

# ADAPTE: uma ferramenta para adaptação de diretrizes na área da saúde. Revisão e avaliação crítica da literatura

Suely Maymone de Melo<sup>I</sup>, Ricardo de Ávila Oliveira<sup>II</sup>, Thomas Fernando Coelho Pesavento<sup>III</sup>, Letícia Bueno Nunes da Silva<sup>IV</sup>, Luanna Gomes Bueno<sup>IV</sup>, Carolina de Oliveira Cruz<sup>V</sup>, Mayara Cristina Cerqueira Tavares<sup>III</sup>, Alexandre Mansuê<sup>VI</sup>, Andrea Castro Port<sup>IV</sup>, Paulo Celso Budri Freire<sup>IV</sup>, Rachel Riera<sup>VII</sup>

Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Brazilian Evidence-based Critical Appraisal Group (BECA Group)

## RESUMO

**Contexto:** O desenvolvimento de diretrizes na área da saúde é fundamental para tomadas de decisões clínicas e de gestão em saúde. O seu custo é elevado e demanda pessoal especializado. A ferramenta ADAPTE se propõe a adaptar diretrizes clínicas existentes para um diferente contexto ou situação, resultando em melhores práticas clínicas e de gestão em saúde para realidades locais. **Objetivos:** Descrever a ferramenta, mapear a literatura sobre os estudos publicados sobre o ADAPTE e avaliar as vantagens e desvantagens da utilização da ferramenta de acordo com a opinião dos autores que a utilizaram. **Métodos:** Revisão narrativa com busca sistematizada nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, TRIP e LILACS, utilizando os termos “ADAPTE working group” OR “ADAPTE collaboration” OR “ADAPTE”. Foram incluídos todos os estudos que aplicaram, descreveram ou avaliaram o ADAPTE. As características dos estudos que aplicaram o ADAPTE foram detalhadas. **Resultados:** A ferramenta ADAPTE foi desenvolvida pelo ADAPTE Working Group Collaboration, é validada e procura melhorar a eficiência de diretrizes existentes, estendendo o seu uso a realidades diferentes dos locais de origem. Utiliza metodologia consistente com as fontes primárias, abordagem participativa e flexibilidade para acomodar necessidades locais. **Conclusões:** Com base na opinião dos autores que aplicaram o ADAPTE para adaptar diretrizes existentes à sua realidade, não foi observada redução de custos, esforços, tempo e infraestrutura necessária. São necessários estudos prospectivos comparando a aplicação do ADAPTE com o desenvolvimento de uma diretriz de novo para estabelecer a efetividade e a utilidade dessa ferramenta na prática da gestão em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de programas e instrumentos de pesquisa, guia de prática clínica, protocolos, revisão

<sup>I</sup>Médica, neuro-oncologista, pós-graduanda do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>II</sup>Médico, cirurgião vascular, professor de Cirurgia Vascular na Universidade Federal de Uberlândia, pós-graduando do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>III</sup>Fisioterapeutas, pós-graduandos do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>IV</sup>Médicos, dermatologistas, pós-graduandos do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>V</sup>Psicóloga, pós-graduanda do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), especialista em psicologia da saúde.

<sup>VI</sup>Farmacêutico, pós-graduando do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>VII</sup>Médica, reumatologista, professora adjunta da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Orientadora do Programa Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil.

Editor responsável por esta seção:

**Álvaro Nagib Atallah.** Professor titular e chefe das Disciplinas de Medicina de Urgência e Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Diretor fundador do Centro Cochrane do Brasil e Diretor da Associação Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência:

Ricardo de Ávila Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Rua Botucatu, 740 — 3º andar

Vila Clementino — São Paulo (SP)

CEP 04023-900

Tel. (34) 3225-8629

E-mail: avila@famed.ufu.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 27 de julho de 2015 — Última modificação: 24 de agosto de 2015 — Aceite: 24 de agosto de 2015

## INTRODUÇÃO

Os custos de pesquisas na área da saúde são usualmente elevados, e até 85% dos estudos produzidos não têm utilidade devido à baixa qualidade metodológica, a perguntas erradas, a falta de publicação ou relatos inadequados.<sup>1</sup>

A elaboração de uma diretriz é importante, mas demanda conhecimento técnico, tempo e recursos humanos e financeiros.<sup>2</sup> Atualmente, nenhum país tem recursos financeiros disponíveis para elaborar diretrizes de saúde para todas as suas necessidades.

Existem muitas diretrizes disponíveis na literatura médica mundial. Muitas têm qualidade adequada para a sua aplicação nos locais onde foram propostas, porém podem não atender às necessidades de outras populações, pois, mesmo com informações de qualidade adequada, situações culturais e econômicas variam entre países e regiões. Deste modo, recomendações originais podem não atender à realidade de outro local, sem que sejam necessárias adaptações ao estudo original.<sup>2-5</sup>

O desenvolvimento de ferramenta metodológica que permitisse que uma diretriz existente para determinada doença pudesse ser utilizada para essa mesma doença, mas em outro cenário (região, país, cultura), poderia ser um importante facilitador. Deste modo, novas diretrizes não precisariam ser produzidas *de novo*, mas sim, adaptadas a partir de diretrizes já existentes, evitando a duplicação das informações em saúde e reduzindo esforços e custos diretos e indiretos.<sup>2</sup> A ferramenta ADAPTE foi criada exatamente com esse objetivo, ou seja, facilitar a adaptação das diretrizes de saúde às realidades locais, podendo ser muito útil principalmente para países em desenvolvimento.<sup>2,3</sup>

## OBJETIVOS

Descrever, identificar vantagens e desvantagens do ADAPTE. Mapear a literatura existente sobre estudos que aplicaram, avaliaram e/ou descreveram a ferramenta ADAPTE.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Esta foi uma revisão narrativa da literatura, realizada entre maio e julho de 2015.

### Local

Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Brazilian Evidence-based Critical Appraisal Group (BECA Group).

### Critérios para incluir estudos nesta revisão

Foram considerados todos os estudos que aplicaram, descreveram ou avaliaram o ADAPTE, independentemente do desenho do estudo.

### Busca por estudos

Foi realizada busca eletrônica sistematizada nas bases de dados Medline (via PubMed), TRIP database e Lilacs (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), utilizando a estratégia de busca: "ADAPTE working group" OR "ADAPTE collaboration" OR "ADAPTE" (20 de maio de 2015). Não houve limite (filtro) para data ou idioma de publicação.

### Seleção dos estudos

Os resumos e títulos de todas as referências obtidas pelas buscas iniciais foram avaliados de modo independente por, pelo menos, dois pesquisadores para eliminar possíveis duplicatas e checar a possibilidade de inclusão. Um terceiro avaliador foi consultado, em caso de divergências ou dúvidas. Após essa seleção inicial, os artigos com potencial de inclusão foram obtidos em sua totalidade para a leitura na íntegra. Dois autores julgaram, de modo independente, a adequação de cada artigo aos critérios de inclusão nesta revisão. Em caso de divergências, um terceiro avaliador também contribuiu para a decisão.

### Extração dos dados e apresentação dos resultados

Em seguida, os artigos incluídos foram classificados em dois grupos: (1) os que aplicaram o ADAPTE para adaptar as diretrizes às suas características populacionais locais e (2) os que apenas descreveram ou avaliaram criticamente a ferramenta.

Os estudos que aplicaram o ADAPTE foram selecionados e foram extraídos dados sobre: local do estudo, ano, autor, origem da diretriz adaptada, vantagens e desvantagens, e tempo necessário para a aplicação do ADAPTE segundo os autores dos estudos.

## RESULTADOS

### Descrição do ADAPTE

O ADAPTE é uma ferramenta validada para a adaptação de diretrizes.<sup>6,7</sup> Criado pela ADAPTE Collaboration, está disponível atualmente no Guidelines International Network<sup>8</sup> e, no Brasil, foi traduzido pela Coordenação Geral de Gestão de Conhecimento do Ministério da Saúde.<sup>2</sup>

O ADAPTE objetiva melhorar a eficiência de diretrizes existentes para realidades em locais diferentes de onde foram criadas, baseando-se em uma metodologia consistente, com responsabilidade perante as fontes primárias da diretriz,

abordagem participativa e flexibilidade para acomodar as necessidades locais.<sup>2,7,8</sup>

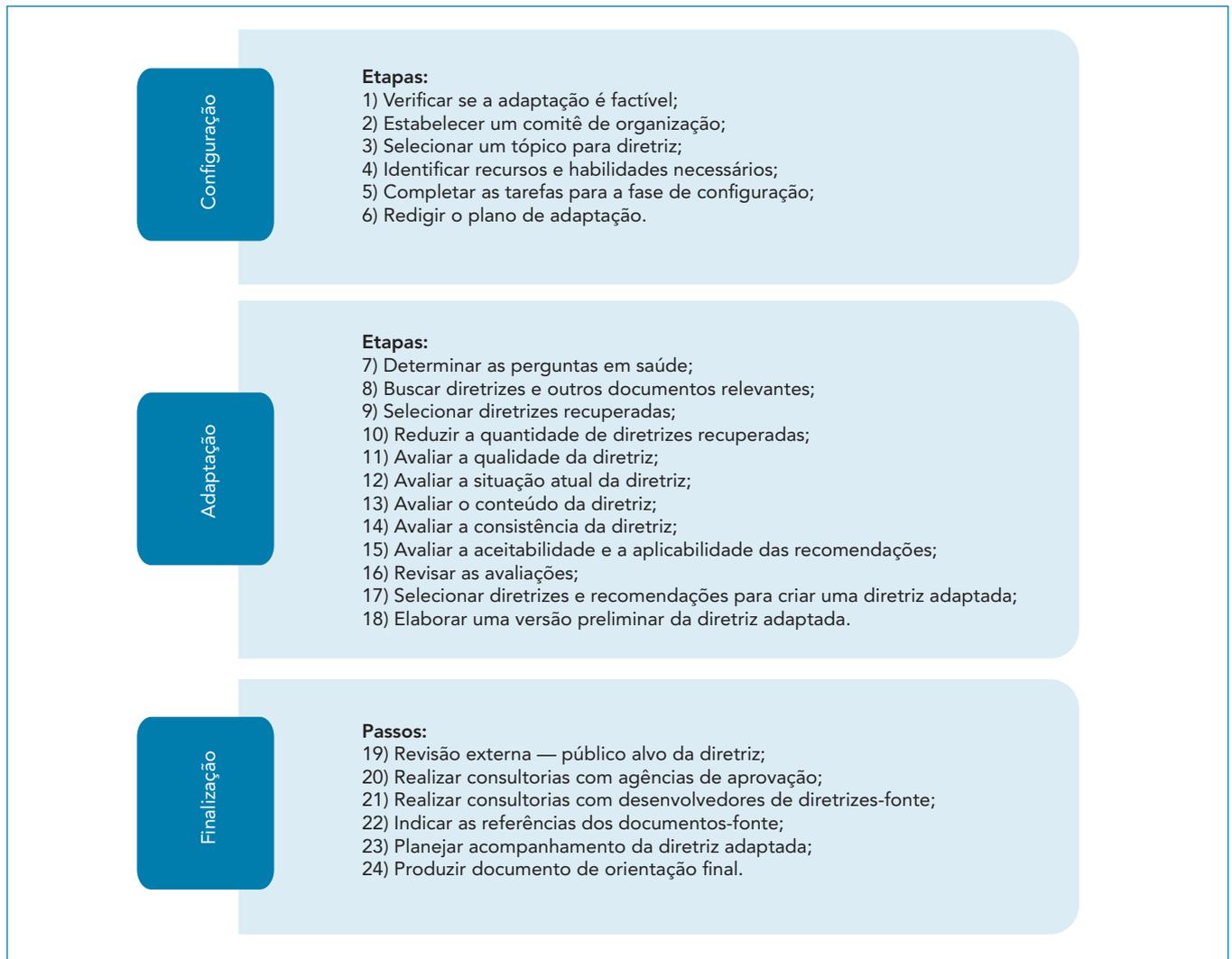
O processo de adaptação é dividido em três fases principais e em 24 passos, divididos em nove módulos, descritos detalhadamente no manual (**Figura 1**<sup>2,6,9-14</sup>). A primeira fase (configuração) compreende o módulo de preparação ou planejamento. A segunda fase compreende os módulos de escopo e propósito, filtro e pesquisa, avaliação, decisão e seleção, e por fim de customização. A terceira fase (finalização) inclui os módulos de revisão externa e reconhecimento, de planejamento de acompanhamento e de produção final.<sup>8</sup>

Adicionalmente, na fase de configuração e no módulo de preparação, a ferramenta AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) deve ser utilizada para avaliar a qualidade metodológica da diretriz.<sup>15</sup> Dessa forma, a diretriz a ser adaptada deve ter qualidade metodológica adequada.

Kristiansen e cols.,<sup>9</sup> desenvolveram e avaliaram um processo de adaptação para a ferramenta ADAPTE, mudando a taxonomia, utilizando a ferramenta GRADE,<sup>15</sup> para facilitar a transparência do processo de adaptação para os desenvolvedores e os usuários. Segundo os autores, o ADAPTE pode ser descrito como um processo de cinco etapas: planejamento, avaliação inicial das recomendações, modificação, publicação e avaliação.<sup>9</sup>

## Resultados da busca

Foram encontradas 139 referências na busca inicial nas bases de dados pesquisadas. Após a eliminação de duplicatas e avaliação dos títulos e resumos quanto à adequação aos critérios de inclusão, 30 referências foram lidas na íntegra e foram incluídas nesta revisão. Vinte e três referências eram relatos de estudos que aplicaram o ADAPTE e seis referências foram estudos que apenas descreveram a ferramenta.



**Figura 1.** Processo de adaptação dos estudos (adaptado a partir da descrição da ferramenta ADAPTE pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, REBRATS, com autorização, no documento, de reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte<sup>2</sup>).

Um estudo avaliou a ferramenta ADAPTE.<sup>16</sup> O fluxograma de seleção dos estudos está apresentado na **Figura 2**.

Entre os 23 estudos que aplicaram o ADAPTE para a adaptação de diretrizes, 12 citaram informações sobre o tempo gasto para a aplicação do ADAPTE, e o tempo médio para conclusão da adaptação foi de 21,66 meses (mediana: 21,5 meses) (**Tabela 1**).<sup>9,17-38</sup> Apenas quatro estudos (17,39%) foram realizados em países em desenvolvimento.<sup>17,28,30,33</sup>

De modo geral, os autores que utilizaram o ADAPTE para adaptar os protocolos consideraram como ponto positivo da ferramenta o fato de ela ser uma opção para auxiliar no uso de diretrizes internacionais em diferentes contextos, desde que a diretriz original seja de alta qualidade.<sup>18,19,21,29</sup>

Também de modo geral, os autores que utilizaram o ADAPTE para adaptar os protocolos apontaram alguns pontos negativos relacionados à sua utilização na prática:

- A licença para utilização da diretriz original prolongou o tempo para o desenvolvimento da adaptação.<sup>9</sup>
- O processo foi mais complexo e necessitou maior tempo e recursos econômicos e humanos do que o esperado. A eficiência do processo de adaptação não foi observada e houve a necessidade de especialistas na área.<sup>21,23,33</sup>
- Muito tempo para o aprendizado do funcionamento da ferramenta.<sup>22,32</sup>
- Necessidade de um coordenador que entenda bem o funcionamento da ferramenta para orientar o processo.<sup>33</sup>
- Embora a ferramenta ADAPTE acesse a qualidade das recomendações clínicas, parte do processo de avaliação é sujeita à interpretação do avaliador.<sup>27</sup>
- Um processo de adaptação sistemática e transparente não garante a utilização da diretriz.<sup>36</sup>

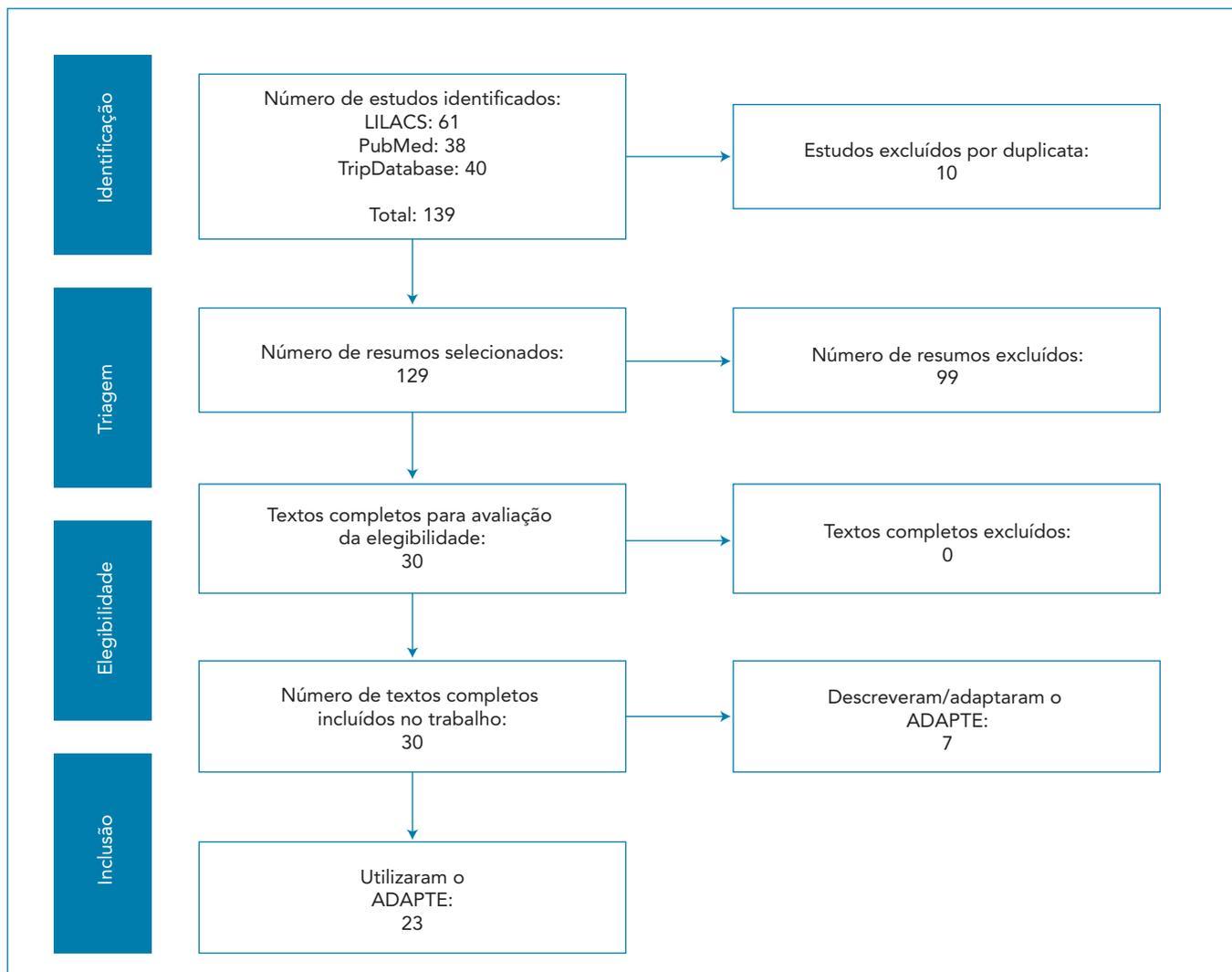


Figura 2. Fluxograma de seleção dos estudos.

**Tabela 1.** Estudos que utilizaram o ADAPTE para adaptar diretrizes em saúde à sua realidade

Estudo	Origem da diretriz	Local de adaptação da diretriz	Pontos positivos da ferramenta	Pontos negativos da ferramenta
Alba e cols. <sup>17</sup>	Múltiplas fontes	Colômbia	Não informado	Não informado
ANZHFR <sup>18</sup>	Inglaterra	Austrália, Nova Zelândia	A ferramenta pode facilitar a adaptação de uma ou mais diretrizes de alta qualidade ou seu ajuste para outros contextos	Não informado
Burgers e cols. <sup>19</sup>	Estados Unidos/ Internacional	Estados Unidos	A ferramenta pode ser uma alternativa ao desenvolvimento de uma nova diretriz	Não informado
C17 Guidelines Committee <sup>20</sup>	Estados Unidos	Canadá	Não informado	Não informado
Chakraborty e cols. <sup>21</sup>	Austrália	Austrália	A ferramenta pode ser uma alternativa quando já existe diretriz compatível de alta qualidade	Baixa eficiência do processo de adaptação, necessidade de especialistas na área e recursos financeiros
Chang e cols. <sup>22</sup>	Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Escócia, Nova Zelândia	Canadá	Não informado	Não informado
Clinical Research Center for Dementia of South Korea <sup>37</sup>	Inglaterra, Estados Unidos, Escócia, Europa	Coreia do Sul	Não informado	Não informado
Cooley e cols. <sup>23</sup>	Estados Unidos	Estados Unidos	O uso da ferramenta pode resultar em um algoritmo que representa o consenso de muitos <i>experts</i>	Complexidade do processo e necessidade de mais tempo e recursos financeiros do que o planejado
Dupuis e cols. <sup>24</sup>	Estados Unidos	Canadá	Não informado	Não informado
Espirito Santo e Choquette <sup>25</sup>	Não informado	Canadá	A implementação da ferramenta foi considerada um sucesso no nível de evidência, no contexto em que a pesquisa foi feita e no método no qual o processo foi facilitado	Não informado
Garcia e cols. <sup>26</sup>	Inglaterra	Canadá	Não informado	Não informado
Han e Choi-Kwon <sup>38</sup>	Estados Unidos	Coreia	A ferramenta possibilitou a primeira adaptação de algoritmo da área de enfermagem na Coreia	Crítica à avaliação subjetiva durante o processo de adaptação, à avaliação da qualidade da literatura e das evidências no <i>guideline</i> a ser adaptado
Howell e cols. <sup>27</sup>	Estados Unidos	Canadá	Não informado	Não informado
Kristiansen e cols. <sup>9</sup>	Estados Unidos	Estados Unidos	A ferramenta pode proporcionar aprendizado sobre o uso do <i>GRADE</i> (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)	Problemas com licença para utilização da diretriz original, causando atraso
Larenas-Linnemann e cols. <sup>28</sup>	Organização das Nações Unidas	México	A ferramenta proporcionou acordo entre os membros em uma ou duas rodadas para a maioria de suas perguntas	Não informado
Lovell e cols. <sup>29</sup>	Escócia, Europa	Austrália	A ferramenta pode permitir que diretrizes sejam eficientemente configuradas para contextos locais	Não informado
Marroquín Peñaloza e cols. <sup>30</sup>	Estados Unidos	Colômbia	Não informado	Não informado
NHMRC <sup>31</sup>	Inglaterra	Austrália	Não informado	Não informado
NHMRC <sup>32</sup>	Inglaterra	Austrália	Não informado	Não informado

Continua...

Tabela 1. Continuação

Estudo	Origem da diretriz	Local de adaptação da diretriz	Pontos positivos da ferramenta	Pontos negativos da ferramenta
Pantoja e cols. <sup>33</sup>	Europa, Inglaterra, Estados Unidos	Chile	O uso da ferramenta pode ser uma alternativa atrativa ao desenvolvimento de uma nova diretriz	Muito tempo para o aprendizado da ferramenta; necessidade de coordenador que entenda o funcionamento da ferramenta para orientar o processo; um processo de adaptação sistemática e transparente não garante a utilização da diretriz
Rohde e cols. <sup>34</sup>	Austrália, Nova Zelândia, Escócia, Inglaterra	Austrália	A ferramenta possibilitou melhorar a qualidade do rigor metodológico no desenvolvimento e elaboração de relatórios dentro de diretrizes clínicas e em recomendações específicas	Não informado
Thompson <sup>35</sup>	Inglaterra	Escócia	Não informado	Não informado
Turnbull Macdonald e cols. <sup>36</sup>	Estados Unidos	Canadá	Não informado	Não informado

## DISCUSSÃO

É consenso entre os desenvolvedores de diretrizes que existem limites relacionados ao tempo e aos recursos financeiros e humanos para desenvolver todas as diretrizes necessárias para cada país, idioma e população.<sup>2</sup> Para solucionar esse problema, foi desenvolvida a ferramenta ADAPTE, que permite gerar diretrizes a partir de uma já validada, possibilitando que países ou regiões menos desenvolvidos adaptem o conhecimento existente às condições locais, sem a necessidade de “partirem do zero”.<sup>2,7</sup> Essa ferramenta, pelo menos em teoria, poderia vir ao encontro da necessidade universal de produzir diretrizes em saúde, em quantidade e qualidade suficiente para melhorar o atendimento a populações heterogêneas em relação a características culturais, climáticas, topográficas e de densidade populacional.

Um estudo aplicou um questionário a 330 profissionais que já utilizaram o ADAPTE. Dos 144 pesquisadores que responderam, 78% descreveram o ADAPTE como um processo claro, 69% como um processo compreensível e 60% disseram que é um processo possível de ser realizado. Entretanto, 21% dos pesquisadores entenderam o processo como complexo e 44% temeram não encontrar uma diretriz de qualidade adequada para realizar a adaptação.<sup>6</sup>

De acordo com os pesquisadores que aplicaram o ADAPTE para moldar uma diretriz para que ela pudesse ser utilizada no seu contexto, a ferramenta pode ter como vantagens teóricas a redução de tempo, custos e equipe experiente. No entanto, quase todos eles não conseguiram confirmar essa vantagem na prática, ou seja, no momento de produção de uma diretriz com a aplicação do ADAPTE. Os principais motivos para isso

se relacionam com: (1) dificuldade de utilizar e entender o processo de uso da própria ferramenta, sendo necessário um pesquisador com experiência prévia com o ADAPTE, (2) o tempo gasto com a elaboração de uma diretriz “via ADAPTE” não foi tão reduzido quando comparado com a elaboração de uma diretriz pelo modo convencional e (3) os custos com recursos humanos e financeiros ainda são elevados.

Há dúvidas se o uso do ADAPTE pode reduzir o trabalho intelectual e, dessa forma, os custos envolvidos com a adaptação de diretrizes.<sup>23,33</sup> Além disso, obviamente o uso do ADAPTE não pode melhorar a qualidade dos estudos que fornecem as evidências para a diretriz.

Um achado interessante da presente revisão é que, mesmo possuindo mais recursos financeiros e humanos para o desenvolvimento de novas diretrizes, os países desenvolvidos foram aqueles que utilizaram o ADAPTE com maior frequência, de acordo com o estudos encontrados. Apesar de, aparentemente, ser uma opção interessante para países em desenvolvimento, com limitados recursos governamentais e privados para pesquisa na área da saúde, foram encontradas apenas seis publicações descrevendo a aplicação do ADAPTE. Isso pode ser devido, neste momento, pelo desconhecimento da ferramenta ou pelo fato da ferramenta não estar traduzida, validada e adaptada para muitos outros idiomas.

Esta revisão procurou apresentar a ferramenta de adaptação de diretrizes ADAPTE e mapear o conhecimento atual sobre ela mesma. Para isso, a equipe contou com pesquisadores com diferentes habilidades dentro da área da saúde e sem conhecimento prévio da ferramenta para evitar vieses na apresentação dos resultados. A principal limitação desta revisão se refere à falta de realização da

busca no Embase devido ao acesso limitado a essa base de dados no nosso país.

Por fim, apesar de todos os esforços, a utilização do ADAPTE para elaborar diretrizes não garante a qualidade e a utilização das mesmas. Além disso, opiniões dos desenvolvedores de diretrizes, quando eles avaliaram a qualidade da literatura, evidências e orientações recuperados podem interferir no processo.<sup>38</sup> Seu uso rotineiro na prática da gestão em saúde não pode ser recomendado antes que haja aprendizado prático e aprofundado do seu processo, para que os potenciais benefícios possam ser observados e avaliados.

Nenhum estudo encontrado comparou os benefícios (incluindo redução de custo, recurso humano e tempo) e riscos de se fazer uma diretriz “via ADAPTE” ou “via convencional”. Assim, como recomendações para pesquisas futuras, indicamos que ainda são necessários estudos comparativos para avaliar a eficiência do uso do ADAPTE quando comparado com o processo convencional de elaboração de diretrizes.

O desenvolvimento de novas ferramentas de adaptação mais simples, considerando apenas a validade externa (já que a validade interna já foi avaliada na diretriz original) pode ser uma importante linha de pesquisa.

## CONCLUSÕES

O processo utilizado pela ferramenta ADAPTE foi apresentado. Foram encontrados na literatura 30 estudos relatando a aplicação ou descrevendo/avaliando a ferramenta. De modo geral, os pesquisadores que a aplicaram acreditam no seu potencial em reduzir tempo e custo relacionados ao desenvolvimento de uma diretriz. No entanto, na prática, os autores encontraram dificuldades em entender o processo de uso, e não observaram redução de tempo e recursos ao compararem o ADAPTE com o desenvolvimento de uma diretriz pelo modo convencional. Estudos comparando a eficiência do uso da ferramenta com o processo convencional de elaboração de diretrizes são necessários.

## REFERÊNCIAS

1. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_adaptacao\\_diretrizes\\_clinicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_adaptacao_diretrizes_clinicas.pdf). Acessado em 2015 (10 ago).
3. Baker R, Feder G. Clinical guidelines: where next? *Int J Qual Health Care*. 1997;9(6):399-404.
4. Eisinger F, Geller G, Burke W, Holtzman NA. Cultural basis for differences between US and French clinical recommendations for women at increased risk of breast and ovarian cancer. *Lancet*. 1999;353(9156):919-20.
5. Manna DR, Buijzeels MA, Mookink HG, Berg M. Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(5):353-8.
6. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(3):228-36.
7. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*. 2013;18(2):123-6. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S1110569013000435/1-s2.0-S1110569013000435-main.pdf?\\_tid=77606850-3f76-11e5-b18c-00000aab0f6b&acdnat=1439221554\\_9c173ce9c0711a868463fe7f7d78fb6f](http://ac.els-cdn.com/S1110569013000435/1-s2.0-S1110569013000435-main.pdf?_tid=77606850-3f76-11e5-b18c-00000aab0f6b&acdnat=1439221554_9c173ce9c0711a868463fe7f7d78fb6f). Acessado em 2015 (10 ago).
8. Guideline Adaptation: a resource toolkit. Disponível em: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Acessado em 2015 (24 ago).
9. Kristiansen A, Brandt L, Agoritsas T, et al. Adaptation of trustworthy guidelines developed using the GRADE methodology: a novel five-step process. *Chest*. 2014;146(3):727-34.
10. Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ*. 2010;180(2):E78-84.
11. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(3):228-36.
12. Graham I, and Harrison MB. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evid Based Nurs*. 2005;8(3):68-72.
13. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(3):167-76.
14. Cavada L. [The local adaptation of clinical practice guidelines]. *Assist Inferm Ric*. 2014;33(4):232-5.
15. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(1):18-23.
16. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, et al. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci*. 2013;8:49.
17. Alba LH, Murillo R, Castillo JS, et al. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura [Counseling interventions for smoking cessation: systematic review]. *Salud Publica Mex*. 2013;55(2):196-206.

18. Australian & New Zealand Hip Fracture Registry (ANZHFR). Australian and New Zealand Guideline for Hip Fracture Care: improving outcomes in hip fracture management of adults. Sydney: Australian and New Zealand Hip Fracture Registry Steering Group; 2014. Disponível em: <http://www.anzhfr.org/wp-content/uploads/2015/06/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf>. Acessado em 2015 (10 ago).
19. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, et al. Adaptation, evaluation, and updating of guidelines: article 14 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc*. 2012;9(5):304-10.
20. C17 Guidelines Committee. Guideline for platelet transfusion thresholds for pediatric hematology/oncology patients. Edmonton: C17 Council; 2011. Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34608>. Acessado em 2015 (10 ago).
21. Chakraborty SP, Jones KM, Mazza D. Adapting lung cancer symptom investigation and referral guidelines for general practitioners in Australia: reflections on the utility of the ADAPTE framework. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(2):129-35.
22. Chang M, Ismaila N, Kamel-Reid S, et al. A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO). Comparison of Oncotype DX with Multi-gene Profiling Assays, (e.g., MammaPrint, PAM50) and Other Tests (e.g., *Adjuvant! Online*, Ki-67 and IHC4) in Early-stage Breast Cancer. Toronto: Cancer Care Ontario; 2013. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=291504>. Acessado em 2015 (10 ago).
23. Cooley ME, Lobach DF, Johns E, et al. Creating computable algorithms for symptom management in an outpatient thoracic oncology setting. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(6): 911-924.e1.
24. Dupuis LL, Boodhan S, Sung L, et al. Guideline for the classification of the acute emetogenic potential of antineoplastic medication in pediatric cancer patients. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57(2):191-8.
25. Espirito Santo A, Choquette A. Experience of adapting and implementing an evidence-based nursing guideline for prevention of diaper dermatitis in a paediatric oncology setting. *Int J Evid Based Healthc*. 2013;11(2):121-7.
26. Garcia J, Beyers J, Uetrecht C, et al. A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO). Healthy eating, physical activity, and healthy weights guideline for public health in Ontario. Toronto: Cancer Care Ontario; 2010. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=64413>. Acessado em 2015 (10 ago).
27. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, et al. A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Curr Oncol*. 2013;20(3):e233-46.
28. Larenas-Linnemann D, Mayorga-Butrón JL, Sánchez-González A, et al. ARIA Mexico 2014. Adaptación de la Guía de Práctica Clínica ARIA 2010 para México. Metodología ADAPTE [ARIA Mexico 2014. Adaptation of the Clinical Practice Guide ARIA 2010 for Mexico. Methodology ADAPTE]. *Rev Alerg Mex*. 2014;61 Suppl 1:S3-S116.
29. Lovell M, Luckett T, Boyle F, et al. Adaptation of international guidelines on assessment and management of cancer pain for the Australian context. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2015;11(2):170-7.
30. Marroquín Peñalosa TY, García Guerrero CC. Guía de diagnóstico clínico para patologías pulpares y periapicales. Versión adaptada y actualizada del "Consensus conferencere recommended diagnostic terminology", publicado por la Asociación Americana de endodoncia (2009) [Guidelines for clinical diagnosis of pulp and periapical pathologies. adapted and updated from the "consensus conference recommended diagnostic terminology" published by the American Association of endodontists (2009)]. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2015;26(2):398-424.
31. Nacional Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh25>. Acessado em 2015 (10 ago).
32. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guideline for the prevention of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to Australian hospitals. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2009. Disponível em: [https://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp115\\_guideline\\_prevention\\_venous\\_thromboembolism.pdf](https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp115_guideline_prevention_venous_thromboembolism.pdf). Acessado em 2015 (10 ago).
33. Pantoja CT, Ferdinand OC, Saldías PF, et al. Metodología de adaptación de una guía clínica para el manejo de pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad en una red de salud privada [The adaptation methodology of a guideline for the management of adults with community-acquired pneumonia]. *Rev Med Chil*. 2011;139(11):1403-13.
34. Rohde A, Worrall L, Le Dorze G. Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(6):994-1003.
35. Thompson J. Management of obesity in Scotland: development of the latest evidence-based recommendations. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(2):195-8.
36. Turnbull Macdonald GC, Baldassarre F, Brown P, et al. Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario. *Curr Oncol*. 2012;19(4):209-16.
37. Clinical Research Center for Dementia of South Korea. Clinical practice guideline for dementia. Part I: diagnosis & evaluation. Seoul: Clinical Research Center for Dementia of South Korea; 2011. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34444>. Acessado em 2015 (10 ago).
38. Han JY, Choi-Kwon S. Adaptation of evidence-based surgical wound care algorithm. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(6):768-79.