



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

SILDNEY ROSA MARQUES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL E SUAS BARREIRAS  
ARQUITETÔNICAS DOMICILIARES**

URUGUAIANA  
2016

SILDNEY ROSA MARQUES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL E SUAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS DOMICILIARES

Artigo Científico apresentado à Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como exigência final da disciplina de Trabalho de Conclusão do programa de Residência integrada multiprofissional em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof. MsC. Silvia Luci de Almeida Dias

URUGUAIANA - RS

2016

# **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS DOMICILIARES**

SILDNEY ROSA MARQUES<sup>1</sup>, SILVIA LUCI DE ALMEIDA DIAS<sup>1\*</sup>

1 Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência;  
Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, RS –Brasil.

\*Autor de correspondência:

Nome: Silvia Luci de Almeida Dias

Endereço: BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118 - Uruguaiiana - RS - CEP: 97500-970

Fone: (55) 984467413

e-mail: silviadias@unipampa.edu.br

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Epidemiologia; Atenção básica; Promoção e prevenção; Barreiras arquitetônicas.

Keywords: Stroke; Epidemiology; Basic attention; Promotion and prevention; Architectural barriers.

## Resumo

**Contextualização:** o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e gera altos custos aos cofres públicos. Apesar do declínio na taxa de mortalidade nos últimos anos, a atenção para ações de combate à doença é fundamental para o desenvolvimento da saúde pública. **Objetivo:** investigar o perfil epidemiológico e as barreiras arquitetônicas domiciliares de pessoas com diagnóstico de AVC pertencentes à Estratégia Saúde da Família 02. **Metodologia:** foi realizada uma pesquisa quantitativa, exploratória e de campo, aplicando-se um questionário de identificação, assim como dois instrumentos de avaliação da moradia, sendo um deles de auto percepção. **Resultados:** a amostra contou com 17 pessoas (11F/6M), a maioria apresentou algum déficit neurológico, que de certa forma afetava suas atividades diárias. Constatou-se uma relação estreita entre fatores modificáveis e não modificáveis. Suas residências se mostraram com carências estruturais e não adaptadas, e através do auto relato as pessoas não as consideraram inadequadas. **Conclusão:** o AVC isquêmico foi o mais frequente, seu desenvolvimento pareceu estar associado principalmente à idade e às doenças crônicas como HAS e DM. Estes resultados mostraram a necessidade de uma atenção básica bem estruturada, capaz de prevenir os principais fatores de risco. As residências apresentaram uma série de problemas estruturais, porém o morador analisado parece estar bem adaptado.

## Abstract

**Contextualization:** Cerebral Vascular Accident is the main cause of death and disability in Brazil and generates high costs to the public coffers. Despite the decline in the mortality rate in recent year, attention to actions to combat the disease is fundamental to the development of public health. **Objective:** To investigate the epidemiological profile and home architectural barriers of people with a diagnosis of stroke, belonging to the Family Health Strategy 2. **Methodology:** A quantitative, exploratory and field research was carried out, applying an identification questionnaire, as well as two instruments for evaluating housing, one of them being self-perception. **Results:** Sample had 17 people, most of them had some neurological deficit, which in a way affected their daily activities. A close relationship between modifiable and non-modifiable factors was found. Their homes showed themselves with structural and unadapted deficiencies, and through self-report people did not consider them inadequate. **Conclusion:** Ischemic stroke was the most frequent, its development seemed to be associated mainly with age and chronic diseases such as hypertension and DM. These results showed the need for a well-structured basic care, able to prevent the main risk factors. The residences presented a series of structural problems, but the resident analyzed seems to be well adapted.

## **Introdução**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) consiste em um bloqueio do fluxo sanguíneo cerebral, devido à obstrução de um vaso, ou ainda, a ruptura de um vaso cerebral com conseqüente sangramento intraparenquimatoso ou subaracnoideo<sup>1</sup>.

Essa é uma das principais causas de óbito no mundo. No Brasil, apesar da redução na taxa de mortalidade, o AVC continua sendo a principal causa de morte e incapacidade, gerando grande impacto social e econômico. Nos países em desenvolvimento os óbitos correspondem a 85% do número mundial, onde cerca de um terço deles acontecem na população economicamente ativa<sup>2,3</sup>. Dados apontam que ocorrem aproximadamente 68 mil mortes anualmente no país<sup>1</sup>, sendo que só no ano de 2005 o AVC foi responsável por 10% das internações em hospitais públicos no país, sendo uma das doenças mais onerosas aos cofres públicos<sup>4</sup>.

Quanto aos fatores de risco que geram o AVC, podem-se citar os não modificáveis, como: Idade avançada, sexo masculino, raça negra e hereditariedade. E os modificáveis como, a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), o tabagismo, as dislipidemias, o sedentarismo e a fibrilação atrial<sup>5</sup>.

Apesar de após o evento, geralmente ocorrer certo grau de recuperação motor e funcional, muitos casos apresentam sequelas crônicas complexas e heterogêneas, resultando em dificuldades em vários domínios de funcionalidade<sup>6</sup>. Isso reflete na capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD's), aprendizado, aplicação de conhecimentos, comunicação, mobilidade, autocuidado e interação interpessoal e social<sup>7</sup>. Nesse contexto, devemos salientar a importância e influência que as barreiras arquitetônicas domiciliares geram no dia a dia desses indivíduos. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)<sup>8</sup> define barreira arquitetônica como qualquer elemento natural, instalado ou edificado que impeça a aproximação, transferência ou circulação no espaço, mobiliário ou equipamento urbano. Alguns estudos tem analisado a influência do ambiente no processo de reabilitação, evidenciando que os fatores ambientais estão diretamente ligados a esse processo<sup>9</sup>. Outros são fundamentados na investigação das condições de acesso em ambientes urbanos e/ou edificações de saúde<sup>10,11</sup>, no entanto, a literatura ainda é pobre quanto a estudos voltados para as barreiras arquitetônicas existentes dentro do domicílio de pessoas com AVC ou perda de funcionalidade.

Sabe-se que o ministério da saúde implantou políticas que priorizam o foco na prevenção, uma vez que 90% dos casos de AVC podem ser evitados. E, caso ocorra, o paciente pode ser tratado se chegar rápido a um hospital preparado para dar o atendimento imediato. Para isso foi criado “A Linha de Cuidado ao AVC”, que deve incluir a rede básica de saúde, SAMU, unidades hospitalares de emergência, leitos de retaguarda, reabilitação ambulatorial, programas de atenção domiciliar, entre outros<sup>12</sup>.

Nesse contexto, nota-se a crescente adesão às políticas de atenção às pessoas acometidas pelo AVC, mas ainda se faz necessário uma maior atenção na elaboração das estratégias públicas de combate e prevenção dessa doença. Esse processo de reformulação que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando nos últimos anos, evidencia a necessidade de uma maior disponibilidade de estatísticas epidemiológicas que proporcionem maior embasamento e sirvam de ferramenta para a descentralização dos serviços de saúde e ações mais efetivas junto à população.

## **Objetivos**

GERAL: Investigar o perfil epidemiológico de pessoas que sofreram AVC.

ESPECÍFICOS:

- Identificar que fatores de risco modificáveis e não modificáveis predominantes para a ocorrência de um AVC;
- Correlacionar os fatores de risco modificáveis com os não modificáveis que foram determinantes para a ocorrência de um AVC;
- Investigar as barreiras arquitetônicas nos domicílios de pessoas que sofreram AVC.

## **Métodos**

Participaram deste estudo 17 indivíduos, de ambos os gêneros, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as normas éticas previstas na Resolução CNS 466/2012 (nº CAAE 57531616.7.0000.5323). Este trabalho tem a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisas com Humanos da Universidade Federal do Pampa (registro nº: 1.654.177).

Trata-se de uma pesquisa quantitativa exploratória e de campo, como local de coleta os domicílios situados no território de abrangência da Estratégia Saúde da Família 2 (ESF 02) da cidade de Uruguaiana/RS. A amostra foi intencional, de pessoas com diagnóstico médico de AVC, pertencentes à ESF 02, residindo nos Bairros Santo

Antônio e Mascarenhas de Moraes. O período da coleta de dados: 04 de julho de 2016 a 02 de setembro de 2016.

Os critérios de inclusão foram usuários residentes do território de abrangência da ESF 02, com diagnóstico médico de AVC, independente do sexo, idade, classe social e tempo de evento. Não foram incluídos no trabalho aqueles que não estiveram presentes em seus domicílios, duas vezes consecutivas, no momento da visita para aplicação da pesquisa e aqueles que negaram a participação. Como riscos desta avaliação, o participante poderia se sentir embaraçado e/ou triste com algumas perguntas, caso isso ocorresse o pesquisador perguntava se o participante gostaria de continuar, esperar um pouco ou parar. Quanto aos benefícios, após a análise dos dados poder-se-á ofertar ações de saúde para os usuários pertencentes à Estratégia Saúde da Família 2 e a própria equipe, auxiliando assim a melhor compreensão dos usuários em relação aos diferentes problemas que podem ocorrer decorrentes de um AVC e formas de prevenção do mesmo. Também, ofertando a estes profissionais subsídios que venham favorecer a educação em saúde com pessoas que sofreram AVC e seus familiares e inclusive maneiras de prevenir o evento.

Para o acesso aos dados das pessoas pertencentes à ESF 02, utilizou-se a anuência da Secretaria Municipal de Saúde, assim como, da enfermeira responsável pela estratégia de saúde, a qual auxiliou na organização de quais agentes de saúde iriam auxiliar nas visitas domiciliares aos participantes da pesquisa.

Após apresentação ao usuário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes responderam e disponibilizaram seu domicílio para uso dos seguintes instrumentos:

1. Avaliação epidemiológica (ANEXO 1), o qual contém os dados pessoais para caracterização dos participantes, histórico de saúde e avaliação do sujeito.

2. Instrumento de auto relato quanto à usabilidade da residência (ANEXO 2), no qual consiste em questões fechadas e escalonadas de 1 a 7 de acordo com o quanto o referido local é apropriado para si. Também constam perguntas abertas, porém não foram utilizadas neste trabalho.

3. Formulário para inspeção da moradia (ANEXO 3), o qual consiste em uma relação de itens que devem ser observados e/ou medidos no acesso e interior do domicílio. Além da mobilidade e independência do morador nesses ambientes.

Análise estatística: Os dados foram analisados através da estatística descritiva, como média  $\pm$  desvio padrão ou como frequência absoluta (frequência relativa).

Os resultados epidemiológicos serão ofertados à Estratégia Saúde da Família 02, através de palestras e relatórios. Quanto aos resultados da análise das barreiras arquitetônicas domiciliares, foi dado imediatamente ao participante e a sua família após a avaliação.

## **Resultados**

A amostra contou com 17 sujeitos, onde podemos observar na tabela 1 o predomínio de 11 (64,7) sujeitos do sexo feminino e média de idade de  $64,9 \pm 10,9$  anos. Dez indivíduos (58,8%) se autodeclararam brancos e 11 (64,7%) casados. Quanto à profissão/ocupação aproximadamente 94% é aposentado ou beneficiário, a medida que o nível de escolaridade apresentou maior distribuição, onde 6 indivíduos (35,2%) possuem o ensino médio completo, 4 (23,5%) tem ensino fundamental incompleto e 2 (11,7%) são analfabetos.

Ainda na tabela 1 devemos destacar que 7 indivíduos (41,1%) possuem renda familiar de 1 a 3 salário mínimos e 6 (35,2%) possuem renda de até 1 salário mínimo. Quanto a suas moradias, 11 (64,7%) possuem casa de alvenaria e 6 (35,2%) de madeira. A maioria (15/88,2%) relatou frequentar a ESF do território sempre que necessário, enquanto apenas 2 (11,7%) diz não procurar o atendimento na mesma. Quatorze sujeitos (82,3%) relataram utilizar exclusivamente o sistema único de saúde (SUS) e apenas 3 (17,6%) possuem plano de saúde, 82,3% também é a porcentagem de indivíduos que não realiza tratamento fisioterapêutico.

A tabela 2 aborda o histórico de saúde dos participantes, nela observamos que há o predomínio de AVC isquêmico (13 / 76,4%), esse mesmo valor foi encontrado para aqueles que tiveram apenas um evento, seja isquêmico ou hemorrágico, além disso, o tempo da ocorrência do AVC foi em média  $8,14 \pm 5,2$  anos. Quanto às doenças associadas, a HAS foi a mais prevalente (16 / 94,1%), seguida da DM (7 / 41,1%).

Perguntados a respeito de seus hábitos de vida, 11 (64,7%) relataram nunca ter sido tabagista. Quatro (23,2%) sujeitos são ou já foram etilistas e todos relataram nunca ter feito uso de outras drogas. Quinze participantes (88,2%) foram considerados sedentários por não realizarem atividade física por no mínimo 30 minutos e três vezes por semana. Histórico familiar de AVC apenas 3 (17,6%) afirmaram ter.

Ainda na Tabela 2, analisamos seus hábitos alimentares, onde se constatou que, 16 sujeitos (97,1%) consomem proteínas, 14 (82,3%) carboidratos, 11 (53%) frutas, 8 (47%) verduras e 4 (23,52%) relataram consumir alimentos com excesso de sal e/ou açúcar. Quando verificado os medicamentos utilizados, observamos que 15 (88,23%)



participantes fazem uso de anti-hipertensivos, 9 (52,94%) de anticoagulantes, 8 (47%) de diuréticos, 5 (29,41%) de anti-hiperglicemiantes, 3 (17,64%) de antidepressivos e 7 (41,17%) utilizam outros medicamentos.

Na Tabela 3 explanamos os resultados obtidos quanto à avaliação física desses participantes, nela podemos observar que mais da metade dos sujeitos possuem acometimento motor em hemicorpo esquerdo (9 / 52,9%), em hemicorpo direito encontramos o número de 6 (35,2%) sujeitos e 2 (11,7%) não apresentavam déficits em ambos hemicorpos. Desse número de 15 (88,2%) indivíduos com comprometimento motor, 7 (46,6%) deles relatam predomínio braquial, 5 (33,3%) predomínio crural e 3 (20%) não possuem essa diferenciação.

Quando avaliados se possuíam algum tipo de afasia, constatamos que 1 (5,88%) possuía a de Broca, nenhum a de Wernicke e 2 (11,7%) apresentavam afasia mista. Quanto à utilização de algum tipo de órtese, 5 (29,4%) afirmaram a necessidade do uso. Por fim, quando perguntados sobre suas atividades de vida diária (AVD's) observamos que 11 (64,7%) podem ser considerados independentes, 6 (35,2%) semi-dependentes e nenhum totalmente dependente.

O Instrumento de auto relato quanto à usabilidade da residência do participante (Apêndice A), está explanada na Tabela 4, onde demonstra a obtenção da média de  $92,05 \pm 10,09$  pontos em um escore total possível de 105 pontos. Já na Tabela 5 podemos observar resultados obtidos no Formulário para inspeção de moradia (Apêndice B), onde, todos os sujeitos residem apenas em uma família e apenas 2 (11,7%) possuem residência de dois ou mais andares. Oito (47%) casas possuem escadas externas, dessas apenas 3 (17,6%) possuem corrimão. Todos os participantes (17 / 100) demonstraram conseguir locomover-se pelos cômodos de sua casa, entre eles, corredor, sala, quarto, cozinha e banheiro.

Quanto à segurança dentro de seu domicílio, observa-se que 11 (64,7%) possuem tapetes soltos, 2 (11,7%) tem fios elétricos expostos, 6 (35,2%) apresentam pisos defeituosos e 17 (100%) tem mobílias pontiagudas. Ao analisar o banheiro/banho, constatamos que 17 (100%) conseguem se banhar no chuveiro, no entanto nenhum possui barras de suporte e segurança, o material mais utilizado no acabamento do banheiro foram azulejos (12 / 70,5%), seguido de cimento 3 (17,6%) e 2 (11,7%) apenas tijolos. Na cozinha, 13 (76,4%) sujeitos conseguem operar os armários e apenas 10 (58,8%) conseguem manipular/operar materiais e eletrodomésticos.

Ao analisar a lavanderia e a limpeza da casa, 14 (82,3%) possuem máquina de lavar roupas, desses, 12 (70,5%) conseguem operar a mesma e 10 (58,8%) são capazes de estender as roupas. Quinze (88,2%) participantes conseguem acessar os materiais de limpeza, entretanto, apenas 9 (52,9%) conseguem utilizá-los.

Nos casos de emergências, 17 (100%) possuem telefone e 15 (88,2%) conseguem sair rapidamente do domicílio se necessário, mas, apenas 7 (41,1%) possuem o número telefônico de emergências e socorros. Por fim, observa-se que 4 (23,5%) sujeitos são responsáveis por cuidar de crianças, 10 (58,8%) podem fazer compras sozinhos, 16 (94,1%) possuem familiares e/ou amigos disponível e 8 (47%) tem automóvel disponível.

## **Discussão**

Ao atentarmos primeiramente aos fatores de risco não modificáveis, percebemos o predomínio de participantes com AVC do sexo feminino, o que difere do que geralmente encontramos na literatura, onde há uma prevalência maior da ocorrência da doença em pessoas do sexo masculino<sup>13</sup>. Isso pode ser em decorrência de as entrevistas terem ocorrido em horário comercial, onde comumente se encontra mais mulheres nos domicílios e ainda serem as maiores responsáveis pelos afazeres domésticos. O acometimento na faixa etária dos 60 aos 74 anos ocorre com maior frequência<sup>13</sup>, o que vai ao encontro de nossos achados já que obtivemos uma média de 64,9 anos. Esse resultado pode estar relacionado a estudos que indicam o aumento exponencial das chances de doenças cerebrovasculares com ao avanço da idade<sup>14</sup>, pois comprovadamente ocorrem importantes alterações metabólicas e cardiovasculares relacionadas à senilidade<sup>15</sup>.

Em relação ao maior número de sujeitos da raça branca, ocorre uma oposição ao relatado na literatura, pois ela indica uma maior incidência de AVC na população negra, número que pode chegar ao dobro comparado à população branca<sup>13</sup>. Acreditamos que isso se deve ao percentual de aproximadamente 77% de brancos residindo na região em que se localiza a cidade de Uruguaiana (IBGE 2010)<sup>16</sup>, o que aumenta consideravelmente a probabilidade de o AVC acometer mais pessoas da raça branca. Estudos apontam significativa relação de fatores genéticos com o AVC, principalmente o isquêmico<sup>17</sup>, algumas doenças de caráter hereditário explicam a relação da vasculopatia aos eventos vasculares<sup>17</sup>, no entanto em nosso estudo não encontramos

significativa relação, cabendo salientar que um grande número de sujeitos não sabia responder, principalmente por não se lembrar do histórico de saúde de seus familiares.

No presente estudo, percebemos importante prevalência do AVC isquêmico em relação ao hemorrágico, o que pode ser justificado pela maior incidência de doenças cerebrovasculares em pessoas com idade avançada, pois há nítida predominância de aterosclerose associadas a doenças sistêmicas<sup>18</sup>. Nesse contexto, podemos abordar os fatores de risco modificáveis, como a HAS, a DM e as Dislipidemias que estão diretamente relacionadas aos eventos cerebrovasculares, doenças encontradas em grande parte de nossa amostra. A HAS é o principal fator de risco modificável para o AVC, com risco de aproximadamente seis vezes maior quando comparado a quem não possui a doença<sup>19</sup>, achados apontam que 67,5% a 80% dos pacientes com AVC são hipertensos e ocorre com mais frequência entre os idosos<sup>20</sup>.

Cabe salientar ainda, que o DM e a Dislipidemia são fatores de risco cruciais para o desenvolvimento da HAS, o controle desses fatores devem ser igualmente atendidos<sup>18</sup>. O DM está entre os maiores riscos para o desenvolvimento do AVC, podendo ser de até quatro vezes maiores comparado a quem não possui<sup>19</sup>, a doença tem ação direta sobre a parede endotelial, favorecendo a formação de placas ateroscleróticas, ou de forma indireta, sendo um importante fator desencadeante da HAS<sup>21</sup>. Apesar de nossa amostra não apresentar um número expressivo de cardiopatas, devemos dar a devida atenção, pois estudos indicam que a fibrilação atrial (FA) está entre as principais cardiopatias, sendo um risco relativo três vezes maior para a ocorrência do AVC<sup>19</sup>.

Quanto aos hábitos de vida, devemos ressaltar o tabagismo e o etilismo, ambos são responsáveis por elevar o risco do AVC isquêmico e aumentam consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade, além disso, o tabagismo é um importante fator desencadeador da HAS<sup>19,20,22</sup>. Alguns trabalhos relatam que parar de fumar reduz esse risco significativamente após dois anos<sup>23,24</sup>, a partir disso, nota-se a importância da implementação de ações e campanhas contra o tabagismo.

Um dado preocupante encontrado em nosso trabalho é o expressivo número de sujeitos que não praticam atividade física regularmente, pois comprovadamente o exercício físico está diretamente ligado não só a prevenção de doenças sistêmicas, mas também na regulação dos níveis de colesterol, controle da HAS e glicemia, além de diminuir o risco de eventos tromboembólicos<sup>25</sup>. Nesse contexto, e não menos importantes estão os hábitos alimentares, que em nosso estudo foi predominantemente

de proteínas e carboidratos, alimentos que em excesso estão relacionados ao alto índice de desenvolvimento da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis<sup>26</sup>.

O acometimento em hemisfério esquerdo foi o mais frequente em nossa amostra, porém estudos mostram que isso não parece ser relevante para o prognóstico do sujeito<sup>15</sup>, entretanto, podemos relacionar esse resultado ao baixo número de sujeitos com acometimento da fala, já que aproximadamente 96% dos seres humanos possuem as áreas de Broca e Wernicke localizadas no hemisfério esquerdo<sup>27,28</sup> e o maior número dos participantes sofreu o AVC em hemisfério direito.

Nota-se que todos os participantes do presente trabalho fazem algum tipo de tratamento medicamentoso, principalmente para as doenças cardiovasculares. Em um estudo de 2005, 86% dos sujeitos acima de 60 anos de idade faziam uso de algum medicamento, sendo que, a prevalência deles era de ação cardiovascular<sup>29</sup>. Isso se dá por serem medicamentos largamente prescritos pelos médicos<sup>30</sup>, geralmente de fácil acesso e também pela baixa adesão da população aos tratamentos não farmacológicos<sup>29</sup>.

Aproximadamente 76% de nossos participantes relataram renda familiar mensal menor que três salários mínimos, resultado que preocupa, pois estudos descrevem que a baixa renda familiar gera dificuldade para aquisição de todos os suprimentos necessários para o digno e adequado cuidado de uma pessoa enferma<sup>31</sup>. Entretanto, vale salientar que isso não é o determinante para a boa evolução e cuidado para esse indivíduo, mas também o apoio familiar e multiprofissional. Mais da metade de nossa amostra apresentou nível escolar não superior ao ensino fundamental, incluído casos de analfabetismo. Resultado como esse é apontado como um fator dificultador para a reabilitação, pois há evidências que relacionam escolaridade mais elevada com o aumento da sobrevida, melhor controle dos fatores de risco e melhor capacidade de adaptação às suas atividades<sup>32</sup>.

Grande parcela das pessoas que sobrevivem a um evento cerebrovascular apresenta sequelas neurológicas com incapacidades significativas<sup>33</sup>, o que faz dessa doença a principal causa de incapacitação funcional no mundo ocidental<sup>34</sup>. Na literatura, há evidências suficientes para afirmar que o AVC é uma grave doença, causadora de incapacidades crônicas, com consequente perda de independência e autonomia, necessitando do auxílio de terceiros para realizar suas atividades de vida diárias<sup>35</sup>. Em partes esses dados corroboram com nossos achados, pois encontramos um expressivo número de pessoas apresentando algum tipo de déficit pós o AVC, entretanto, os mesmos mostraram boa capacidade de adaptação e/ou reabilitação, já que 35,2% se

declararam semi-dependentes e nenhum se declarou dependente. Isso pode estar relacionado ao tempo de AVC, pois com o passar do tempo o sujeito pode ser capaz de suprir suas dificuldades.

O Instrumento de auto relato quanto à usabilidade da residência, nos faz referência exatamente a isso, pois a média das respostas dos participantes apresentou um Escore de 92,05 sobre um total máximo de 105. Ou seja, esse resultado infere que os participantes conseguem se adaptar aos seus domicílios e atingir níveis satisfatórios de independência. Porém, devemos ressaltar que nossa amostra não contou com indivíduos com alto grau de acometimento motor e nem acamados.

Cabe salientar que apesar desses sujeitos se adaptarem satisfatoriamente às suas moradias, o Formulário para inspeção de moradia que utilizamos, evidencia importantes problemas estruturais e de segurança aos mesmos. Observamos que em muitas moradias há entradas/ acessos não favoráveis, presença de escadas sem corrimão, pisos defeituosos, uso de tapetes soltos e ausência de barras de segurança. Também, nota-se dificuldade para acessar e manipular/operar materiais principalmente da cozinha e lavanderia, entre outras dificuldades mais específicas. Esses resultados primeiramente nos remetem, como uma justificativa primordial, a baixa renda familiar que dificulta ou até mesmo impede melhorias estruturais em suas residências. Além disso, a falta de informação e/ou percepção a respeito do risco que possa estar correndo e o quanto pequenas mudanças poderiam facilitar e tornar mais segura suas tarefas cotidianas.

Por fim, demos ressaltar que nossos achados mostram o valor e a necessidade de ESF's bem estruturadas, com equipes multiprofissionais atuando pelo bem comum. Também serve às secretarias de saúde e todas as autoridades responsáveis pela gestão do SUS, o quão fundamental é o funcionamento adequado da atenção primária para a promoção de saúde e principalmente para a redução da necessidade cada vez maior de recursos destinados à atenção terciária. Além disso, constatamos uma realidade encontrada em grande parte do Brasil, cidadãos com baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade e com hábitos de vida não saudáveis, tornando-se pessoas enfermas necessitando de maiores cuidados. Isso nos remete não só à necessidade de melhor acesso à saúde, mas também à educação, à informação e à cultura.

## **Conclusão**

Em suma, da população analisada, o AVC isquêmico foi o mais prevalente, revelando-nos a sua relação direta de alguns fatores de risco modificáveis e não

modificáveis. Sendo a HAS a doença associada mais frequente, servindo de alerta para a criação e manutenção de ações preventivas. Os domicílios apresentam carências e problemas estruturais, sendo potenciais geradores de dificuldades funcionais aos moradores, porém eles mostram razoável capacidade de adaptação a isso.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, 2013.
2. World Health Organization. WHO Steps Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva: WHO; 2006.
3. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *Jama* 2004;291:2616-22.
4. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol.* 2007;6:182-7.
5. Carvalho, MA, Coutinho, APO, Carvalho, GDA, Queiróz, DTG, Santos, SR. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos atendidos por meio do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(3):1015-21, mar., 2015.
6. Almeida, SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev Neurocienc* 2012;20(4):481-482
7. Scheper, VP, Ketela, M, Van, DPI, Visser-Meily, JM, Lindeman, E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil.* 2007;29(3):221-30.
8. ABNT-NBR 9050. Associação Brasileira de Normas Técnicas: Acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em [www.abnt.org.br](http://www.abnt.org.br). Acesso em: 14 jun. 2016.
9. Wachters-Kaufmann, CS, Schuling, J. Patient information after a stroke: the needs in relation to the different phases. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, v.148, n.1, p.4-6, 2004.
10. Vasconcelos, LR, Pagliuca, LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, v.10, n.3, p.494 – 500, 2006.
11. Pagliuca, LMF, Aragão, AEA, Almeida, PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Esc. Enferm. USP.* v.41, N.4, p.581-8, 2007
12. Brasil. Portal da Saúde. Acidente vascular cerebral (AVC). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em 08 de junho de 2016.
13. Mazzola, D, Polese, JC, Schuster, RC, Oliveira, SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de passo fundo. *RBPS* 2007; 20 (1) : 22-27
14. Cruz, KCT, Diogo, MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm* 2009;22(5):666-72.
15. Leite, HR, Nunes, APN, Côrrea, CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.16, n.1, p.34-9, jan./mar. 2009
16. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Uruguaiana/RS: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=432240>> Acesso em: Nov. 2016.
17. Guimarães, J, Azevedo, E. Causas Genéticas de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. *Arq Med vol.24 no.1 Porto fev. 2010*

18. Pires, SL, Gagliardi, RJ, Gorzoni, ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62(3-B):844-851
19. Fayad P. Identifying and managing stroke risk factors. 53th Annual Meeting of the American Academy of Neurology. 2001
20. SBDCV - Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59:972-980.
21. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2: recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes.
22. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP. Risk factors. *Stroke* 1997;28:1507-1517.
23. Brott T, Bogousslavsky J. Treatment of acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 2000;343:710-722. 8.
24. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study. *JAMA*, 1998;259:1025-1029.
25. Matsudo, SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) n.47 São Paulo abr. 2009**
26. Mariath, AB, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4):897-905, abr, 2007
27. Kandel, ER, Schwartz, JH, Jessell, TH. A linguagem e as afasias. Princípios da neurociência. Barueri: Manole, 2003, 4ª ed, cap. 59, p. 1169-1187.
28. Bear, MF, Connors, BW, Paradiso, MA. Linguagem e atenção. *Neurociências – Desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed, 2006, 2ª ed. Cap 20, p. 638-675.
29. Flores, LM, Mengue, SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005.
30. Ali Raza, J, Movahed, A. Use of cardiovascular medications in the elderly. *Int J Cardiol* 2002;85(2-3):203-15.
31. Vieira, CPB, Fialho, AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 161-169, abr./jun.2010.
32. Falcão, IV, Carvalho, EMF, Berreto, KML, Lessa, FJD, Leite, VM. Acidente vascular cerebral precoce: Implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.4, n.1, p. 95-101, jan./mar. 2004.
33. Perlini, NMOG, Faro, ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(2):154-63.
34. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
35. Karch UMS, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.



**Tabela 1.** Características sociodemográficas.

<b>Variáveis</b>	<b>Média ou n</b>	<b>DP ou %</b>
<b>Idade (anos)</b>	64,9	10,9
<b>Gênero (M / F)</b>	6 / 11	35,3 / 64,7
<b>Raça</b>		
Branca	10	58,8
Negra	5	29,1
Parda	2	11,7
<b>Estado civil</b>		
Casado	11	64,7
Solteiro	2	11,7
Divorciado	2	11,7
Viúvo	2	11,7
<b>Profissão</b>		
Aposentado	14	82,3
Beneficiário	2	11,7
Do lar	1	5,8
<b>Escolaridade</b>		
E.S Completo	1	5,8
E.M Completo	6	35,2
E.M Incompleto	1	5,8
E.F Completo	3	17,6
E.F Incompleto	4	23,5
Analfabeto	2	11,7
<b>Residência</b>		
Alvenaria	11	64,7
Madeira	6	35,2
<b>Frequenta ESF (S / N)</b>	15 / 2	88,2 / 11,7
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 S.M	6	35,2
1 a 3 S.M	7	41,1
3 a 5 S.M	4	23,2
<b>Tratamento Fisiot. (S / N)</b>	3 / 14	17,6 / 82,3
<b>Plano de Saúde (S / N)</b>	3 / 14	17,6 / 82,3

M = Masculino; F = Feminino; E.S = Ensino Superior; E.M = Ensino Médio; E.F = Ensino Fundamental; S.M = Salário Mínimo; S = Sim; Não = Não.

**Tabela 2.** Histórico de saúde.

<b>Variáveis</b>	<b>Média ou n</b>	<b>DP ou %</b>
<b>Tipo de AVC</b>		
Isquêmico	13	76,4
Hemorrágico	4	23,5
<b>Nº de eventos</b>		
Apenas 1 evento	13	76,4
De 2 a 4 eventos	4	23,5
<b>Tempo de AVC (anos)</b>	8,14	5,20
<b>Doenças associadas</b>		
HAS	16	94,1
DM	7	41,1
Dislipidemia	6	35,2
Cardiopatía	3	17,6
<b>Tabagismo</b>		
Sim	2	11,7
Não	11	64,7
Parou	4	23,5
<b>Etilismo (S / N)</b>	4 / 13	23,2 / 76,4
<b>Outras drogas (S / N)</b>	0 / 17	0 / 100
<b>Sedentarismo (S / N)</b>	15 / 2	88,2 / 11,7
<b>Ativo fisicamente (S / N)</b>	2 / 15	11,7 / 88,2
<b>Histórico familiar (S / N)</b>	3 / 14	17,6 / 82,3
<b>Hábitos alimentares</b>		
Carboidratos	14	82,3
Proteínas	16	97,1
Verduras	8	47
Frutas	11	53
Sal em excesso	2	11,7
Açúcar em excesso	2	11,7
<b>Medicamentos</b>		
Anti-hipertensivos	15	88,2
Anticoagulantes	9	52,9
Diuréticos	8	47
Anti-hiperglicemiantes	5	29,4
Antidepressivos	3	17,6
Outros	7	41,1

S = Sim; Não = Não.

**Tabela 3.** Avaliação.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemicorpo afetado</b>		
Direito	6	35,2
Esquerdo	9	52,9
Nenhum	2	11,7
<b>Predomínio</b>		
Braquial	7	46,6
Crural	5	33,3
Nenhum	3	20
<b>Afasia</b>		
Broca	1	5,8
Wernicke	0	0
Mista	2	11,7
Nenhuma	14	82,3
<b>Órtese (S / N)</b>	<b>5 / 12</b>	<b>29,4 / 70,5</b>
<b>AVD's</b>		
Independente	11	64,7
Semi – dependente	6	35,2
Dependente	0	0

S = Sim; Não = Não.

**Tabela 4.** Instrumento de auto relato quanto à usabilidade da residência.

<b>Questões</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
1	5,58	1,17
2	5,35	1,41
3	5,35	1,32
4	5,64	0,99
5	6,47	0,62
6	6,52	0,62
7	6,47	0,71
8	6,41	0,71
9	6,41	0,71
10	6,05	0,89
12	6,35	0,7
14	6,58	0,61
16	6,52	0,51
20	6,29	0,68
22	6	0,79
<b>Escore total</b>	<b>92,05</b>	<b>10,09</b>

**Tabela 5.** Formulário para inspeção de moradia.

<b>Questões</b>	<b>Média ou n</b>	<b>DP ou %</b>
<b>Tipo de moradia</b>		
De uma família	17	100
Dois ou mais andares	2	11,7
Reside em um dos andares	1	5,8
Possui ou utiliza porão	0	0
<b>Acessos</b>		
Frente	10	58,8
Lateral	5	29,4
Fundos	2	12
<b>Escadas externas</b>		
Existe	8	47
Largura (cm)	75,8	15,2
Nº degraus	5	4,56
Altura degraus (cm)	19,7	2,65
Corrimão	3	17,6
Rampa	5	29,4
<b>Porta</b>		
Consegue manusear	16	94
Largura (cm)	75,3	3,83
Consegue entrar	17	100
Consegue sair	17	100
<b>Corredor</b>		
Existe	4	23,5
Largura (cm)	90,5	8,22
Há objetos obstruindo	0	0
<b>Escadas internas</b>		
Existe	2	11,7
Largura (cm)	93	4,24
Nº degraus	9,5	2,12
Altura degraus	19	1,41
Corrimão	2	11,7
Rampa	0	0
<b>Consegue mover-se</b>		
Quarto	17	100
Banheiro	17	100
Cozinha	17	100
Sala	17	100
Outros	8	47
<b>Segurança dentro de casa</b>		
Tapetes soltos	11	64,7
Fios elétricos	2	11,7
Pisos defeituosos	6	35,2
Mobílias pontiagudas	17	100
<b>Quarto</b>		
Interruptor acessível	16	94
Pode abrir/fechar janela	16	94

<b>Banheiro</b>	1	5,8
Utiliza cadeira de rodas	0	0
Utiliza andador	16	94
Interruptores acessíveis	15	88,2
Pode abrir/fechar janela		
Material das paredes	12	70,5
Azulejos	3	17,6
Cimento	2	11,7
Tijolo	0	0
Há barras de suporte	17	100
Consegue usar a pia	17	100
<hr/>		
<b>Banho</b>		
Banha-se no chuveiro	17	100
Banha-se na cama	0	0
<hr/>		
<b>Sala de estar</b>		
Interruptores acessíveis	17	100
Pode abrir/fechar janela	16	94
Se cadeirante transfere-se p/ sofá ou cadeiras	1	5,8
<hr/>		
<b>Cozinha</b>		
Altura da mesa (cm)	77,6	4,39
Opera a geladeira	17	100
Opera armários	13	76,4
Manuseia materiais	10	58,8
Opera eletrodomésticos	10	58,8
<hr/>		
<b>Lavanderia</b>		
Possuí	11	65
Como são lavadas suas roupas		
Máquina de lavar	14	82,3
Manualmente	2	12
Famíliares	1	6
Opera máquina de lavar	12	71
Utiliza o tanque	9	53
Estende roupas no varal	10	59
<hr/>		
<b>Limpeza</b>		
Acessa materiais e instrumentos	15	88,2
Consegue utilizá-los	9	52,9
<hr/>		
<b>Emergência</b>		
Possui telefone	17	100
Sai rapidamente se necessário	15	88,2
Possui números de emergências e socorros	7	41
<hr/>		

## Forma e apresentação do manuscrito

*Brazilian Journal of Physical Therapy* (BJPT)

O BJPT considera a submissão de manuscritos com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas). Informações contidas em anexo(s) serão computadas no número de palavras permitidas.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em inglês. Quando a qualidade da redação em inglês comprometer a análise e avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos em inglês venham acompanhados de certificação de revisão por serviço profissional *deediting and proofreading*. Tal certificação deverá ser anexada à submissão. Sugerimos os seguintes serviços abaixo, não excluindo outros:

- *American Journal Experts*;
- *Scribendi*;
- *Nature Publishing Groups Language Editing*.

Antes do corpo do texto do manuscrito deve-se incluir uma página de título e identificação, palavras-chave e o *abstract/resumo*. No final do manuscrito inserir as referências, tabelas, figuras e anexos.

### Título e identificação

O título do manuscrito não deve ultrapassar 25 palavras e deve apresentar o máximo de informações sobre o trabalho. Preferencialmente, os termos utilizados no título não devem constar na lista de palavras-chave.

A página de identificação do manuscrito deve conter os seguintes dados:

Título completo e título resumido com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas;

Autores: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (unidade/instituição/cidade/estado/país). Para mais de um autor, separar por vírgula;

Autor de correspondência: indicar o nome, endereço completo, e-mail e telefone do autor de correspondência, o qual está autorizado a aprovar as revisões editoriais e complementar demais informações necessárias ao processo;

Palavras-chaves: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) em português e em inglês.

### Abstract/Resumo

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em inglês (*Abstract*), deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Referências, notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas no Resumo/*Abstract*. O Resumo e o *Abstract* devem ser apresentados em formato estruturado.

## **Introdução**

Deve-se informar sobre o objeto investigado devidamente problematizado, explicitar as relações com outros estudos da área e apresentar justificativa que sustente a necessidade do desenvolvimento do estudo, além de especificar o(s) objetivo(s) do estudo e hipótese(s), caso se aplique.

## **Método**

Descrição clara e detalhada dos participantes do estudo, dos procedimentos de coleta, transformação/redução e análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. O processo de seleção e alocação dos participantes do estudo deverá estar organizado em fluxograma, contendo o número de participantes em cada etapa, bem como as características principais.

Quando pertinente ao tipo de estudo deve-se apresentar cálculo que justifique adequadamente o tamanho do grupo amostral utilizado no estudo para investigação do(s) efeito(s). Todas as informações necessárias para estimativa e justificativa do tamanho amostral utilizado no estudo devem constar no texto de forma clara.

## **Resultados**

Devem ser apresentados de forma breve e concisa. Resultados pertinentes devem ser reportados utilizando texto e/ou tabelas e/ou figuras. Não se devem duplicar os dados constantes em tabelas e figuras no texto do manuscrito.

## **Discussão**

O objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis na literatura, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução. Novas descobertas devem ser enfatizadas com a devida cautela. Os dados apresentados nos métodos e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Reabilitação deverão ser explicitadas.

## **Referências**

O número recomendado é de 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. Deve-se evitar que sejam utilizadas referências que não sejam acessíveis internacionalmente, como teses e monografias, resultados e trabalhos não publicados e comunicação pessoal. As referências devem ser organizadas em sequência numérica de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos,

elaborados pelo [Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE](#).

Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a [List of Journals do Index Medicus](#). As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das informações das referências constantes no manuscrito e sua correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

### **Tabelas, Figuras e Anexos.**

As tabelas e figuras são limitadas a cinco (5) no total. Os anexos serão computados no número de palavras permitidas no manuscrito. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, a(s) versão (ões) em inglês da(s) tabela(s), figura(s) e anexo(s) e suas respectivas legendas deverão ser anexados no sistema como documento suplementar.

-Tabelas: devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido: uma página, tamanho A4, em espaçamento duplo), devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela.

-Figuras: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Informações constantes nas figuras não devem repetir dados descritos em tabela(s) ou no texto do manuscrito. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) devem ser usadas para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que não dificulte a análise dos dados. As figuras coloridas serão publicadas apenas na versão online. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em **alta resolução ou em sua versão original**. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação.

-Agradecimentos: devem incluir declarações de contribuições importantes, especificando sua natureza. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização das pessoas/instituições nomeadas nos agradecimentos.



