

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”

Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

2016

# GHID DE PREVENȚIE

STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ȘI ALTE INTERVENȚII PREVENTIVE PRIORITARE  
PENTRU BOLI NETRANSMISIBILE, ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ



Introducere  
Metodologie

VOLUMUL

1



alrat



BUCUREȘTI, 2016

ISBN 978-973-0-22796-3

---

*Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este sa mănânci ceea ce nu vrei, să bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face.*

*Mark Twain*

---

## **COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI**

### **Colectiv CNSMF:**

Mihaela Bucurenci  
Doina Bunescu  
Monica Bătăiosu  
Mădalina Dumitrescu  
Cristina Isar  
Andrea Neculau  
Iuliana Popa  
Marius Mărginean

### **Colectiv INSP:**

Magda Ciobanu  
Adriana Gălan  
Rodica Nicolescu  
Silviu Rădulescu  
Carmen Ungurean

### **Colectiv ALIAT:**

Gabriela Bondoc  
Eugen Hriscu  
Andreea Ștefanache  
Mihai Bădica

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”  
Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția  
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

# GHID DE PREVENȚIE

*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare  
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*

**Vol. 1**  
**Introducere**  
**Metodologie**



aliat



## Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

**„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” –  
Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”**

## Promotor

**Institutul Național de Sănătate Publică**

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

[www.insp.gov.ro](http://www.insp.gov.ro)

## Parteneri

**Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei**

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap.3, Sector 2, 0208868 București

[www.cnsmf.ro](http://www.cnsmf.ro)

**ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor**

Str. Constantin F. Robescu nr.4, Sector 3, 030218 București

[www.aliat-onq.ro](http://www.aliat-onq.ro)

## Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

## Copyright



Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, 2016

# CUPRINS

<b>CAPITOLUL 1. INTRODUCERE .....</b>	<b>1</b>
1.1. OBIECTIVE ȘI ARIE DE CUPRINDERE .....	1
1.2. CADRU CONCEPTUAL.....	3
1.3. NOȚIUNI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ UTILIZATE ÎN ACEST GHID.....	5
1.3.1. CRITERII DE EFICACITATE PENTRU ALEGEREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE RECOMANDATE.....	6
1.3.1.1. Pentru testele de screening.....	6
1.3.1.2. Pentru intervențiile de consiliere.....	6
1.3.1.3. Pentru imunizări.....	7
1.3.1.4. Pentru chimioprofilaxie.....	7
<b>CAPITOLUL 2. METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI.....</b>	<b>8</b>
2.1. INIȚIEREA.....	9
2.1.1. DOCUMENTAREA ȘI STRUCTURA GHIDULUI.....	9
2.2. ADAPTAREA.....	10
2.2.1. SELECȚIA SUBIECTULUI .....	10
2.2.2. FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR LA CARE RĂSPUNDE GHIDUL .....	10
2.2.3. CĂUTAREA DE GHIDURI ȘI ALTĂ DOCUMENTAȚIE RELEVANTĂ.....	10
2.2.4. ANALIZA GHIDURILOR IDENTIFICATE.....	11
2.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor .....	13
2.2.5. SELECȚIA GHIDURILOR ȘI RECOMANDĂRILOR PENTRU A CREA UN GHID ADAPTAT.....	14
2.2.6. ELABORAREA VARIANTEI PRELIMINARE A GHIDULUI ADAPTAT.....	14
2.3. FINALIZAREA.....	15
2.3.1. FEED-BACK-UL EXTERN .....	15
2.3.2. AVIZAREA GHIDURILOR.....	16
2.3.3. ACTUALIZAREA.....	16
2.3.4. PRODUCEREA DOCUMENTULUI FINAL (GHIDUL) .....	16
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>17</b>

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.  
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați  
[www.norwaygrants.org](http://www.norwaygrants.org), [www.norwaygrants.ro](http://www.norwaygrants.ro) și [www.initiativeinsanatate.ms.ro](http://www.initiativeinsanatate.ms.ro).

# CAPITOLUL 1.

## INTRODUCERE

### 1.1. OBIECTIVE ȘI ARIE DE CUPRINDERE

Lucrarea de față își propune să ofere, medicilor de familie și cadrelor din asistența medicală primară din România, un **model de medicină preventivă** care să asigure deopotrivă o eficacitate clinică optimă și o eficiență maximă a serviciilor profilactice furnizate populației, precum și **un instrument** valoros pentru implementarea politicilor adresate problemelor majore de sănătate publică.

Ghidul *“Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară”*, răspunde imperativelor de intervenție actuale, la nivel național și internațional, pentru prevenirea bolilor netransmisibile majore. Ghidul este construit pentru a pune la dispoziția tuturor actorilor cheie implicați cadrul conceptual și operațional care să permită implementarea directivelor strategice ale Planului Global de Acțiune al Organizației Mondiale a Sănătății pentru anul 2025.

Prin modelul propus este vizată acoperirea sistematică a populației cu intervenții preventive bazate pe dovezi adresate factorilor de risc cu cel mai mare impact asupra poverii imbolnăvirilor.

Activitatea de elaborare a acestui Ghid este parte integrantă a Proiectului RO 19.04 **“Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”** – componenta adresată Asistenței Primare, implementată de Institutul Național de Sănătate Publică în calitate de Promotor, împreună cu Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei și organizația ALIAT în calitate de Parteneri. Proiectul este operat de Ministerul Sănătății și este finanțat prin Granturile Norvegiene 2009-2014.

În demersul de construire a acestui ghid au fost urmărite următoarele obiective:

- revizuirea / actualizarea recomandărilor privind evaluarea, de către medicul de familie, a riscurilor individuale ale pacienților pentru BNT prioritare, ținând cont de cele mai recente dovezi în domeniul prevenției;
- dezvoltarea de instrumente care sprijină evaluarea de către medicul de familie a riscurilor individuale privind: diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, cancerul și alte riscuri relevante;
- adresarea comportamentelor stilului de viață asociat BNT: alimentația sănătoasă, promovarea activității fizice, controlul consumului de alcool și tutun, prin intervenții specifice.

Drumul parcurs pentru elaborarea și redactarea capitolelor acestui Ghid a constat în:

- revizuirea dovezilor privind intervențiile preventive (eficacitate și cost eficiența);

- actualizarea recomandărilor privind intervențiile de depistare și control a factorilor de risc comuni pentru BNT;
- evaluarea nevoilor de schimbare în comportamentele clinice privind prevenția, ale MF/AM.

De asemenea este în derulare testarea aplicabilității recomandărilor formulate, la nivelul a 100 de cabinete de medicină de familie, din 4 zone ale țării (București-Ilfov, Dolj, Cluj, Iași).

Din punct de vedere operațional, activitățile preventive propuse prin intermediul Ghidului se referă la:

- Evaluarea periodică țintită, la nivelul asistenței primare, a riscurilor individuale specifice pe grupe de vârstă/sex în populația generală asimptomatică de adulți și copii;
- Comunicarea riscului individual și înrolarea sistematică a persoanelor potrivit situației de risc, în intervenții de management al riscului bazate pe dovezi;
- Centralizarea datelor privind distribuția și nivelul factorilor de risc în populație și utilizarea acestora pentru informarea politicilor de sănătate.

Ghidul adresează nevoile prioritare de prevenție pentru întreaga populație (adulți și copii) astfel:

### **Copii:**

Consultații periodice structurate efectuate activ în asistența primară (medicina de familie și asistența medicală comunitară - acolo unde există):

- evaluarea creșterii, dezvoltării și a stării de nutriție după metodologia recomandată de OMS/UNICEF;
- consiliere și educație pentru practici nutriționale și de activitate fizică sănătoase; mesaje cheie către familii pentru supravegherea și îngrijirea copilului după metodologia recomandată de OMS/UNICEF;
- screening și intervenție pentru riscurile specifice grupelor de vârstă conform ghidurilor și metodologiilor în vigoare.

### **Adulți:**

Consultații periodice structurate acordate de medicul de familie în mod activ adulților din populația generală (fără semne de boală) care cuprind:

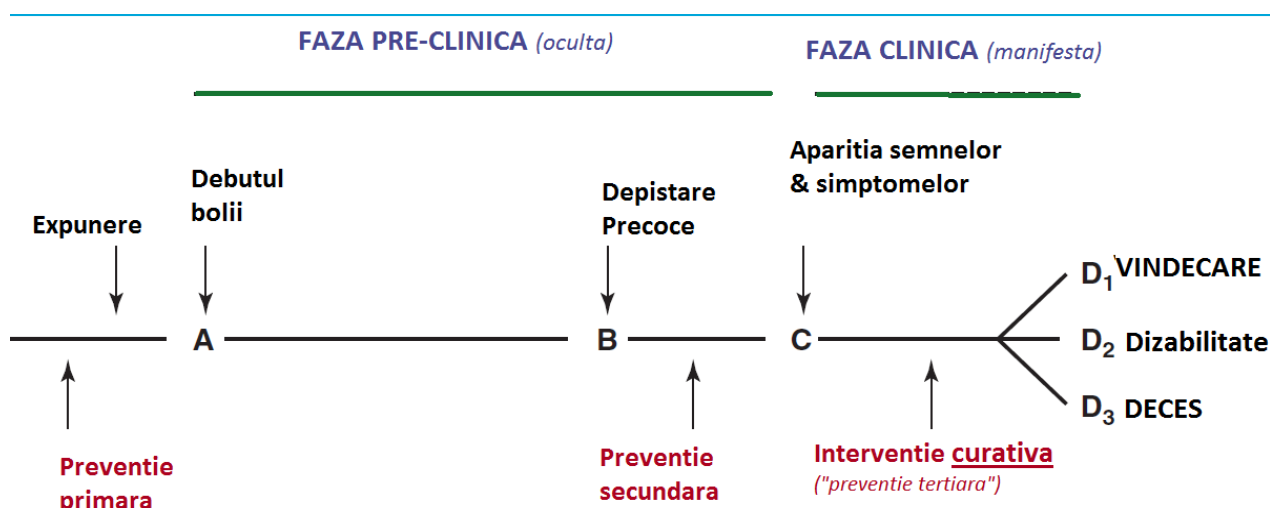
- evaluarea structurată a stilului de viață cu ajutorul chestionarelor, evaluarea antecedentelor personale și familiale relevante și efectuarea de măsurători cheie;
- efectuarea la cabinet (POCT) sau trimiteri selective pentru anumite investigații în funcție de grupa de vârstă/sex;
- comunicarea factorilor de risc individuali și întocmirea de planuri de intervenție pentru principalele riscuri de BNT: cardiovascular, metabolic, cancer; abordarea complementară a altor riscuri specifice grupelor de vârstă (sănătate mintală, sănătatea reproducerii, etc),
- comunicarea țintită pentru optimizarea stilului de viață, cu intensitate individualizată în funcție de profilul de risc;
- managementul riscului și finalizarea episodului de îngrijire preventivă prin reincludere în supravegherea populațională de rutină sau prin confirmarea diagnosticului de boală și inițierea episodului curativ.



## 1.2. CADRU CONCEPTUAL

Medicina preventivă/profilaxia reprezintă ansamblul **intervențiilor** adresate **riscului** de boală, deces, dizabilitate.

În funcție de momentul intervenției în istoria naturală a bolilor, activitățile preventive au fost clasificate ca **prevenție primară** (intervenții care contracarează riscul de îmbolnăvire), **prevenție secundară** (intervenții care urmăresc selectarea indivizilor cu risc crescut sau în stadii în care boala nu este încă manifestă) și **prevenția terțiară** (intervenții care urmăresc să atenueze/ anuleze impactul bolii asupra persoanelor diagnosticate).



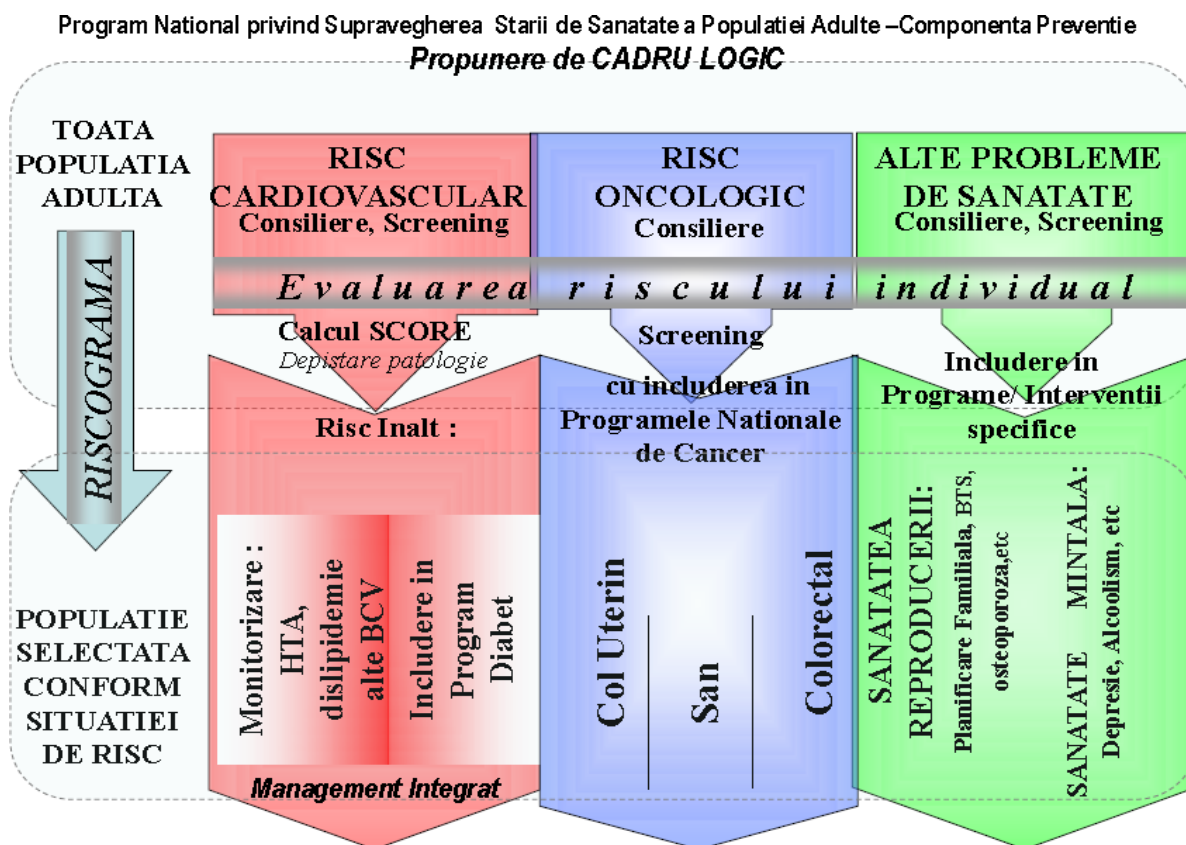
În sănătatea publică, sunt considerate intervenții preventive "adevărate" numai cele care se adresează persoanelor asimptomatice, considerate sănătoase, (deci **prevenția primară și secundară**) și din acest motiv medicina preventivă mai este numită și "medicina omului sănătos".

Pentru populația înscrisă, medicul de familie realizează periodic un **inventar sistematic al nevoilor de prevenție** pentru **riscurile cele mai semnificative** pentru sănătate și **recomandă /efectuează intervențiile clinice protectoare** cu eficacitate clinică dovedită și *cost-eficiente* din punct de vedere al sistemului de servicii de sănătate.

Această **inventariere țintită a riscurilor** individuale vizează populația generală asimptomatică și se efectuează în cadrul unor consultații active, având ca scop managementul riscurilor de îmbolnăvire prin afecțiuni cu impact major asupra sănătății publice. Se utilizează **sisteme de programare și de supraveghere dedicate** care să urmărească efectuarea de către persoanele la risc, în timp util, a acelor intervenții clinice recomandate conform ghidurilor clinice bazate pe dovezi.

**Managementul riscului de îmbolnăvire în populația sănătoasă** este o abordare distinctă față de clasicul examen nediferențiat – examenul de bilanț, pe aparate și sisteme, bazat pe prezența semnelor și simptomelor de boală detectabile prin examenul clinic general. Examenul de bilanț poate fi privit mai degrabă ca un instantaneu al stării prezente a pacientului și mai puțin ca un instrument de gestiune a riscurilor pentru sănătatea viitoare. Eficacitatea sa privind reducerea riscului a fost invalidată de numeroase studii în ultima decadă.

Aceasta este logica pe care s-a întemeiat modelul de prevenție integrată pilotat în România în perioada 2006-2007 cu spijinul USAID, care a propus un model de prevenție sistematică și integrată, prin care **medicul de familie identifică populația eligibilă pentru diferite intervenții preventive (evaluarea riscului individual) și asigură (după caz) includerea persoanelor identificate în programele naționale de sănătate care se adresează acestor categorii de risc.** Acest model a fost preluat și adaptat în perioada 2007-2008 ca **"Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate"**.



Agregarea riscurilor și intervențiilor se face de regulă sub forma unor pachete pe grupe de vârstă/sex, modelele luate ca referință fiind cele propuse de *US Preventive Services Task Force*, *Canadian Preventive Services Task Force*, *RACGP Australia*, *NHS Health Check*, etc.

**Selectarea serviciilor**, pentru a fi incluse în pachetul preventiv de rutină adresat populației generale, are la bază considerații de eficacitate și eficiență. Sunt selectate intervențiile care se bazează pe recomandări ferme, pentru care există dovezi solide (de rang A și B), privind impactul pozitiv din punctul de vedere al sănătății publice.

Indiferent de afecțiunea țintă, intervențiile selectate vor viza: fie detectarea prin examinare clinică, teste paraclinice sau întrebări standardizate a unor riscuri sau afecțiuni la persoane care se consideră sănătoase (screening), fie reducerea riscului prin schimbări de comportament (consilierea) sau administrarea de vaccinuri sau medicamente persoanelor sănătoase aflate la risc (imuno-chimio-profilaxia).

**În implementarea serviciilor preventive** trebuie să avem în vedere că toate riscurile/afecțiunile detectate prin screening trebuie urmate de confirmarea diagnosticului și tratament, altfel screening-ul este inutil.

Nu în ultimul rând trebuie avută în vedere armonizarea activităților de **prevenție din asistența primară** cu activitățile de **promovare a sănătății** realizate prin structurile MSP și societatea civilă, prin intermediul campaniilor de Informare - Educare - Comunicare.

Pentru aceeași populație țintă, **educația pentru sănătate** are o metodologie și un management diferit de **consilierea** oferită prin consultații individuale însă, oferirea de **mesaje cheie** unitare, indiferent de cale, asigură potențarea efectelor.

De asemenea trebuie avut în vedere că, activitatea de **consiliere** este mai mult decât o simplă prescriere punctuală de comportamente favorabile sănătății. Consilierea reprezintă un proces decizional complex în care “consilierul” și “consiliatul” sunt parteneri pe parcursul unui număr variabil de întâlniri/ consultații, ce necesită nu numai resurse de timp dedicate, ci și dezvoltarea de abilități specifice (interview motivațional).

### 1.3. NOȚIUNI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ UTILIZATE ÎN ACEST GHID

**Afecțiunea țintă** este acea stare de sănătate alterată pe care intervenția preventivă o evită (prevenție primară) sau o identifică de timpuriu (prevenția secundară). Importanța afecțiunii este dată de *frecvența și severitatea sa*.

*Frecvența* afecțiunii în populație se măsoară prin ratele sale de *incidență* (numărul de cazuri noi care apar într-un interval de timp dat, raportat la numărul populației) și *prevalență* (numărul total de cazuri - vechi și noi - în populație într-o perioadă dată, raportat la numărul populației).

*Severitatea* afecțiunii se descrie prin: mortalitate, morbiditate, rate de supraviețuire, ani de viață cu handicap, ani potențiali de viață pierduți, etc.

**Factorii de risc** sunt caracteristici asociate afecțiunii țintă. Cunoașterea lor permite să se prezică starea de sănătate sau boală viitoare, chiar dacă în majoritatea cazurilor ei nu reprezintă cauza propriu-zisă a afecțiunii. Factorii de risc pot fi demografici, genetici, de comportament sau de mediu. Importanța lor este de asemenea dată de *frecvență și amploare*.

*Frecvența* este măsurată tot de *incidență și prevalență*.

*Amploarea* riscului se măsoară prin:

**Risc absolut** - incidența afecțiunii țintă în populația care prezintă factorul de risc și **Riscul relativ** - raportul între incidența afecțiunii țintă în populația care prezintă factorul de risc și incidența sa în populația care nu prezintă factorul de risc.

Tipurile de intervenții preventive recomandate în prezentul Ghid pentru reducerea riscului de boală și/sau deces sunt:

- **Testele de screening** - servicii preventive care folosesc un test sau o procedură de examinare pentru a identifica pacienții care necesită o anumită intervenție. Ele pot include chiar interviuri standardizate. Întrebările nestandardizate și testele aplicate unor persoane simptomatice (de ex. măsurarea TA pentru un pacient cu cefalee) nu constituie un test de screening.
- **Consilierea** - servicii preventive prin care pacientul este ajutat să realizeze schimbări în comportamentul personal, care pot reduce riscul de boală sau vătămare. Nu este

considerată intervenție preventivă consilierea privind regimul igieno-dietetic în cadrul monitorizării pacientului cronic.

- **Imunizările** - vaccinuri și imunoglobuline (imunizare pasivă) efectuate unor persoane care nu prezintă semnele bolii infecțioase.
- **Chimioprofilaxia** - ca prevenție primară - se referă la utilizarea de substanțe sau produse biologice de către persoane asimptomatice, pentru reducerea riscului de a dezvolta o anumită afecțiune.

**Eficacitatea intervențiilor preventive** este reflectată de capacitatea lor de a determina rezultatul dorit în starea de sănătate. (Efectul de sănătate)

**Eficiența** intervențiilor preventive pune în balanță beneficiile obținute cu riscurile asociate intervenției, costuri și efortul de implementare.

Rezultatele intervențiilor preventive se măsoară în QALY (ani de viață câștigați ajustați pentru calitate), DALY (ani de viață ajustați pentru incapacitate).

### 1.3.1. CRITERII DE EFICACITATE PENTRU ALEGEREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE RECOMANDATE

#### 1.3.1.1. Pentru testele de screening

- Acuratețea testului.
- Eficacitatea depistării precoce.

Un test de screening nu este considerat eficace dacă nu are suficientă precizie pentru a detecta o afecțiune, mai devreme decât ar fi fost ea diagnosticată în absența screeningului, sau dacă nu există dovezi adecvate că detectarea și tratamentul în faza respectivă îmbunătățește semnificativ prognosticul.

Criteriile esențiale pentru recomandarea unui test de screening universal (pentru populația generală) sunt:

- Afecțiunea are un impact semnificativ asupra cantității și calității vieții;
- Sunt disponibile metode de tratament adecvate și acceptabile pentru pacient;
- Afecțiunea are o perioadă asimptomatică în care diagnosticul și tratamentul pot reduce considerabil morbiditatea și mortalitatea;
- Tratamentul efectuat în faza asimptomatică dă rezultate superioare față de aplicarea sa în etapa simptomatică;
- Sunt disponibile teste acceptabile pentru pacienți, cu un cost rezonabil, care pot detecta afecțiunea în etapa asimptomatică;
- Boala este suficient de răspândită în populație pentru a justifica testarea persoanelor asimptomatice

#### 1.3.1.2. Pentru intervențiile de consiliere

- Eficacitatea reducerii riscului.
- Eficacitatea consilierii.

Intervențiile de consiliere nu pot fi considerate eficiente în absența unor dovezi ferme că schimbarea comportamentului personal poate îmbunătăți prognosticul și că medicii pot influența acest comportament prin sfaturile lor.

### 1.3.1.3. Pentru imunizări

- Eficacitatea vaccinului.

### 1.3.1.4. Pentru chimioprofilaxie

- Eficacitatea chimioprofilaxiei.
- Eficacitatea consilierii.

Intervențiile de imuno și chimioprofilaxie necesită dovezi de eficacitate biologică, iar în cazul chimioprofilaxiei sunt necesare și dovezi că pacienții vor fi complianți cu utilizarea unui agent farmacologic pe termen lung.

**DECIZIA** de a recomanda o anumită INTERVENȚIE și un anumit protocol (ghid, sau standard clinic) se bazează pe calitatea și tăria dovezilor științifice privind eficacitatea și eficiența unei anumite intervenții.

**Puterea dovezilor** privind eficacitatea este gradată în funcție de metoda prin care au fost obținute. Metodologia de gradare a recomandărilor conform dovezilor utilizate este detaliată în capitolul următor.

## CAPITOLUL 2.

# METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI

**Ghidul de prevenție** răspunde unei vechi nevoi a profesioniștilor din asistența primară, mai ales a medicilor de familie, de a avea la îndemână un document suport și instrumente de sprijin pentru desfășurarea de activități preventive relevante, dovedit eficace, structurate și planificate.

**Elaborarea de ghiduri de novo** este cunoscută în literatura de specialitate ca fiind un proces îndelungat și consumator de resurse.

**Adaptarea ghidurilor** este o metodă alternativă la dezvoltarea de novo a ghidurilor, în scopul unei mai eficiente utilizări a celor existente și a limitării duplicării eforturilor.<sup>1</sup>

Ea permite utilizarea și/sau modificarea ghidurilor produse într-un anumit cadru cultural și organizatoric (în cazul nostru a ghidurilor internaționale de prevenție) pentru aplicarea lor într-un context diferit (în asistența primară din România)<sup>1</sup>.

Elaborarea Ghidului de prevenție s-a făcut în cadrul definit al proiectului: **19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”**, finanțat de Granturile Norvegiene 2009-2014.

Având în vedere resursele de timp limitate oferite de cadrul prezentului proiect, elaborarea Ghidului de prevenție în asistența primară pe baza metodologiei ADAPTE a fost considerată cea mai adecvată soluție.

Adaptarea ghidurilor internaționale de prevenție existente la contextul asistenței primare din România, conform procedurii propuse de *The ADAPTE Collaboration* (2009), s-a făcut în trei etape (de inițiere, de adaptare, de finalizare) și mai mulți pași.<sup>1</sup>

**Tabel 1.** Sumar etape ADAPTE:

Etape	Acțiuni	Module
Faza de inițiere	PREGĂTEȘTE PROCESUL DE ADAPTARE	Pregătirea
Faza de adaptare	DEFINEȘTE ÎNTREBĂRILE	Domeniul de aplicare și scop
	CAUTĂ ȘI CITEȘTE GHIDURILE EXISTENTE	Căutare și citire
	EVALUEAZĂ GHIDURILE	Evaluare
	DECIDE ȘI SELECTEAZĂ	Decizie și selectare
	ELABOREAZĂ DOCUMENTUL PRELIMINAR	Personalizare
Faza de Finalizare	REVIZUIRE EXTERNĂ	Revizuire externă
	PLANIFICĂ URMĂTOAREA REVIZUIRE ȘI ACTUALIZARE	Planificare actualizare
	ELABOREAZĂ DOCUMENTUL FINAL	Produs final

## 2.1. INIȚIEREA

Pregătirea este o etapă decisivă și în procesul de adaptare a unui ghid.

Ea are drept scop definirea unei teme cât mai relevante, a echipei tehnice și de revizuire, luarea în calcul a tuturor celor potențial interesați în vederea unei implementări de succes și atingerea obiectivului dorit: în cazul nostru, schimbarea modelului de furnizare a serviciilor preventive oferite în asistența primară (trecerea de la servicii oportuniste la unele sistematice și integrate).

### 2.1.1. DOCUMENTAREA ȘI STRUCTURA GHIDULUI

S-a întocmit o listă inițială a Ghidurilor de prevenție internaționale relevante pentru elaborarea Ghidului de prevenție în asistența primară din România.

Ghidurile identificate au fost parcurse de echipa tehnică a proiectului.

Ținând cont de criteriile de tip: relevanță pentru scopul propus și claritatea structurii, s-a convenit:

- un abord detaliat al factorilor de risc legați de stilul de viață (alimentație, activitate fizică, fumat și consumul de alcool), în capitole distincte;
- adăugarea unui capitol privind intervenții de depistare, comunicare și modificare a principalelor riscuri relevante pentru vârste și gen, răspunzând astfel nevoilor exprimate de medicii de familie consultați.

În conformitate cu obiectivele și resursele proiectului și ținând cont de cadrul oferit de proiect, echipa de coordonare a proiectului (CNSMF, INSP, ALIAT) a definit structura echipei de elaborare a ghidului:

**1. Echipa tehnică a ghidului** - cu rol în elaborarea Ghidului conform metodologiei ADAPTE, compusă din:

- medici de familie și specialiști în sănătate publică cu expertiză și interes special, în domeniul activităților preventive la copii, tineri și adulți/vârstnici și cu competență în găsirea informațiilor, evaluare critică, elaborarea și implementarea de ghiduri clinice pentru medicii de familie;
- medici de familie cu expertiză și interes în domeniul sănătății publice, cu abilități de management și comunicare în cadrul echipei dar și /mai ales, în stabilirea de relații de comunicare și colaborare cu alte specialități;
- medici specialiști de alte specialități (pneumologie, psihiatrie), psihologi, cu expertiză și interes pentru arii relevante - adicții și managementul schimbărilor de comportament în domeniul adicțiilor și stilului de viață în general.

**2. Echipa de recenzori și referenți** - având rol în recenzarea Ghidului în formatul preliminar și formularea de observații pentru îmbunătățirea conținutului său:

- medici de diferite specialități, cu expertiză și interes în elaborarea și implementarea de ghiduri, simpli clinicieni (inclusiv medici de familie), membri sau lideri ai unor organizații profesionale interesate de conținutul și aplicarea Ghidului.

**3. Organizații/structuri interesate**, cu rol în sprijinirea, diseminarea și implementarea Ghidului în varianta finală.

S-au stabilit următoarele reguli, sarcini și modalități de colaborare:

- ghidul este elaborat sub coordonarea CNSMF cu participarea INSP și ALIAT;
- responsabilii de capitol structurează capitolul conform modelului agreat;
- fiecare capitol este supus unui process de *peer-review*;
- deciziile privind problemele “în dispută” sunt aduse în atenția celorlalți membri ai grupului, iar rezoluția se adoptă prin consens;
- editorul Ghidului încorporează în documentul preliminar materialele recepționate și acceptate de coordonatorul științific;
- documentul preliminar este trimis spre recenzare listei de recenzori agreeți;
- responsabilii de capitole împreună cu coordonatorul ghidului analizează observațiile recenzorilor, eventual fac documentări suplimentare și formulează concluzii;
- concluziile privind modificările sugerate, inclusiv cele având ca efect implementarea sunt trimise editorului ghidului care le încorporează în documentul intermediar/final;
- varianta finală a documentului se retrimite recenzorilor.

Cu prilejul întâlnirilor de consens s-a întocmit o listă privind modalitățile de diseminare, persoanele și instituțiile dornice a se implica în diseminarea și implementarea Ghidului de prevenție.

Formularea recomandărilor Ghidului ține cont de contextul specific de organizare și funcționare a activității în medicina familiei anului 2015 dar, pentru o mai bună sustenabilitate, Proiectul Lifestyle își propune formularea de sugestii care să modifice modul actual de furnizare a serviciilor preventive și modalitățile concrete de sprijinire ale acestei activități.

S-a avut în vedere necesitatea implicării unor experți independenți/organisme independente pentru avizarea ghidului.

## 2.2. ADAPTAREA

### 2.2.1. SELECȚIA SUBIECTULUI

Ghidul de față are ca subiect - Intervențiile dovedit eficace, aplicabile în asistența primară din România, pentru prevenția afecțiunilor considerate prioritare (având în vedere relevanța lor pentru morbiditate și mortalitate).

### 2.2.2. FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR LA CARE RĂSPUNDE GHIDUL

Fiecare capitol al Ghidului are la bază un set de întrebări clinice; întrebările au fost formulate pornind de la formulele PIPOH / PICO și setul standard de întrebări clinice structurate.

Ghidurile identificate în etapa preliminară au constituit punctul de plecare în stabilirea listei de întrebări clinice la care răspunde Ghidul adaptat.

În timpul analizei ghidurilor selectate au apărut și întrebări noi.

### 2.2.3. CĂUTAREA DE GHIDURI ȘI ALTĂ DOCUMENTAȚIE RELEVANTĂ

Strategia de căutare dezvoltată s-a bazat pe întrebările cheie formulate.



Căutarea suficient de comprehensivă a permis identificarea celor mai relevante ghiduri. Căutarea sistematică a fost precedată de formularea unor criterii de includere și excludere, cum ar fi: anul elaborării ghidului (nu mai vechi de cinci ani), limba (engleză în principal), organizația dezvoltatoare (organizații renumite) etc.

Căutarea sistematică a ghidurilor s-a făcut în bazele de date referitoare la Ghiduri (*US National Guideline Clearinghouse* ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)), *Guidelines International Network* ([www.g-i-n.net/](http://www.g-i-n.net/))). Au fost accesate paginile web ale organizațiilor dezvoltatoare de ghiduri sau ale societăților profesionale relevante (în special europene, americane, canadiene, australiene și neozelandeze). Ulterior căutarea s-a îmbogățit cu o căutare în **MEDLINE** ([www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)) folosind cuvinte cheie: **Guideline** [*Publication Type*] or **Practice guideline** [*Publication Type*] or **Recommendation**\* [*Title*] în combinație cu termeni specifici legați de aria clinică de interes (*Nutrition/ Physical activity/ Smoking/ Cardiovascular risk/ Obesity/ Diabetes/ Cancer/ Prevention*).

S-au căutat și ghiduri relevante în limba română, pe site-ul organizațiilor de profil din România și pe site-ul Ministerului Sănătății.

S-a luat decizia de a folosi mai multe ghiduri relevante pentru fiecare dintre domeniile *Lifestyle* de interes (nutriție, activitate fizică, fumat și consum de alcool) în vederea formulării de recomandări cât mai clare și mai adaptate la contextul asistenței primare din România. În plus s-a decis, pentru documentarea intervențiilor preventive altele decât cele referitoare la principalii factori de risc enumerați mai sus, să se utilizeze ca model **Ghidul de Intervenții preventive US Preventive Services Task Force** - varianta 2014.

În afară de ghiduri, s-au făcut căutări pentru identificarea altor surse valoroase cum ar fi recenzii sistematice (RS) sau rapoarte de evaluare a tehnologiei medicale (Rapoarte HTA), publicate ulterior datei la care s-a încheiat căutarea pentru ghidurile de referință. Acestea au fost utilizate pentru confirmarea recomandărilor, completarea lor sau pentru a răspunde la eventuale întrebări neacoperite în ghiduri de referință selectate.

## 2.2.4. ANALIZA GHIDURILOR IDENTIFICATE

O primă evaluare a ghidurilor identificate a avut ca scop:

- eliminarea din start a ghidurilor nerelevante (prin evaluarea “rigorii” cu ajutorul instrumentului AGREE<sup>2</sup>) și
- selectarea celor care necesită o evaluare mai aprofundată, într-un pas ulterior.

De la început au fost selectate ghiduri publicate după 2010.

**AGREE II** - “**Appraisal of Guidelines Research & Evaluation**” (Analiza Ghidurilor - Cercetare și Evaluare”) este un instrument de evaluare a calității ghidurilor clinice și poate fi găsit la adresa [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org). Instrumentul conține 23 de dimensiuni și nu evaluează conținutul clinic al recomandărilor.<sup>2</sup>

Alte criterii de selecție utilizate au fost formatul foarte bun al ghidului sau prezența unor răspunsuri la unele întrebări de sănătate care nu au putut fi regăsite în ghiduri superioare calitativ.

Având în vedere că pentru formularea unei recomandări au fost luate în considerație mai multe ghiduri, s-a considerat că întocmirea *matricilor de recomandări* este foarte utilă<sup>1</sup>. Pentru analiza conținutului ghidurilor s-au folosit matricile de recomandări extrase din ghidurile selectate și eventual din alte surse - SR, HTA.

S-a constatat dificultatea gradării unitare a recomandărilor (ghiduri diferite utilizează metode diferite de gradare; în același timp, există și ghiduri care nu gradează în niciun fel recomandările).

Soluția adoptată de grupul tehnic pentru rezolvarea acestei situații a fost aceea de a folosi un singur sistem de gradare a puterii recomandărilor (Sistemul GRADE) și de a reclasifica nivelul dovezilor, folosind sistemul ales (discordanțele au fost soluționate plecând de la evaluarea literaturii sursă).

Reamintim că sistemul GRADE<sup>3</sup> de evaluare utilizează o procedură riguroasă și transparentă a calității dovezilor.

Sunt două nivele de tărie a recomandărilor:

- Recomandări puternice (Grad 1)
- Recomandări slabe (Grad 2)

Sunt trei nivele de calitate a dovezilor:

- A. Dovezi de calitate înaltă
- B. Dovezi de calitate medie
- C. Dovezi de calitate

**Tabel.** Sistemul de gradare GRADE

Simbol	Gradul Recomandării	Claritate risc/beneficiu	Calitatea dovezilor (pe care se sprijină recomandarea)	Implicații
1A	Recomandare puternică. Dovezi de înaltă calitate	Beneficiile sunt în mod clar mai mari decât riscurile și dezavantajele cumulate (costuri, inconveniențe), sau invers	Dovezi coerente din trialuri controlate randomizate (RCT) bine realizate, sau dovezi incontestabile din alte tipuri de studii. Este puțin probabil ca cercetări suplimentare să ne schimbe încrederea în legătură cu estimarea beneficiilor și riscurilor.	Recomandare puternică, se poate aplica la majoritatea pacienților în cele mai multe cazuri, fără rezervă.
1B	Recomandare puternică. Dovezi de calitate medie	Beneficiile depășesc în mod clar riscurile și dezavantajele cumulate (costuri, inconveniențe), sau invers	Dovezi din trialuri controlate randomizate (RCT) cu limitări importante (rezultate inconsistente, probleme de metodologie, dovezi indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice din alte tipuri de studii. Cercetări suplimentare (dacă s-ar efectua) ar putea avea un impact asupra încrederii noastre în estimarea beneficiilor și riscurilor și ar putea modifica estimarea.	Recomandare puternică, pare că se poate aplica la majoritatea pacienților

<b>1C</b>	Recomandare puternică. Dovezi de calitate scăzută	Beneficiile par să depășească riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente, sau invers	Dovezi din studii observaționale, experiența clinică nesistematică, sau din trialuri controlate randomizate (RCT) având probleme metodologice serioase. Orice estimare a efectului este incertă.	Recomandare relativ puternică; s-ar putea modifica atunci când vor fi disponibile dovezi de mai bună calitate
<b>2A</b>	Recomandare slabă. Dovezi de înaltă calitate.	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente sau invers.	Dovezi coerente din trialuri controlate randomizate (RCT) bine realizate, sau dovezi incontestabile din alte tipuri de studii. Este puțin probabil ca cercetări suplimentare să ne schimbe încrederea în legătură cu estimarea beneficiilor și riscurilor.	Recomandare slabă, cea mai bună acțiune poate diferi în funcție de: circumstanțe, sau valorile pacienților sau de valorile sociale
<b>2B</b>	Recomandare slabă. Dovezi de calitate medie.	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente, existând unele incertitudini legate de estimarea beneficiilor, riscurilor și dezavantajelor cumulate.	Dovezi din trialuri controlate randomizate (RCT) cu limitări importante (rezultate inconsistente, probleme de metodologie, dovezi indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice din alte tipuri de studii. Cercetări suplimentare (dacă s-ar efectua) ar putea avea un impact asupra încrederii noastre în estimarea beneficiilor și riscurilor și ar putea modifica estimarea.	Recomandare slabă, abordări alternative ar putea fi mai bune pentru unii pacienți în anumite circumstanțe
<b>2C</b>	Recomandare slabă. Dovezi de calitate scăzută.	Incertitudini privind estimarea beneficiilor, riscurilor și dezavantajelor cumulate - costuri și inconveniente; beneficiile pot fi apropiate de riscuri și dezavantajele cumulate.	Dovezi din studii observaționale, experiența clinică nesistematică, sau din trialuri controlate randomizate (RCT) având probleme metodologice serioase. Orice estimare a efectului este incertă.	Recomandare foarte slabă; alte alternative pot fi la fel de rezonabile.

### 2.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor

Conform ADAPTE aplicabilitatea recomandărilor unui ghid în contextul țintă și gradul în care respectivul ghid necesită a fi adaptat depind de diferențele culturale și de contextul organizațional, de disponibilitatea serviciilor de sănătate, de competență, resurse, de organizarea serviciilor de sănătate, precum și de caracteristicile populației, credințele culturale și judecățile de valoare.

La selecția ghidurilor și în formularea recomandărilor finale ale Ghidului de prevenție propus au fost luate în calcul acceptabilitatea și aplicabilitatea lor, utilizând următoarele filtre<sup>1</sup>:

- populația țintă a ghidurilor selectate este asemănătoare cu cea căreia i se adresează noul ghid? (acceptabilitate);
- intervențiile alese țin cont de părerea și preferințele pacienților, în contextul de aplicare a noului ghid? (acceptabilitate);
- sunt intervențiile/echipamentele recomandate de noul ghid disponibile în contextul de aplicare a noului ghid? (aplicabilitate);

- există expertiza necesară (cunoștințe, abilități) în noul context? (aplicabilitate);
- există constrângeri, bariere organizaționale, de legislație, ce țin de politici, de resursele disponibile, care ar putea împiedica implementarea acestor recomandări? (aplicabilitate);
- recomandările formulate sunt compatibile cu cultura și valorile existente acolo unde va avea loc implementarea lor? (acceptabilitate și aplicabilitate);
- beneficiul obținut din implementarea acestor recomandări merită efortul de a le implementa? (acceptabilitate);

**Rezultatele evaluărilor** efectuate au oferit o bază explicită pentru luarea unor decizii avizate privind selecția și modificările recomandărilor din ghidurile sursă.

Aceste decizii, propuse de către fiecare dintre experții pe probleme, au fost discutate la întâlnirile Grupului tehnic de lucru, pe baza informațiilor culese în instrumentele de sinteză amintite.

## 2.2.5. SELECȚIA GHIDURILOR ȘI RECOMANDĂRILOR PENTRU A CREA UN GHID ADAPTAT

Procesul de decizie privind adoptarea, modificarea, eliminarea unora dintre recomandări a fost facilitat de coordonatorul științific al Ghidului.

În luarea deciziilor și selecția recomandărilor s-au folosit următoarele tipuri de opțiuni menționate în documentul ADAPTE<sup>1</sup>:

**RESPINGEREA întregului ghid** - decizia consensuală a echipei de elaborare atunci când: ghidul a întrunit scoruri mici la AGREE, era vechi și depășit, recomandările sunt inaplicabile în contextul la care se referă noul ghid etc.

**ACCEPTAREA recomandărilor specifice** - decizia consensuală a echipei de elaborare de a accepta unele recomandări, așa cum sunt formulate de unele ghiduri, respectiv de a rejecta altele (recomandările care din anumite motive necesită modificări majore au fost eliminate).

**MODIFICAREA recomandărilor specifice** - decizia consensuală a echipei de elaborare ca unele dintre recomandări să fie păstrate, dar să fie modificate (au apărut date noi care modifică conținutul său modul de formulare al recomandării se schimbă pentru a fi mai ușor aplicabilă în contextul noului ghid).

Deciziile adoptate au permis formularea de recomandări care adresează adecvat toate întrebările propuse și care pot fi aplicate în contextul asistenței primare din.

## 2.2.6. ELABORAREA VARIANTEI PRELIMINARE A GHIDULUI ADAPTAT

Recomandările reținute au făcut obiectul unor întâlniri de consens și au fost analizate din două perspective: una tehnică, privind acuratețea științifică și una vizând aplicabilitatea/implementabilitatea.

Consecutiv întâlnirilor de consens s-a elaborat o formă preliminară a Ghidului.

Colaționarea Ghidului preliminar s-a făcut plecând de la Scheletul Ghidului, formulat într-o etapă anterioară și luând în calcul sugestiile ADAPTE.

Varianta preliminară a Ghidului conține și un capitol de instrumente pentru implementare. Elaborarea capitolului s-a făcut în paralel cu elaborarea fiecăruia dintre capitolele de bază a Ghidului, prin contribuția fiecăruia dintre experții pe problemă.

Procesul de elaborare, colajonare, respectiv de transpunere a instrumentelor în software a fost realizată cu sprijinul expertului IT.

## 2.3. FINALIZAREA

Conform ADAPTE, finalizarea presupune obținerea feedback-ului asupra documentului din partea celor interesați de Ghid, stabilirea procesului de revizuire și actualizare a Ghidului și elaborarea documentului final.

### 2.3.1. FEED-BACK-UL EXTERN

S-au organizat întâlniri de consens având ca obiectiv:

- analiza recomandărilor formulate;
- analiza contextului și implementabilității recomandărilor formulate.

La întâlniri au participat medici de familie, reprezentanți ai principalelor specialități implicate, reprezentanți ai organizațiilor având interes în succesul implementării.

Întâlnirile au permis adresarea recomandărilor cheie și a celor potențial problematice și formularea de soluții de consens.

S-au formulat concluzii referitoare la atributele dorite ale intervențiilor preventive selectate cât și a instrumentelor necesare pentru susținerea implementării: intervenții eficiente, ușor de asimilat și integrat în rutină zilnică a cabinetului, recunoscute ca prioritare și susținute financiar de către Casa de asigurări de sănătate, posibil a fi finalizate la nivel de sistem.

Feed-back-urile primite ne-au condus la ideea dezvoltării a două variante a Ghidului:

- a. O variantă scurtă, utilă practicii imediate a medicilor de familie și ușor aplicabilă de către aceștia și chiar și de către asistentele medicale din asistența primară,
- b. O variantă exhaustivă, descriptivă, conținând materialul integral elaborat.

Cele 2 variante au fost retrimise spre revizuire utilizatorilor vizati: medici de familie simpli, reprezentanți ai unor organizații profesionale, medici de alte specialități, asistenți medicali, experți în elaborarea de ghiduri, decidenți, pacienți.

Aceștia au fost solicitați să formuleze opinii legate de punctele forte și punctele slabe ale ghidului, încrederea în calitatea procesului de adaptare și să sugereze eventuale modificări finale.

Medicilor de familie și asistenților medicali li s-a solicitat opinia referitor la acceptabilitatea și aplicabilitatea Ghidului în practica curentă.

Decidenților, reprezentanților organizațiilor profesionale li s-a solicitat opinia în legătură cu implicațiile aplicării Ghidului - resursele necesare implementării Ghidului.

Autorii Ghidului au luat în discuție toate opiniile și sugestiile recenzorilor și au operat modificările necesare acolo unde a fost cazul.

### 2.3.2. AVIZAREA GHIDURILOR

Există dovezi<sup>1</sup> că avizarea ghidurilor de către organizațiile profesionale relevante, crește aplicabilitatea ghidurilor.

Pentru o mai bună diseminare și implementare, Ghidul va fi supus unei proceduri de avizare de către organismele/ organizațiile profesionale relevante - Colegiul Medicilor și Societatea Națională de Medicina Familiei.<sup>2</sup>

Avizarea presupune o procedură formală de recunoaștere a relevanței ghidului pentru membrii organizației.

### 2.3.3. ACTUALIZAREA

Conform ADAPTE, procesul de revizuire și actualizare a unui ghid implică două etape: identificarea unor noi dovezi relevante și decizia de a actualiza Ghidul.<sup>1</sup>

Echipa tehnică a Ghidului a decis actualizarea sa la un interval de 5 ani (2020).

În cazul în care noi dovezi importante vor fi identificate mai repede, se va putea lua în considerare devansarea datei revizuirii.

### 2.3.4. PRODUCEREA DOCUMENTULUI FINAL (GHIDUL)

Dovezile arată că un Ghid final scurt și clar, lipsit de ambiguități este mai ușor de acceptat de către medicii care-l utilizează.<sup>1</sup>

Ghidul de prevenție în varianta finală va conține un arsenal important de instrumente de suport care, sperăm, vor ușura implementarea.

Pilotarea acestor instrumente de către cele 100 de cabinete pilot din toată țara va permite orientarea Grupului tehnic în legătură cu acceptabilitatea și aplicabilitatea recomandărilor formulate, dar și mai ales cu privire la stimulentele și barierele în calea implementării. În plus, contactul pe parcursul câtorva luni cu profesioniștii vizați, medici, asistente medicale și comunitare, va permite luarea în calcul a unor modificări de abord (reformularea mai clară/adaptată a unora dintre recomandări, modificări ale instrumentelor de suport: algoritmi, liste de verificare, alerte, sisteme de analiză, sisteme de planificare, materiale de informare a pacienților etc).

În același timp, ca urmare a interacțiunii cu utilizatorii se vor putea aduce modificări la formatul Ghidului, ținând cont că o mai bună adaptare a formatului la categoria de utilizator, poate influența modul în care acesta este receptat.

Ghidul final va trebui să conțină și referințe la modalitățile dovedite utile pentru implementarea Ghidului de către diverșii utilizatori.

Documentul final va putea fi evaluat din punctul de vedere al calității elaborării lui, utilizând Instrumentul AGREE<sup>2</sup>.

# BIBLIOGRAFIE

1. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Ressouce Toolkit for Guideline adaptation. Version. 2.0. Disponibil la adresa: <http://www.g-i-n.net>.
2. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument [monograph on the Internet]. 2001 Sep. Available from: [http://www.agreetrust.org/docs/AGREE\\_Instrument\\_English.pdf](http://www.agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_English.pdf)
3. Shrouf P, Fleiss J. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. Psychol Bull. 1979;86:420-8.
4. GRADE - [http://www.gradeworkinggroup.org/publications/jce\\_series.htm](http://www.gradeworkinggroup.org/publications/jce_series.htm)
4. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol. 2010 Dec 27
5. Guyatt G, Oxman AD, Akl E, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, Falck-Ytter Y, Glasziou P, Debeer H, Jaeschke R, Rind D, Meerpohl J, Dahm P, Schünemann HJ. GRADE guidelines 1. Introduction- GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011 Jan 3
6. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. GRADE guidelines 2. Framing the question and deciding on important outcomes. J Clin Epidemiol. 2011 Jan 3
7. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines 3: rating the quality of evidence - introduction. J Clin Epidemiol. 2011 Jan 6
8. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW Jr, Atkins D, Meerpohl J, Schünemann HJ. GRADE guidelines 4: rating the quality of evidence - risk of bias. J Clin Epidemiol. 2011 Jan 20
9. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Djulbegovic B, Atkins D, Falck-Ytter Y, Williams JW Jr, Meerpohl J, Norris SL, Akl EA, Schünemann HJ. GRADE guidelines 5: rating the quality of evidence - publication bias. J Clin Epidemiol. 2011 Aug 1
10. Guyatt G, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, Devereaux P, Montori VM, Freyschuss B, Vist G, Jaeschke R, Williams JW Jr, Murad MH, Sinclair D, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Whittington C, Thorlund K, Andrews J, Schünemann HJ. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence - imprecision. J Clin Epidemiol. 2011 Aug 12
11. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, Alonso-Coello P, Glasziou P, Jaeschke R, Akl EA, Norris S, Vist G, Dahm P, Shukla VK, Higgins J, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence - inconsistency. J Clin Epidemiol. 2011 Aug 2
12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, Alonso-Coello P, Falck-Ytter Y, Jaeschke R, Vist G, Akl EA, Post PN, Norris S, Meerpohl J, Shukla VK, Nasser M, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence - indirectness. J Clin Epidemiol. 2011 Aug 1
13. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, Atkins D, Kunz R, Brozek J, Montori V, Jaeschke R, Rind D, Dahm P, Meerpohl J, Vist G, Berliner E, Norris S, Falck-Ytter Y, Murad MH, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011 Aug 1
14. Brunetti M, Shemilt I, et al.; The GRADE Working. GRADE guidelines: 10. Rating the quality of evidence for resource use. J Clin Epidemiology [publication - upcoming]

15. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, Atkins D, Kunz R, Montori V, Jaeschke R, Rind D, Dahm P, Akl EA, Meerpohl J, Vist G, Berliner E, Norris S, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2012 Apr 30.
16. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R, Brozek J, Norris S, Meerpohl J, Djulbecovic B, Alonso-Coello P, Post PN, Busse JW, Glasziou P, Christensen R, Schünemann HJ. GRADE guidelines 12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2012 May 18.
17. Thorlund K, Oxman AD, Walter SD, Patrick D, Furukawa TA, Johnston BC, Karanicolas P, Akl EA, Vist G, Kunz R, Brozek J, Kupper LL, Martin SL, Meerpohl JJ, Alonso-Coello P, Christensen R, Schünemann HJ. GRADE guidelines 13. Preparing Summary of Findings tables-continuous outcomes. *J Clin Epidemiology* 2013 Feb;66(2):173-83
18. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, Nasser M, Meerpohl J, Post PN, Kunz R, Brozek J, Vist G, Rind D, Akl EA, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2013 Jan 9
19. Grading guide – Up to Date - <http://www.uptodate.com/home/grading-guide>



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 "Inițiativa în sănătatea publică".  
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014.  
Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.  
Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați  
[www.norwaygrants.org](http://www.norwaygrants.org), [www.norwaygrants.ro](http://www.norwaygrants.ro) și [www.initiativeinsanatate.ms.ro](http://www.initiativeinsanatate.ms.ro).

[www.cnsmf.ro](http://www.cnsmf.ro)  
[www.edu-cnsmf.ro](http://www.edu-cnsmf.ro)  
[ghidurimedicale.ro](http://ghidurimedicale.ro)  
[www.insp.gov.ro](http://www.insp.gov.ro)