



Organização
Pan-Americana
da Saúde



**Enfoque
passo a passo
da OMS para a
vigilância de
acidentes
vascular cerebrais**

WHO STEPS Stroke Manual

Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais

Dados de catalogação na publicação da Biblioteca da OMS:

O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental, Organização Mundial da Saúde.

1. Acidentes vascular cerebrais—epidemiologia. 2. Vigilância epidemiológica—métodos. 3. Manuais. I. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 92 4 159404 7

(Classificação de NLM: WT 355)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas da WHO Press, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; [email: bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Os pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser dirigidos às WHO Press, no endereço acima (fax: +41 22 791 4806; [email: permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

As designações usadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam na expressão de opinião de qualquer natureza por parte da Organização Mundial da Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou com respeito à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam as linhas fronteiriças aproximadas sobre as quais não há ainda acordo pleno.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles são respaldados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde preferencialmente a outros de natureza semelhante que não são mencionados. Exceto por erro e omissão, os nomes dos produtos com direitos exclusivos são distinguidos pela letra inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para comprovar as informações contidas nesta publicação. Porém, o material publicado está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, explícita ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. Em nenhuma circunstância a Organização Mundial da Saúde se responsabilizará por danos decorrentes de seu uso.

Citação sugerida:

Organização Mundial da Saúde (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Agradecimentos:

O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais é um esforço de colaboração entre a OMS e organizações não-governamentais (ONGs), em particular a Sociedade Internacional de Acidentes Vascular Cerebrais (ISS), a principal ONG de AVC com relações oficiais com OMS. O Conselho Diretor da ISS, sob direção de Julian Bogousslavsky, Bo Norrving e Franco Yatsu, teve um estreito interesse na elaboração da vigilância de acidentes vascular cerebrais como parte de uma iniciativa global de AVC mais ampla. Ruth Bonita preside a Unidade de Coordenação Internacional da Vigilância do Acidentes Vascular Cerebrais da OMS-ISS.

O Manual de Vigilância do AVC foi produzido por Ruth Bonita, Peter Heuschmann e Thomas Truelsen. A organização das informações do manual foi realizada por Charlotte Mill. A ferramenta de entrada de dados foi criada pelo Instituto de Epidemiologia e Medicina Social, Universidade de Munique, Alemanha. Este centro colaborador da OMS também se responsabiliza por completo pelo processamento de dados.

Inestimáveis contribuições e sugestões foram feitas pelos pesquisadores principais do estudo de viabilidade realizado para testar os materiais nos centros de vigilância nacionais: Dr. Airian, Moscou, Rússia; Dr. Dalal, para os centros do ICASS, Índia; Dr. Damasceno, Maputo, Moçambique; Dr. Nagaraja, Bangalore, Índia; Dr. Ogunniyi, Ibadan, Nigéria; Dr. Oveisgharan, Isfahan, Irã; Dr. Pandiyan, Chennai, Índia; Dr. Radhakrishnan Trivandrum, Índia; Dr. Skvortsava Moscou, Rússia. Agradecemos aos assessores regionais da OMS e à equipe do STEPS de Vigilância da OMS por suas contribuições e produção das ferramentas de vigilância do STEPS (<http://www.who.int/chp/steps>).

Agradecemos também o apoio recebido da Sociedade de Acidentes Vascular Cerebrais da Austrália, Consórcio Canadense de Acidentes Vascular Cerebrais, Conferência Européia de Acidentes Vascular Cerebrais, Sociedade de Acidentes Vascular Cerebrais do Japão, Kenes, Sociedade de Acidentes Vascular Cerebrais de Taiwan, Federação Mundial de Neurologia, Federação Mundial de Cardiologia, Federação Mundial de Acidentes Vascular Cerebrais e o governo da Finlândia.

O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais pode ser baixado de <http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en/>

Índice

1. Introdução	1-1
Resumo	1-1
Justificação da vigilância de acidentes vascular cerebrais	1-3
Sobre o AVC	1-6
Principais fatores de risco	1-14
Tratamento hospitalar e serviços	1-16
Resumo do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais	1-17
Principais definições e conceitos epidemiológicos	1-20
Estabelecimento de objetivos	1-22
Resumo do processo de vigilância de acidentes vascular cerebrais	1-23
2. Funções e responsabilidades	2-1
Resumo	2-1
Coordenador do centro	2-3
Pessoal de coleta de dados do centro	2-5
Comitê Internacional de Coordenação	2-6
Grupo Consultivo Internacional	2-8
3. Planejamento e preparação de um estudo de AVC	3-1
Resumo	3-1
Resumo do processo e qualificação	3-2
Identificação da abrangência	3-3
Definição do centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais	3-6
Identificação da população de estudo	3-8
Modificação do Instrumento de AVC	3-11
Cadastramento para participação	3-14
Obtenção de aprovação do comitê de ética	3-16
4. Preparação do centro de vigilância de AVC	4-1
Resumo	4-1
Recrutamento de pessoal	4-2
Orientação e treinamento do pessoal de coleta de dados	4-3
Preparação do centro de vigilância de AVC	4-4
Instalação e preparação da ferramenta de entrada de dados	4-5
Realização de teste	4-7

5. Orientações para a coleta de dados	5-1
Resumo	5-1
Mecanismos de busca de casos	5-2
Identificação de pacientes com AVC em hospitais (Passo 1)	5-4
Identificação de casos fatais de AVC na comunidade (Passo 2).....	5-6
Estimativa de casos não fatais de AVC na comunidade (Passo 3).....	5-8
Técnicas de entrevista	5-10
Anotação das respostas para registro	5-12
Preenchimento do instrumento de AVC	5-13
Guia de preenchimento do instrumento: todos os casos de AVC	5-15
Guia de preenchimento do instrumento: casos internados em hospital (Passo 1)	5-17
Guia de preenchimento do instrumento: casos fatais na comunidade (Passo 2).....	5-24
Guia de preenchimento do instrumento: casos não fatais na comunidade (Passo 3)	5-26
6. Entrada e processamento de dados	6-1
Resumo	6-1
Entrada de dados	6-2
Processamento de dados.....	6-6
Criação de relatórios	6-8
Exportação de dados	6-9
7. Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e formulários	7-1
Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS	7-2
Requisição de participação.....	7-12
8. Glossário e material de referência.....	8-1
Glossário de termos usados no STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais	8-2
Publicações originais e referências	8-4

1. Introdução

Resumo

Introdução

Esta seção é uma introdução ao Manual STEPS de Vigilância de Acidentes Vascular Cerebrais (AVC).

Finalidade

A finalidade do manual é fornecer orientações e material de apoio para os centros que estão iniciando estudo de vigilância STEPS do AVC para que possam:

- planejar e preparar a abrangência e o local do estudo de vigilância
 - recrutar e treinar pessoal para a coleta de dados
 - estabelecer e manter o registro de AVC
 - apresentar e difundir os resultados.
-

Público-alvo

O manual destina-se basicamente ao pesquisador principal do centro de vigilância de acidentes vascular cerebrais. Partes do manual destinam-se também ao pessoal de coleta de dados.

Guia para uso do manual

O manual está elaborado em módulos e estruturado para seguir a seqüência dos eventos requeridos para executar um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais . Está dividido em oito seções. No início de cada seção há um índice para ajudar os leitores a encontrar tópicos específicos. O manual contém informação geral e material de instrução específico que podem ser extraídos e usados para:

- treinamento
- coleta de dados
- entrada de dados

A numeração das páginas tem dois componentes. O primeiro número se refere à seção e o segundo ao número da página daquela seção.

Por exemplo: 3-6 indica Seção 3, página 6.

**Nesta
seção**

Esta seção aborda os seguintes tópicos:

Tópico	Ver página
<u>Justificação da vigilância de acidentes vascular cerebrais</u>	1-3
<u>Sobre o AVC</u>	1-6
<u>Principais fatores de risco</u>	1-14
<u>Tratamento hospitalar e serviços</u>	1-16
<u>Resumo do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais</u>	1-17
<u>Principais definições e conceitos epidemiológicos</u>	1-22
<u>Estabelecimento de objetivos</u>	1-24
<u>Resumo do processo de vigilância de acidentes vascular cerebrais</u>	1-25

Justificação da vigilância de acidentes vascular cerebrais

Introdução

A vigilância de acidentes vascular cerebrais bem conduzida (com registros exatos e completos) fornece dados essenciais que podem ser usados para melhorar a própria alocação dos recursos de saúde.

Definição de vigilância

A vigilância é fazer, de modo contínuo e sistemático:

- coleta
 - análise
 - interpretação, e
 - difusão de informações de saúde.
-

Finalidade do STEPS de vigilância de AVC

A finalidade do estudo da OMS de vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais é proporcionar aos profissionais de saúde e formuladores de políticas uma ferramenta padronizada para:

- avaliar a extensão do AVC
 - descrever as populações de risco
 - identificar os fatores de risco associados
 - monitorar as tendências ao longo do tempo
 - fornecer a base para o planejamento e execução de intervenções
 - monitorar e avaliar a eficácia das intervenções.
-

Evidências

Em escala mundial, a doença vascular cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte. É uma doença que ocorre predominantemente em adultos de meia-idade e idosos.

Segundo estimativas da OMS, em 2005, o AVC foi responsável por 5,7 milhões de mortes em todo o mundo, equivalente a 9,9% de todas as mortes. Mais de 85% dessas mortes ocorrem em pessoas vivendo em países de baixa e média renda e um terço ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade.

Justificação da vigilância

Embora muitos países enfrentam as conseqüências e os problemas das doenças transmissíveis, as doenças crônicas não-transmissíveis estão crescendo. Além de ser uma importante causa de morte, muitos pacientes com AVC ficam incapacitados e necessitam de ajuda na vida cotidiana, que precisa ser proporcionada por familiares, pelo sistema de saúde ou outras instituições sociais.

A falta de dados sobre o AVC em muitos países dificulta realizar uma coordenação eficaz para a prevenção, tratamento e reabilitação do AVC. Com as transformações demográficas futuras, são prementes estratégias para reduzir a morbidade futura do AVC e assegurar recursos suficientes de saúde. O STEPS da OMS de vigilância de acidentes vascular cerebrais fornece um modelo para a coleta de dados e comparações internas e entre populações.

Outros resultados esperados

Entre outros resultados esperados ao estabelecer centros de vigilância estão:

- Maior conhecimento e sistemas de qualidade alta para a vigilância comunitária de longo prazo de doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente o AVC
- Criação de uma rede de pesquisa
- Maior conscientização sobre doença não-transmissível na comunidade.
- Estabelecimento de prioridades próprias ao país para a prevenção e tratamento do AVC como parte de planos nacionais integrados para a prevenção e controle de doenças crônicas (consulte http://www.who.int/chp/chronic_disease_report)

Supervisão: fundamental para a prevenção

Estudos clínicos e epidemiológicos indicaram sobretudo que o AVC é, em grande parte, passível de prevenção. Porém, é pouco provável que medidas públicas para reduzir a prevalência da exposição aos fatores de risco sejam tomadas se a extensão e as conseqüências do AVC e outras doenças crônicas importantes não são identificados.

Estratégias de prevenção

Se existem dados fidedignos, podem ser executadas diferentes estratégias de prevenção para reduzir a ocorrência e a repercussão do AVC como descrito no quadro a seguir:

Estratégia de prevenção	Com o propósito de reduzir...	Por exemplo, com...
Primária	Ocorrência inicial do AVC.	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de indivíduos com maior risco geral de AVC ou doença cardiovascular (hipertensos ou diabéticos)• Iniciativas para a população geral para incentivar a atividade física• Legislação para o controle do tabagismo
Secundária	Repercussão do AVC nas pessoas que já apresentam AVC ou TIA.	<ul style="list-style-type: none">• Redução intensificada de exposição aos principais fatores de risco cardiovascular• Tratamento com anti-hipertensivos e antiplaquetários.
Terciária	Conseqüências e danos em pacientes com AVC.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamento de infecções agudas• Controle de comorbidades• Melhor reabilitação.

Sobre o AVC

Introdução

O AVC é uma doença clinicamente definida permitindo captar dados e seguir tendências em incidência ou taxas de internação hospitalar em muitos países diferentes independentemente do acesso ao equipamento tecnológico.

Uma doença dispendiosa

O AVC é uma doença dispendiosa por causa de:

- um grande número de mortes prematuras,
 - incapacidade contínua em muitos sobreviventes,
 - repercussão para as famílias ou prestadores de assistência
 - repercussão para os serviços de saúde.
-

Definição padrão da OMS

A definição padrão de AVC, recomendada pela OMS, é a seguinte:

Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular.

Esta definição clínica tem quatro componentes:

- um comprometimento neurológico ou déficit de
 - início súbito e
 - com duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e
 - possível origem vascular.
-

Notas sobre a definição padrão

A definição padrão da OMS exclui:

- ataque transitório isquêmico (TIA), que é definido como sintomas neurológicos focais mas com duração inferior a 24 horas
- hemorragia subdural
- hemorragia epidural
- intoxicação
- sintomas causados por traumatismo.

“Global” se refere a pacientes com hemorragia subaracnóide ou coma profundo mas exclui o coma de origem vascular sistêmica como:

- choque
- síndrome de Stokes-Adams
- encefalopatia hipertensiva.

O AVC é um diagnóstico clínico e não baseado em achados radiológicos

Continua na página seguinte

Tipos de AVC

Há três AVC grave sub grupos do seguinte modo:

- AVC isquêmico
- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subaracnóide

Tipo	Causado por	Diagnóstico baseado em
AVC isquêmico	Oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro. Devido a um trombo formado: <ul style="list-style-type: none">• Diretamente no local da oclusão (AVC isquêmico trombótico) ou• Em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquêmico ou embólico).	<ul style="list-style-type: none">• Estudos de neuroimagem <p>Observação: pode não ser possível diferenciar clinicamente ou radiologicamente um AVC isquêmico trombótico de um embólico.</p>
Hemorragia intra-cerebral	Sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral. Observação: Pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento, possivelmente devido a dieta, atividade física, tratamento inadequado de hipertensão arterial e predisposição genética.	<ul style="list-style-type: none">• Estudos de neuroimagem
Hemorragia subaracnóide	Hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. Observação: Os sintomas característicos são ocorrência súbita de cefaléia muito intensa e geralmente comprometimento da consciência.	<ul style="list-style-type: none">• Estudos de neuroimagem ou• Punção lombar.

Observação: Cada tipo tem características diferentes no que se refere à sobrevida e incapacidade de longo prazo.

**Principais
sintomas
gerais**

Os sintomas devem ser de provável origem vascular e incluir um ou mais dos seguintes distúrbios definitivos focais ou globais da função cerebral:

- comprometimento motor unilateral ou bilateral (incluindo falta de coordenação)
- comprometimento sensorial unilateral ou bilateral
- afasia/disfasia (falta de fluência da fala)
- hemianopia (comprometimento do campo visual de um lado)
- desvio conjugado do olhar
- apraxia de início agudo
- ataxia de início agudo
- déficit de percepção de início agudo.

Continua na página seguinte

**Outros
sintomas**

Outros sintomas que podem estar presentes, mas que não são adequados para o diagnóstico de AVC (com frequência decorrem de outras doenças ou alterações como desidratação, insuficiência cardíaca, infecções, demência e desnutrição) são os seguintes:

- vertigem
- cefaléia localizada
- visão embaçada bilateralmente
- diplopia
- disartria (fala pastosa)
- comprometimento da função cognitiva (incluindo confusão)
- comprometimento da consciência
- crises convulsivas
- disfagia.

**Hemorragia
subarac-
nóide**

No caso de hemorragia subaracnóide, pelo menos um dos seguintes precisa estar presente, além dos principais sintomas gerais:

- hemorragia subaracnóide recente, aneurismas ou malformação arteriovenosa (necropsia)
 - sangue na fissura silviana ou entre os lobos frontais ou na cisterna basal ou nos ventrículos cerebrais (tomografia computadorizada [TC] ou ressonância magnética [RM])
 - líquido cefalorraquidiano com presença de sangue ($>2\ 000$ glóbulos vermelhos por mm^3), aneurisma ou malformação arteriovenosa (angiografia)
 - líquido cefalorraquidiano com presença de sangue (>2 glóbulos vermelhos por mm^3), também xantocrômico, e hemorragia intracerebral (necropsia ou TC)
-

**Sintomas
semelhantes
ao AVC**

Uma ampla variedade de outras doenças pode causar sintomas semelhantes, por exemplo:

- HIV/AIDS
- tuberculose
- sífilis
- câncer intracerebral.

Sabe-se que essas doenças podem causar transtornos neurológicos focais e desse modo mimetizar um AVC. A atenção ao desenvolvimento dos sintomas é um fator importante a ser considerado para evitar a interpretação equivocada de outras doenças como sendo doença vascular e conduzir a estratégias preventivas ineficazes.

Continua na página seguinte

Tipos de AVC

Há quatro tipos de AVC:

Tipo de AVC	Definido como ocorrência em uma pessoa que tem...
Primeiro	Primeiro (“primeiro na vida”) refere-se às pessoas que nunca tiveram um AVC anteriormente. Observação: um TIA anterior não é considerado um AVC pois os sintomas têm duração inferior a 24 horas.
Recorrente	Há dois tipos de AVC recorrentes: <ul style="list-style-type: none">• uma história de um episódio anterior de AVC no passado que satisfaz a definição da OMS e• uma história de um novo episódio de AVC que ocorre mais de 28 dias após o início de um episódio de AVC já registrado.
Não fatal	Um caso de AVC que sobreviveu pelo menos 28 dias após o início dos sintomas.
Fatal	Óbito em 28 dias do início dos sintomas de AVC.

Primeiros episódios de AVC

Um primeiro episódio de AVC é o mesmo que o primeiro na vida.
(Ver Principais definições e conceitos epidemiológicos na Seção 1-12)

Episódios recorrentes de AVC

Para que um novo episódio de sintomas seja considerado um novo AVC ou AVC recorrente, é preciso que satisfaça os critérios gerais de AVC como definido anteriormente:

- o episódio anterior na mesma distribuição arterial precisa ter ocorrido há pelo menos 29 dias (por subtração de datas), ou
- o novo episódio é inequivocamente em um território arterial diferente de um episódio anterior que ocorreu, no máximo, há 28 dias.

Se um paciente apresenta outros sintomas agudos sugestivos de AVC em 28 dias do início de um primeiro episódio e no mesmo território da artéria carótida ou vertebral, este segundo episódio **não** é considerado como um novo AVC.

Igualmente, se um paciente apresenta outros sintomas agudos sugestivos de AVC após 28 dias do início de um primeiro episódio, este segundo episódio **é** considerado um novo AVC.

Observação: Cada **episódio** é registrado em separado. Isto significa que 2 (ou mais) formulários serão preenchidos para o mesmo indivíduo que diversos novos episódios de AVC que satisfazem os critérios.

Principais fatores de risco

Introdução

O AVC é uma doença multifatorial em que uma combinação de fatores de risco, (sendo que nem todos precisam estar presentes) influenciará as chances futuras de um indivíduo ter um AVC.

Principais fatores de risco

Os principais fatores de risco podem ser divididos nas seguintes categorias:

Categoria	Fatores de risco
Modificável	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão arterial• Tabagismo• Sedentarismo• Dieta (baixo consumo de frutas e verduras)• Consumo excessivo de álcool• Sobrepeso• Diabetes
Ambiental	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo passivo• Acesso a tratamento médico
Não modificável	<ul style="list-style-type: none">• Idade• Sexo (p. e., idade avançada e sexo masculino estão associados, em muitas populações, a um maior risco).• História familiar; genética

Outros fatores de risco

Nos países desenvolvidos, a diabetes mellitus assim como a fibrilação atrial e outras doenças cardíacas são outros importantes fatores de risco modificáveis para o AVC isquêmico.

O papel da hipercolesterolemia como fator de risco para AVC está sendo atualmente discutido. Há evidências de que níveis mais baixos de colesterol total poderiam estar associados a um risco menor de AVC isquêmico mas também poderiam ser acompanhados de maior incidência de AVC hemorrágico.

Principais fontes de informação sobre fatores de risco no nível dos países

A OMS criou duas grandes ferramentas para coletar, exibir e analisar dados sobre os oito principais fatores de risco comumente associados a doença cardiovascular.

- O modelo de vigilância STEPS de fatores de risco para doenças crônicas; consulte o website: <http://www.who.int/chp/steps>
- O InfoBase Global de DNT fornece atualizações bienais sobre dados de fatores de risco disponíveis para alguns países, incluindo estimativas comparáveis de mortalidade para o AVC.

Consulte o website: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase

Tratamento hospitalar e serviços

Introdução

O tratamento hospitalar se refere a pacientes com AVC admitidos em um serviço de saúde.

Equipes de especialistas em AVC

Os pacientes com AVC admitidos em um setor do hospital e que são tratados por uma equipe ou com enfoque multidisciplinar especializado em AVC apresentam melhor resultado que os pacientes admitidos em setores que não possuem tais equipes ou usam deste enfoque. Este é medido em termos de redução de longo prazo da mortalidade, do grau de dependência e institucionalização.

A mobilização e a reabilitação precoces dos pacientes com déficit neurológicos graves contribui para reduzir a incapacidade após o AVC e a evitar complicações.

Medicamentos

Diferentes tratamentos e medicamentos identificados no instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais demonstraram reduzir o risco de AVC em grupos selecionados de pacientes em países predominantemente ricos. Estes são explicados no quadro a seguir

Tipo de medicamento	Usado para
Medicamentos anti-hipertensivos novos e antigos	Reduzir a pressão arterial e reduzir a ocorrência de AVC.
Aspirina (e dipiridamol)	Prevenir um novo AVC isquêmico.
Terapia anticoagulante	Prevenir embolia cardíaca nos pacientes com fibrilação atrial.
Plavix	Prevenir novo AVC isquêmico
Tratamento intravenoso com ativador de plasminogênio tecidual (tPA)	Dissolver os coágulos sanguíneos nos pacientes com AVC isquêmico agudo.

Resumo do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais

Introdução

O enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais proporciona um sistema flexível e uma oportunidade para que todos os países comecem a reunir dados sobre o AVC e a compartilhá-los.

Funda- mentação do STEPS de AVC

O STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais identifica três diferentes grupos de pacientes com AVC que representam o ônus da doença em uma dada comunidade ou população. Eles são relacionados na ordem da complexidade para identificá-los:

- Informação sobre os pacientes com AVC admitidos em serviços de saúde (Passo 1);
- Identificação de casos fatais de AVC na mesma comunidade (Passo 2);
- Estimativas de casos não fatais de AVC na mesma comunidade (Passo 3).

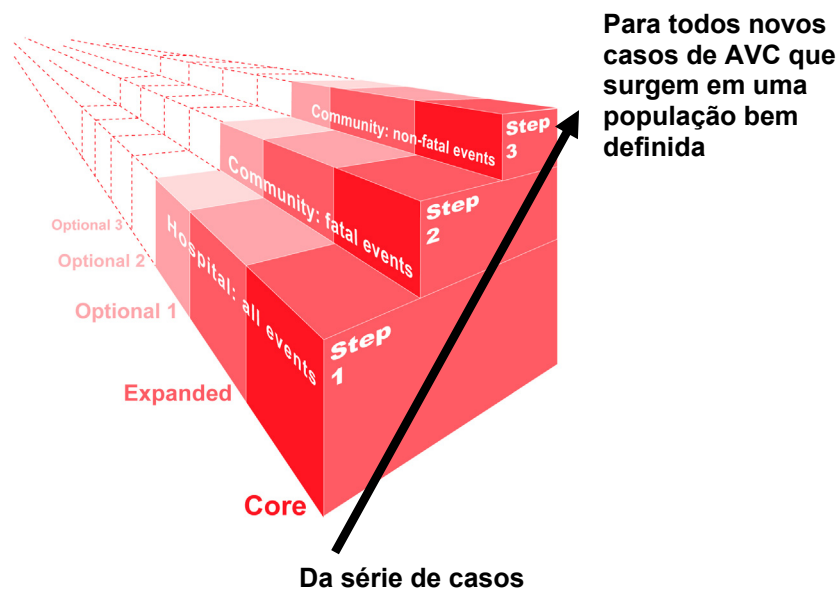
Em cada Passo (1, 2 e 3) existem mais dois níveis possíveis de dados que podem ser coletados (Básico e Ampliado).

Com o emprego do mesmo enfoque padronizado, todos os países podem monitorar as tendências internas e entre os países.

O instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais foi elaborado, em parte, com base no protocolo do Projeto MONICA da OMS.

Diagrama do STEPS de AVC

O seguinte diagrama ilustra o conceito geral do enfoque passo a passo da OMS



Observação: Um estudo “ideal” da incidência do AVC requer que todos os AVC que se qualificam como tal sejam identificados em residentes da população-base definida.

Ferramentas do STEPS de AVC

Um conjunto de ferramentas foi desenvolvido para ajudar a avançar, de forma metódica e sistemática, através do processo STEPS de vigilância. Este conjunto de ferramentas é denominado Kit de iniciação do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e compreende:

- Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
- Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
- Formulários e planilhas
- Ferramenta de entrada de dados (para criar um registro de AVC).

**Instru-
mento
STEPS de
Acidentes
Vascular
Cerebrais**

O instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais é um questionário padronizado usado para a coleta de dados de pacientes com AVC e estes dados são introduzidos no registro com o uso da ferramenta de entrada de dados.

O instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais compreende três diferentes “Passos” da busca de casos de AVC (Passo 1, Passo 2 e Passo 3) para uma população definida. Em cada Passo, há três diferentes níveis da coleta de dados de complexidade crescente (Básico, Ampliado, Opcional) do seguinte modo:

Passo		Básico	Ampliado	Fornece dados sobre
1	Casos hospitalizados (fatais e não fatais)	<ul style="list-style-type: none">• Informação demográfica• Início• Estado vital no dia 10	<ul style="list-style-type: none">• Tratamento• Incapacidade• Tipo de AVC	Internações por AVC e letalidade hospitalar
2	Casos fatais na comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Informação demográfica• Atestados de óbito ou• Autópsia verbal	<ul style="list-style-type: none">• Relatórios de autópsia• Tipo de AVC	Mortes por AVC
3	Casos não fatais na comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Informação demográfica• Início• Estado vital no dia 10	<ul style="list-style-type: none">• Tratamento• Incapacidade• Tipo de AVC	Incidência e letalidade por AVC

**Passos
recomen-
dados**

O sistema ideal de vigilância de acidentes vascular cerebrais requer a coleta de dados dos três passos e a provisão de dados do censo da população-base.

Os custos e a complexidade aumentam com a identificação dos subgrupos de pacientes em cada passo. O nível de complexidade dependerá do desenvolvimento dos serviços de saúde e recursos, e cada país participante deve coletar o volume de dados que for viável. Nem todos os centros poderão realizar um estudo “ideal” de incidência.

Principais definições e conceitos epidemiológicos

Prevalência e incidência

Prevalência e incidência são formas fundamentalmente distintas de avaliar a ocorrência de uma doença, embora ambas o número de casos em populações definidas em risco.

- A prevalência do AVC é o número de casos em uma população definida em um ponto específico do tempo – fornece uma “imagem momentânea” de sobreviventes em um dado momento
- A incidência é o número de novos casos de AVC que surgem em um dado período em uma população definida – dá uma indicação do risco de AVC.

Dados sobre a prevalência e a incidência são muito mais úteis se forem convertidos em taxas. Uma taxa é calculada ao dividir o número de casos pelo número correspondente de pessoas na população definida em risco.

Estimativa da taxa de incidência

Taxa de incidência (*I*) é calculada do seguinte modo:

$$I = \frac{\text{Número de pessoas que apresentam AVC em um momento específico}}{\text{Número de pessoas na população em risco ao longo do tempo durante o qual cada pessoa na população está sob risco}} \times (10)^5$$

Série de casos

Uma série de casos se refere aos casos de AVC identificados nos serviços hospitalares especificados (numerador) mas sem referência a uma população definida da qual eles vieram (denominador). Sem um denominador, taxas não podem ser calculadas. Mesmo assim, a séries de casos apresenta informação clínica importante sobre o AVC, talvez pela primeira vez. As séries de casos com frequência são o início do processo que ajuda estabelecer medidas mais robustas posteriormente.

**Supervisão:
contínua**

Embora um estudo de AVC possa ser um único exercício, a vigilância requer compromisso com o desenvolvimento do registro de AVC de forma contínua e/ou repetida. Isto pode também ser na forma de estudos repetidos (a cada 5 a 10 anos), em particular para analisar as tendências em nível hospitalar ou populacional.

Recomenda-se que, ao se lançar pela primeira vez um registro Vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais , deve existir um plano para seguimento futuro para avaliar as tendências. Isto pode ser feito com um dos seguintes métodos:

- vigilância contínua como parte de um sistema de informação sanitária mais amplo ou
- registros anuais repetidos a intervalos de 5 a 10 anos.

Recomenda-se que o período mínimo de observação seja de **um ano civil completo** por causa das possíveis variações sazonais.

Estabelecimento de objetivos

Monitoramento de longo prazo do AVC

Estabelecer um sistema de vigilância para o monitoramento de longo prazo do AVC pode ajudar a:

- Compreender o perfil clínico dos pacientes com AVC
 - Elaborar sistemas populacionais completos para averiguação de casos de AVC
 - Comprovar a precisão dos sistemas comuns de dados para monitoramento do AVC
 - Desenvolver conhecimento especializado local sobre métodos de pesquisa epidemiológica através do ensino e formação.
-

Extensão e impacto do problema

A vigilância de acidentes vascular cerebrais também contribui para determinar a extensão do problema e ajuda determinar o seguinte:

- Incidência, letalidade e desfecho do AVC
 - Impacto sobre os sistemas de atenção de saúde de AVC
 - Uso de leitos hospitalares para cuidados imediatos, serviços de reabilitação e requisitos para cuidados comunitários, incluindo impacto para as famílias de pacientes com AVC
 - Uso de intervenções eficazes na fase aguda (unidade de AVC, uso de medicamentos etc).
-

Resumo do processo de vigilância de acidentes vascular cerebrais

Introdução

Para que o STEPS de Vigilância do AVC seja eficaz, o processo por completo deve ser adequadamente planejado e organizado antes de ser implementado. A seguir são fornecidas orientações para ajudá-lo a planejar um estudo Vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Principais etapas, tarefas e prazos

O prazo total mínimo recomendado para a coleta de dados para um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais é de 12 meses.

A planilha abaixo mostra cada uma das principais etapas e tarefas em um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais com prazos indicativos para cada etapa e tarefa.

ID	Nome da tarefa	M1	M3	M5	M7	M9	M11	M13	M15	M17
1	Estabelecimento									
2	Nomear coordenador do centro									
3	Planejamento e abrangência									
4	Identificar a abrangência do estudo									
5	Definir o centro de vigilância									
6	Identificar a população-base									
7	Adaptar e traduzir o instrumento									
8	Cadastrar-se para participar									
9	Obter aprovação do comitê de ética									
10	Estabelecer um escritório do centro e instalar a DET									
11	Realizar teste									
12	Recrutamento e treinamento									
13	Recrutar pessoal									
14	Treinar pessoal na coleta de dados									
15	Coleta de dados									
16	Busca direta e indireta de casos de AVC									
17	Entrada de dados									
18	Introduzir os dados dos pacientes na DET									
19	Análise de dados									
20	Realizar análises de dados									
21	Relatório e difusão de resultados									
22	Produzir relatórios preliminares									
23	Produzir relatório anual									

2. Funções e responsabilidades

Resumo

Introdução

Há várias entidades envolvidas na coordenação e execução da vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais . A representação abrange:

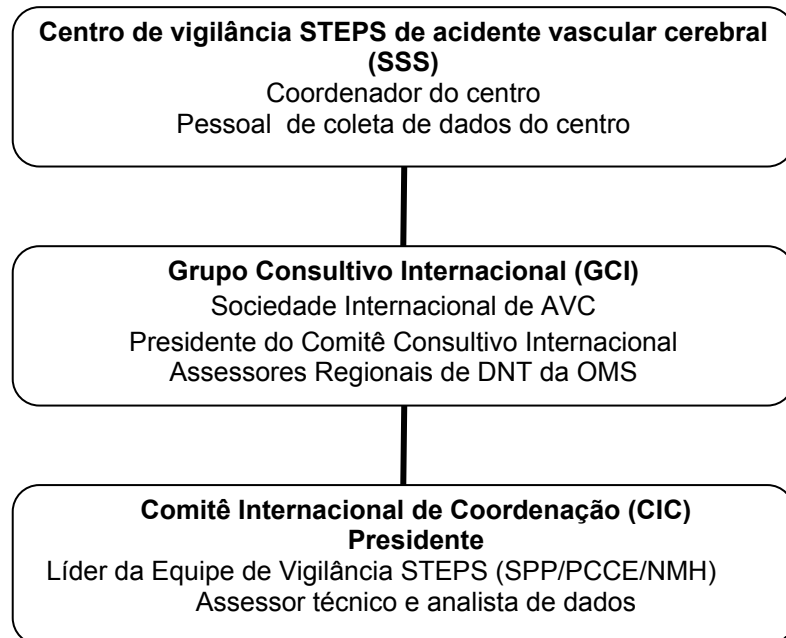
- nível do país (nacional ou subnacional)
 - nível regional e
 - nível global.
-

Finalidade

A finalidade desta seção é fornecer um resumo das funções centrais da vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais .

Rede de vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais

O diagrama a seguir mostra como está organizada a rede global de vigilância de AVC.



Nesta seção

Esta seção descreve as responsabilidades das seguintes funções:

Tópico	Ver página
<u>Coordenador do centro</u>	2-3
<u>Pessoal de coleta de dados do centro</u>	2-5
<u>Comitê Internacional de Coordenação (CIC)</u>	2-6
<u>Grupo Consultivo Internacional (GCI)</u>	2-8

Coordenador do centro

Introdução

O coordenador do centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais (em inglês, SSS) é o pesquisador principal do local. Esta pessoa-chave é responsável pelo planejamento e coordenação do estudo de vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

O coordenador do centro precisa conhecer todo o manual para compreender todo o processo STEPS de vigilância de AVC.

Competências e atributos

O coordenador do centro precisa ter as seguintes qualificações e habilidades e atributos gerais:

- médico neurologista ou especialista em AVC (ou enfermeira de estudo) com experiência comprovada no campo de doença vascular cerebral
 - boa compreensão dos princípios epidemiológicos das diferenças entre registros hospitalares de AVC e registros populacionais de AVC
 - boa compreensão da filosofia geral e dos objetivos do processo STEPS global de vigilância de AVC
 - boa habilidade de comunicação oral e escrita e boa fluência em inglês.
 - capacidade de recrutar e treinar pessoal para realizar entrevistas
-

Nível de autoridade

O coordenador do centro deve ter autoridade suficiente para:

- negociar e obter recursos para todo o estudo de AVC
 - supervisionar o progresso da execução da vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais em âmbito nacional, subnacional, distrital ou local
 - contribuir para atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde que serão criadas a partir dos dados coletados pelo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .
-

Funções básicas As funções centrais do coordenador do centro podem ser todas a seguir, ou apenas parte delas:

Função	Descrição
1	Planejar e preparar um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
2	Cadastrar-se para participar
3	Identificar e garantir financiamento local e/ou apoio “em espécie” apoio
4	Obter aprovação do comitê de ética
5	Recrutar e treinar pessoal para realizar entrevistas
6	Supervisar a coleta de dados e julgar diagnósticos difíceis
7	Apresentar resultados
8	Planejar e preparar estudos futuros
9	Servir como pessoa de contato entre a unidade de coordenação internacional (UCI), autoridades locais, representantes de DNT em nível nacional, regional e da OMS e outros interessados diretos
10	Completar casos de teste de AVC preparados pela UCI com a finalidade de controle de qualidade.

Pessoal de coleta de dados do centro

Introdução

O pessoal de coleta de dados do centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais (SSS) são profissionais treinados para coletar os dados para o estudo e fazer a entrada destes dados no registro de AVC.

Funções do entrevistador

As funções envolvidas na coleta de dados dependerão da abrangência do estudo. As funções centrais de um encarregado pela coleta de dados podem ser todas a seguir, ou apenas parte delas. Tarefas específicas são descritas na Seção 5.

Função	Descrição
1	Identificar ativamente pacientes com AVC internados no hospital (ou casos que ocorrem dentro do hospital) a uma periodicidade diária ou semanal
2	Fazer revisão retrospectiva dos registros de pacientes com AVC
3	Esclarecer casos difíceis (em que o paciente precisa ser avaliado por um médico experiente ou neurologista)
4	Registrar dados dos pacientes no instrumento de AVC
	Fazer a entrada de dados do instrumento no registro (usando a ferramenta de entrada de dados)
5	Fazer o seguimento dos pacientes até o 28º. dia
6	Servir como pessoa de contato e notificar qualquer dificuldade ao coordenador do centro

Competências e atributos

Os entrevistadores devem ter as seguintes habilidades e atributos gerais:

- bom conhecimento básico dos diferentes sintomas clínicos de AVC
 - boa compreensão dos diferentes mecanismos de busca de casos (busca direta e indireta)
 - excelente compreensão da definição de AVC e das perguntas do instrumento
 - ter uma atitude sensível para com as pessoas que passam por uma situação de stress ou recordam um momento triste da vida
 - boa habilidade oral, escrita e para o uso do teclado
 - detalhista
 - capacidade de seguir instruções de modo consistente mas saber questionar quando apropriado
 - trabalhar bem com outras pessoas para obter resultados
-

Comitê Internacional de Coordenação

Introdução O Comitê Internacional de Coordenação (CIC) presta apoio técnico e orientação para vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Objetivos O objetivo principal do CIC é supervisionar questões práticas e logísticas em relação à coordenação e à execução geral da vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Funções básicas As funções centrais do CIC são:

- registrar a participação dos centros de vigilância
 - apoiar o coordenador do centro
 - fornecer o acesso e apoio a ferramentas de vigilância STEPS e materiais de referência
 - elaborar e distribuir periodicamente um boletim informativo de AVC
 - supervisionar a execução geral do enfoque passo a passo à vigilância de acidentes vascular cerebrais (STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais)
 - analisar os registros hospitalares e ajudar comunicar e divulgar resultados
 - assegurar o controle de qualidade
 - avaliar criticamente as versões preliminares de relatórios antes que eles sejam apresentados
-

Membros do CIC O GCI é formado por:

- Presidente
 - Líder da equipe de vigilância STEPS
 - Assessor técnico
 - Analista de dados
-

Presidente O presidente do CIC é responsável por promover o STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e supervisionar questões práticas e logísticas em relação à execução geral do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais . As funções centrais incluem:

- Promover, em nome da ISS e da OMS, o assunto nos principais encontros internacionais de AVC
- criar vínculos mais próximos entre as principais ONGs e a OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais
- ajudar a ampliar o número de centros de vigilância de AVC

- servir normalmente de contato entre os coordenadores dos centros
 - fazer informes periódicos à OMS, ISS e GCI.
-

Líder da equipe de vigilância STEPS

O líder da equipe STEPS, sediado no Setor de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde, é responsável por assegurar a integração com as atividades de vigilância STEPS dos fatores de risco. Entre as outras atividades estão:

- apoiar e manter os links na página da internet do STEPS
 - receber as inscrições para participação e encaminhá-las ao assessor técnico da UCI
 - prestar apoio administrativo onde necessário
 - organizar as reuniões do Grupo Consultivo Internacional durante os encontros gerais dos Assessores Regionais de DNT da OMS
 - Atualizar o mapeamento dos centros de STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais de acordo com os levantamentos STEPS de fatores de risco
-

Assessor técnico

O assessor técnico é responsável por:

- apoiar os centros participantes da vigilância de acidentes vascular cerebrais (SSS), fornecendo informações gerais sobre o manual
 - prestar apoio técnico aos SSS participantes
 - manter um cadastro dos centros de vigilância
 - preparar as versões preliminares do relatório anual e conferir as observações dos coordenadores dos centros
 - fornecer informação/dados como solicitado pelo presidente do CIC, ISS e OMS
 - garantir que os representantes nacionais e regionais da OMS estejam informados
 - fazer a atualização e manutenção do Manual de Vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
-

Analista de dados

O analista de dados é responsável por:

- desenvolver e fazer a manutenção da ferramenta de entrada de dados de AVC (em inglês, DET) em colaboração com o assessor técnico
 - modificar a DET de AVC com base na experiência adquirida no estudo de viabilidade do SSS
 - coletar e conferir os dados para o relatório anual
 - colaborar com a análise de dados e relatório de dados sobre indicadores básicos e participar da interpretação dos dados
 - contribuir para o relatório anual e atualização anual do manual de AVC
-

Grupo Consultivo Internacional

Introdução O Grupo Consultivo Internacional (GCI) realiza a coordenação geral da vigilância de acidentes vascular cerebrais.

Membros O GCI é formado por:

- Presidente, Sociedade Internacional de AVC
- Presidente do CIC
- Líder da equipe de Vigilância STEPS da OMS
- Assessores regionais de DNT da OMS (6)

Funções básicas As funções centrais do GCI são as seguintes:

- atuar como um organismo para a promover a vigilância de acidentes vascular cerebrais
- ajudar para que os dados sirvam de base para política e programas
- assegurar a sustentabilidade a longo prazo da vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
- supervisionar a direção estratégica global e os planos de trabalho anuais
- avaliar criticamente os relatórios de progresso trimestrais
- identificar os centros de vigilância de AVC como sendo participantes em potencial
- ajudar em esforços de arrecadação de fundos

3. Planejamento e preparação de um estudo de AVC

Resumo

Introdução

Esta seção descreve as tarefas que precisam ser realizadas para planejar e preparar um estudo de vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Público-alvo

Esta seção foi elaborada com o propósito de ser usada pelo coordenador do centro e pelo grupo consultivo associado.

Uso dos sistemas existentes de registro de casos

Em alguns locais, podem existir outros sistemas de registro de casos hospitalares de doenças crônicas que englobam grandes populações. Se estes sistemas já estão implantados, considere trabalhar em conjunto com as equipes de registro e acrescentar a vigilância de acidentes vascular cerebrais a este trabalho.

Nesta seção

Esta seção aborda os seguintes tópicos:

Tópico	Ver página
Resumo do processo e qualificação	3-2
Identificação da abrangência	3-3
Definição do centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais	3-6
Identificação da população de estudo	3-8
Modificação do instrumento de AVC	3-11
Cadastramento para participação	3-14
Obtenção de aprovação do comitê de ética	3-16

Resumo do processo e qualificação

Introdução

Antes de comunicar interesse em se cadastrar para participar do STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais (consulte a Seção 7b), alguns pré-requisitos iniciais e critérios precisam ser definidos.

Resumo do processo

O quadro a seguir apresenta cada etapa do planejamento, definição da abrangência e processo de qualificação.

Etapa	Descrição						
1	Defina o tipo e a abrangência do estudo (Passo 1, 2, 3). As três opções são as seguintes: <ul style="list-style-type: none">• série de casos de registro hospitalar (Passo 1 sem base populacional)• registro hospitalar vinculado a uma base populacional definida (Passo 1)• estudo de incidência vinculado a uma base populacional definida (Passos 1-3)						
2	Identifique o centro do estudo						
3	Identifique a população de estudo definida da qual serão obtidos os casos (consulte a Seção 1-12) <table border="1"><thead><tr><th>Se a população-base</th><th>Então...</th></tr></thead><tbody><tr><td>É de fácil acesso</td><td>Cadastre-se para participação plena</td></tr><tr><td>Não é de fácil acesso</td><td>Cadastre-se para participação limitada (apenas série de casos)</td></tr></tbody></table>	Se a população-base	Então...	É de fácil acesso	Cadastre-se para participação plena	Não é de fácil acesso	Cadastre-se para participação limitada (apenas série de casos)
Se a população-base	Então...						
É de fácil acesso	Cadastre-se para participação plena						
Não é de fácil acesso	Cadastre-se para participação limitada (apenas série de casos)						
4	Prepare o instrumento						
5	Obtenha financiamento sustentável						
6	Cadastre-se para participar						
7	Obtenha aprovação do comitê de ética						

Observação: Cada uma dessas etapas é detalhada a seguir.

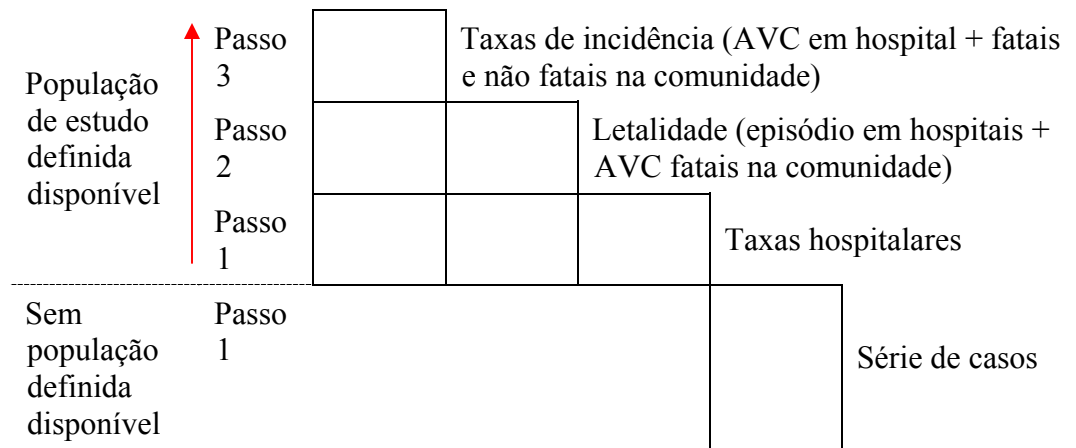
Identificação da abrangência

Introdução

O foco da vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais é o ponto central do Instrumento de AVC. Todos os países devem ser capazes de realizar os itens centrais do Passo 1, embora nem todos os países terão acesso à população definida da qual surgem os casos de AVC.

Design do estudo de AVC

O quadro a seguir fornece um resumo dos diversos designs de um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais. A utilidade do estudo é determinada pela sua qualidade, caráter integral e cobertura da população. Uma série de casos é o que implica em maior dificuldade de interpretação, mas pode ser a única opção nos países em que não há dados censitários para a área de captação coberta pelos hospitais selecionados. (Consulte Seção nas páginas 1-12, 1-13).



Coleta de dados do Passo 1

O Passo 1 se concentra nos residentes (preferencialmente de uma população definida de estudo) que são internados em um serviço de saúde (hospital) por causa de um AVC que satisfaz a definição da OMS. Um registro hospitalar de AVC fornece dados sobre:

Passo 1	Registro de
Básico	<ul style="list-style-type: none"> • Internações por AVC • Gravidade do AVC • Taxas de sobrevivência para este grupo de pacientes
Ampliado	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição antes do AVC aos principais fatores de risco

**Passo 1:
principais
desfechos**

Os principais desfechos deste Passo são:

- Recursos dos serviços de saúde alocados para pacientes com AVC
- Estado funcional dos pacientes com AVC na alta.
- Exposição a fatores de risco.
- Taxas de internação hospitalar quando combinadas com estimativas da população da qual os pacientes com AVC são provenientes.

Observação: O Passo 1 por si só não fornece estimativas da incidência de AVC na população porque alguns pacientes morrem antes que a internação hospitalar possa estar providenciada e outros recebem tratamento na comunidade em vez de serem atendidos no hospital.

**Passo 2:
Coleta de
dados**

O Passo 2 se baseia no registro hospitalar do Passo 1 ao validar os atestados de óbito de fontes gerais para incluir casos fatais de AVC que ocorreram na mesma comunidade, mas fora do hospital. Esses dados derivados de atestados de óbito precisam ser validados por autópsia verbal (consulte a Seção 5-5, 5-6).

**Passo 2:
desfechos**

O principal desfecho do Passo 2 (combinado com os dados do registro hospitalar do Passo 1) é a estimativa das taxas específicas de mortalidade e anos de vida perdidos devido ao AVC na população de estudo. Estes podem ser desagregados por:

- Idade e sexo
 - Proporção de eventos fatais de ocorrência externa aos serviços de saúde
 - Anos de vida perdidos por causa do AVC (AVP).
-

**Passo 3:
Coleta de
dados**

A vigilância de acidentes vascular cerebrais é complicada pelo fato de que muitos dos casos não são internados no hospital. O Passo 3 é, portanto, o subconjunto que implica em maior dificuldade para identificar os pacientes que satisfazem os critérios. Sua identificação é vital para a determinação exata da incidência do AVC. Esses AVC são uma combinação de casos mais leves e outros mais graves que aqueles que chegam ao hospital e, como consequência, sua inclusão influencia a letalidade.

**Passo 3:
desfechos**

O principal desfecho do Passo 3 (combinado com os resultados do Passo 1 e Passo 2) é a estimativa da incidência e da letalidade. Também permite estimar:

- Incidência, prevalência e letalidade do AVC
 - Anos de vida vividos com incapacidade (AVI)
 - Estimativa das necessidades de assistência a longo prazo.
-

**Abran-
gência
recomen-
dada**

A abrangência mínima recomendada para a maioria dos países deve ser o Passo 1, preferencialmente com uma população-base bem definida da qual são provenientes os pacientes que satisfazem os critérios.

Alguns países poderão ter um registro populacional (incluindo todos os 3 passos). Este fornece as medidas epidemiológicas de maior valor para iniciativas de saúde pública para a prevenção do AVC. É portanto recomendado que exista intenção de prosseguir com o estudo para incluir os todos os três passos ou subgrupos de pacientes se houver recursos e acesso aos atestados de óbito básicos.

**Apoio
financeiro**

Uma vez identificada a abrangência do estudo, será preciso preparar um orçamento e buscar apoio financeiro (de fontes locais ou nacionais ou em espécie) para cobrir as despesas por todo o período do estudo.

Definição do centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais

Introdução

A etapa seguinte no processo de qualificação para participar inclui identificar e/ou descrever o centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais. Este pode ser diferente dependendo do tipo de registro planejado: série de casos ou um que produz as taxas hospitalares.

Passo 1: registro hospitalar

Ao elaborar um registro hospitalar que estará vinculado a uma população, todos os serviços de saúde ou rede de serviços de saúde, que fazem parte de uma população definida, precisam ser identificados e incluídos no estudo. Estes poderiam incluir:

- Todos os serviços de saúde na área (da população-base)
- Um pequeno grupo de serviços de saúde onde a maioria dos casos de AVC é internada
- Enfermarias dentro de serviços de saúde definidos onde é internada a maioria dos casos de AVC.

Observação: Para definir os serviços de saúde, preencher o formulário de informações hospitalares na **Seção 7d**. Depois de serem definidos, (o grupo de) os serviços de saúde selecionados, junto com a população-base, serão denominados **centros de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais (SSS)**.

Passo 2: casos de AVC com morte externa ao hospital

As principais fontes de busca de casos são o acesso aos atestados de óbito gerais e capacidade de comprovar todos os tipos de mortes possivelmente decorrentes de AVC (incluindo “idade avançada”) mediante comprovação com o uso de técnicas de autópsia verbal.

Passo 3: casos tratados apenas na comunidade

As principais fontes de busca de casos de AVC tratados inteiramente em casa envolvem colaboração e cooperação para, entre outros, assegurar o apoio constante e o encaminhamento de casos que satisfazem os critérios para o estudo e podem incluir o seguinte:

- Clínicos gerais e outros profissionais da área da saúde na comunidade que precisam notificar a equipe de estudo de todos estes casos
 - Profissionais de enfermagem comunitários e líderes religiosos/membros mais velhos de vilarejos ou
 - Praticantes de medicina alternativa, curandeiros etc.
-

Definição da população

Assim que for definida a população-base ou comunidade-base (preferencialmente baseada no censo mais recente) da qual os casos de AVC serão identificados, envie para a UCI uma cópia com o cadastramento (consulte a Seção 7d).

Requisitos para os pacientes

Um paciente satisfaz os critérios para a inclusão no estudo de AVC se:

- é residente na população definida do centro de vigilância de acidentes vascular cerebrais
 - tem a idade selecionada (consulte a Seção página 3-8)
 - tem um AVC no período definido
-

Estimativa de casos esperados de AVC

Para se qualificar a participar, é preciso um mínimo de 250 pacientes com AVC por ano na população-base da qual os casos serão provenientes (ou seja, hospital e/ou comunidade) para

- Assegurar análise relevante dos dados por idade e sexo
- Ter números suficientes para detectar tendências ao longo do tempo

Elas podem ser baseadas em experiência anterior ou em resultados de um estudo-piloto.

Prazos para coleta de dados

No mínimo, o registro de casos de AVC deve ser realizado continuamente durante **12 meses** no centro de vigilância definido porque se demonstrou que a ocorrência de AVC varia em diferentes épocas do ano (consulte a Seção 1-12).

Identificação da população de estudo

Introdução

A estimativa das taxas epidemiológicas se baseia no número de casos de AVC que ocorrem na população de risco definida. A população ideal se encontra em uma área geográfica bem definida.

Assim, um dos primeiros passos para estruturar estudos de vigilância é especificar e descrever a população na qual o estudo será realizado. Isso é particularmente importante se está sendo planejado um estudo de incidência (todos os 3 passos usados para a busca de casos).

Requisito

Uma população-base definida deve incluir contagens da população desagregadas por:

- Faixas etárias a serem incluídas no estudo de vigilância de acidentes vascular cerebrais
 - Sexo e
 - Contagens totais
-

Fonte de informação

Em muitos lugares, as contagens da população-base podem ser obtidas a partir de:

- Listas de censo populacional
 - Estimativas entre censos
 - Registros populacionais.
-

Onde não existem dados da população-base

Nos locais onde não existem dados para uma população geográfica bem definida, será somente possível produzir um registro de AVC de série de casos.

A interpretação destes dados ao longo do tempo implica em grandes dificuldades por causa de mudanças das práticas hospitalares e da falta de informação sobre a natureza da população da qual os casos são provenientes.

Equilíbrio da cobertura populacional e casos de AVC

Centros que queiram estimar taxas de internação para o Passo 1 e/ou Passo 2 e Passo 3 devem fornecer uma estimativa exata da população definida de estudo no momento do cadastramento.

Para fornecer um cálculo confiável do impacto da ocorrência de AVC, recomenda-se a cobertura de uma população regional representativa (de uma população total em torno de 250 mil a 1 milhão).

A inclusão de mais de 1 milhão de pessoas geralmente não é possível e exigiria a implantação de um sistema de amostragem e uma equipe muito maior que a recomendada neste Manual.

Fatores a considerar

O quadro abaixo relaciona alguns fatores a serem considerados para a cobertura da população.

Cobertura	Orientações
Distritos	Considere ambos urbanos e rurais. Observação: com frequência há diferenças entre distritos urbanos e rurais no que se refere à exposição a fatores de risco, tratamento de doenças predisponentes (por exemplo, hipertensão) e acesso a serviços e órgãos de saúde..
Hospitais	Inclua privados e públicos.
Gênero	Inclua homens e mulheres.
Condição socioeconômica	Inclua uma faixa representativa de níveis socioeconômicos.

Faixa etária

Por razões práticas e financeiras, você deve restringir o estudo básico às faixas etárias em que o AVC geralmente ocorre, por exemplo de 45 a 84 anos.

Se precisar ampliar o estudo para avaliar os casos de AVC em pessoas jovens ou com idade muito avançada, pode incluir outras faixas etárias. Consulte o quadro a seguir para orientação sobre faixas etárias ampliadas e opcionais.

Níveis de STEPS	Faixas etárias (anos)
Básico	45-84
Ampliado	15 - 44 85 +

Observação: em geral é difícil determinar efetivamente o AVC em pessoas de idade muito avançada devido à co-morbidade. Assim, a inclusão de faixa etária ampliada, acima de 85+, pode distorcer os resultados.

Sexo

As taxas de AVC são com frequência maiores em homens que em mulheres, embora as diferenças não sejam tão acentuadas quanto para outras doenças crônicas (como doença cardíaca). Todas as análises devem ser apresentadas em separado para o sexo masculino e o sexo feminino.

**Descrição
da
população
de estudo**

Para um centro de vigilância de AVC que pretende realizar cobertura completa de possíveis casos de AVC que ocorram nos residentes de uma população definida, são solicitadas informações detalhadas como parte do processo de cadastramento para participar da Vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais (consulte a Seção 3-12). Este formulário pode ser encontrado na Seção 7b.

Modificação do Instrumento de AVC

Introdução

O Instrumento de AVC é um documento padrão que permite fazer comparações e análise de tendências internacionais e não deve ser modificado. Utiliza um calendário internacional padrão e é a base para ferramenta padrão de entrada de dados.

Modificações secundárias

Apesar da necessidade de padronização, algumas modificações locais secundárias podem ser necessárias em alguns lugares (por exemplo, para esclarecer a terminologia ou fornecer uma avaliação mais abrangente da ocorrência e tratamento do AVC). O quadro a seguir orienta sobre possíveis situações em que o instrumento pode ser adaptado às exigências locais. requisitos locais.

Tipo de modificação	Se...	Então...
Terminologia	Os termos usados em algumas perguntas básicas “padrão” não são adequados para o ambiente cultural (por exemplo, grupo étnico).	Altere o termo para um termo pertinente local, mas garantir que o significado original é mantido.
Mais informações	Você precisa de dados adicionais sobre a ocorrência e o tratamento do AVC (por exemplo, uso de tPA) e você tem recursos disponíveis.	Acrescente perguntas restritas, mas seletivas como itens opcionais.
Link a dados anteriores	Você precisa de dados específicos para vincular a pesquisas anteriores	Acrescente perguntas restritas, mas seletivas como itens opcionais.
Perguntas ampliadas	Algumas perguntas ampliadas (somente) não estão cobertas na abrangência do estudo.	Omita essas perguntas

Observação: recomenda-se a ampliação além das perguntas básicas e ampliadas somente nos locais onde há recursos disponíveis e as necessidades locais requerem ampliação.

**Regras
para
modifica-
ção**

Há algumas regras fundamentais que devem ser observadas ao fazer qualquer modificação ao Instrumento Padrão de Acidentes Vasculares Cerebrais . Entre elas estão:

- Nunca elimine uma pergunta ou medida do Instrumento Básico (não sombreado).
- Nunca mude os números de codificação padrão.
- Acrescente as perguntas ou medidas adicionais ao final da seção relevante como um item opcional.
- Não coloque as perguntas ou medidas adicionais entre as outras perguntas básicas ou ampliadas (sombreadas).
- Codifique as perguntas ou medidas agregadas com a letra “X” para destaque.
- Por fim, retire do Instrumento seções e Passos ampliados (ou seja, 2 e/ou 3) que não são cobertos pelo seu centro.
- Envie a versão preliminar final ao CIC para análise **antes** do início do estudo.

Continua na página seguinte

**Tradução
do Instru-
mento**

Siga as orientações a seguir para a seleção dos tradutores certos e para garantir a tradução exata e adequada do Instrumento de AVC e de todos os outros materiais da entrevista.

- A tradução inicial do material deve ser realizada por, pelo menos, um tradutor (idealmente por especialistas em pesquisa e área da saúde que têm uma compreensão básica dos conceitos fundamentais).
- O Instrumento precisa ser retraduzido para a língua de origem por outro tradutor a fim de assegurar a reprodução exata dos significados (idealmente por especialistas em línguas que podem explicar os termos usados e sugerir alternativas).

**Padrões de
qualidade
para
traduções**

As seguintes orientações são recomendadas para a tradução:

- Traduza os termos médicos em expressões compreendidas por todos os profissionais da saúde
 - Traduza o propósito original das perguntas com o termo apropriado, equivalente no idioma local
 - Elabore uma relação das expressões locais usadas, assim como comparações de expressões em outros idiomas
 - Nos locais em que há muitos dialetos e/ou idiomas que não estão registrados por escrito, planeje cuidadosamente protocolos específicos de tradução.
-

Cadastramento para participação

Introdução

Depois de considerar as ações de pré-requisito e identificar a abrangência de seu estudo de AVC, você precisará registrar o seu interesse e se cadastrar no CIC para participar de um estudo de vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS (steps@who.int).

Finalidade

A finalidade do cadastramento para participação plena é apresentar:

- O local e serviços de saúde a serem incluídos no estudo
 - Dados sobre o coordenador do centro (incluindo conhecimento especializado)
 - Abrangência do estudo e metas pretendidas
 - Dados dos métodos comuns de busca de casos planejados para serem usados
 - População de estudo definida
 - Recursos necessários
 - Apoio financeiro
 - Condições para processamento de dados
 - Informações detalhadas para contato.
-

Modelo para cadastramento para participação

Um formulário de Cadastramento para Participação em estudo de AVC pode ser encontrado na Seção 7. Depois de preenchido, ele deve ser enviado a:

STEPS Stroke Surveillance
Surveillance and Primary Prevention (SPP)
Department of Chronic Diseases and Health Promotion
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH 1211 Genebra, Suíça

Fax: +41 22 791 47 67

Email: STEPS@who.int

Aceitação da participação

Depois que o seu cadastramento foi aceito pelo CIC, você receberá uma posição de participação provisória para o SSS. A participação plena será concedida depois de recebida aprovação do comitê de ética pelo comitê de ética local. Você receberá o seguinte do CIC:

Etapa de aceitação	Recebido do CIC
Provisória	<ul style="list-style-type: none">• Código do centro de vigilância de AVC• Códigos dos entrevistadores• Cópia impressa do Manual de AVC
Plena	<ul style="list-style-type: none">• Senha para acesso ao website do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e para baixar a ferramenta de entrada de dados

Obtenção de aprovação do comitê de ética

Introdução

Para assegurar que todas as pesquisas de AVC sejam realizadas de maneira bastante ética e técnica e com a devida consideração do contexto local, todos os cadastramentos para vigilância de AVC devem receber aprovação do comitê de ética.

Processo

Em condições ideais, a aprovação do comitê de ética deve ser obtida mediante a apresentação de uma proposta e requisição feita a um comitê de ética de um hospital ou outro órgão competente.

Quando não existe este processo implantado, recomenda-se que uma requisição para o comitê de ética esteja preparada e apresentada através de um mecanismo local específico dentro do Ministério da Saúde.

Requisição

Siga os passos a seguir para fazer uma requisição e obter aprovação do comitê de ética e acesso às informações usadas como sistema de amostragem para a pesquisa.

Passo	Ação
1	Faça uma requisição formal
2	Identifique e entre em contato com o respectivo comitê de ética, buscando orientação sobre regras, processo de requisição e procedimentos e calendário das reuniões do comitê
3	Adapte a requisição conforme necessário e apresente-a ao comitê apropriado pedindo orientação sobre o prazo previsto para aprovação Observação: Enfatize que todos os dados coletados são mantidos em sigilo.
4	Seguimento com o comitê para obter a aprovação

Observação: o comitê coordenador do STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais pode fornecer mais assessoramento sobre como fazer uma requisição.

Prazos esperados

A preparação e obtenção de aprovação para requisições aos comitês de ética podem levar semanas ou mesmo meses dependendo das normas e regulamentos dos comitês e a frequência com que eles se reúnem para deliberar.

Possíveis problemas

Entre os problemas que podem ocorrer durante o processo para obter a aprovação do comitê de ética estão:

- O comitê não se reúne durante meses.
 - O comitê demorar muito para dar o consentimento.
 - A aprovação do comitê de ética é negada.
 - O comitê quer que sejam modificações no instrumento que comprometem o seu valor.
-

Consentimento informado

Além de obter a aprovação do comitê de ética para o estudo, recomenda-se também que exista um processo para que os pacientes dêem consentimento verbal e/ou por escrito antes de participar no estudo.

Aproximação de participantes

Questões importantes a serem consideradas ao obter o consentimento de participantes em potencial ou de seus familiares são as seguintes:

- Apresentação da instituição que conduz o estudo
 - Ênfase ao caráter sigiloso
 - Indicação da natureza voluntária
 - Acordo sobre o consentimento para participar
-

Carta de consentimento

A seguir é apresentado um modelo de carta de consentimento para os pacientes para darem consentimento verbal e/ou por escrito antes da participação no estudo. Consulte também a Seção 5, orientações para coleta de dados.

Estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais

Consentimento do paciente



Cao paciente,

Introdução

Este estudo está sendo realizado pela Organização Mundial da Saúde em colaboração com o Ministério da Saúde, Sociedade Internacional de Acidentes Vascular Cerebrais e Repartição Regional da OMS. Ele está sendo conduzido por profissionais de (nome da instituição). O estudo está sendo atualmente realizado em diversos países em todo o mundo.

Sigilo

As informações que você fornecer serão mantidas totalmente em sigilo e não serão reveladas a alguém. Serão apenas usadas para finalidade de pesquisa. Seu nome, endereço e outros dados pessoais serão retirados de todos os registros e somente será usado um código para vincular sua resposta ao estudo. A equipe de estudo pode entrar em contato novamente com você para completar as informações dadas ao estudo.

Participação voluntária

A sua participação é **voluntária**. Se você tiver dúvidas sobre este estudo, pode fazer suas perguntas a mim ou entrar em contato (nome da instituição e informações detalhadas para contato) ou (coordenador do centro).

Consentimento para participar

Ao assinar este consentimento, isso indica que compreende o que se espera de você e que está disposto a participar deste estudo.

Foi lido pelo participante	<input type="checkbox"/>	Entrevistador	<input type="checkbox"/>
Concordou em participar	<input type="checkbox"/>	Recusou-se a participar	<input type="checkbox"/>

Assinaturas

Eu, pelo presente, dou meu **consentimento informado** para participar do estudo de vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Nome:

Assinatura:

Parente próximo:

Assinatura:

Testemunha:

Assinatura:

4. Preparação do centro de vigilância de AVC

Resumo

Introdução Depois que o seu cadastramento para participação foi aceito e você recebeu seu código do centro de vigilância de AVC (código do SSS), você poderá recrutar pessoal ou conseguir funcionários que serão transferidos em caráter temporário para o estudo e preparar a ferramenta de entrada de dados.

Público-alvo Esta seção foi elaborada para uso por aqueles que ocupam a função de coordenador do centro.

Nesta seção Esta seção aborda os seguintes tópicos:

Tópico	Ver página
Recrutamento de pessoal	4-2
Orientação e treinamento do pessoal de coleta de dados	4-3
Preparação do centro de vigilância de AVC	4-4
Instalação e preparação da ferramenta de entrada de dados	4-5
Realização de teste	4-7

Recrutamento de pessoal

Introdução O número e tipo de pessoal recrutado para fazer a coleta de dados dependerão do seguinte:

- Abrangência e tamanho do estudo de AVC (incluindo Passos 1, 2 e/ou 3)
 - Fonte de dados a serem coletados (ou seja, recrutamento ativo ou análise retrospectiva de registros)
 - Qualificações e habilidades dos candidatos interessados.
-

Funções básicas As funções básicas do pessoal de coleta de dados estão descritas na Seção 2.

Onde obter pessoal Em muitos países, é possível que o recrutamento seja um processo informal onde o pessoal é transferido de outras responsabilidades dentro de um serviço ou órgão de saúde. Por exemplo, pessoal auxiliar em treinamento. Nesta situação, as providências para que eles sejam liberados ou para sua participação programada podem ter de ser negociadas e explicitamente acertadas.

Quando não há pessoal suficiente disponível ou quando se requer aptidões específicas, pode ser preciso fazer o recrutamento formal.

Número de pessoal Para um estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais com o propósito de registrar prospectivamente 250 casos por ano, será preciso recrutar dois encarregados da coleta de dados.

É normal fazer a triagem de um número muito maior de pacientes que apresentam uma variedade de sintomas semelhantes ao AVC, mesmo que sejam vagamente sugestivos desta doença. É preciso garantir que a coleta de dados será realizada durante licença médica, licença anual etc dos encarregados.

Mais pessoal pode ser necessário se a coleta de dados se estende em uma ampla área, como a cobertura de diversos hospitais e em locais em que os atestados de óbito não são centralizados.

Orientação e treinamento do pessoal de coleta de dados

Introdução É possível que o treinamento seja informal e dependerá do nível de habilidade e qualificações do pessoal de coleta de dados.

Finalidade A finalidade da orientação e treinamento é assegurar:

- o emprego uniforme dos materiais de vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais
- boa qualidade geral da informação coletada e
- apresentação de resultados úteis e relevantes.

O que abordar Dependendo das qualificações e habilidades do pessoal recrutado e do tipo de coleta de dados, poderiam ser abordados na orientação e/ou o treinamento alguns ou todos os seguintes tópicos:

Tópico	O que abordar	Referência
Vigilância STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais	<ul style="list-style-type: none">• Base do STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais e justificação do estudo• Sobre o AVC• Principais definições e conceitos epidemiológicos• Principais fatores de risco vasculares• tratamento médico	Seção 1
Funções	Funções e responsabilidades do pessoal de coleta de dados	Seção 2
Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none">• Métodos para identificação de pacientes com AVC (busca direta e indireta)• Habilidades para entrevista• Registro das respostas dos pacientes• Uso do instrumento STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais• Usando o Q pelo guia Q• Processamento• Casos de teste	Seção 5 Seção 7
Atualização do registro de AVC	<ul style="list-style-type: none">• Uso da ferramenta de entrada de dados	Seção 6

Preparação do centro de vigilância de AVC

Introdução

Para preparar o centro de vigilância STEPS de acidentes vascular cerebrais, uma área de escritório precisará ser destinada ou estabelecida para:

- coordenar o estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
 - fazer a entrada de dados dos pacientes na ferramenta própria e
 - fazer a manutenção do registro de AVC e dos respectivos arquivos.
-

Equipamentos de escritório e materiais

Os equipamentos de escritório e materiais gerais necessários para o escritório do centro de vigilância de acidentes vascular cerebrais são:

- fotocopadora
 - prateleiras
 - gabinetes ou caixas de arquivos
 - telefone
 - pelo menos um computador com conexão de Internet
 - materiais de papelaria para escritório
-

Software

s A seguir uma lista de softwares que precisa ter instalado nos computadores do escritório:

- Microsoft Office '98 ou uma versão mais atualizada, recomendado para relatórios, correspondência e processamento de textos em geral
- Programa antivírus (se conectado à Internet e/ou para a troca de arquivos externos ao escritório)
- MS Access ('98 ou versão mais atualizada) para entrada de dados
- Ferramenta padrão de entrada de dados (DET)

Para informação sobre a instalação da DET, consulte a página 4-5 e para maiores informações sobre o uso da DET, consulte a Seção 6.

Observação: A DET é uma ferramenta padrão que está disponível apenas em inglês.

Outros requisitos técnicos

Para realizar um estudo “ideal” de incidência de AVC, é preciso ter acesso a aparelhos para estudo de imagens cerebrais no centro de vigilância. É possível que isso não seja viável em todos os locais.

Instalação e preparação da ferramenta de entrada de dados

Introdução

É importante configurar e instalar adequadamente a Ferramenta de Entrada de Dados (DET) antes de começar a coleta de dados. O processo de configuração inclui:

- a criação de uma pasta para a DET
 - o recebimento e a instalação da DET
 - a preparação da DET para a entrada de dados
-

Criação de pastas para a DET

Siga os passos abaixo para criar pastas adequadas para o STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais no computador que será usado para a entrada de dados e organização de um registro.

Passo	Ação	Nome recomendado da pasta
1	No Windows Explorer, crie uma pasta principal (diretório) para todos seus arquivos de AVC incluindo: <ul style="list-style-type: none">• dados• código• documentos e• outros arquivos.	Use: <ul style="list-style-type: none">• C:\SSS200X (digite o ano apropriado) ou• outros drives apropriados se seu disco for dividido e você está em rede.
2	Crie uma subpasta dentro da pasta principal do STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais para incluir os arquivos de dados	C:\SSS200X\data

Recebimento da DET

Depois de receber autorização da UCI para participar de um estudo STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais, o analista de dados do CIC lhe enviará por correio eletrônico uma versão apropriada da DET.

Observação: Verifique se pediu a versão da DET que corresponde à versão do MS Microsoft Access® instalado em seu computador ou da sua rede local (por exemplo, DET para MS Access 97).

Instalação da DET

Seguir os passos abaixo para instalar o DET no seu computador.

Passo	Ação
1	Descompacte o anexo com o arquivo DET
2	No Windows Explorer, copie os seguintes arquivos na pasta C:\SSS200X : WHO_Original.mdb WHO_Original_Data.mdb Observação: Todos os arquivos para exportar da DET são armazenados automaticamente nesta pasta.
3	No Windows Explorer, clique duas vezes no arquivo: WHO_Original.mdb
4	Clique em OK na caixa de código do SSS que faz a entrada dos dados.
5	Clique no botão do código do SSS na janela de configuração.
6	Digite o código do seu SSS e clique em OK na janela do respectivo código.
7	Repita o passo 6 para confirmar o código do seu SSS.
8	Clique no botão Close na janela de configuração.
9	Clique no botão Close na janela inicial.

Mensagens de erro

Uma das seguintes mensagens de erro aparece se o código do seu SSS for digitado incorretamente e é preciso repetir os passos 7-10 acima para corrigir:

- invalid data entry (entrada de dados inválida)
 - wrong SSS code (código do SSS incorreto)
 - invalid SSS code (código do SSS inválido).
-

Realização de teste

Introdução

Antes de começar o estudo de AVC, convém realizar um teste do:

- instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais
 - processo de busca de casos
 - acesso aos registros
 - processo de registro de casos e
 - transferência de dados dos resultados.
-

Pacientes de teste

Identifique uma amostra de 25 pacientes para participar da realização do teste. Se for possível, os casos de teste devem englobar:

- homens e mulheres
 - pessoas com diferentes graus de escolaridade
 - uma ampla faixa etária (dentro da faixa de estudo pretendida)
 - mais de um grupo étnico (se pertinente).
-

Feedback

Ao final de cada entrevista, faça ao paciente as seguintes perguntas e registre os comentários dele:

- Você se sentiu pouco à vontade para responder alguma das perguntas?
 - O que você acha que poderia ser melhorado no formato ou apresentação?
 - Deixamos de fazer alguma atividade?
 - O que mais poderia ser melhorado nesta pesquisa?
-

Avaliação e aprimoramento do Instrumento

Ao finalizar o teste:

- Reúna as observações dos pacientes em um único relatório.
- Se necessário, adapte e aprimore o Instrumento, tendo o cuidado de não modificar os significados pretendidos.
- Enviar o instrumento ao CIC para revisão e garantia da qualidade.

Observação: A UCI também fará observações sobre a qualidade geral dos dados coletados.

5. Orientações para a coleta de dados

Resumo

Introdução	Esta seção fornece orientações gerais ao pessoal de coleta de dados.
Público-alvo	Esta seção é elaborada para uso dos encarregados das seguintes funções: <ul style="list-style-type: none">• entrevistadores• pesquisador principal do estudo de AVC
Nesta seção	Esta seção aborda os seguintes tópicos:

Tópico	Ver página
Mecanismos de busca de casos	5-2
Identificação de pacientes com AVC em hospitais (Passo 1)	5-4
Identificação de casos fatais de AVC na comunidade (Passo 2)	5-6
Estimativa de casos não fatais de AVC na comunidade (Passo 3)	5-8
Técnicas de entrevista	5-10
Anotação das respostas para registro	5-12
Preenchimento do instrumento de AVC	5-12
Guia de preenchimento do instrumento: todos os casos de AVC	5-13
Guia de preenchimento do instrumento: casos internados em hospital (Passo 1)	5-17
Guia de preenchimento do instrumento: casos internados em hospital (Passo 1) Guia de preenchimento do instrumento: casos internados em hospital (Passo 1)	
Guia de preenchimento do instrumento: casos fatais na comunidade (Passo 2)	5-24
Guia de preenchimento do instrumento: casos não fatais na comunidade (Passo 3)	5-26

Mecanismos de busca de casos

Introdução

Os principais mecanismos de busca de casos usados para identificar casos de AVC são os seguintes:

- busca direta (ativa, recrutamento contínuo)
 - busca indireta (análise retrospectiva de registros)
 - combinação de busca direta e indireta.
-

Busca direta

A busca direta se refere à identificação “ativa” contínua de todos os casos de AVC à medida que eles vão ocorrendo. A finalidade principal é confirmar que os critérios para AVC estão sendo satisfeitos e assegurar a identificação completa de todos os casos incluindo episódios de AVC leve.

A busca direta normalmente compreende verificar o seguinte:

- internações hospitalares diárias
 - desligamento ou altas hospitalares
 - registros de serviços de emergência
 - enfermarias ou unidades
 - atestados de óbito.
-

Busca indireta

A busca indireta se refere à identificação retrospectiva dos casos de AVC, por exemplo, com base em informações de registros de alta hospitalar ou de atestados de óbito.

Este método de identificação depende dos diagnósticos feitos por vários médicos com diferentes níveis de experiência neurológica que não estão seguindo um protocolo. Requer uma equipe para identificar e validar os casos de AVC quando for conveniente, com base em informações de fontes gerais de dados. O exame direto do paciente com frequência não é possível e o diagnóstico é baseado nos dados dos registros.

Enfoque combinado

Muitos estudos usam um enfoque combinado com uma mescla de busca direta e indireta para assegurar uma identificação mais completa dos casos de AVC (denominadas fontes de identificação sobrepostas ou fontes de informação sobrepostas).

Alguns pacientes devem ter sido identificados imediatamente após o início dos sintomas com a possibilidade do exame direto, enquanto os demais casos são baseados em dados gerais.

Por exemplo, os pesquisadores fazem exames diretos após a internação hospitalar, mas para assegurar o caráter integral dos dados, registros de altas hospitalares, atestados de óbito, entre outros, são verificados e os médicos são requisitados a informar casos de AVC que não foram hospitalizados.

Identificação de pacientes com AVC em hospitais (Passo 1)

Introdução

A vigilância de acidentes vascular cerebrais tratado em hospitais deve ser restrita a pacientes que:

- são admitidos em qualquer unidade, enfermaria, divisão ou setor do hospital com um diagnóstico provisório de ter apresentado início de um novo AVC.
 - pacientes internados que apresentam um AVC devido ao tratamento de outra doença.
-

Identificação de pacientes com AVC

Os pacientes com AVC podem ser identificados através dos seguintes sistemas hospitalares e canais:

- livro de registros do serviço de emergência
- livro (ou registro) de internações
- ambulatórios
- setores de radiologia
- médicos especialistas ou neurologistas
- fisioterapeutas, fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais
- registros de alta
- atestados de óbito

Observação: É necessário criar sistemas em cada hospital para identificar os pacientes que apresentam AVC durante a internação hospitalar, quer seja no intra-operatório ou em outra ocasião, em enfermarias de curta ou longa permanência.

Casos difíceis

Embora muitos casos são objetivos, o AVC tem uma longa lista de diagnósticos diferenciais. A resolução dos casos difíceis requer que o paciente seja avaliado por um médico experiente, preferencialmente por um clínico ou um neurologista.

A reavaliação do paciente pelo menos 24 horas após a apresentação inicial pode ser fundamental para fazer a diferenciação entre AVC e TIA e outras doenças neurológicas ou clínicas, como cefaléia hemiplégica e epilepsia.

Acidentes vasculares cerebrais seguidos de morte

Para avaliar as tendências de letalidade, é preciso que exista um sistema para obter acesso a informações sobre todos os óbitos que ocorrem em pacientes com AVC registrados no estudo. A data do óbito deve ser registrada no Instrumento, junto com dados sobre a causa da morte. O estado vital de todos os pacientes deve ser conhecido no período de 28 dias após o início do AVC. Este período de acompanhamento nem sempre é factível. O tempo de acompanhamento mínimo é de 7 dias.

Critérios diagnósticos

Cada caso registrado de AVC precisa satisfazer a definição clínica padrão da OMS para AVC (consulte a página 1-4). As principais características da definição clínica são:

- início súbito
- déficit neurológico
- duração de, pelo menos, 24 horas
- possível origem vascular.

O quadro a seguir fornece um exemplo de alguns diagnósticos que devem ser considerados para o registro no STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Específico de AVC	Sinais focais e globais que poderiam ser causados por AVC
<ul style="list-style-type: none">• AVC (agudo) <i>ou</i> episódio vascular cerebral (agudo)• êmbolo, trombose <i>ou</i> infarto cerebral <i>ou</i> cerebelar• oclusão, trombose <i>ou</i> êmbolo de artéria carótida, (pré-) cerebral <i>ou</i> vertebral• hemorragia lacunar <i>ou</i> AVC• hemorragia <i>ou</i> AVC subaracnóide, intracerebral, cerebelar <i>ou</i> pontino (primário)• aneurisma sacular roto ataque isquêmico transitório (cerebral)	<ul style="list-style-type: none">• hemiplegia (aguda) <i>ou</i> hemiparesia (aguda)• estado confusional leve, episódico, singular• perda de consciência• disfasia, disartria, dispraxia (aguda)• hemianopia homônima• amaurose fugaz• amaurose monocular aguda

Observação: Mais informações sobre sintomas para os três principais tipos de AVC podem ser encontrados na Seção 1, Sobre o AVC.

Critérios de residência

Se for um estudo populacional, para satisfazer os critérios, o caso de AVC precisa ser residente na população definida no momento de início do AVC.

Identificação de casos fatais de AVC na comunidade (Passo 2)

Introdução

Os três métodos principais de identificação e estimativa do número de pacientes que morrem em decorrência de um AVC, mas que não chegam aos serviços hospitalares são:

- atestados de óbito
 - Autópsias verbais
 - autópsia médica.
-

Atestados de óbito

As comunidades que fazem a verificação da causa de morte como parte da rotina médica podem fornecer dados diretos sobre as mortes decorrentes de AVC. Observe que pode haver atrasos no processamento dos registros e atestados de óbito e também pode ser usada uma ampla variedade de termos para descrever o caso fatal de AVC. Em caso de dúvida, é fundamental a comprovação ou acompanhamento. Entre os mecanismos para buscar registros de óbitos estão:

- Busca eletrônica por termos principais
 - Busca manual de registros por observação visual.
-

Autópsias verbais

Cada vez mais são usadas as autópsias verbais (AV) para monitorar a distribuição de óbitos por causa em locais onde é pouco comum a verificação médica da causa de morte. Esta técnica é baseada na suposição de que a maioria das causas de morte tem complexos diferenciados de sintomas e que estes podem ser reconhecidos, lembrados e informados pelo profissional da saúde ou informantes leigos.

A autópsia verbal oficial da OMS para mortes em adultos está sendo atualmente elaborada. Uma maneira provisória para ajudar o processo de verificação de mortes que possivelmente são decorrentes do AVC pode ser obtida do CIC, sob solicitação, pelos SSS que planejam estabelecer registros populacionais.

É fundamental o acompanhamento com esta AV modificada quando a causa de morte é citada em tais termos vagos como:

- mal definido
- “velhice”
- ignorado
- senilidade.

É preciso sempre usar de sensibilidade para obter estas informações.

Verificação verbal

Ao entrevistar profissionais da saúde ou familiares sobre os sinais e sintomas associados a um possível evento de AVC, as seguintes perguntas servem de guia para a entrevista:

- O falecido estava doente antes de morrer?
- Ele tinha fraqueza em um lado do corpo antes do óbito?
- Esta fraqueza surgiu repentinamente?
- Durou mais de 24 horas?
- Foi uma morte súbita (morreu em um prazo de 24 horas)?
- Teve dor de cabeça intensa pouco antes do óbito?
- Por quantos dias o paciente esteve doente antes de morrer?
- O paciente foi examinado por um profissional médico ou de saúde?
- O paciente foi internado em um hospital ou clínica? Quantos dias?

Uma descrição detalhada das doenças, tratamentos e eventos anteriores que conduziram à morte deve estar preparada e usada na decisão por parte do coordenador de estudo sobre se os critérios para o AVC foram satisfeitos.

Validação dos códigos e diagnóstico

Os códigos e o diagnóstico de AVC usado como causa imediata ou básica de morte devem ser validados como indicado no quadro a seguir.

Validação de	Baseado em
Códigos	<ul style="list-style-type: none">• Registros médicos e médico-legais (até 28 dias da morte)• Entrevista com parentes próximos do falecido ou outros informantes (autópsia verbal)
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Sinais clínicos segundo a definição de AVC• Exame de neuroimagem ou autópsias

Autópsias médicas

Como as taxas de autópsias médicas estão em queda em muitos países, é pouco provável que as autópsias forneçam uma cobertura considerável dos casos fatais de AVC. Porém, os registros de exames post-mortem são uma maneira acessível de obter informação para os sistemas de vigilância. Eles fornecem um diagnóstico válido e contribuem para uma compreensão mais completa da ocorrência de AVC na população de estudo.

Estimativa de casos não fatais de AVC na comunidade (Passo 3)

Introdução

Os principais métodos para estimar os números de casos não fatais na comunidade são:

- Identificação de consultórios e serviços de saúde médicos locais por meio de levantamentos
 - Pesquisa de hemiplegia/hemiparesia (pesquisa de prevalência)
-

Serviços de atenção primária

Nos locais em que os serviços de atenção primária à saúde dispõem amplamente de clínicos gerais, estes devem ser incluídos como parte dos mecanismos de busca de casos.

Em alguns países há poucos clínicos gerais ou somente uma proporção dos pacientes com AVC são vistos por eles. Nesses centros, os curandeiros locais podem ser os principais contatos e é importante considerar sua potencial colaboração.

Clínicos gerais

Pode ser preciso empregar diferentes técnicas de pesquisa dependendo do tamanho da população de estudo para determinar o número de clínicos gerais a serem incluídos, como indicado no quadro a seguir:

Se a população de estudo é	Então...
Pequena (tamanho limitado)	inclua todos os clínicos gerais e os serviços de saúde locais no estudo (p.e., centros de atenção de saúde pública, lares para idosos, centros de reabilitação etc).
Grande (toda a população)	pesquise uma amostra representativa de profissionais médicos para avaliar o número de casos que eles examinaram durante um período definido anterior.

Curandeiros locais

Depois de receberem instruções sobre os sintomas de AVC, os curandeiros locais que atuam informalmente podem ser um contato para os pacientes, que em seguida seriam encaminhados para exame dos sintomas de AVC.

Observação: é possível que este procedimento cause subestimação da taxa real visto que casos leves podem não ser identificados, mas o efeito geral sobre as estimativas será provavelmente menor.

Amostragem de serviços comunitários

Informar a comunidade sobre o propósito de um sistema de vigilância de AVC é essencial para obter assistência para a busca de casos entre as pessoas de difícil acesso que não estão cadastradas em serviço ou hospital registrado.

Para identificar estes pacientes, é preciso a colaboração e a cooperação dos clínicos gerais e outros profissionais da área da saúde na comunidade, mas a identificação deles é fundamental para a determinação exata da incidência de AVC.

Esses AVC são uma combinação de casos mais leves e outros mais graves que os verificados em hospitais e, como resultado, sua inclusão influencia a taxa de letalidade. Um enfoque é notificar todos os clínicos gerais (ou equivalentes) sobre o estudo. Eles devem receber material informativo e recordatórios para concentrar a atenção no estudo e avisar a equipe de qualquer caso em seu consultório que apresente um AVC, em particular os que não foram internados em hospital.

Além dos clínicos gerais (ou equivalentes), a equipe de estudo terá de manter contato próximo com enfermeiras de saúde comunitária e líderes religiosos e membros mais velhos de vilarejos para assegurar apoio constante e o encaminhamento de casos que potencialmente satisfazem os critérios para o estudo.

Prevalência de AVC:

Uma maneira de estimar a proporção dos casos não fatais de AVC é obter uma estimativa da prevalência dos sobreviventes. Na maioria das comunidades, as causas de hemiplegia ou hemiparesia de ocorrência em adultos são limitadas ao AVC e traumatismo craniano e podem ser distinguidas pelos antecedentes dos pacientes.

Pesquisa de hemiplegia/hemiparesia

Se a incidência de hemiplegia residual pós-AVC e o tempo de sobrevivida forem constantes em uma determinada comunidade, as tendências da prevalência de hemiplegia representarão as tendências na incidência do AVC.

Isto poderia ser útil para a vigilância de acidentes vascular cerebrais porque a hemiplegia é passível de ser reconhecida e a identificação dos casos não requer o autodiagnóstico. Portanto, a prevalência da hemiplegia pode ser identificada por pesquisas populacionais baseadas em questionários ou entrevistas de domicílios selecionados representativos. O problema, porém, é que mesmo a prevalência do AVC é relativamente rara.

Se tal pesquisa já foi realizada, verifique se foram obtidas informações sobre a proporção dos que disseram que nunca haviam sido internados em hospital. Este poderia ser uma medida substituta de grupo de casos não fatais na comunidade.

Notas: A associação entre prevalência de hemiplegia/hemiparesia e incidência do AVC não foi validada em um estudo até o presente.

Técnicas de entrevista

Introdução Embora grande parte dos dados que precisam ser coletados possam ser obtidos de registros, pode ser necessário entrar em contato com os pacientes ou parentes.

Participação O paciente (ou pessoa sendo entrevistada) tem que se sentir à vontade quanto à entrevista e pode se recusar ser entrevistado já que a participação é voluntária. A entrevista, portanto, deve ser o mais natural possível e conduzida com gentileza, como uma conversa normal.

Conduta e tato O quadro a seguir fornece orientações para conduta apropriada durante uma entrevista:

Conduta	Orientações
Respeite o sigilo	Mantenha todas as informações coletadas em sigilo.
Respeito o tempo do paciente	Você está tomando o tempo dos pacientes, portanto seja amável e esteja preparado para dar explicações.
Tato	Se perceber que a pessoa não está pronta para colaborar, não insista, mas se ofereça para voltar posteriormente.
Atitude amistosa	Aja como se esperasse receber cooperação amistosa e tenha uma conduta de acordo.
Comunicação não verbal	Mantenha bom contato visual e adote uma comunicação não verbal apropriada.
Ritmo da entrevista	Não tenha pressa para fazer a entrevista. Dê tempo suficiente aos pacientes para que compreendam as perguntas antes de respondê-las. Se pressionados, os paciente podem responder com qualquer coisa que passa pela cabeça.
Paciência	Seja paciente e amável o tempo todo durante a entrevista e planeje tempo extra para os pacientes com problemas de afasia.
Reconhecimento	Agradeça-lhes pela ajuda e cooperação.

Como lidar com as recusas

Esteja preparado para conseguir a cooperação de um paciente que não deseja ser entrevistado. De um modo geral, se você for amável, cordial e profissional, a maioria dos pacientes deve cooperar.

Se...	Então...
O paciente fica na defensiva	<ul style="list-style-type: none">• Demonstre paciência e compreensão.• Mostre concordância simbólica e compreensão do ponto de vista dele, ou seja, diga algo como: “Eu entendo” ou “Você, sem dúvida, tem o direito de se sentir assim”.• Transmita a importância do estudo ao paciente e de registrar todos os pacientes de AVC.
Você chegou num momento ruim	Tente novamente em um outro momento.
O paciente entendeu mal a finalidade da visita	Tente explicar a finalidade novamente.
Você acha que vai receber um “não”	Procure ir embora e sugira voltar uma hora outra antes que o paciente se recuse parcial ou plenamente participar.

Consentimento do paciente

Consentimento dos pacientes Cada paciente (ou familiar) deve fornecer consentimento verbal e/ou por escrito de acordo com as normas locais antes de participar do estudo.

Um modelo de termo de consentimento do paciente é apresentado na Seção 3-14.

Anotação das respostas para registro

Introdução Todos os resultados que são registrados no instrumento STEPS precisam ser escritas com o máximo de clareza para evitar ambigüidade e confusão no momento de conferir e introduzir os resultados.

Requisitos Alguns requisitos gerais para anotar os dados da pesquisa são os seguintes:

- anote o número de identificação do paciente em todas as páginas de cada instrumento
- não apague as anotações feitas
- se pular uma pergunta por engano, corrija este erro
- se um paciente mudar de opinião sobre uma opção feita, anote a nova resposta
- anote apenas as respostas que são relevantes ao estudo
- anote observações ou explicações entre colchetes no Instrumento, ao lado da pergunta correspondente
- não fique muito compenetrado fazendo anotações. mantenha o interesse do paciente ao dizer em voz alta o que está sendo anotado
- siga o acordo padrão sobre como anotar os números

Assuntos práticos Use o quadro para resolver alguns problemas comuns que você possa ter.

Se...	Então...
Você não está certo sobre uma resposta	repita a pergunta e anote exatamente a resposta. Não interprete uma resposta.
Uma pergunta não se aplica ou o paciente não sabe responder e essas opções não constam do Instrumento	para “não sei”, anote: 9, 99 ou 999 etc.
Você pulou uma pergunta	volte e faça a pergunta, e anote uma observação de que esta pergunta foi feita fora de ordem.

Verificação e revisão Ao final de cada entrevista, revise o Instrumento e verifique se:

- todas as perguntas foram respondidas.
- as informações registradas estão claras e legíveis.
- observações de sondagem são indicadas.
- todas as informações estão completas, inclusive o número de ID em todas as páginas.
- o Instrumento está completo e todas as perguntas foram respondidas.

Preenchimento do instrumento de AVC

Introdução

Depois que o Instrumento padrão de AVC foi traduzido e impresso, ele está pronto para ser usado no estudo.

Um Instrumento deve ser preenchido para cada AVC que satisfaz os critérios. Observação: uma única pessoa pode ter mais de um episódio de AVC durante o ano de observação. Todos os itens do Instrumento precisam ser preenchidos para que a resposta seja válida.

Página de abertura

A parte inferior da primeira página do Instrumento contém dados de identificação, inclusive os nomes do paciente. É muito importante que estas informações sejam sempre mantidas em sigilo e que você informe ao paciente que elas serão mantidas em sigilo.

Itens básicos e ampliados

O Instrumento contém opções de resposta Básica (não sombreada) e Ampliada (sombreada) para cada Passo que precisam ser preenchidas.

Frases introdutórias

Quando uma seção tiver frases introdutórias, elas devem ser lidas em voz alta ao paciente.

Anotação da resposta do paciente

Para alguns itens do Instrumento, pode haver uma ou mais respostas possíveis. Cada resposta possível tem um código associado. É preciso anotar o código de resposta apropriado no campo para cada item. Por exemplo:

Classificação do AVC

(S1 6) (S1 6) Que subtipo de AVC foi diagnosticado? *[selecione um]*

- | | |
|--------------------------|-----|
| AVC isquêmico | (1) |
| Hemorragia intracerebral | (2) |
| Hemorragia subaracnóide | (3) |
| Tipo não especificado | (4) |

**Respostas
ignoradas**

O quadro a seguir mostra o que anotar como último caso quando o paciente não dá uma resposta padrão.

Se um registro hospitalar ou resposta de pacientes é	E o número de [] é	Então anote
Ignorado Não sabe	[]	9
Ignorado Não sabe	[] []	9 9
Ignorado Não sabe	[] [] []	9 9 9

Guia de preenchimento do instrumento: todos os casos de AVC

Introdução	São dadas a seguir orientações sobre o preenchimento de algumas perguntas na seção Todos os casos de AVC do Instrumento, e mais instruções podem ser encontradas no Guia de pergunta a pergunta, na Seção 7.
Número de identificação	O número de identificação dos pacientes deve ser escrito nos campos na parte superior de cada página do Instrumento e em todos os documentos específicos dos pacientes no momento em que o Instrumento está sendo digitado no registro.
Identificação e dados do paciente I 1 - I 3 (básico)	<p>Dados exatos básicos sobre participação e características dos pacientes são fundamentais para analisar e apresentar os resultados globais da vigilância STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .</p> <p>A identificação e dados dos pacientes devem ser preenchidas para todos os pacientes documentados nos Passo 1, Passo 2 e Passo 3. Se não há informação sobre idade e sexo de um paciente, o Instrumento não pode ser usado na análise, visto que a maioria das análises é agrupada segundo estes critérios.</p>
Nome para contato e endereço I 9 - I 13	Um caso agudo de AVC com frequência resulta em conseqüências importantes para o paciente após a alta do hospital. Isto pode significar que o paciente passe a morar com familiares ou em uma instituição de longa permanência. A pessoa de contato, o número do telefone e o endereço devem ser de alguém que conhece a situação real de moradia do paciente. Crianças ou outros familiares próximos poderiam atuar como pessoas de contato do paciente. O grau de parentesco da pessoa de contato com o paciente também deve ser documentado.
Datas de nascimento e idade S1 14 (básico)	Em alguns países, a data de nascimento e/ou a idade exata não é conhecida. Nessas situações, a idade precisa ser estimada. Para estimar a idade de alguém, é preciso perguntar qual a idade que tinha ou em que fase da vida ele estava quando ocorreram alguns dos grandes acontecimentos locais de conhecimento geral.

**Informações
sobre casos
agudos de AVC
I 20 - I 22
(básico)**

Se o início exato dos sintomas de AVC não é conhecido (por exemplo, o AVC ocorreu durante o sono), pergunte ao paciente ou a outra pessoa quando os primeiros sintomas do AVC foram notados e anote esta data.

Para diferenciar entre um evento pela primeira vez e um evento recorrente, é importante obter informação sobre possíveis AVC anteriores. Observe que o seguinte não é contado como um AVC:

- TIA anterior
- AVC silenciosos (ou seja, identificados em exame por imagem, mas que não resultou em um déficit neurológico que se estendeu por mais de 24 horas).

Itens ampliados

Perguntas ampliadas são apresentadas nos campos sombreados. Algumas dessas perguntas podem ter sido adaptadas para que os termos e as frases façam sentido aos pacientes no seu ambiente. Algumas adaptações podem ser referentes a:

- grupos étnicos, raciais e/ou culturais
- nível mais alto de escolaridade
- categorias de trabalho
- nível de renda.

**Escolha dos
itens ampliados**

O coordenador em cada centro deve escolher quais os itens ampliados serão incluídos no Instrumento final. É uma questão de fazer um balanço entre obter dados mínimos (itens básicos) e o que pode ser razoavelmente acrescentado sem esforço e custo adicionais.

A escolha das perguntas ampliadas depende das circunstâncias locais e do uso pretendido dos dados. Como para as perguntas básicas, as perguntas ampliadas não devem ser alteradas.

Guia de preenchimento do instrumento: casos internados em hospital (Passo 1)

Introdução

Esta seção deve ser preenchida para todos os pacientes de AVC que satisfazem os critérios e foram internados em hospital. Entre os dados coletados estão:

- internação hospitalar
- classificação do AVC
- fatores de risco vasculares
- tratamento médico
- prevenção secundária
- tratamento hospitalar
- acompanhamento dos pacientes

Observação: cada um destes itens é explicado em mais detalhes a seguir.

internação hospitalar S1 1 (básico)

Os pacientes com AVC internados em hospital devem ter sobrevivido até a internação hospitalar e ter conseguido chegar ao hospital:

- por conta própria
- com a ajuda de familiares/cuidadores ou
- com algum tipo de serviço médico de emergência.

Observação: apesar das diferenças entre países e mudanças nas práticas de internação com o tempo, os dados com base nos casos hospitalizados fornecem informação de grande utilidade às autoridades sanitárias locais e constituem o primeiro passo para uma melhor compreensão do AVC na população.

**Setores do hospital
S1 2 (ampliado)**

Há sete respostas possíveis para indicar os setores ou unidades em que o paciente foi tratado. As opções disponíveis são explicadas no quadro a seguir.

Setor/unidade	Referente aos pacientes tratados em...
Terapia intensiva	uma unidade de terapia intensiva, incluindo qualquer tipo de unidade de terapia clínica aguda.
Clínico	uma enfermaria clínica geral, inclusive uma unidade geriátrica.
Neurológico	uma enfermaria neurológica geral.
Neurocirúrgico	uma enfermaria neurocirúrgica geral.
Reabilitação	uma unidade especializada em reabilitação, exceto uma unidade de reabilitação de AVC.
Acidentes vascular cerebrais	unidades de tratamento agudo e reabilitação de AVC.
Outros	outras unidades, por exemplo, pacientes diversos ou em enfermarias cirúrgicas.

**Situação de moradia
S1 3 (básico)**

As opções da situação de moradia são explicadas no quadro a seguir.

Opção	Referente aos pacientes que vivem
Independente em casa	sem depender da assistência de familiares ou de profissionais
Dependente em casa	dependendo da assistência de familiares ou de profissionais
Instituição na comunidade	em instituições ou lares, residências com assistência ou outro serviço de longa permanência.

Escala de Rankin modificada S1 4 (ampliado)

Se for possível, a Escala de Rankin modificada antes do evento de AVC agudo deve ser avaliada retrospectivamente com base nas informações dadas pelos familiares e/ou parentes do paciente. O número correspondente ao nível funcional do paciente será anotado. A escala está dividida em 6 níveis (de 0 a 5) como descrito no quadro a seguir.

Escala		Descrição
0	Ausência de sintomas	Ausência completa de sintomas
1	Ausência de incapacidade significativa	Ausência de incapacidade significativa apesar dos sintomas, ou seja, consegue realizar todas as atividades habituais
2	Incapacidade leve	Incapaz de realizar todas as atividades anteriores, mas consegue cuidar das próprias coisas sem assistência
3	Incapacidade moderada porém consegue andar sem assistência	Requer ajuda, mas consegue andar sem assistência
4	Incapacidade moderada porém não consegue andar sem assistência	Não consegue andar sem assistência e não consegue cuidar das próprias necessidades físicas sem assistência
5	Incapacidade grave	Restrito ao leito, incontinente e requer cuidados e atenção constantes.

Observação: a Escala de Rankin modificada avalia o grau de independência em vez do desempenho em tarefas específicas. Foram incorporadas adaptações mentais, assim como físicas, aos déficits neurológicos e a pontuação proporciona uma idéia se os pacientes conseguem cuidar de si próprios na vida cotidiana.

**Sinais
neuroológicos
S 1 5 (Básico)**

Os déficits neurológicos, por exemplo, distúrbios do nível de consciência, são importantes fatores prognósticos da gravidade do AVC. Os déficits neurológicos presentes no primeiro exame médico depois da internação hospitalar devem ser documentados para o ajuste de diferenças em potencial do desfecho e incapacidade para a gravidade do AVC. Os diferentes níveis de déficits são descritos no quadro a seguir.

Tipo de déficit neurológico	Referente a
Distúrbio do nível de consciência	distúrbios do nível de consciência, inclusive estado de semiconsciência, por exemplo, não plenamente alerta e coma ou resposta somente à dor ou ausência de resposta
Fraqueza/paresia	deficits motores dos membros superiores ou inferiores.
Transtornos da fala	transtornos da fala se apresentam na internação, como afasia ou disartria.

**Classificação do
AVC
S1 6 (básico)**

Os eventos de AVC podem ser classificados como:

- AVC isquêmico
- hemorragia intracerebral
- hemorragia subaracnóide ou
- não especificado.

Recomenda-se que os tipos de AVC sejam classificados de acordo como o resultado do estudo por neuroimagem.

Se um evento é hemorrágico ou isquêmico é também importante do ponto de vista clínico em termos de tratamento e prevenção secundária precoce, pois aspirina não deve ser dada a pacientes com AVC hemorrágico e o tratamento com anticoagulantes assim como trombolíticos é evidentemente contra-indicado em casos de AVC hemorrágico.

Quando não foi realizado exame de diagnóstico para comprovar o subtipo de AVC, escolher a opção *Não especificado*.

Observação: para mais detalhes sobre a classificação do AVC, consulte a Seção 1, Sobre o AVC.

Diagnóstico do subtipo S1 7 (básico)

O diagnóstico do subtipo de AVC se refere aos pacientes para os quais a classificação do subtipo foi comprovada com um dos métodos a seguir:

Diagnóstico por	Explicação
Diagnóstico clínico apenas	Diagnóstico clínico apenas e não foi confirmado com estudo de neuroimagem cerebral (ou para hemorragia subaracnóide com punção lombar) nos casos não fatais ou por autópsia médica nos casos fatais; indique também apenas o diagnóstico clínico se foi usado um sistema de classificação que não se baseia em estudo de neuroimagem cerebral ou autópsia médica
Técnicas de diagnóstico	Nos casos não fatais para os pacientes em que o subtipo do AVC foi comprovado com estudo de neuroimagem cerebral; a comprovação do subtipo de hemorragia subaracnóide também pode ser baseada apenas em punção lombar; nos casos fatais, a comprovação do subtipo de AVC pode também ser baseada em autópsia médica.

Fatores de risco S1 10 (ampliado)

Os principais fatores de risco modificáveis que são presentes antes do AVC são enumerados e definidos no quadro a seguir.

Fator de risco	Definido como um paciente que antes do AVC...
Fibrilação atrial	tem fibrilação atrial no ECG antes do AVC (registros vistos) ou durante a internação hospitalar.
Tabagismo atual	<ul style="list-style-type: none">• faz uso de tabaco (é fumante ou usa outras formas de tabaco) ou• foi usuário recente de tabaco mas parou menos de 3 meses antes do evento de AVC agudo.
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none">• foi diagnosticado com diabetes mellitus ou informou por conta própria esta doença e• usa medicamentos antidiabéticos.
Hipercolesterolemia	<ul style="list-style-type: none">• informou nível plasmático de colesterol total ou LDL elevado ou• usa medicamentos para reduzir lipídios.
Hipertensão	<ul style="list-style-type: none">• foi diagnosticado com hipertensão ou informou por conta própria a doença ou• usa medicamentos anti-hipertensivos.

**Tratamento
medicamentoso
S1 11 S1 12
(básico)**

Tratamento medicamentoso significa a tomada contínua de medicamentos. A única exceção é a terapia trombolítica, que é feita uma única vez. O quadro a seguir relaciona as categorias de tipos de medicamento e os medicamentos usados em cada categoria.

Tipo de medicamento	Inclui
Anticoagulante	<ul style="list-style-type: none">• Warfarina• Heparina
Antidiabético	<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos antidiabéticos• Injeções de insulina
Antiplaquetário	<ul style="list-style-type: none">• Aspirina• Clopidogrel• Dipyridamol
Redutor de colesterol	<ul style="list-style-type: none">• Estatinas
Anti-hipertensivo	<ul style="list-style-type: none">• Tiazidas• Agentes inibidores da angiotensina• Betabloqueadores• Bloqueadores de canais do cálcio

**Avaliação
intra-hospitalar
S1 13
(ampliado)**

As perguntas da avaliação intra-hospitalar se referem às avaliações dos distúrbios relacionados durante a internação hospitalar, quer o paciente foi tratado ou não após a primeira consulta.

**Alta do
paciente
S1 15 - 18
(básico)**

Se o paciente estiver vivo na alta (S1 18), existem três possíveis destinações, que são explicadas no quadro a seguir

Opção		Referente a pacientes que receberam alta para
1	Casa	Endereço privado (o mesmo ou um novo endereço)
2	Outro hospital	<ul style="list-style-type: none">• Outro hospital• Unidade de reabilitação• Hospital de reabilitação• Hospital de longa permanência
3	Instituição na comunidade	Instituição com acesso a serviços e pessoal como: <ul style="list-style-type: none">• Instituição ou residências de longa permanência• Serviços de atenção de longo prazo para transtornos psiquiátricos• Residência com assistência ou• Moradia assistida

**Escala de
Rankin
modificada
S1 9 (ampliado)**

Se o paciente estiver vivo na alta, deve-se usar a Escala de Rankin modificada para avaliação pouco antes da alta hospitalar. O número correspondente ao nível funcional do paciente será anotado. A escala é descrita na página 5-16.

**Acompanhame
nto no 28º. dia
F1 - F7
(opcional)**

O acompanhamento no 28º. dia (a partir do início do AVC) fornece informação de grande utilidade sobre o ônus a longo prazo do AVC. Pode ser difícil obter resposta a essas perguntas opcionais para todos os pacientes registrados. Se um paciente ou pessoa de contato não puder ser encontrado no 28º. dia, procure obter todos os dados necessários o quanto antes, nos próximos dias.

Algumas maneiras possíveis para acompanhar os pacientes depois da alta hospitalar são:

- exame direto, por exemplo, durante uma visita em domicílio, consulta no setor ambulatorial ou consulta intra-hospitalar
- análise do prontuário médico, se o paciente ainda está no hospital no 28º. dia
- entrevista por telefone com o paciente ou parente
- questionário enviado pelo correio ao paciente

Observação: sigilo, questões éticas e outros aspectos legais em termos de realização do acompanhamento devem ser esclarecidos antes da coleta inicial de dados.

Guia de preenchimento do instrumento: casos fatais na comunidade (Passo 2)

Introdução

O Passo 2 aborda a identificação e o registro de todos os casos fatais de AVC tratados na comunidade, que não foram internados em hospital.

Como os dados são coletados S2 3 (básico)

Há três métodos principais para a coleta de dados sobre casos fatais de AVC na comunidade: Entre elas estão:

- autópsia verbal
- atestados de óbito
- autópsia médica.

Para mais informações sobre cada método, consulte a página 5-7.

Classificação Internacional de Doenças (CID) S2 4 (básico)

É em geral usado o sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID) para registrar a causa de morte nos atestados de óbito. Há três versões dos códigos de CID e uma variedade de oito ou nove doenças codificadas que podem estar relacionadas com o AVC como causa de morte. Algumas destas doenças não satisfazem a definição de AVC, mas devem ser incluídas em todas buscas amplas de casos de AVC.

As versões e os códigos da CID são as seguintes:

Versão	Códigos	Doença
CID 8 CID 9	430	Hemorragia subaracnóide
	431	Hemorragia intracerebral
	432	Outra hemorragia intracraniana não especificada
	433	Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais
	434	Oclusão de artérias cerebrais
	435	Isquemia cerebral transitória
	436	Doença vascular cerebral aguda, porém mal definida
	437	Outra doença vascular cerebral mal definida
	438	Efeitos tardios da doença vascular cerebral
CID 10	I60	Hemorragia subaracnóide
	I61	Hemorragia intracerebral
	I62	Outra hemorragia intracraniana não traumática

Versão	Códigos	Doença
	I63	Infarto cerebral
	I64	Acidentes vascular cerebrais, não especificado como hemorragia ou infarto
	I65	Oclusão e estenose das artérias pré-cerebrais, não decorrentes de infarto cerebral
	I65	Oclusão e estenose das artérias cerebrais, não decorrentes de infarto cerebral
	I67	Outras doenças vascular cerebrais
	I68	Distúrbios vasculares cerebrais em doenças classificadas em outro lugar
	I69	Seqüelas de doença vascular cerebral

**Autópsias
verbais
(opcional)**

A finalidade das autópsias verbais (AV) é descrever a causa de mortalidade em uma comunidade ou em nível populacional onde não há recursos alternativos melhores.

As autópsias verbais são baseadas em entrevistas com amigos e familiares do falecido. Depois de uma entrevista, é realizado o seguinte:

- um painel de médicos examina os formulários e designa uma causa provável de morte.
- codificadores de registros médicos treinados nas regras de CID selecionam e codificam a causa básica de morte, de acordo com a pontuação do código.
- os resultados de mortalidade são tabulados usando-se uma lista padrão com capacidade de gerar estatísticas comparáveis de mortalidade.

Infelizmente, as ferramentas e os métodos empregados são com frequência imperfeitos e requerem rigorosa validação e contínua garantia da qualidade.

Guia de preenchimento do instrumento: casos não fatais na comunidade (Passo 3)

Introdução

O passo 3 aborda a identificação e estimativa dos casos não fatais de AVC tratados na comunidade que não foram internados em hospital. Este é o componente mais difícil da busca de casos, é fundamental fazer esforços para estimar o número de pessoas que normalmente não seriam contabilizadas com o uso de um enfoque somente nos pacientes internados em hospital a fim de se conhecer a real incidência de AVC.

Como os dados são coletados S3

Há dois métodos principais para estimar os casos não fatais de AVC na comunidade: Entre elas estão:

- Identificação de consultórios e serviços de saúde médicos locais por meio de levantamentos
- Prevalência ou pesquisa de hemiplegia/hemiparesia.

Para mais informações sobre cada método, consulte a página 5-13.

Existem outros métodos como captura-recaptura, que usam diversas fontes sobrepostas. Discuta com o CIC os enfoques que são relevantes no seu local.

6. Entrada e processamento de dados

Resumo

Introdução Esta seção aborda todas as tarefas que precisam ser realizadas para a entrada e processamento dos dados do estudo STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais na Ferramenta de Entrada de Dados (DET) para ir gradualmente criando um registro capaz de produzir resultados para o estudo.

Público-alvo Esta seção é elaborada para uso dos encarregados das seguintes funções:

- Pessoal de coleta de dados
 - Pesquisador principal
-

Nesta seção Esta seção aborda os seguintes tópicos:

Tópico	Ver página
Entrada de dados	6-2
Processamento de dados	6-6
Criação de relatórios	6-8
Exportação de dados	6-9

Entrada de dados

Introdução

Os dados do estudo STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais dos instrumentos preenchidos devem ser registrados na ferramenta de entrada de dados por pessoal treinado de coleta de dados.

Processo de entrada de dados

A entrada de dados é um processo sistemático que aborda as seguintes etapas principais:

Etap a	Descrição
1	Entrada de novos dados dos pacientes.
2	Entrada do número de identificação nos instrumentos dos pacientes.
3	Validação e correção de erros.
3	Feitura de cópias de segurança.
4	Armazenamento e arquivamento dos instrumentos.

**Inicialização da
DET**

Siga os passos a seguir para abrir a janela inicial da DET.

Passo	Ação														
1	Para abrir o programa da DET, clique no arquivo WHO_Original.mdb no Windows Explorer.														
2	A janela inicial aparece. A função de cada botão é explicada no quadro abaixo. <table border="1"><thead><tr><th>Clique no botão</th><th>Para</th></tr></thead><tbody><tr><td>New Patient (novo paciente)</td><td>entrar novos registros de pacientes</td></tr><tr><td>Search (buscar)</td><td>buscar dados introduzidos</td></tr><tr><td>Reports (relatórios)</td><td>gerar relatórios dos dados introduzidos</td></tr><tr><td>Data Export (exportar dados)</td><td>exportar os dados introduzidos</td></tr><tr><td>Delete Patient (deletar paciente)</td><td>apagar os dados introduzidos</td></tr><tr><td>Close (fechar)</td><td>fechar a ferramenta de entrada de dados (DET)</td></tr></tbody></table>	Clique no botão	Para	New Patient (novo paciente)	entrar novos registros de pacientes	Search (buscar)	buscar dados introduzidos	Reports (relatórios)	gerar relatórios dos dados introduzidos	Data Export (exportar dados)	exportar os dados introduzidos	Delete Patient (deletar paciente)	apagar os dados introduzidos	Close (fechar)	fechar a ferramenta de entrada de dados (DET)
Clique no botão	Para														
New Patient (novo paciente)	entrar novos registros de pacientes														
Search (buscar)	buscar dados introduzidos														
Reports (relatórios)	gerar relatórios dos dados introduzidos														
Data Export (exportar dados)	exportar os dados introduzidos														
Delete Patient (deletar paciente)	apagar os dados introduzidos														
Close (fechar)	fechar a ferramenta de entrada de dados (DET)														

Entrada dos dados de todos os casos de AVC

Siga os passos a seguir para fazer a entrada de novos dados de pacientes da seção Todos os casos de AVC do instrumento preenchido de STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .

Passo	Ação				
1	Clique no botão <i>New Patient</i> (novo paciente) na janela inicial.				
2	Um número de identificação único para cada paciente é gerado pela DET. Observação: este é formado pela combinação do código do SSS (5 dígitos) e o código de ID do paciente (6 dígitos).				
3	Escreva o número completo no campo Número de identificação, na parte superior de cada página do Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais do paciente que foi preenchido, como segue: <div style="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td>Código SSS</td> <td>ID do</td> </tr> <tr> <td>Número de identificação</td> <td>[1] [1] [2] [2] [0] [0] [0] [0] [0] [0] [1]</td> </tr> </table> </div>	Código SSS	ID do	Número de identificação	[1] [1] [2] [2] [0] [0] [0] [0] [0] [0] [1]
Código SSS	ID do				
Número de identificação	[1] [1] [2] [2] [0] [0] [0] [0] [0] [0] [1]				
4	Escreva os 5 primeiros dígitos (código do SSS) do número na página 1, I1 da cópia impressa Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais do paciente que foi preenchido, como segue: Identificação e dados do paciente (I 1) Código de Vigilância de Acidentes Vascular Cerebrais [1] [1] [2] [2] [0]				
5	Depois de registrar o número, clique em OK				
6	Entre os dados na janela Todos os casos de AVC exatamente como está anotado no Instrumento impresso.				
7	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Se</th> <th style="width: 50%;">Então</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Itens ampliados (campos cinzas no instrumento) foram preenchidos no instrumento</td> <td>clique nos botões cinzas longos na parte inferior de cada janela para introduzir os dados ampliados.</td> </tr> </tbody> </table>	Se	Então	Itens ampliados (campos cinzas no instrumento) foram preenchidos no instrumento	clique nos botões cinzas longos na parte inferior de cada janela para introduzir os dados ampliados.
Se	Então				
Itens ampliados (campos cinzas no instrumento) foram preenchidos no instrumento	clique nos botões cinzas longos na parte inferior de cada janela para introduzir os dados ampliados.				
8	Clique em <i>Next Button</i> (próximo botão) para passar à próxima janela ou em <i>Back</i> (voltar) para editar uma janela anterior.				
9	Registre em uma planilha ou caderneta todas as discrepâncias, perguntas e problemas (irregularidades) que não conseguiu resolver. Inclua: <ul style="list-style-type: none"> • número do ID do paciente • número de código do instrumento (p.e., i 14) • comentários. 				
10	Clique em <i>Close</i> (fechar) ao finalizar a entrada dos dados de Todos os casos de AVC.				

Entrada de dados do Passo 1, Passo 2 e Passo 3

Depois de entrar os dados de Todos os casos de AVC, a próxima janela é Seleção.

Passo	Descrição								
1	Clique no botão apropriado para entrar os passos englobados no estudo, como segue: <table border="1" data-bbox="657 556 1518 823"><thead><tr><th>Passo</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Casos internados em hospital</td></tr><tr><td>2</td><td>Casos fatais na comunidade</td></tr><tr><td>3</td><td>Casos não fatais na comunidade</td></tr></tbody></table>	Passo	Descrição	1	Casos internados em hospital	2	Casos fatais na comunidade	3	Casos não fatais na comunidade
Passo	Descrição								
1	Casos internados em hospital								
2	Casos fatais na comunidade								
3	Casos não fatais na comunidade								
2	Ao finalizar a entrada de dados, clique no botão <i>Finish</i> (Finalizar)								

Validação e correção de erros

Antes de passar para o próximo Instrumento do paciente, verifique se há incongruências e/ou erros anotados na caderneta ou planilha e resolva-os.

Cópias de segurança dos dados

Deve ser feita uma cópia de segurança do computador usado para a entrada de dados ao final de cada semana.

Arquivamento dos instrumentos

Todos os Instrumentos completos que foram introduzidos na DET devem ser marcados como “registrado” na primeira página e arquivados em local trancado.

Processamento de dados

Introdução

Para processar os dados do STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais que foram introduzidos com o uso da DET, pode ser preciso realizar as seguintes funções:

- busca do registro de um paciente
 - correção de dados e
 - eliminação do registro de um paciente.
-

Busca do registro de um paciente

Siga os passos abaixo para fazer a busca do registro de um paciente.

Passo	Ação
1	Inicie a ferramenta de entrada de dados no Windows Explorer
2	Clique no botão <i>Search</i> (buscar) na janela inicial
3	Para encontrar o registro de um paciente, digite: <ul style="list-style-type: none">• Número de ID (últimos 6 dígitos ou número de identificação) ou• Sobrenome e/ou• Sobrenome e/ou nome do paciente
Uma busca com êxito pelo ID abre a janela de Seleção.	
Uma busca com êxito pelo nome do paciente abre a janela de Registro em que são listados todos os nomes parecidos ao nome digitado.	
4	Se foi feita busca pelo nome do paciente, destaque o ID do nome correto do paciente e clique em <i>Go to Patient</i> (vá ao paciente).

Encontrar e editar dados

Siga os passos abaixo para encontrar e editar dados específicos de pacientes.

Passo	Ação
1	Selecione, na janela de seleção, o botão apropriado correspondente à seção do instrumento que quer buscar; por exemplo: <ul style="list-style-type: none">• Todos os casos de AVC• Passo 1• Passo 2• Passo 3
2	Use os botões <i>Next</i> (próximo) e <i>Back</i> (voltar) para encontrar dados específicos.
3	Edite os dados e feche.

Eliminação do registro de um paciente

Siga os passos abaixo para eliminar o registro de um paciente.

Passo	Ação
1	Inicie a ferramenta de entrada de dados no Windows Explorer
2	Clique no botão <i>Delete Patient</i> (deletar paciente) na janela inicial
3	Digite o ID do paciente e clique no botão <i>Search</i> (buscar).
4	Clique em <i>Yes</i> (sim) para eliminar o registro do paciente.

Criação de relatórios

Introdução

Você pode criar e imprimir os seguintes relatórios de dados de pacientes introduzidos no registro usando-se a ferramenta de entrada de dados:

- distribuição por sexo e idade
 - distribuição de subtipos de AVC.
-

Para criar um relatório

Siga os passos abaixo para criar um relatório.

Passo	Ação
1	Verifique se a sua impressora está conectada e ligada.
2	Inicie a ferramenta de entrada de dados no Windows Explorer.
3	Clique no botão <i>Reports</i> (relatórios) na janela inicial.
4	Clique no tipo de relatório desejado na janela de relatórios.
5	O relatório selecionado será impresso automaticamente na sua impressora.

Observação: a distribuição por idade (estratificado por subtipo de AVC) só pode ser calculada depois que foi criado um arquivo de exportação. Consulte o item Exportação de dados na página 6-13.

Exportação de dados

Introdução Para estimar a distribuição por idade (estratificada por subtipo de AVC) ou para exportar dados a outro software para análise estatística, é preciso criar um arquivo de exportação.

Procedimento Siga os passos abaixo para criar um arquivo de exportação:

Passo	Ação						
1	Inicie a ferramenta de entrada de dados no Windows Explorer.						
2	Clique no botão <i>Data Export</i> (exportação de dados) na janela inicial						
3	<table border="1"><thead><tr><th>Clique no botão</th><th>para automaticamente</th></tr></thead><tbody><tr><td>Completo</td><td>São criados os seguintes arquivos de texto e de Excel de dados completos:<ul style="list-style-type: none">• CompleteTab.txt• CompleteTab.xls</td></tr><tr><td>Anônimo</td><td>Torna os dados anônimos ao eliminar dados de identificação e criar os seguintes arquivos de texto e de Excel para transferência de dados:<ul style="list-style-type: none">• AnonymTab.txt• AnonymTab.xls</td></tr></tbody></table>	Clique no botão	para automaticamente	Completo	São criados os seguintes arquivos de texto e de Excel de dados completos: <ul style="list-style-type: none">• CompleteTab.txt• CompleteTab.xls	Anônimo	Torna os dados anônimos ao eliminar dados de identificação e criar os seguintes arquivos de texto e de Excel para transferência de dados: <ul style="list-style-type: none">• AnonymTab.txt• AnonymTab.xls
Clique no botão	para automaticamente						
Completo	São criados os seguintes arquivos de texto e de Excel de dados completos: <ul style="list-style-type: none">• CompleteTab.txt• CompleteTab.xls						
Anônimo	Torna os dados anônimos ao eliminar dados de identificação e criar os seguintes arquivos de texto e de Excel para transferência de dados: <ul style="list-style-type: none">• AnonymTab.txt• AnonymTab.xls						
4	Clique em <i>Close</i> (fechar) para voltar à janela inicial.						

7. Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e formulários

Introdução	Esta seção contém orientações gerais ao pessoal de coleta de dados.
Finalidade	Esta seção fornece o Instrumento STEPS (versão 2.1) e o formulário de requisição para preencher para se cadastrar como centro de vigilância de AVC.
Orientações adicionais	Para orientações adicionais sobre o preenchimento de itens de dados do Instrumento, consulte as orientações sobre coleta de dados fornecidas na Seção 5 do Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais .
Nesta seção	Esta seção aborda o Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais e os seguintes formulários:

Tópico	Ver página
Instrumento STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais	7-2
Requisição de participação	7-12

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Pessoa de contato do paciente

Inclua pessoa de contato que pode confirmar a situação de moradia do paciente.

- | | | |
|--------|--|--|
| (I 9) | Sobrenome da pessoa de contato | <input style="width: 200px;" type="text"/> |
| (I 10) | Nome da pessoa de contato | <input style="width: 200px;" type="text"/> |
| (I 11) | Número de telefone da pessoa de contato | <input style="width: 200px;" type="text"/> |
| (I 12) | Endereço da pessoa de contato | <input style="width: 200px;" type="text"/>

<input style="width: 200px;" type="text"/> |
| (I 13) | Grau de parentesco da pessoa de contato com o paciente | <input style="width: 200px;" type="text"/> |

Dados demográficos

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------|
| (I 14) | Data de nascimento | [] [] [] / [] [] [] / [] [] []
[] [] [] | d d m m a a a a |
| <i>Se a data for ignorada, anote a idade.</i> [] [] [] | | | |
| (I 15) | Sexo | Masculino
[selecione um]
Feminino | (1) []
(2) |
| (I 16) | Qual é [anote os grupos étnicos/raciais relevantes definidos de acordo com a situação demográfica local] | XX
XX
XX | (1) []
(2)
(3) |
| (I 17) | Se outro grupo étnico, especifique [_____] | Outros | (4) |

Informação sobre evento de AVC agudo

(I 20) Data do AVC [] [] []/[] [] []/[] [] [] [] []
][] [] []

Anote a data do início dos sintomas, ou quando foram percebidos pela primeira vez. d d m m a a a a

(I 21) AVC definido Sim (1) []
 [selecione um] Não (2)
 Informações insuficientes (3)

(I 22) Se o paciente tem um AVC definido,
 ele teve outro AVC anterior? Sim, visto registro (1) []
 (2) Sim, registros não vistos
 [selecione um] Não, registros vistos (3)

Verifique se o diagnóstico é preciso para eventos anteriores de AVC.

Não, registros não vistos (4)
 Informações insuficientes (5)

(I 23) Se o paciente tem um AVC definido,
 é o primeiro AVC no período de estudo? Sim (1) []
 [selecione um] Não (2)
 informações insuficientes (3)

(I 24) Se ocorreu um AVC subsequente (mais de 28 dias
 do AVC anterior), anote a data do evento subsequente [] [] []/[] [] []/[] [] [] [] []

Anote a data de início dos sintomas de AVC, ou quando foi primeiro notado. d d m m a a a a

Itens OPCIONAIS (a serem definidos pelos centros; consulte as observações na Seção 3-10)

(O 1) XX
 [_____]

(O 2) XX
 [_____]

Classificação do AVC (cont.)

(S1 7) Como foi comprovado o diagnóstico do subtipo de AVC? Diagnóstico clínico apenas (1) []
 [selecione um] Por técnicas de diagnóstico (2)

(S1 8) Qual dos seguintes exames diagnósticos foi realizado? Angiografia []
 Ultra-som das carótidas []
 [anote 1 para SIM, 0 para NÃO, ou 9 para IGNORADO] Tomografia computadorizada []
 Eletrocardiograma []
 Punção lombar []
 Autópsia médica []
 Ressonância magnética []
 Outros []

(S1 9) Se um exame por imagem foi realizado, quando foi feito o primeiro exame após o início dos sintomas de AVC? Em 24 horas (1) []
 [selecione um] Entre 24 horas e 7 dias (2)
 Entre 8 e 14 dias (3)
 Mais de 14 dias (4)
 Não se aplica (5)
 Ignorado (9)

A ocasião do primeiro exame por imagem após o início do AVC é crítica. Demoras que ultrapassam 2 semanas podem levar à reabsorção de um AVC hemorrágico pequeno, fazendo com que o evento seja erroneamente classificado como AVC isquêmico.

Fatores de risco vasculares

(S1 10) Qual dos seguintes fatores de risco vasculares foram observados no paciente? Fibrilação atrial []
 Tabagismo atual []
 [anote 1 para SIM, 0 para NÃO, ou 9 para IGNORADO] Diabetes mellitus []
 Hipercolesterolemia []
 Hipertensão []
Veja a Seção 5, página 20 para mais informações sobre os fatores de risco.

Tratamento médico/prevenção secundária

(S1 11) O paciente recebeu um ou mais dos seguintes medicamentos **quando estava no hospital?** Anticoagulantes []
 Antiplaquetários []
 [anote 1 para SIM, 0 para NÃO, ou 9 para IGNORADO] Trombolíticos []
 Outros []
Veja a Seção 5, página 21 para mais informações sobre o tratamento médico.

(S1 12) O paciente recebeu um ou mais dos seguintes medicamentos **ao ter alta do hospital?** Anticoagulantes []
 Antidiabéticos []
 [anote 1 para SIM, 0 para NÃO, ou 9 para IGNORADO] Antiplaquetários []
 Redutores de colesterol []
 Anti-hipertensivos []
 Outros []
Veja a Seção 5, página 21 para mais informações sobre o tratamento médico.

Casos não fatais de AVC na comunidade (Passo 3)

Para orientação adicional sobre o Passo 3, Casos não fatais na comunidade; consulte a Seção 5, página 5-24.

- (S3 1) Como o paciente foi tratado na comunidade? [selecione um]
- Em instituição de longa permanência (1) []
Não recebeu atendimento médico (2)
Em domicílio por médico ou profissional de enfermagem (3)
Outro tipo de atendimento médico (4)
Informações insuficientes (5)
- (S3 2) Como foram coletados os dados sobre o AVC não fatal na comunidade? [selecione um]
- Pesquisa de serviços de saúde (1) []
Pesquisa de hemiplegia (2)
- I (S3 3) Qual o subtipo de AVC diagnosticado? [selecione um]
- Veja a Seção 1, página 6 para maiores informações sobre os subtipos de AVC.*
- AVC isquêmico (1) []
Hemorragia intracerebral (2)
Hemorragia subaracnóide (3)
Tipo não especificado (4)
- I (S3 4) Como foi comprovado o diagnóstico do subtipo de AVC? [selecione um]
- Diagnóstico clínico apenas (1) []
Por técnicas de diagnóstico (2)
- I (S3 5) O que era a situação de moradia do paciente antes do AVC? [selecione um]
- Independente em casa (1) []
Dependente em casa (2)
Instituição na comunidade (3)
Ignorado (9)
- I (S3 6) O paciente recebeu um ou mais dos seguintes medicamentos? [anote 1 para SIM, 0 para NÃO, ou 9 para IGNORADO]
- Anticoagulantes []
Antidiabéticos []
Antiplaquetários []
Redutores de colesterol []
Anti-hipertensivos []
Outros []

Veja a Seção 5, página 21 para mais informações sobre o tratamento médico.

Outras informações

Dê informações breves sobre a sua experiência com doença vascular cerebral e outros dados sobre o processamento de dados:

Tipo	Experiência anterior (assinale ou faça uma breve descrição)
Pesquisa	
clínica	
epidemiológica	
Outros	

Processamento de dados	Sim	Não
Há computadores disponíveis para a entrada de dados?		
Tem licença para o software MicroSoft Access?		
Qual a sua versão de MicroSoft Access?		
É possível fazer o armazenamento seguro dos dados originais e eletrônicos?		
Assume responsabilidade por todos os dados registrados?		
Tem acesso a um analista de dados?		

Registros populacionais Se existem dados da população-base da qual são obtidos todos os casos de AVC que satisfazem os critérios (registro hospitalar – passo 1; ou estudo de incidência – Passos 1-3), complete o quadro abaixo:

Faixa etária (anos)	Abrangência do instrumento	Homens	Mulheres	Total
0 – 14	Opcional			
15 – 24	Ampliada			
25 – 34	Ampliada			
35 – 44	Ampliada			
45 – 54	Básica			
55 – 64	Básica			
65– 74	Básica			
75 – 84	Básica			
85 – 94	Ampliada			
95 ou mais	Opcional			
Total				

A população Quais dos seguintes fornece dados para a sua população definida?

Fonte	Data da inform.
Censo	
Estimativa intercensitária	
Registros domiciliares	
Outro registro populacional (p.e, registros de câncer)	
Outros (descreva sucintamente)	

Instrumento STEPS final Envie uma cópia do instrumento previsto para ser usado no seu centro, , incluindo os itens ampliados (e itens opcionais se precisa de opinião sobre o formato).

Assinatura

Data:

8. Glossário e material de referência

Introdução Esta seção contém uma lista alfabética de todos os termos usados em um estudo de vigilância STEPS, com definições que são apropriadas para STEPS e uma lista de fontes e materiais de referência usados na elaboração deste manual.

Nesta seção Esta seção aborda os seguintes tópicos.

Tópico	Ver página
Glossário de termos usados no STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais	8-2
Publicações originais e referências	8-4

Glossário de termos usados no STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais

Termo	Definição
Amaurose fugaz	Cegueira periódica de um olho devido à oclusão embólica da artéria que irriga a retina
Apraxia	Incapacidade de executar uma ação motora planejada na ausência de paralisia dos músculos normalmente usados no desempenho da ação
Ataxia	Distúrbios de coordenação
Bilateral	Inclui ambos os lados do corpo
Letalidade	Proporção de casos que são fatais em um determinado período
Contralateral	Refere-se ao lado oposto do corpo
Demografia	Composição da população
Diplopia	Visão dupla
Disartria	Falha na articulação da fala
Disfagia	Comprometimento da capacidade de engolir
Disfasia	Dificuldade de compreensão ou produção de linguagem apesar de a articulação e a fonação estarem intactas
Hemiplegia	Fraqueza do braço e perna de um lado do corpo
Hemianopia homônima	Perda da visão em metade do campo visual. Lesões do nervo óptico atrás do quiasma produzem déficit no campo visual contralateral
Incidência	A incidência do AVC é a número de novos casos de AVC que surgem em um determinado período em uma população definida: em geral, expresso como uma taxa por 100.000. A incidência dá uma indicação do risco de AVC
Hemorragia intracerebral	Sangramento das artérias intracerebrais e pode causar sintomas de AVC
Acidentes vascular cerebrais isquêmico	Sintomas de AVC que sabidamente se originam de uma oclusão das artérias cerebrais

Termo	Definição
Escala de Rankin modificada	Escala que indica o nível de incapacidade de uma pessoa
Morbidade	Taxa de quantas pessoas adoecem por pessoa-ano
Mortalidade	Taxa de quantas pessoas morrem por pessoa-ano
Prevalência	Prevalência é o número de casos em uma população definida em um momento específico – fornece uma “imagem momentânea” dos sobreviventes em um momento
Acidentes vascular cerebrais	Um diagnóstico clínico com base em sintomas clínicos reconhecíveis indicando déficits neurológicos de origem vascular de início súbito. Para definição, consulte a página 1-4
Hemorragia subaracnóide	Uma hemorragia de artérias intracranianas causando uma coleção de sangue entre as duas membranas que circundam o cérebro
Vigilância	Coleta contínua de dados epidemiológicos em uma população
Ataque isquêmico transitório (TIA)	Déficit neurológico súbito com duração inferior a 24 horas e com recuperação completa
Unilateral	Restrito a um lado do corpo
Vertigem	Uma falsa sensação de movimento rotatório do próprio eixo ou dos objetos ao redor. Pode estar associada a náusea e vômitos

Publicações originais e referências

Introdução

Esta seção contém uma lista alfabética de:

- Referências usadas nesta publicação
 - Recursos disponíveis pela equipe STEPS
-

Referências

Esta seção contém uma lista alfabética das fontes e referências usadas.

- Anderson C, Carter, K, Hackett M, Feigen V, Barber, A, Broad J, Bonita R. Trends in stroke incidence in Auckland, New Zealand, between 1981 and 2003. *Stroke* 2005; 36:2087.
- Armstrong T, Bonita R. Building capacity for an integrated noncommunicable disease risk factor surveillance system in developing countries. *Ethnicity and Disease* 2003;13(s)2.
- Asplund K, Bonita, Kuulasmaa, Rajakangas A-M, Feigin V, Schaedlich H, Suzuki K, Thorvaldsen P, Tuomilehto J; for the WHO MONICA project. Multinational comparisons of stroke epidemiology: evaluation of case ascertainment in the WHO MONICA Stroke Study. *Stroke* 1995;26:355-60.
- Asplund, K., Rajakangas, A., Kuulasmaa, K., Thorvaldsen, P., Bonita, R., Stegmayr, B., Suzuki, K., and Eisenblätter, D. WHO MONICA Project: Multinational comparison of diagnostic procedures and management of acute stroke. *Cerebrovasc Dis* 1996; 6: 66-74.
- Adams HP Jr, Adams R, Adams RJ, Brott T, Brott TF, del Zoppo GJ, Furlan et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003; 34:1056-83.
- Bonita R, Mendis S, Truelsen T, Bogousslavsky J, Toole J, Yatsu F. The Global Stroke Initiative. *Lancet Neurology*. 2004;3:391-93.
- Bonita R, Truelsen T. Stroke in Sub Saharan Africa: a neglected chronic disease. *Lancet Neurology*. 2003; 2: 592-4.
- Bonita, R; Douglas, K; Winkelmann, R; De Courten, M; The WHO STEPwise approach to surveillance (STEPS) of noncommunicable disease risk factors. Chapter in (eds) McQueen, DV and Puska, P (editors); *Global Risk Factor Surveillance*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York. 2003; pp 9-22.
- Bonita, R; Truelsen, T. Edited by Barnett, H.J.M; Bogousslavsky, J, Meldrum, H. *Advances in Ischemic Stroke Epidemiology*. Chapter in *Ischemic Stroke: Advances in Neurology*. Vol 92. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003.

- Bonita, R; Strong, K; De Courten, M.; From surveys to surveillance. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*; 2001; 10: 223–225.
- Bonita R, Broad JB, Anderson NE, and Beaglehole R. Approaches to the problems of measuring the incidence of stroke. *Int J Epidemiol* 1995;24: 535-542.
- Bharucha, NE, Bharucha, EP, Bharucha AE, Bhise AV, Schoenberg BS.. Prevalence of stroke in the parsi community of Bombay. *Stroke* 1998; 19: 60-62.
- Choi B, Corber, McQueen D, Bonita R et al. Enhancing regional capacity in chronic disease surveillance in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2005;17: 130-141.
- Prospective studies collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts. - *Lancet* 1995; 346:1647-53.
- Collins RF, Armitage JF, Parish S, Sleight P, Sleight PF, Peto R. - Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. - *Lancet* 2004; 363:757-67.
- Chandramohan D, Maude GH, Rodrigues LC, and Hayes RJ. Verbal autopsies for adult deaths: issues in their development and validation. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 213-222.
- Dennis MS, Bamford JM, Molyneux AJ, and Warlow CP. Rapid resolution of signs of primary intracerebral haemorrhage in computed tomograms of the brain. *BMJ* 1987; 295:379-381.
- Dhamija RK, Mittal S, and Bansal BC. Trends in clinico-epidemiological correlates of stroke in the community. *J Indian Academy Clin Med.* 2000;5:27-31.
- Doggett DL, Tappe KA, Mitchell MD, Chapell RF, Coates VF, Turkelson CM. Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: an evidence-based comprehensive analysis of the literature. *Dysphagia* 2001; 16:279-95.
- D'Olhaberriague LF, Litvan IF, Mitsias PF, Mansbach HH. A reappraisal of reliability and validity studies in stroke. *Stroke* 1996; 27:2331-6.
- Donnan GA - Davis S, Davis SM. Stroke and cholesterol: weakness of risk versus strength of therapy. *Stroke* 2004; 35:1526.
- Feng J H, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: a met analyses of cohort studies. *Lancet* 2006; 367:320-326.
- Feigin VL, Carter K. Editorial comment. Stroke incidence studies one step closer to the elusive gold standard? *Stroke.* 2004; 35: 2045-7.

- Feigin V, Brainin M, Breteler MMB, Marytn C, Wolfe C, Bornstein N, Fieschi C et al. Teaching in neuro epidemiology in Europe: Time to get serious. *Eur J Neurology*; 2004; 11:795-9.
- Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol*. 2003; 2: 43-53. Review.
- Foerch C, Misselwitz B, Sitzer M, Berger K, Steinmetz H, Neumann-Haefelin T. Difference in recognition of right and left hemispheric stroke. *Lancet* 2005; 366: 392-393.
- Hatano S. Experience from a multi centre stroke register: a preliminary report. *Bull WHO* 1975; 54:541-553.
- Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas P, Kolominsky-Rabas PL, Roether J, Roether JF, Misselwitz BF, Lowitzsch KF, et al. - Predictors of in-hospital mortality in patients with acute ischemic stroke treated with thrombolytic therapy. *JAMA* 2004; 292:1831-8.
- Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas P, - Kolominsky-Rabas PL FAU, Misselwitz B, Misselwitz BF, Hermanek PF, Leffmann CF, et al. - Predictors of in-hospital mortality and attributable risks of death after ischemic stroke: the German Stroke Registers Study Group. - *Arch Intern Med* 2004 13; 164:1761-8.
- Katzan IL, Cebul RD FAU, Husak SH, Dawson NV, Baker DW. - The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke. - *Neurology* 2003; 60:620-5.
- Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. - *BMJ* 2003; 326:1423.
- Murray CJL and Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 349, 1269-1276.
- Nicoletti A, Sofia V, Giuffrida S, Bartoloni A, Bartalesi F, Bartolo MLL, Fermo SL, Cocuzza V, Gamboa H, Salazar E, and Reggio A. Prevalence of stroke. A door-to-door survey in rural Bolivia. *Stroke* 2000;31: 882-885.
- Nor AM, Davis J, Sen B, Shipsey D, Louw SJ, Dyker AG, Davis M, Ford GA. The Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) scale: development and validation of a stroke recognition instrument. *Lancet Neurology*. 2005; 4:727-734.
- Pandian JD, Jaison A, Sukhbinder SD, Kalra G, Shamsher S, Lincoln DJ, Abraham G. Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in Northwest India. *Stroke* 2005; 36: 644-648.
- Pendlebury ST, Rothwell PM, Algra A, Ariesen M-J, Bakac G, Czlonkowska A, et al. Underfunding of stroke research: a European wide problem. *Stroke* 2004; 35:2368-71.

- Poungvarin N. Stroke in the developing world. *Lancet* 1998; 35:19-22.
- Piechowski-Jozwiak BF, Bogousslavsky J. Cholesterol as a risk factor for stroke: the fugitive? *Stroke* 2004;35:1523.
- Reed SD, Cramer SC, Blough DK, Meyer KF, Jarvik JG. - Treatment with tissue plasminogen activator and inpatient mortality rates for patients with ischemic stroke treated in community hospitals. *Stroke* 2001; 32:1832-40.
- Rothwell P, Coull A, Silver L, Fairhead J, Giles M, Lovelock C, Redgrave J, et al. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study) *Lancet*. 2005; 366: 1773-1783.
- Sacco RL, Benjamin EJ FAU, Broderick JP FAU, Dyken MF, Easton JD, Feinberg WM et al. - AHAPrevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. Risk factors. - *Stroke* 1997; 28:1507-17.
- Setel PW, Sankoh O, Rao C, Velkoff VV, Mathers, Gonghuan Z, Hemed et al. Sample registration of vital events with verbal autopsy. A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. *Bulletin WHO* 2005; 83: 611-17.
- Straus SE, Majumdar S, Majumdar SR, McAlister F, McAlister FA. New evidence for stroke prevention: clinical applications. *JAMA* 2002;288:1396-98.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997;314: 1151-1159.
- Struijs JN, van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, van den Bos GA. Modelling the future burden of stroke in The Netherlands: impact of aging, smoking, and hypertension. *Stroke* 2005; 36:1648-55.
- Sudlow CL, Warlow CP. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. *Stroke*. 1997; 28:491-9.
- Thorvaldsen P, Asplund K, Kuulasmaa K, Rajakangas A-M, Schroll M; for the WHO MONICA Project. *Stroke*, 1995;26: 361-67.
- Truelsen T, Bonita R. Surveillance of Stroke: A Global Perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30; Suppl 1: S11-S16.
- Truelsen T, Mähönen M, Tolonen H, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D, for the WHO MONICA Project: Trends in Stroke and Coronary Heart Disease in the WHO MONICA Project. *Stroke, JAMA*. 2003; 34: 1346-1352.
- UK TIA Study Group. The United Kingdom transient ischaemic attack (UK TIA). Aspirin Trial: Final results. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991; 54:1044-1054.
- Walker RW, McLarty DG, Kitange HM, Whiting D, Masuki G, Mtasiwa DM, Machibya H, Unwin N, and Alberti KGMM. Stroke mortality in urban and rural Tanzania. *Lancet* 2000;355:1684.

- Weir NU, Sandercock PA FAU, Lewis SC FAU, Signorini DF, Warlow CP. - Variations between countries in outcome after stroke in the International Stroke Trial (IST). - Stroke 2001; 32:1370-7.
- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. Arch Intern Med 1987; 147:1561-4.
- Wolfe CD, Tilling KF, Beech RF, Rudd AG. - Variations in case fatality and dependency from stroke in western and central Europe. The European BIOMED Study of Stroke Care Group. - Stroke 1999; 30:350-6.
-