

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Priorização das necessidades de investigação respiratória dos cuidados primários: o exercício e-Delphi do grupo internacional de cuidados primários respiratórios (*International Primary Care Respiratory Group - IPCRG*)

*Hilary Pinnock^a, Anders Østrem^b, Miguel Román Rodríguez^c, Dermot Ryan^d, Björn Ställberg^e, Mike Thomas^f, Ioanna Tsiligianni^g, Sian Williams^h, Osman Yusufⁱ

^a Membro Sênior de Investigação Clínica, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences, Universidade de Edimburgo, Edimburgo, Reino Unido

^b Médico de Família, Gransdalen Legesenter, Oslo, Noruega

^c Centro de Cuidados de Saúde Primários Son Pisa, Palma de Maiorca, Espanha

^d Membro honorário de Investigação Clínica, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences, Universidade de Edimburgo, Edimburgo, Reino Unido

^e Departamento de Saúde Pública e Ciências dos Cuidados, Medicina Familiar e Epidemiologia Clínica, Universidade de Uppsala, Uppsala, Suécia

^f Membro Sênior de Investigação da Asthma UK, Centre for Academic Primary Care, Universidade de Aberdeen, Reino Unido

^g Centro Médico Universitário de Groningen, Groningen, Holanda

^h Director do Grupo Internacional de Cuidados Primários Respiratórios

ⁱ Director de Cuidados Primários/Formador de MGF e Especialista em Alergia e Asma, Instituto de Alergia e Asma, Islamabad, Paquistão

Recebido em 2 de Dezembro de 2011; revisto em 5 de Janeiro de 2012; aceite em 7 de Janeiro de 2012; publicado online em 24 de Janeiro de 2012

Resumo

Introdução: Os cuidados baseados na comunidade, corroborados por investigação relevante em cuidados primários, constituem uma componente importante da luta global contra doenças não contagiosas. A declaração de necessidades de investigação (*Research Needs Statement*) do Grupo Internacional de Investigação em Cuidados Primários (IPCRG) identificou 145 questões de investigação em cinco domínios (asma, rinite, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tabagismo, infeções respiratórias).

Objectivos: Utilizar um processo Delphi por e-mail para priorizar as questões de investigação.

Métodos: Um painel internacional de médicos de cuidados primários classificou a importância clínica, a viabilidade e a relevância internacional de cada questão numa escala de 1-5 (5 = mais importante). Em rondas subsequentes, informados relativamente às medianas das pontuações do Grupo, os participantes classificaram a prioridade global. O consenso foi definido como concordância de 80% para as pontuações de prioridade 4 ou 5.

Resultados: Vinte e três peritos de 21 países completaram todas as três rondas. Foram priorizadas 62 questões nos cinco domínios. Um tema recorrente era relativo a "ferramentas simples" (p. ex., questionários) que possibilitem o diagnóstico e a avaliação em cenários na comunidade, frequentemente com acesso limitado a exames complementares. Sete questões registaram uma concordância de 100%: estas envolviam abordagens pragmáticas ao diagnóstico da DPOC e da rinite, avaliação da asma e infeções respiratórias, tratamento da rinite e implementação do tratamento da asma pelos próprios doentes.

Conclusões: Os dados para sustentar a abordagem dos cuidados primários ao diagnóstico e à avaliação e estratégias de tratamento amplas foram prioridades gerais. Se se pretender que os cuidados primários contribuam para enfrentar o desafio global do tratamento de doenças respiratórias não contagiosas, os políticos, os financiadores e os investigadores necessitam de priorizar estas questões.

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados.

H Pinnock *et al.* *Prim Care Respir J* 2012; 21(1): 19-27

<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00006>

Palavras-chave doenças não contagiosas, cuidados primários, prioridades de investigação, medicina respiratória, IPCRG

A versão integral deste artigo, com Apêndices online, está disponível em www.thepcrj.org

* **Autor para correspondência:** Dr Hilary Pinnock, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences, The University of Edinburgh, Doorway 3, Medical School, Teviot Place, Edinburgh EH8 9AG, Reino Unido.
Tel.: +44 (0)131 650 8102 Fax: +44 (0)131 650 9119 E-mail: hilary.pinnock@ed.ac.uk

Ver editorial com hiperligação de Holgate na pág. 1

Introdução

Em Setembro de 2011, a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) adoptou uma declaração sobre a Prevenção e o Controlo de Doenças não Contagiosas (DNC) que destacou a “magnitude em rápido crescimento das DNC que afectam pessoas de todas as idades, sexos, raças e níveis de rendimento”.¹ Reconhecendo que o impacto das DNC (incluindo especificamente a doença respiratória crónica) poderia ser “significativamente reduzido”, a declaração da ONU encorajou uma diversidade de iniciativas políticas, sociais e de cuidados de saúde “especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários”. As organizações profissionais apoiaram activamente as campanhas que conduziram a esta iniciativa.²⁻⁴

Apropriando-se do pedido da ONU para facilitação da investigação translacional para informar a acção nacional e global,¹ foram publicadas agendas de investigação de diferentes perspectivas profissionais e geográficas.⁴⁻⁶ Em conformidade com os Planos de Acção da Organização Mundial de Saúde, estas destacam a importância fulcral de cuidados de saúde primários baseados em dados científicos,^{7,8} embora nenhuma explore o desafio especificamente da perspectiva dos cuidados primários.

Em Junho de 2010, o Grupo Internacional de Cuidados Primários Respiratórios (IPCRG) iniciou o processo destinado a colmatar este hiato através da publicação de uma Declaração de Necessidades de Investigação (*Research Needs Statement* - RNS).⁹ Esperava-se que a declaração fosse utilizada por médicos e doentes empenhados em obter respostas a questões relevantes para o fornecimento de cuidados respiratórios na comunidade, para apoiar investigadores à procura de financiamento para fornecerem respostas a estas questões, e para informar organismos financiadores no sentido de priorizarem as agendas de investigação. Um tema geral foi a necessidade de investigação efectuada em cuidados primários, recrutando participantes representativos de populações de cuidados primários, avaliando intervenções realisticamente administradas ao longo de escalas temporais adequadas em cuidados primários, e retirando conclusões que serão significativas para os profissionais que trabalham em cuidados primários. O recente aumento de interesse pela investigação “na vida real” reflecte a importância desta agenda.¹⁰⁻¹²

Desenvolvimento da Declaração de Necessidades de Investigação do IPCRG

A lista de questões de investigação na RNS foi compilada utilizando um processo de consulta informal mas inclusivo.⁹ Os rascunhos das declarações sobre asma, rinite, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), dependência tabágica e infecções respiratórias foram amplamente circulados por um total de 42 participantes de 22 países, incluindo membros do IPCRG, outros peritos reconhecidos e representantes de uma variedade de contextos económicos e de cuidados de saúde.

Na sequência de um processo iterativo, foi gerado um total de 145 questões em cinco áreas de doença (asma, n=47; rinite alérgica, n=26; DPOC, n=35; dependência tabágica, n=16; infecções respiratórias, n=21). Questões específicas de doenças focaram-se em modos efectivos e com boa relação custo-efectividade de prevenção da doença, confirmação de um diagnóstico, avaliação do controlo, gestão do tratamento e capacitação do tratamento pelos próprios doentes. Foram destacadas questões práticas sobre como administrar esta agenda abrangente nos diversos cenários de cuidados primários de países de baixo e médio rendimento, bem como em sistemas de cuidados de saúde relativamente bem equipados.

Nesta vasta agenda, contudo, existia uma necessidade de priorizar e, em 2011, o IPCRG encomendou um processo de consenso e-Delphi para identificar as questões de investigação prioritárias em cada domínio de doença da RNS.

Métodos Ética

Fomos informados pelo serviço de ética de investigação de South East Scotland que não necessitávamos de aprovação ética para este estudo (comunicação pessoal, 17 de Dezembro de 2010).

Metodologia e-Delphi

Originário da Corporação RAND na década de 1950,¹³ o método Delphi é uma técnica para alcançar o consenso entre peritos sobre tópicos para os quais existem dados limitados.¹⁴⁻¹⁷ O conceito subjacente consiste no recrutamento de um painel de peritos cujos membros contribuem com ideias e depois ordenam as sugestões em rondas sucessivas até ser alcançado um consenso predefinido. Em cada ronda, as respostas são influenciadas pelo *feedback* sumário de rondas anteriores; contudo, os membros do painel trabalham independentemente e as suas contribuições são anónimas, dando deste modo peso igual a todas as perspectivas e ultrapassando o potencial viés introduzido por poderosas minorias dogmáticas em reuniões de consenso.¹⁷ Dado que não é exigida discussão frente a frente, o exercício pode ser realizado através de *e-mail*. Esta técnica tem sido amplamente utilizada numa diversidade de contextos de cuidados de saúde, incluindo na definição dos componentes de um plano de anafilaxia,¹⁸ na identificação de normas de segurança de sistemas informáticos de médicos de família¹⁹ e na priorização de necessidades de investigação no Reino Unido.²⁰

O e-Delphi do IPCRG

Efectuámos um exercício internacional e-Delphi que diferiu da descrição clássica em dois modos importantes:

- Omitimos o primeiro passo em que são colocadas ao painel de peritos questões abertas e o mesmo é convidado a contribuir com ideias para ordenação subsequente.^{14,16} Em vez disso, começámos com as 145 questões de investigação da RNS que já tinham sido geradas através de

ampla discussão entre peritos internacionais na área.

- Foi identificado um conjunto de atributos (importância clínica, viabilidade e relevância internacional) pela equipa internacional de investigação como contribuindo para a ordenação final da prioridade das questões de investigação. Para garantir que os participantes consideraram todos os três aspectos, na primeira ronda pedimos ao painel para classificar cada questão em função de cada um dos três atributos e depois, na segunda ronda e nas rondas subsequentes, para considerarem um resumo das ordenações como uma prioridade para o IPCRG.

Recrutamento de um painel de peritos

O IPCRG é um organismo federativo para 18 organizações nacionais de cuidados primários respiratórios e 28 membros associados individuais de países sem nenhuma organização nacional. Para alcançar uma ampla disseminação geográfica, tentámos recrutar um painel de peritos com representantes de médicos de cuidados primários dos nossos países membros e tantos dos países associados quanto possível, garantindo que também abrangemos especialistas clínicos, de investigação e educacionais relevantes.^{15,17} Compilámos uma lista de:

- Autores e contribuidores da RNS (excluindo a equipa que realizou o exercício Delphi).
 - Membros da subcomissão de investigação e da rede de investigação do IPCRG.
 - Representantes dos países membros e membros associados.
 - Membros da subcomissão de educação e painel do IPCRG.
- Após remoção de duplicações, o potencial grupo era de 63 pessoas de 34 países. Foi enviado um convite por *e-mail* para todos os potenciais membros que incluía uma descrição do processo, a escala temporal prevista e o compromisso estimado. Tornámos claro que esperávamos que os participantes contribuíssem para todas as três rondas.

Processo-piloto

Efectuámos um processo-piloto para garantir que as instruções eram claras, que a recolha de dados era viável e que o processo de entrada dos dados, análise e *feedback* dos resultados em cada ronda era simples. Foram efectuados pequenos ajustes às instruções para melhorar a clareza.

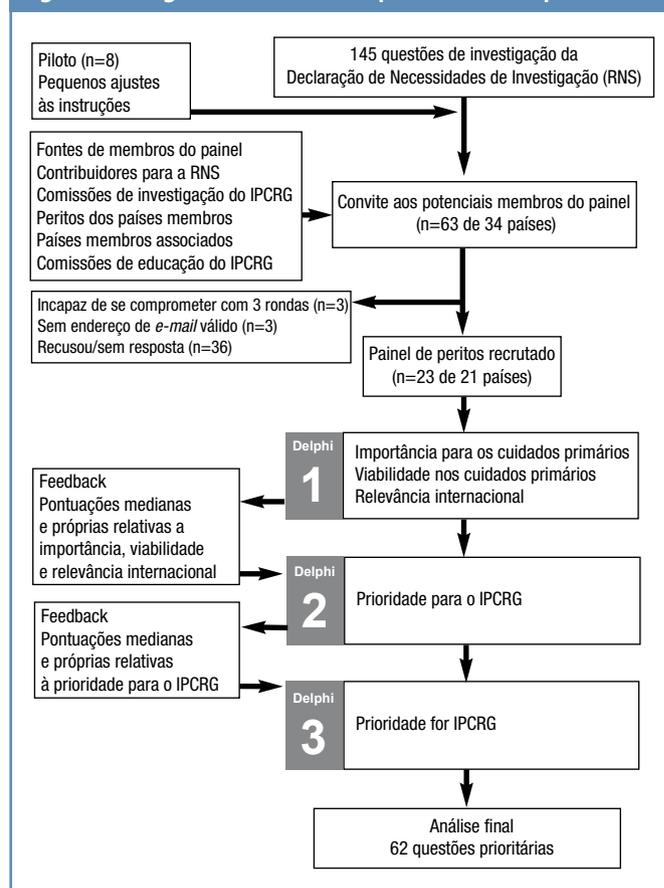
O processo de consenso e-Delphi

A Figura 1 ilustra o fluxo do processo de consenso e-Delphi que foi efectuado ao longo de 5 meses na Primavera de 2011. Em cada uma das três rondas, foi pedido aos membros do painel para devolverem as suas folhas de cálculo preenchidas em 2 semanas, com um lembrete a ser enviado alguns dias antes do prazo limite. Foi enviado um segundo lembrete para os não respondedores no dia após o prazo limite com um novo prazo de 3 dias.

Ronda 1

As questões de investigação foram reproduzidas palavra por palavra da RNS numa folha de cálculo Excel (Microsoft Corporation, Washington, EUA). Foi pedido aos membros do painel para classificar cada questão de investigação numa

Figura 1. Diagrama de fluxo do processo e-Delphi



escala de 1–5 em função de três atributos (onde 1 é o menos e 5 é o mais importante/viável/internacionalmente relevante).

- Importância para a prática de cuidados primários: foi pedido aos participantes para responderem à seguinte questão da sua perspectiva como um médico e/ou investigador de cuidados primários. *“Quão importante é ter a resposta a esta questão para melhorar os cuidados de pessoas com doenças respiratórias no seu sistema de saúde?”*
- Viabilidade para ser efectuado em cuidados primários: foi pedido aos participantes para considerarem a seguinte questão da sua perspectiva como um médico e/ou investigador de cuidados primários. *“Quão viável considera que seria um projecto de investigação nesta área no seu cenário de cuidados de saúde?”*
- Potencial para colaboração internacional: *“Qual é o potencial para a investigação em colaboração responder a esta questão com envolvimento de vários países, trabalhando conjuntamente ou efectuando a comparação entre sistemas de saúde?”*

Os resultados foram coligidos numa folha de cálculo Excel e foi calculada uma pontuação mediana para cada um dos três atributos.

Tabela 1. Países de origem e percurso profissional do grupo de peritos

| Região | Países | Papel profissional |
|--|--|--|
| Europa do Norte | Suécia, Holanda, Noruega, Reino Unido, Dinamarca, Alemanha | 5 Académicos de MGF 1 Clínico de MGF |
| Europa do Sul | Grécia, Portugal, Turquia, Espanha, Itália | 4 Académicos de MGF 1 Clínico de MGF |
| Rússia e Europa de Leste | Rússia, Roménia, Polónia | 1 Especialista em alergia 2 Clínicos de MGF |
| Subcontinente indiano e do Extremo Oriente | Índia, Singapura, Vietname | 2 Académicos de MGF 1 Médico de doenças respiratórias |
| América do Sul e do Norte | Chile, Argentina, Canadá | 3 Clínicos de MGF |
| Australásia | Austrália, Nova Zelândia | 1 Académico de MGF 2 Especialistas em formação em MGF |

Ronda 2

A folha de cálculo da segunda ronda incluiu as pontuações medianas da ronda 1 para cada um dos três atributos bem como a própria pontuação do participante. Foi pedido aos respondedores para chegarem a um compromisso ou equilibrarem a importância, a viabilidade e a relevância internacional de cada questão e para decidirem acerca da prioridade de cada questão para o IPCRG.

- Prioridade global: foi pedido aos participantes para classificarem a prioridade global para o IPCRG (*"Em qual destas questões de investigação deverá o IPCRG investir tempo, dinheiro e esforço para tentar responder?"*), atribuindo uma pontuação de 1–5 (onde 1 é a menor e 5 a maior prioridade).

Os resultados foram coligidos numa folha de cálculo Excel e foi calculada uma pontuação mediana para cada questão de investigação.

Ronda 3

As pontuações medianas para cada questão foram introduzidas na folha de cálculo da ronda 3 e enviadas para os membros individuais do painel juntamente com a sua própria pontuação.¹⁴ Foi então dada a oportunidade aos membros do painel para reverem as suas opiniões sobre a prioridade global de cada questão para o IPCRG à luz dos resultados da ronda anterior classificando mais uma vez cada questão de investigação com uma pontuação de 1–5.

Análise dos dados

Calculámos pontuações medianas para cada uma das questões e a proporção de respondedores que concordaram que a questão era uma prioridade.¹⁷ O consenso foi definido *a priori* como concordância de 80% para a pontuação de prioridade de 4 ou 5. Previmos que três rondas permitiriam

Tabela 2. Número de questões prioritizadas em cada domínio e categoria

| | Número de questões em cada limiar | | | |
|--|-----------------------------------|----------|----------|---------|
| | RNS | 80% | 90% | 100% |
| Domínio de doença, n (% de questões RNS) | | | | |
| Todos | 145 | 62 (43%) | 24 (17%) | 7 (5%) |
| Asma | 47 | 20 (43%) | 9 (19%) | 2 (4%) |
| Rinite alérgica | 26 | 9 (35%) | 3 (11%) | 2 (8%) |
| DPOC | 35 | 19 (54%) | 6 (17%) | 2 (6%) |
| Dependência tabágica | 16 | 9 (56%) | 2 (13%) | 0 |
| Infecções respiratórias | 24 | 5 (21%) | 5 (21%) | 1 (4%) |
| Categoria, n (% de questões para esse limiar) | | | | |
| Tratamento | 23 (16%) | 12 (19%) | 6 (25%) | 1 (14%) |
| Organização | 21 (14%) | 5 (8%) | 0 | 0 |
| Diagnóstico | 20 (14%) | 12 (19%) | 9 (38%) | 4 (57%) |
| Avaliação | 20 (14%) | 17 (27%) | 7 (29%) | 1 (14%) |
| Autotratamento | 12 (8%) | 3 (5%) | 1 (4%) | 1 (14%) |
| Prevenção | 9 (6%) | 2 (3%) | 0 | 0 |
| Farmacológicas | 8 (6%) | 2 (3%) | 0 | 0 |
| DPC | 8 (6%) | 3 (5%) | 0 | 0 |
| Testes adicionais | 6 (4%) | 1 (2%) | 1 (4%) | 0 |
| Comorbilidade | 6 (4%) | 2 (3%) | 0 | 0 |
| Diversidade | 6 (4%) | 0 | 0 | 0 |
| Cumprimento | 5 (3%) | 3 (5%) | 0 | 0 |
| Epidemiologia | 1 (1%) | 0 | 0 | 0 |

DPC = Desenvolvimento Profissional Contínuo

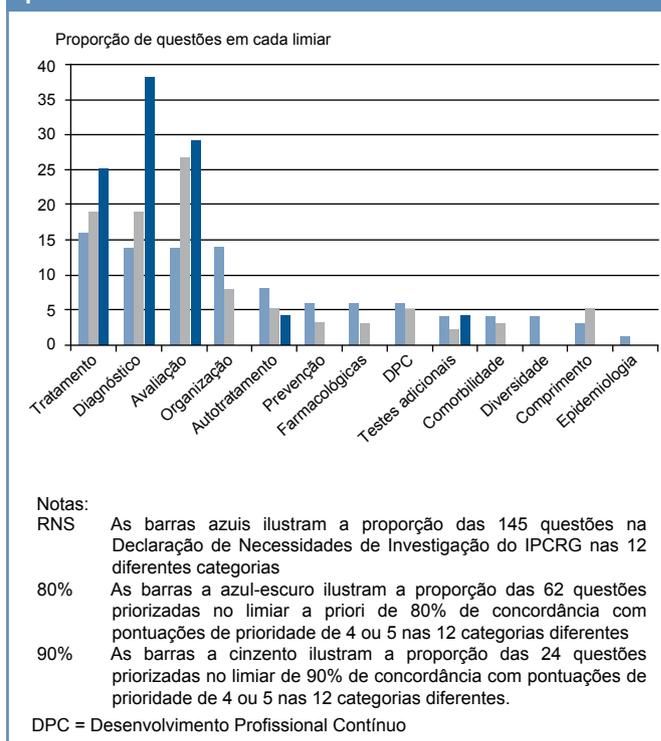
Figure 2. Priorização das diferentes categorias de questões

Tabela 3. Consenso sobre as prioridades de investigação na asma listadas por ordem de classificação

| Categoria | Questão de investigação |
|------------------|--|
| Avaliação | Que ferramentas simples permitem a avaliação do controlo da asma e cuja utilização é viável e aceitável em cuidados primários? |
| Autotratamento | Como é que o autotratamento orientado pode ser implementado na prática de cuidados primários em situação real? |
| Diagnóstico | Como é que se pode diagnosticar mais precocemente a asma em cuidados primários? |
| Tratamento | Como e quando é que se deverá aumentar ou reduzir a dose da medicação regular? |
| Diagnóstico | Que algoritmos práticos poderão distinguir entre respiração asmática/asma recorrente e outras doenças respiratórias agudas, incluindo pneumonia em crianças pequenas que se apresentem nos cuidados primários? |
| Tratamento | Como é que se pode identificar uma boa e má técnica de utilização do inalador e qual é a melhor estratégia para garantir uma boa técnica de utilização do inalador? |
| Diagnóstico | Como é que as áreas remotas ou os países em vias de desenvolvimento podem diagnosticar e tratar a asma com disponibilidade limitada ou ausência de testes de diagnóstico? |
| Tratamento | Como é que se deverá tratar a asma aguda grave em cenários em que não estão acessíveis serviços de urgência e hospitais? |
| Diagnóstico | Qual é o papel de ferramentas baseadas em sintomas para diagnosticar a asma em cuidados primários? |
| Cumprimento | Qual é o impacto da compreensão dos doentes sobre a doença, da utilização de diferentes estratégias de tratamento, do custo do tratamento (em países de elevado e reduzido rendimento e entre grupos sociais) e do receio acerca de efeitos secundários dos esteróides inalados na adesão ao tratamento prescrito? |
| Avaliação | Qual é a importância da comorbilidade (especialmente a morbilidade psicológica) e dos factores socioeconómicos na identificação dos doentes em risco de ataques graves? |
| Cumprimento | Como é que estes problemas de adesão poderão ser resolvidos (especialmente em subgrupos como os doentes adolescentes com asma)? |
| Tratamento | Qual é o tratamento preferido (incluindo o dispositivo de inalação apropriado) para exacerbações moderadas em cuidados primários, incluindo em situações clínicas em que as opções de tratamento são limitadas? |
| Autotratamento | Porque é que os profissionais têm relutância em fornecer planos de acção para a asma aos seus doentes e como é que isto poderá ser ultrapassado? |
| Avaliação | É necessária uma avaliação da gravidade em acréscimo a uma avaliação do controlo da asma em cuidados primários? |
| Avaliação | Qual é o papel dos testes da função pulmonar na monitorização regular dos doentes com asma em cuidados primários? |
| Avaliação | Qual é a validade e a utilidade de questionários para avaliação da qualidade de vida (ou outros resultados) quando utilizados para doentes individuais na prática clínica de rotina de cuidados primários? |
| Avaliação | Em que consiste uma abordagem prática à avaliação da gravidade da asma aguda em cenários de cuidados primários com recursos diagnósticos limitados? |
| Organização | Quais são as abordagens eficazes para o desenvolvimento de uma parceria com o doente? |
| Tratamento | Qual é a opção de terapêutica adjuvante dos corticosteróides inalados mais eficaz em diferentes subgrupos de asma? |

Tabela 4. Consenso sobre as prioridades de investigação na rinite alérgica listadas por ordem de classificação

| Categoria | Questão de investigação |
|------------------|---|
| Tratamento | Que (combinações de) estratégias de abordagem para o tratamento da rinite melhoram o controlo da asma e/ou a qualidade de vida? |
| Diagnóstico | Que ferramentas (p. ex., questionários validados, baseados em sintomas para a rinite ou rastreio de atopia) poderão ajudar o médico de cuidados primários a diferenciar entre rinite alérgica e não alérgica, rinosinusite, constipações comuns e outras patologias clinicamente semelhantes? |
| Avaliação | Que questões para utilização na prática de cuidados primários determinarão o controlo da rinite e identificarão os doentes em risco de agravamento dos sintomas e/ou do início de asma co-mórbida? |
| DPC | Quais são as necessidades educacionais dos médicos de cuidados primários e como é que poderão ser satisfeitas? Pode uma intervenção educacional melhorar a consciência e as capacidades clínicas dos médicos de medicina geral e familiar e melhorar os resultados clínicos na rinite alérgica? |
| Cumprimento | Como é que se pode melhorar o cumprimento dos tratamentos? |
| Tratamento | A classificação ARIA é útil para orientar a prescrição em cuidados primários? |
| Prevenção | O tratamento precoce e agressivo de crianças atópicas com rinite alérgica (p. ex., com esteróides nasais tópicos e/ou imunoterapia) evita a progressão para asma? |
| Avaliação | Os médicos estão conscientes da associação asma-rinite e em que medida procuram informação sobre rinite alérgica quando consultam doentes asmáticos? |
| Tratamento | Qual é a melhor técnica para utilizar <i>sprays</i> nasais? O que é que médicos, farmacêuticos e doentes sabem sobre a técnica correcta de inalação nasal? |

DPC = Desenvolvimento Profissional Contínuo

Tabela 5. Consenso sobre as prioridades de investigação na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) listadas por ordem de classificação

| Categoria | Questão de investigação |
|------------------|---|
| Diagnóstico | Pode a utilização de um questionário simples validado melhorar a identificação rigorosa da DPOC em diferentes países (incluindo aqueles sem acesso a espirometria)? |
| Diagnóstico | Quando se aplica uma abordagem de cuidados primários ao diagnóstico da DPOC, qual é o rendimento diagnóstico em comparação com critérios diagnósticos correntemente aceites? |
| Diagnóstico | Qual é a melhor maneira de identificar e diagnosticar DPOC em cuidados primários? A mesma incorpora historial, idade, sintomas e espirometria? |
| Avaliação | Que medições (espirometria, pontuações de falta de ar, tolerância ao exercício, pontuações de sintomas/controlo, questionários específicos da DPOC ou genéricos sobre a Qualidade de Vida) são viáveis e fornecem informação útil para a monitorização de rotina e a avaliação da eficácia do tratamento em cuidados primários a nível mundial? |
| Tratamento | Qual é o melhor tratamento paliativo para a dispneia grave? |
| Avaliação | São as medidas compósitas (como o índice DOSE ou o índice ADO) viáveis em cuidados primários numa diversidade de cenários de cuidados de saúde e válidas em comparação com índices estabelecidos (p. ex., BODE)? |
| Comorbilidade | Quais são os regimes de tratamento óptimos (incluindo o impacto da polifarmácia) para pessoas com DPOC e patologias comórbidas como doença cardiovascular, diabetes ou demência? |
| Avaliação | No contexto da DPOC, quais são as questões-chave que avaliam com exactidão os antecedentes tabágicos, proporcionam uma avaliação sensível e específica da adição tabágica e da motivação para a cessação tabágica? |
| Diagnóstico | Qual é o grau de subdiagnóstico (e sobrediagnóstico) da DPOC em comunidades de cuidados primários em diferentes países, e em que medida é que os doentes que fumam (ou estão expostos à queima de combustíveis de biomassa) são proactivamente rastreados relativamente à DPOC? |
| Diagnóstico | Que abordagem ao diagnóstico precoce da DPOC em cuidados primários é sustentada pela base de provas (questionários e/ou espirometria, rastreio ou detecção de casos) clínicas e de economia da saúde mais sólida? |
| Farmacológica | Qual é o papel da teofilina em dose reduzida, especialmente em países de baixo rendimento onde poderá ser um dos poucos tratamentos disponíveis? |
| Tratamento | Como é que as pessoas com DPOC de gravidade GOLD ligeira ou moderada deverão ser tratadas em cuidados primários no que respeita ao aconselhamento sobre o estilo de vida (cessação tabágica, aconselhamento dietético), ao tratamento terapêutico (anti-inflamatórios e/ou broncodilatadores) e à actividade física (reabilitação pulmonar) de modo a melhorar os resultados em diferentes cenários de cuidados de saúde? |
| DPC | Qual é um padrão apropriado de formação em espirometria para médicos de cuidados primários? |
| Comorbilidade | Quais são as comorbilidades de maior prevalência em pessoas com DPOC em diferentes países e que exames e análises deverão ser efectuados rotineiramente para detectar comorbilidades? |
| Diagnóstico | Quais são os parâmetros essenciais (p. ex., FEV1/FVC e/ou FEV1/FEV6, medições inspiratórias) de espirometria em cuidados primários? |
| Organização | Como é que o programa de educação em autotratamento deverá ser adaptado para diferentes gravidades de doença e/ou diferentes sistemas de saúde? |
| Autotratamento | Qual é o formato óptimo de educação sobre autotratamento (incluindo o conteúdo da informação, a individualização do plano, fornecimento por meio escrito ou electrónico, formadores profissionais ou leigos) para garantir uma comunicação eficaz com os doentes (frequentemente de comunidades pobres), facilitação da adesão ao tratamento e um impacto positivo no estado de saúde? |
| Farmacológica | Deverão a escolha, a dose e a duração do tratamento (corticosteróides orais, antibióticos) ser diferentes para diferentes gravidades da DPOC e gravidades das exacerbações? Existe algum papel para os esteróides inalados nas exacerbações da DPOC? |
| Avaliação | Qual o impacto que o acesso imediato a exames complementares de diagnóstico (p. ex., radiografia ao tórax, saturação de oxigénio, proteína C reactiva) tem no tratamento de cuidados primários de pessoas com exacerbações agudas de DPOC e na decisão de encaminhamento para outro médico? |

um grau aceitável de concordância sobre as prioridades de investigação, mas, caso isso não se verificasse, seria efectuada uma quarta ronda final utilizando o formato da ronda 3.

Para permitir a identificação dos temas abrangentes, quatro membros da equipa de investigação (HP, BS, IT, AO) codificaram as questões em categorias (p. ex., diagnóstico, tratamento, organização dos cuidados). Os desacordos foram resolvidos através de negociação.

Resultados

Recrutámos 23 participantes de 21 países para o painel de peritos. A Tabela 1 lista os países de origem e o percurso profissional dos participantes. Os participantes incluíam 11 (61%) dos países membros do IPCRG e 10 (36%) dos países membros associados. Todos os participantes completaram todas as três rondas.

Tabela 6. Consenso sobre as prioridades de investigação na dependência tabágica listadas por ordem de classificação

| Categoria | Questão de investigação |
|-------------|---|
| Tratamento | Como é que um aconselhamento curto pode ser utilizado com maior eficácia par aumentar a motivação para deixar de fumar e que elementos são mais eficientes para um médico de cuidados primários atarefado? |
| Avaliação | Que questões proporcionam a avaliação mais sensível e específica da dependência tabágica e da motivação para deixar de fumar e das necessidades individuais do fumador? |
| Prevenção | Como é que se podem tornar os médicos de cuidados primários em diferentes países mais conscientes das estratégias para prevenção do tabagismo em pessoas jovens e na gravidez? |
| Organização | Que modelos para proporcionar serviços de cessação tabágica ultrapassam barreiras conhecidas (p. ex., tempo, acessibilidade, conhecimento) e são aceitáveis, viáveis, eficazes e têm boa relação custo-eficácia em cenários de cuidados primários em todo o mundo? |
| Organização | Como é que um aconselhamento curto pode ser implementado em diferentes sistemas de saúde e diferentes situações clínicas (p. ex., gravidez, doença pulmonar obstrutiva crónica ou doença cardíaca concomitantes, asma, grupos de alto risco) e psicossociais (p. ex., os doentes que não estão a planear uma tentativa para deixar de fumar)? |
| Avaliação | Quais são os benefícios da utilização de questionários (p. ex., “vontade de deixar de fumar”, “adição à nicotina”) na prática clínica de rotina? |
| DPC | Como é que o conhecimento dos profissionais de cuidados de saúde primários sobre adição crónica à nicotina pode ser aumentado (incluindo programas de formação em cessação tabágica)? |
| Organização | Quais são os modelos mais eficazes (que incluem cuidados de saúde primários ou equipas especialistas em cessação tabágica) para proporcionar serviços de suporte em cessação tabágica em diferentes cenários culturais e/ou socioeconómicos? |
| Avaliação | Que questões ou instrumentos simples podem ser utilizados para avaliar o risco de recaída em consultas de cuidados primários? |

Tabela 7. Consenso sobre as prioridades de investigação em infecções respiratórias listadas por ordem de classificação

| Categoria | Questão de investigação |
|-------------------|--|
| Diagnóstico | Como é que os médicos de cuidados primários podem identificar com fiabilidade os doentes que beneficiarão de terapia antibiótica? Que critérios de diagnóstico são utilizados na decisão sobre tratamento antibiótico em países de elevado, médio e baixo rendimento em cenários de cuidados de saúde primários? |
| Avaliação | Como é que os médicos de cuidados primários podem distinguir entre ITRI graves e autolimitadas? |
| Testes adicionais | Que análises junto ao doente podem contribuir para um tratamento com uma boa relação custo-eficácia de ITRI em cuidados primários através da redução da utilização inadequada de antibióticos sem comprometer os resultados? |
| Avaliação | Que subgrupos de doentes com ITRI necessitam de tratamento antibiótico? |
| Tratamento | Deverão as estratégias de tratamento para as ITRI ser diferentes em subgrupos com várias comorbilidades, em fumadores, nos idosos, em crianças e em mulheres grávidas? |

ITRI = infecções do tracto respiratório inferior.

Proporção que atingiu os limiares de consenso

Das 145 questões de investigação, 62 alcançaram o nível de consenso *a priori* de 80% de concordância com pontuações de prioridade de 4 ou 5. Sete questões atingiram uma concordância de 100% e 24 alcançaram um limiar de consenso de 90%. As questões priorizadas estavam homogeneamente distribuídas entre todos os cinco domínios de doença (Tabela 2).

Questões priorizadas em cada domínio de doença

As 62 questões nos cinco domínios de doença priorizadas para o limiar de 80% encontram-se indicadas nas Tabelas 3–7. Todas as sete questões que alcançaram um consenso de 100% realçaram a necessidade de uma “abordagem de cuidados primários” prática. Duas questões eram no domínio da asma (ferramentas “simples” para avaliação do controlo e implementação do tratamento pelos próprios doentes), duas no domínio da rinite alérgica (diagnosticar a causa dos sintomas nasais e estratégias de tratamento), duas no domínio da DPOC (diagnóstico em cuidados primários) e uma no domínio das infecções respiratórias (identificação de quando eram indicados antibióticos). As 83 questões não priorizadas

são listadas nos Apêndices 1–5, disponíveis online em www.thepcrj.org.

Temas abrangentes

As questões foram alocadas a 12 categorias (indicadas na Tabela 2). A comparação da proporção relativa de questões de cada categoria priorizadas nos limiares de 80% e 90% com as 145 questões da RNS ilustra o processo de priorização; por exemplo, 40 (28%) das 145 questões da RNS estavam relacionadas com o diagnóstico ou a avaliação. Essas questões foram activamente priorizadas, sendo responsáveis por 29 (46%) das 62 questões que alcançaram consenso com o nível de 80% e 16 (67%) das 24 questões que alcançaram concordância de 90%. Este processo encontra-se ilustrado para cada uma das categorias na Figura 2.

Discussão

Principais resultados

As cinco áreas de doença incluíram todas prioridades para o grupo internacional de peritos em cuidados primários no nosso estudo e foi destacada uma gama de questões específicas em

cada domínio. Foi possível identificar um conjunto de prioridades abrangentes. A necessidade de “ferramentas simples” para estabelecer um diagnóstico e avaliar a gravidade em consultas de baixa tecnologia em cuidados primários foi priorizada em relação a exames complementares de diagnóstico mais complexos, as estratégias amplas de tratamento revelaram mais interesse que os dados sobre a eficácia de tratamentos individuais e foram procuradas abordagens práticas para apoiar o autotratamento e a alteração do estilo de vida.

Forças e limitações deste estudo

É improvável que o nosso painel de peritos de 23 médicos de cuidados primários tenha representado a gama completa de perspectivas de cuidados baseados na comunidade a nível global. Em muitos países, os cuidados de saúde primários encontram-se pouco desenvolvidos, sem nenhum organismo coordenador que possa representar os seus pontos de vista, e serão necessárias outras técnicas para explorar as suas perspectivas. Contudo, os nossos participantes encontravam-se todos activamente envolvidos em cuidados primários e representavam 21 países com uma ampla gama de contextos económicos e sistemas de saúde. Este número é semelhante ao de painéis de peritos em outros estudos e-Delphi publicados.^{18,19} Um aspecto importante é o de todos os participantes terem contribuído para todas as três rondas, permitindo que fosse alcançado um consenso.

Não exigimos formalmente contribuições em texto livre (embora pudessem ter sido efectuadas sugestões no e-mail introdutório), pois o objectivo do processo e-Delphi era priorizar as questões existentes da RNS que já tinham atraído contribuições dos membros globais do IPCRG.⁹

A categorização das questões demonstrou ser útil para identificação dos temas abrangentes, mas teve a limitação de algumas questões poderem ter-se adequado a mais de uma categoria. Por exemplo, algumas das questões codificadas como “tratamento” sobrepuseram-se com “organização dos cuidados”. Embora fosse um tema abrangente da RNS,⁹ não incluímos uma categoria para implementação da directriz, pois as questões relevantes já tinham sido incluídas como prioridades específicas de doenças.

Interpretação dos resultados em relação com o trabalho anteriormente publicado

De acordo com as prioridades globais,^{1,3,4,7,8} uma agenda de investigação recentemente publicada para a prevenção e controlo de doenças respiratórias crónicas da perspectiva de saúde pública realçou o papel dos cuidados primários na tarefa de enfrentar o desafio das DNC respiratórias.⁵ Os nossos resultados complementam esse artigo definindo os dados necessários para informar o tratamento de doenças respiratórias comuns em cenários de cuidados primários. Verificou-se uma concordância universal (de sistemas relativamente bem equipados assim como de países de baixo e médio rendimento) de que existe uma necessidade em todos os domínios de doença de compreender melhor o papel de fazer as perguntas certas, utilizando questionários e exames complementares de diagnóstico “simples” prontamente disponíveis em todos os

consultórios para identificar, diagnosticar e avaliar os doentes com doenças respiratórias. Isto não significou diminuir a importância dos exames complementares de diagnóstico (na realidade, a obtenção de padrões para a espirometria em cuidados primários foi uma das questões priorizadas), mas reconhecer que o acesso a esses exames poderá ser limitado em muitos sistemas de saúde e que existe uma necessidade de maximizar o potencial do que pode ser conseguido com equipamento mínimo numa consulta. Um exemplo recente em consonância com a abordagem passo a passo para diagnosticar doenças respiratórias advogada pela Aliança Global contra Doenças Respiratórias Crónicas⁴ é a identificação de potencial DPOC com um pequeno questionário e um medidor Piko-6® que permite espirometria direccionada.²¹

O reconhecido desafio de diagnosticar pneumonia adquirida na comunidade em cuidados primários e, mais pragmaticamente, decidir que doentes com infecções torácicas deverão ser tratados com antibióticos foi destacado como uma prioridade de investigação pelo nosso painel de peritos. Uma iniciativa de consenso recente desenvolveu definições de infecções respiratórias que “mantêm a relevância para a prática quotidiana e não dependem excessivamente de exames complementares”, o que se espera esteja mais de acordo com as necessidades de investigação e a prática clínica de cuidados primários.²² Reforçar o tema abrangente de adoptar uma “abordagem de cuidados primários”, adaptando os dados relativos a cenários hospitalares, poderá não ser útil. Por exemplo, a pontuação CRB-65²³ concebida para prever o resultado em pneumonia confirmada em cuidados secundários demonstrou não ser útil para os médicos de cuidados primários que pretendem decidir sobre uma estratégia de tratamento sem o benefício de uma radiografia ao tórax.²⁴

As estratégias de tratamento globais revelaram mais interesse do que a eficácia de medicamentos ou tratamentos específicos, reflectindo o recente interesse por estudos na “vida real”.^{11,12} Esses estudos não só informam a utilização de diferentes opções terapêuticas em populações não seleccionadas⁹, como também proporcionam dados sobre a forma como os cuidados poderão ser organizados para ir ao encontro das necessidades de determinadas populações.²⁵ As directrizes, tipicamente baseadas em dados de ensaios clínicos aleatorizados tradicionais, são complementadas por estudos no mundo real para informar a implementação.^{26,27}

Implicações para investigação, política e prática futuras

Os documentos de política e as agendas de investigação concordam universalmente em que os cuidados primários constituem um componente importante da luta contra as DNC.^{1,3,4,5,7,8} O nosso exercício de priorização contribui para o debate ao realçar as questões pragmáticas básicas que sobrecarregam os médicos de cuidados primários a nível global. São crucialmente necessários dados comprovados sobre como – apenas com as ferramentas “simples” disponíveis numa consulta – se pode suspeitar de um diagnóstico e avaliar uma doença respiratória conhecida. As estratégias de tratamento eficazes necessitam de ser informadas

através de investigação recrutando populações típicas do vasto espectro de cuidados primários.

É a nossa esperança e expectativa que este exercício global de priorização venha a actuar como um estímulo para investigadores, financiadores e autoridades governamentais centrarem os esforços de investigação nas áreas de maior necessidade. Reflectindo a diversidade de sistemas de saúde em países de baixo, médio e elevado rendimento, muitas das áreas prioritárias podem ser resolvidas através de projectos adequadamente concebidos e financiados em países individuais, ajustados a questões locais de recrutamento, de viabilidade, socioculturais e de financiamento. Algumas prioridades podem ser mais bem resolvidas através de colaboração internacional. Embora o IPCRG seja incapaz de encomendar ou financiar projectos sistematicamente, pode focar o seu conhecimento e suporte em trabalho piloto de pequena escala que sustenta programas de trabalho em linha com as prioridades e negociar colaborações internacionais como o projecto UNLOCK.²⁸ A rede de investigação IPCRG irá continuar a monitorizar, avaliar e destacar as necessidades correntes de investigação em cuidados primários, proporcionando desse modo uma plataforma robusta na qual investigadores locais se podem basear quando procuram justificar os seus projectos a autoridades financiadoras.

Conclusões

Foi expressa a esperança, com o lançamento da RNS, de que a mesma iria influenciar os financiadores e os investigadores no sentido de priorizar investigação respiratória na vida real em cuidados primários. Numa era em que o “reforço abrangente” dos cuidados primários é visto como um importante componente da resposta global ao crescente fardo das DNC,^{1,29} esta esperança deve tornar-se uma realidade.

Handling editor Maureen George

Agradecimentos Estamos gratos a todos os membros do painel de peritos que deram o seu tempo e responderam às três rondas no apertado prazo que lhes demos: Niels H Chavannes, Holanda; Javier Corbalan, Chile; Jaime Correia de Sousa, Portugal; John Fardy, Austrália; Antonio Infantino, Itália; Alan Kaplan, Canadá; Elzbieta Kryj-Radziszewska, Polónia; Arnulf Langhammer, Noruega; Elena Latysheva, Rússia; Tan Tze Lee, Singapura; Christos Lionis, Grécia; Karen Lisspers, Suécia; Charles Llor, Espanha; Catalina Panaitescu, Roménia; David Price, Reino Unido; Jim Reid, Nova Zelândia; Sundeep Salvi, Índia; Antonius Schneider, Alemanha; Laura Stacul, Argentina; Marianne Stubbe Ostergaard, Dinamarca; Ron Tomlins, Austrália; Nguyen Nhu Vinh, Vietnam; Hakan Yaman, Turquia. Também agradecemos ao Professor Aziz Sheikh, à Dr.ª Allison Worth e à Dr.ª Elizabeth Grant pelos seus úteis comentários relativos a um rascunho anterior. Katie Searles efectuou a administração.

Conflitos de interesses HP recebeu pagamentos por palestras ou participação em grupos consultivos da GlaxoSmithKline (GSK), AstraZeneca, Boehringer Ingelheim e foi patrocinada para ir a conferências pela AstraZeneca, Boehringer Ingelheim/Pfizer, Napp pharmaceuticals. DR recebeu patrocínio de, efectuou palestras em nome de, ou forneceu consultadoria a, AstraZeneca, ALK Abello, Novartis, Uriach, Mundipharma, Orion Pharma, MSD, Pfizer, Boehringer Ingelheim, e Almirall. É director em Alergia para a PCRS (Reino Unido) e a PCRG. Está empregado como director clínico para a DPOC pela East Midlands Strategic Health Authority e como director de Comissionamento Respiratório (Respiratory Commissioning) dos East and West CCG. BS recebeu pagamento por palestras da AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Pfizer e MSD, para o desenvolvimento de apresentações educacionais da AstraZeneca e MSD e pagamento por reuniões de consultadoria nacional com AstraZeneca, MSD, Boehringer Ingelheim, Nycomed, e GSK. Nem MT nem nenhum membro da sua família próxima têm acções de empresas farmacêuticas. Recebeu honorários como orador por palestras em encontros patrocinados das seguintes companhias que promoviam produtos respiratórios e para a alergia: AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GSK, MSD, Napp, Schering-Plough,

e Teva. Recebeu honorários por participar em painéis consultivos da AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GSK, MSD, Merck Respiratory, Schering-Plough, Teva, Abbott e Novartis. Recebeu patrocínio para assistir a reuniões científicas internacionais e recebeu financiamento para projectos de investigação da GSK, MSD e AstraZeneca. Possui uma bolsa de investigação e é Consultor Médico Chefe da Asthma UK. É um membro do *Department of Health Asthma Strategy Group and Home Oxygen Group* do Reino Unido, do *Respiratory and Allergy Expert Advisory Group* do MHRA, do *Asthma Guideline Group* da BTS-SIGN e do *Rhinosinusitis (EPOS) Guideline Group* da EAAACI. SW é directora do IPCRG, uma instituição que tem por missão a disseminação de investigação para o bem público. Esperamos que a publicação deste estudo possa aumentar o investimento global em investigação respiratória pragmática em situações reais e o IPCRG poderá ser um dos beneficiários desse investimento. SW declara este interesse, embora não o considere um conflito. AO, MRR, IT e OY declararam não ter conflitos de interesses.

Contribuição HP com OY iniciaram a ideia para o estudo e conduziram o desenvolvimento do protocolo, supervisionaram a administração do estudo, a análise dos dados, a interpretação dos resultados e a redacção do artigo. Todos os autores contribuíram para o protocolo, ajudaram com o processo piloto e suportaram a análise, a interpretação e a redacção do artigo. Todos os autores reviram o manuscrito final. HP é o patrono do estudo.

Financiamento O Grupo Internacional de Cuidados primários Respiratórios suportou a administração do e-Delphi. HP é apoiada por um Prémio de Carreira de Investigação em Cuidados Primários do Chief Scientist's Office, do governo escocês.

A posição académica de MT é suportada pela Asthma UK.

Referências

1. United Nations General Assembly: Sixty-sixth session. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. New York: United Nations, 2011.
2. International Primary Care Respiratory Group. IPCRG campaigns. <http://www.theipcr.org/campaigns/index.php> (accessed October 2011).
3. Non-Communicable Disease Alliance. Proposed outcomes document for the United Nations high level summit on non-communicable diseases. Geneva: NCD Alliance, 2010. <http://www.ncdalliance.org/od> (accessed October 2011).
4. World Health Organization. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. *Eur Respir J* 2010;**36**:995-1001. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00012610>
6. McCarthy M, Maher D, Ly A, Ndiip A. Developing the agenda for European Union collaboration on non-communicable diseases research in sub-Saharan Africa. *Health Res Policy Syst* 2010;**8**:13. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-8-13>
7. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2008.
8. World Health Organization. Global alliance against chronic respiratory diseases. Action Plan 2008-2013. Geneva: World Health Organization, 2008.
9. Pinnock H, Thomas M, Tsiligianni I, et al. The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Research Needs Statement 2010. *Prim Care Respir J* 2010;**19**(Suppl 1):S1-S21. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2010.00021>
10. Price D, Musgrave SD, Shepstone L, et al. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. *N Engl J Med* 2011;**364**:1695-707. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1010846>
11. Dahižn S-E, Dahižn B, Drazen JM. Asthma treatment guidelines meet the real world. *N Engl J Med* 2011;**364**:1769-70. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe1100937>
12. Ducharme FM. Leukotriene receptor antagonists as first line or add-on treatment for asthma. *BMJ* 2011;**343**:d5314. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d5314>
13. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science* 1963;**9**:458-67. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
14. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Advanced Nursing* 2000;**32**:1008-15.
15. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inform Manage* 2004;**42**:15-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
16. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Advanced Nursing* 2003;**41**:376-82. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
17. Murphy MK, Sanderson CFB, Black NA, et al. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998;**2**(3):1-88.
18. Worth A, Nurmatov U, Sheikh A. Key components of anaphylaxis management plans: consensus findings from a national electronic Delphi study. *J R Soc Med Sh Rep* 2010;**1**:42.

19. Avery AJ, Savelyich BSP, Sheikh A, *et al.* Identifying and establishing consensus on the most important safety features of GP computer systems: e-Delphi study. *Informatics Prim Care* 2005;**13**:3-11.
20. Sheikh A, Major P, Holgate ST. Developing consensus on national respiratory research priorities: key findings from the UK Respiratory Research Collaborative's e-Delphi exercise. *Respir Med* 2008;**102**:1089-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2008.03.006>
21. Sichletidis L, Spyrtos D, Papaioannou M, *et al.* A combination of the IPAG questionnaire and PiKo-6[®] flow meter is a valuable screening tool for COPD in the primary care setting. *Prim Care Respir J* 2011;**20**:184-9. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00038>
22. Greene G, Hood K, Little P, *et al.* Towards clinical definitions of lower respiratory tract infection (LRTI) for research and primary care practice in Europe: an international consensus study. *Prim Care Respir J* 2011;**20**:299-306. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00034>
23. Lim WS, Baudouin SV, George RC, *et al.* BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax* 2009;**64**(Suppl 3):iii1-55. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2009.121434>
24. Francis NA, Cals JW, Butler CC, *et al.*, on behalf of the GRACE Project Group. Severity assessment for lower respiratory tract infections: potential use and validity of the CRB-65 in primary care. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(1):65-70. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00083>
25. Pinnock H, Adlem L, Gaskin S, Harris J, Snellgrove C, Sheikh A. Accessibility, clinical effectiveness and practice costs of providing a telephone option for routine asthma reviews: controlled implementation study. *Br J Gen Pract* 2007;**57**:714-22.
26. Holgate S, Bisgaard H, Bjermer L, *et al.* The Brussels Declaration: the need for change in asthma management. *Eur Respir J* 2008;**32**:1433-42. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00053108>
27. Olesen F. Putting research into clinical practice. *BMJ* 2011;**343**:d3922. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d3922>
28. Chavannes N, Stallberg B, Lisspers K, *et al.* UNLOCK: Uncovering and Noting Longterm Outcomes in COPD to enhance Knowledge. *Prim Care Respir J* 2010;**19**:408. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2010.00084>
29. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.

Disponível online em <http://www.thepcrj.org>

| Apêndice 1. Questões de investigação na asma que não atingiram um limiar de consenso de 80% | | |
|---|---|--------------|
| Categoria | Questão de investigação | Concordância |
| Organização | Alguns modelos de cuidados de saúde são melhores do que outros em termos de eficácia clínica e de custos para o tratamento da asma? | 78% |
| Comorbilidade | A detecção e o tratamento de comorbilidades (ansiedade e depressão, obesidade) melhoram os resultados em pessoas com asma? | 78% |
| Diagnóstico | Em que medida as crianças pequenas com respiração asmática (sibilos) recorrente são alvo de diagnósticos errados em cuidados primários e com que consequências para a morbilidade? | 78% |
| Prevenção | Quais são os factores de risco ambientais importantes (incluindo o fumo de combustível de biomassa em ambientes fechados, o fumo de cigarros e a poluição ambiental, alergénios do ar, factores dietéticos e relacionados com o estilo de vida) em diferentes países e que medidas preventivas podem reduzir efectivamente a prevalência e a gravidade da asma? | 78% |
| Organização | Qual é o papel da tecnologia móvel, dos recursos na Web e das consultas à distância no tratamento de doentes em cuidados primários? | 78% |
| Organização | Como é que os serviços podem ser configurados para garantir que a equipa clínica na linha da frente avalia e trata os ataques agudos de asma de acordo com a prática baseada em provas? | 74% |
| Comorbilidade | Como é que as comorbilidades afectam o controlo e o tratamento da asma? | 74% |
| Diagnóstico | É possível prever a asma persistente em crianças com sibilos em cuidados primários? | 74% |
| Autotratamento | Quais são os elementos apropriados da educação para o autotratamento e qual é o melhor método de transmissão ao doente/família na prática de rotina? | 74% |
| Diagnóstico | Quais são a fiabilidade, validade e viabilidade de diferentes ferramentas de diagnóstico como espirometria, medição do fluxo máximo, testes de provocação, óxido nítrico expirado e teste de alergias no diagnóstico da asma em cuidados primários? | 74% |
| Farmacológica | Como é que os CEI e os ARLT se comparam no que respeita à eficácia e aos efeitos secundários em doentes com asma ligeira e moderada na prática de cuidados primários na vida real? | 70% |
| Autotratamento | Como, e em que grau, são os planos de acção sobre a asma implementados em diversas comunidades, especialmente em países de baixo e médio rendimento e como é que afectam a morbilidade e a mortalidade da asma? | 70% |
| Tratamento | Qual é a abordagem com melhor relação custo-efectividade em relação a dispositivos inaladores? | 70% |
| Autotratamento | Porque é que os doentes aceitam um controlo subóptimo da asma e como é que podemos tratar os motivos? | 70% |
| Organização | Quais são as indicações para encaminhamento para um serviço de urgências? | 65% |
| Tratamento | Qual é o impacto de diferentes tratamentos para os sibilos em crianças pequenas em cuidados primários? | 65% |
| Tratamento | Qual é o impacto de estratégias não farmacológicas (p. ex., modificação da respiração, técnicas de evitação de alergénios) no tratamento dos sintomas da asma? | 65% |
| Diversidade | Qual é a influência de crenças culturais e étnicas em relação à asma e como é que essas crenças afectam o resultado do tratamento da asma nessas comunidades? | 65% |
| Diversidade | Que estratégias são necessárias para contrariar os tabus associados com a utilização de inaladores em alguns países? | 65% |
| DPC | Estão os médicos de cuidados primários conscientes dos alergénios e dos irritantes respiratórios nas suas áreas? Têm conhecimento das medidas preventivas contra esses desencadeantes da asma? | 26% |
| Avaliação | Podem ser identificados fenótipos específicos da asma em cuidados primários e quais são as implicações para o tratamento e o tratamento em cuidados primários? | 26% |
| Testes adicionais | Quais são os valores limiares para espirometria anormal (limite inferior do normal), testes de reversibilidade e variação diurna da medição do fluxo máximo numa vasta gama de grupos etários e etnias? | 26% |
| Diagnóstico | Qual é a fiabilidade de um ensaio com medicação para o diagnóstico de asma em diferentes idades, como é que esses testes deverão ser efectuados, utilizando que tratamentos e durante quanto tempo? | 22% |
| Diversidade | Como é que os planos de acção para a asma poderão ser ajustados para diferentes grupos culturais e étnicos tendo em consideração as suas próprias crenças e práticas culturais? | 17% |
| Diagnóstico | Que estratégias irão melhorar a detecção e a prevenção da asma ocupacional em cuidados primários? | 17% |
| Autotratamento | Como é que os planos de acção deverão acomodar os diferentes esquemas de tratamento da asma? | 9% |
| Avaliação | Qual é o papel do óxido nítrico, do teste de provocação com manitol (ou de outras técnicas inovadoras) na monitorização da asma em cuidados primários? | 4% |

| Apêndice 2. Questões de investigação na rinite alérgica que não atingiram um limiar de consenso de 80% | | |
|--|--|--------------|
| Categoria | Questão de investigação | Concordância |
| Comorbilidade | Como é que os doentes com outras doenças respiratórias (p. ex., asma, DPOC, apneia do sono) ou outras comorbilidades (p. ex., hipertensão, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença hepática) ou outros estados fisiológicos (p. ex., gravidez, extremos de idade) deverão ser tratados? | 78% |
| Diagnóstico | Quais são os componentes essenciais do exame físico em cuidados primários? | 78% |
| Diversidade | Qual é a relação custo-efectividade de diferentes regimes de tratamento em sistemas de saúde com estatutos socioeconómicos e financeiros diversos? | 78% |
| DPC | Qual é o estado actual do conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento da rinite em cuidados primários? | 78% |
| Autotratamento | Estão as necessidades de informação dos doentes a serem satisfeitas com recursos rigorosos, facilmente acessíveis e culturalmente sensíveis? | 74% |
| Epidemiologia | Qual é o fardo oculto da rinite alérgica não diagnosticada em diferentes países? | 70% |
| Autotratamento | Que estratégias podem ser utilizadas para reduzir o risco de efeitos secundários do autotratamento? | 70% |
| Farmacológicas | Que dados existem relativamente à segurança e à eficácia de esteróides sistémicos no tratamento da rinite? Existem diferenças entre as terapias sistémicas existentes (p. ex., orais, intramusculares)? | 61% |
| Farmacológicas | Para que doentes é que a imunoterapia (sublingual ou injeção) é apropriada, segura e tem uma boa relação custo-efectividade? Deverão esses tratamentos envolver sempre um encaminhamento para cuidados de especialistas? | 27% |
| Diversidade | Qual é a disponibilidade de medicamentos não sujeitos a receita médica em diferentes países, e quais são as capacidades de diagnóstico e tratamento dos que vendem ou aconselham a sua administração? | 26% |
| Diagnóstico | Qual é o valor de, e quão viáveis são os testes cutâneos por picada e outros testes no diagnóstico e no tratamento da rinite alérgica em cuidados primários em diversos cenários de cuidados e saúde? O desempenho desses testes afecta os resultados clínicos? | 26% |
| Tratamento | Qual é a aceitabilidade para os doentes e o impacto na morbilidade da rinite / asma de medidas físicas (p. ex. duchas nasais, lubrificantes nasais, fechar as janelas à noite) | 13% |
| Autotratamento | Que tratamentos não farmacológicos é que os doentes utilizam para tratar a sua rinite? | 13% |
| Autotratamento | Em que medida é que os doentes com rinite alérgica utilizam terapias alternativas? (p. ex., homeopatia, tratamento à base de plantas, etc.)? | 9% |
| Organização | Qual é o equilíbrio óptimo entre cuidados de um generalista e cuidados de um especialista em alergia em diferentes sistemas de saúde? | 9% |
| Avaliação | Que papel é que a identificação e a evitação de alérgenos tem no tratamento da rinite? Isto varia de acordo com o contexto geográfico, climático e demográfico? | 9% |
| Testes adicionais | A medição do óxido nítrico tem um papel no diagnóstico e no tratamento de doentes com rinite alérgica em cuidados primários? | 4% |

| Apêndice 3. Questões de investigação na DPOC que não atingiram um limiar de consenso de 80% | | |
|---|--|--------------|
| Categoria | Questão de investigação | Concordância |
| Comorbilidade | Em que grau é que os médicos de cuidados primários efectuam despistagem da depressão em pessoas com DPOC utilizando ferramentas de rastreio validadas apropriadas? | 78% |
| Organização | Como é que os serviços clínicos podem ser organizados em diferentes sistemas de saúde para suportar os cuidados administrados pelos próprios doentes? | 74% |
| Testes adicionais | Deverá ser sempre efectuada uma radiografia ao tórax como parte de uma avaliação inicial, independentemente da gravidade da DPOC no diagnóstico? | 70% |
| Tratamento | Qual é o impacto (p. ex., nas taxas de cessação tabágica, na identificação da DPOC) de efectuar por rotina espirometria em consultas de cessação tabágica? | 70% |
| Diagnóstico | É melhor utilizar uma razão fixa ou o limite inferior do normal (LIN) do FEV1/FVC? Quais são as características dos doentes na comunidade que são diagnosticados com DPOC de acordo com a fórmula de razão fixa e não de acordo com o LIN? | 68% |
| Prevenção | Qual o impacto que o rastreio de, e a tomada de acção (farmacológica e/ou actividade física) para prevenir, osteoporose/fracturas tem na morbilidade? | 61% |
| Organização | Quais são os requisitos essenciais para um serviço de reabilitação pulmonar baseado na comunidade? | 57% |
| Organização | Como é que os cuidadores e os membros da família podem ser apoiados? | 30% |
| Prevenção | Qual é o impacto de medidas a nível da comunidade adaptadas localmente para diminuir a exposição ao fumo em ambientes fechados e reduzir os danos? | 30% |
| Organização | Qual é o papel da telemonitorização? Reduz as admissões e/ou melhora a qualidade de vida das pessoas com DPOC? Para que doentes e em que circunstâncias funciona melhor? | 26% |
| Organização | Quais são as necessidades de cuidados sociais? É possível integrar os cuidados sociais e clínicos? | 22% |
| Organização | Que abordagens organizacionais (p. ex., registos de cuidados primários, campanhas de saúde pública) são mais eficazes para facilitar uma boa adesão à vacinação sazonal contra a gripe? | 22% |
| Organização | Como é que os serviços de saúde e sociais podem ser desenvolvidos para satisfazer as necessidades de pessoas com DPOC grave em diferentes sistemas culturais e de cuidados de saúde? | 17% |
| DPC | Como é que os médicos de cuidados primários podem ultrapassar a "paralisia" resultante do prognóstico incerto para fornecer cuidados de suporte proactivos? | 13% |
| Organização | Qual é o papel do sector voluntário? Como é que o perfil público da DPOC pode ser melhorado? | 13% |
| DPC | Que capacidades profissionais são necessárias para as equipas clínicas que fornecem cuidados integrados para pessoas com DPOC em sistemas de saúde diversos? | 13% |

| Apêndice 4. Questões de investigação na dependência tabágica que não atingiram um limiar de consenso de 80% | | |
|---|--|--------------|
| Categoria | Questão de investigação | Concordância |
| Tratamento | Que factores psicossociais (família, alcoolismo, depressão, etc.) afectam a capacidade de deixar de fumar e como é que estes poderão ser ultrapassados? | 78 |
| DPC | Como é que a consciência da importância para a saúde pública da dependência do tabaco – quer entre fumadores quer nos profissionais de cuidados primários – ser aumentada? | 74 |
| Tratamento | Qual é o impacto do aconselhamento regular e sem críticas para deixar de fumar nas taxas de cessação a longo prazo? | 74 |
| Cumprimento | Que estratégias melhoram a aderência aos agentes farmacoterapêuticos para a cessação tabágica? | 74 |
| Prevenção | Qual é o impacto das intervenções de cuidados primários na exposição de crianças ao fumo passivo de tabaco e na prevenção do tabagismo em pessoas jovens? | 70 |
| Organização | Que factores aumentam a adesão a e a eficácia de serviços de linha de cessação por telefone (e Internet) e como é que poderão ser otimizados? | 65 |
| Farmacológicas | Qual é a eficácia clínica e a relação custo-efectividade de vacinas contra a nicotina no auxílio à cessação tabágica e qual é o seu papel em populações de cuidados primários? | 30 |

| Apêndice 5. Questões de investigação em infecções respiratórias que não atingiram um limiar de consenso de 80% | | |
|--|--|--------------|
| Categoria | Questão de investigação | Concordância |
| Tratamento | Os médicos de cuidados primários seguem directrizes tais como a directriz para pneumonia adquirida na comunidade da Sociedade Torácica Britânica ou a directriz sobre ITRI da SIGN na sua prática diária? | 78% |
| Farmacológicas | Se forem utilizados antibióticos, quais são as escolhas apropriadas de primeira linha e em que medida os factores locais determinam a escolha do antibiótico? | 78% |
| Testes adicionais | Que exames complementares de diagnóstico para infecções respiratórias estão disponíveis em cuidados primários em diferentes países (p. ex., radiografias, contagem de leucócitos, proteína C-reactiva, velocidade de sedimentação eritrocitária) e como é que a utilização destes testes auxiliares afecta o uso de antibióticos e os resultados clínicos nesses países? | 78% |
| Autotratamento | A utilização de estratégias de educação e informação dos doentes melhoram a satisfação dos doentes e reduzem o uso inadequado de antibióticos? | 74% |
| Organização | Qual é o papel dos cuidados primários em infecções respiratórias pandémicas? | 74% |
| Tratamento | Conseguem as estratégias de prescrição adiada reduzir o uso de antibióticos sem comprometer os resultados? | 70% |
| Prevenção | Como é que as taxas de vacinação ser melhoradas? | 70% |
| Prevenção | Há algum papel para os cuidados primários na cessação tabágica, em programas nutricionais e outros programas preventivos para reduzir as ITRI na comunidade? | 61% |
| Prevenção | Quais são as estratégias mais eficazes para a prevenção e redução da transmissão de ITRI? | 39% |
| Farmacológicas | Como é que os antivirais deverão ser utilizados em cuidados de saúde primários? | 30% |
| Cumprimento | Qual é o cumprimento (adesão e persistência) com diferentes regimes de tratamento antibióticos? Em sistemas de saúde que permitem que os doentes obtenham antibióticos sem receita médica, qual é o efeito a nível do cumprimento, dos resultados e das taxas de resistência? Em que medida as pessoas utilizam "sobras" de antibióticos na comunidade? | 26% |
| Tratamento | Qual é o papel de terapias não sujeitas a receita médica e não farmacológicas no tratamento dos sintomas de ITRI? | 22% |
| Tratamento | Os médicos de cuidados primários consideram o custo dos medicamentos para o doente e o custo e a disponibilidade da medicação afectam os resultados? | 17% |
| Diversidade | Deverão as abordagens de tratamento das ITRI ser as mesmas em países de elevado, médio e baixo rendimento? | 17% |
| Organização | O que é que determina durante quanto tempo os doentes esperam (atrasam?) antes de consultarem o seu médico de família (MF)? | 13% |
| Testes adicionais | Justifica-se e é viável utilizar testes de virologia em cuidados primários? | 9% |

ITRI= infecções tracto respiratório inferior.