <sup>6</sup>
Resultados relacionados com o paciente	Um resultado definido pela resposta “sim” à seguinte pergunta: “Se soubesse que este resultado seria a única coisa a mudar com o tratamento, acharia que o doente quererá receber este tratamento, mesmo que associada a efeitos adversos, inconveniência, ou custo?” Os referidos resultados incluem mortalidade, morbilidade e resultados relatados por doentes. <sup>20,21</sup>
Qualidade de vida relacionada com a saúde	Uma combinação de bem-estar físico, mental e social de uma pessoa; não meramente a ausência de doença. Um exemplo de um resultado importante para um paciente. <sup>1</sup>
Resultados substitutivos	Resultados que não são eles próprios importantes para o paciente, mas que podem ser correlacionados com aqueles (por ex. fracturas substituídas por densidade mineral óssea como um “resultado importante para o paciente”). Podem ser designados como resultados de substituição ou resultados indiretos. <sup>21</sup>

Importância dos resultados	A classificação da importância relativa dos resultados desejáveis (por exemplo, a redução da mortalidade, a melhoria da qualidade de vida) e dos resultados indesejáveis (por exemplo, os efeitos adversos e custos) da intervenção em questão, permitindo ao painel de recomendações determinar o peso que os resultados específicos/estimativas de efeito terão sobre a formulação de uma recomendação. A importância relativa dos resultados pode variar de acordo com diversos valores e preferências, ou quando perspectivados sob o ponto de vista de doentes, médicos ou responsáveis políticos. No âmbito GRADE, os resultados são classificados como fundamentais para a tomada de decisões, importantes mas não fundamentais para a tomada de decisões ou de baixa importância no processo de decisão. <sup>21</sup>
Magnitude do efeito	Uma medida da diferença ou efeito relativo de uma intervenção sobre o resultado no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo. Também denominado dimensão do efeito. <sup>6</sup>
Revisão sistemática	Uma global revisão da literatura publicada centrada num tema de saúde e que procura responder uma pergunta específica. Uma extensa pesquisa bibliográfica é realizada com base numa estratégia de identificação da totalidade dos estudos publicados. Os estudos são analisados, a sua qualidade é avaliada, e os resultados são sintetizados de acordo com a questão científica. <sup>2</sup>
Obtenção da evidência	No contexto das revisões sistemáticas, é o processo de pesquisa sistemática de todos os estudos científicos relevantes para uma determinada questão e a recolha destes para análise. O processo inclui também a obtenção de evidência de outras fontes, mesmo não publicadas. <sup>2</sup>
CrITÉRIOS de selecção	Os critérios utilizados para decidir quais e que tipos de estudos devem ser incluídos e excluídos como potenciais fontes de evidência, durante a elaboração de uma NOC. Também designados como critérios de inclusão e exclusão. <sup>6</sup>
Opinião de perito	Uma interpretação da evidência. Por vezes com base em evidência de alta qualidade, tal como ensaios clínicos aleatorizados ou estudos de observação de boa qualidade, e outras vezes com base em informações recolhidas de forma não sistemática, idealmente a partir de documentação publicada. As opiniões de peritos são frequentemente confundidos com noções de evidência que não se encontra disponível através de uma pesquisa sistemática ou não está sistematicamente resumida. Também é frequentemente utilizado como justificação para a não recolha sistemática de evidência científica.
Avaliação económica	Um conjunto de métodos formais quantitativos utilizados para avaliar uma ou mais intervenções, programas ou estratégias levando em linha de conta a utilização de recursos e os resultados esperados. A avaliação económica pode envolver diversos tipos de estudos, tais como as análises de custo-efectividade, de custo-benefício e modelos económicos. <sup>2</sup>
Qualidade da evidência	Descreve o nível de confiança ou certeza nas estimativas do efeito de uma intervenção sobre um resultado específico numa determinada população. Também designada como a força da evidência, confiança nas estimativas, certeza da evidência, níveis de evidência. <sup>22</sup>
Tabela de evidência ou de perfil ou de sumário de evidência	Um quadro com o resumo dos resultados/estimativas de efeito dos estudos para cada resultado de interesse e a qualidade da evidência associada. A tabela fornece um resumo conciso dos dados essenciais para uma tomada de decisão, e no contexto de uma NOC, fornece um resumo da informação chave subjacente a uma recomendação. <sup>6,23</sup>
<b>Recomendações e formulação de recomendações</b>	
Quadro analítico	Um quadro que define os critérios utilizados pelos painéis de recomendações para rever a evidência e analisar a informação relevante para poder formular uma recomendação. A análise pode concentrar-se no balanço entre as consequências desejáveis e indesejáveis baseado na qualidade da evidência, na magnitude da diferença entre os benefícios e danos, na variabilidade ou certeza dos valores e preferências, utilização de recursos, equidade e outros factores (por ex. GRADE/DECIDE <i>Evidence-to-Recommendation</i> )
Recomendação	Um curso de acção recomendado pela NOC, baseado em questões clínicas, recolha de evidência e análise de outra informação do quadro analítico. As recomendações nas NOCs podem dizer respeito a intervenções clínicas, de saúde pública ou políticas governamentais. <sup>2</sup>

Recomendação condicional	Uma recomendação que os membros do painel de recomendações estão indecisos sobre se irá produzir mais efeitos indesejáveis do que desejáveis se a acção recomendada for implementada. Poderão ter de ser descritas condições específicas. Também descrita como uma recomendação fraca no âmbito GRADE. <sup>25</sup>
Recomendação de investigação	Uma recomendação resultante de um processo de elaboração de uma NOC mas para a utilização exclusiva no contexto de investigação. Os painéis de recomendações devem considerar fazer recomendações para investigação quando há incertezas sobre os efeitos desejáveis ou indesejáveis de uma intervenção, investigação ulterior pode reduzir essas incertezas e os benefícios e poupanças potenciais desta redução são superiores aos danos eventuais de não fazer qualquer recomendação. A formulação de recomendações para investigação adicional deve ser a mais precisa e específica possível. Deve definir explicitamente a população, a intervenção, a comparação e os resultados (PICO) produzirá recomendações de investigação mais úteis. <sup>24,26</sup>
Força da recomendação	A força de uma recomendação reflecte até que ponto os autores da NOC estão confiantes que os efeitos desejáveis da adesão à recomendação superam os seus efeitos indesejáveis. <sup>24,25</sup>
Medidas de desempenho	As medidas de desempenho são os critérios que podem ser medidos para avaliar a qualidade dos cuidados (por exemplo, um clínico seguir uma opção específica de tratamento). As opções de gestão clínica associadas a uma recomendação forte são boas candidatas para constituírem critérios de qualidade.
<b>Acrónimos usados na lista de verificação</b>	
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i> ; Uma ferramenta validada e desenvolvida através de colaboração internacional para avaliar o processo de elaboração de NOCs e a qualidade da sua publicação. <sup>16</sup>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> ; Desenvolvido por um grupo de trabalho internacional, o GRADE é um sistema que fornece uma abordagem transparente para classificar a qualidade da evidência e a força das recomendações e é utilizado por muitas organizações internacionais. Aborda questões metodológicas e práticas relacionadas com revisões sistemáticas da literatura, assim como desenvolvimento e disseminação das recomendações. <sup>27</sup>
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i> ; Uma organização governamental dos Estados Unidos da América que elabora recomendações sobre serviços clínicos preventivos tais como rastreios, serviços de aconselhamento e fármacos preventivos. A organização desenvolveu a sua própria estrutura para a classificação da qualidade da evidência científica e do grau das recomendações. <sup>28</sup>

## REFERÊNCIAS

- National Institute for Health and Clinical Excellence. The NOCs manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012. [Consultado 2013 Jul 21]. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/the-nocs-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/12-glossary>.
- World Health Organization. Estonian handbook for NOCs development. 2011. [Consultado 2013 Abr 2013]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf).
- Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, Wilt TJ, Qaseem A, Lelgemann M, et al. NOC Group Composition and Group Processes: Article 3 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An Official ATS/ERS Workshop Report. Proceedings of the American Thoracic Society. 2012;9:229-33.
- Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice NOCs. Clinical practice NOCs we can trust. 2011. [Consultado 2013 Apr 22]. Disponível em: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13058](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058).
- Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, et al. Integrating values and consumer involvement in NOCs with the patient at the center: article 8 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9:262-8.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013. [Consultado 2013 Jul 21]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>.
- National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice NOCs. 2011; [Consultado 2013 Abr 22]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/NOCs/publications/cp133-and-cp133a>.
- Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying target audiences: who are the NOCs for?: article 1 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9:219-24.
- Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority setting in NOC development: article 2 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9:225-8.
- World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. [Consultado 2013 Jul 26]. Disponível em: [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/indpor ex.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/indpor ex.html).
- Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Metersky M, et al. Disseminating and implementing NOCs: article 13 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9:298-303.
- The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for NOC Adaptation. Version 2.0. 2009. [Consultado 2013 Jul 05]. Disponível em: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groupsdocuments/>

- adaptation/adapte-resource-toolkit-NOC-adaptation-2-0.pdf.
13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, Manthous C, Wagner G, Sicilian L, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180:564-80.
  14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, Curtis JR, Field MJ, Jaeschke R, et al. NOC funding and conflicts of interest: article 4 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. *An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc*. 2012;9:234-42.
  15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in NOC development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Res Policy Syst*. 2006;4:24.
  16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013. [Consultado 2013 Jul 21]. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>.
  17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. NOCs International Network: Toward international standards for clinical practice NOCs. *Ann Intern Med*. 2012;156:525-31.
  18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, Macnee W, Puhan MA, Viegi G, et al. Deciding What type of evidence and outcomes to include in NOCs: article 5 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. *An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc*. 2012;9:243-50.
  19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, Rabe KF, Buist AS, Yawn B, et al. How to integrate multiple comorbidities in NOC development: article 10 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. *An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc*. 2012;9:274-81.
  20. Guyatt G DP, Montori V, Schunemann HJ, Bhandari M. Putting the patient first: in our practice, and in our use of language. *ACP J Club*. 2004;140(A11).
  21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE NOCs: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:395-400.
  22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE NOCs: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:401-6.
  23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE NOCs: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:383-94.
  24. Schunemann HJ, Oxman AD, Akl EA, Brozek JL, Montori VM, Heffner J, et al. Moving from evidence to developing recommendations in NOCs: article 11 in integrating and coordinating efforts in COPD NOC development. *An Official ATS/ERS Workshop Report. Proc Am Thorac Soc*. 2012;9:282-92.
  25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE NOCs: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66:719-25.
  26. Brown PB, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, Forbes C, et al. How to formulate research recommendations. *BMJ*. 2006;333:804-6.
  27. The GRADE working group. GRADE Working Group. [Consultado 2013 Jul 21]. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org>.
  28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and processes. [Consultado 2013 Jul 21]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>.

Guilherme Ferreira dos SANTOS, Pedro Correia AZEVEDO, António VAZ-CARNEIRO

## Normas de Orientação Clínica 2.0: Tradução das Tabelas 2 e 3 e do Apêndice 1 de Schünemann HJ et al. CMAJ. 2014; 186:E123-42.

Acta Med Port 2015;28:395-414

Publicado pela **Acta Médica Portuguesa**, a Revista Científica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151

1749-084 Lisboa, Portugal.

Tel: +351 218 428 215

E-mail: [submissao@actamedicaportuguesa.com](mailto:submissao@actamedicaportuguesa.com)

[www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)

ISSN:0870-399X | e-ISSN: 1646-0758



ACTA MÉDICA  
PORTUGUESA

