



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**



**GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES GOMES**

**FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE  
LONGA PERMANÊNCIA**

**RECIFE**  
**2017**

**GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES GOMES**

**FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE  
LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.  
Linha de pesquisa : Envelhecimento e Saúde.

Orientador: Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann  
Coorientador: Dr. Euler Ribeiro

**RECIFE  
2017**

Catálogo na fonte:  
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

G633f Gomes, Gabriela Xavier de Moraes Borba Chaves.  
Função executiva em idosos residentes em instituição de longa permanência / Gabriela Xavier de Moraes Borba Chaves Gomes. – Recife: o autor, 2017.  
58 f.; 30 cm.

Orientador: Rogério Dubosselard Zimmermann .  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. Função executiva. 3. Instituição de longa permanência para idosos. I. Zimmermann, Rogério Dubosselard (Orientador). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2017-299)

# **GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES GOMES**

## **FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 14 de agosto de 2017.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rogerio Dubosselard Zimmermann (Orientador)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Titular Interno)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Carréra Campos Leal (Membro Titular Interno)

---

Prof. Dr. Vilde Gomes de Souza (Membro Titular Externo)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Suplente Interno)

---

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Membro Suplente Externo)

*Ao meu filho, Daniel, e ao meu marido, Paulo, que deram um sentido especial à minha vida e me têm proporcionado os maiores momentos de alegria.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, pela sua fidelidade e por ter me sustentado nessa jornada tão árdua .*

*À memória do meu pai, Jairo, que desde cedo incentivou meus sonhos e que me passou os melhores e mais simples valores da vida.*

*À minha mãe, Nhelma, meu exemplo de força e luta, dedicando uma vida inteira para me oferecer uma boa educação.*

*Às minhas irmãs, Anna Flávia e Rosália, que estiveram em todos os momentos do meu lado, nesta caminhada.*

*À minha sempre amiga, Ana Carollyne Dantas de Lima. Muito obrigada por tua dedicação e carinho. És um dos maiores presentes que a Terapia Ocupacional poderia ter me dado, agradeço a Deus por esse encontro.*

*Ao Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann, meu orientador, pela confiança, paciência e disponibilidade.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, pelos preciosos conhecimentos transferidos.*

*Às colegas de turma do (PPGERO), em especial Laryssa Lopes e Carolina Nanque, por toda parceria e cumplicidade.*

*Aos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.*

*‘Não importa se a estação do ano muda...  
Se o século vira, se o milénio é outro.  
Se a idade aumenta...  
Conserva a vontade de viver,  
Não se chega a parte alguma sem ela’*  
*(Fernando Pessoa)*

## RESUMO

Objetivo: avaliar a Função Executiva (FE) nos idosos que residem em Instituição de Longa Permanência (Ilpi). Método: estudo observacional, descritivo, quantitativo, de corte transversal. A população do estudo foi de 63 idosos; após aplicar os critérios de exclusão, foram selecionados 25 idosos. As medidas estatísticas foram obtidas por meio de técnicas de estatística descritiva e foram utilizadas técnicas de estatística inferencial para verificar a associação entre a variável dependente, FE, e as variáveis independentes (sociodemográficas e condições de saúde). Resultados: predominância do sexo masculino (52,0%); faixa etária de 70 a 79 anos (52,0%); com filhos (56,0%); analfabetos (48,0%); situação previdenciária: aposentados (84,0%); estado conjugal: solteiro (a) (44,0%); recebem visitas (72,0%); nunca saem da instituição para resolver assuntos pessoais (60,0%); não possuem atividade/função dentro da Ilpi (72,0%); tempo de institucionalização de um a três anos (44,0%). Quanto às condições de saúde, 88,0% dos idosos apresentavam pelo menos uma morbidade registrada em prontuário e 68,0% eram independentes na realização de atividades cotidianas. Foi identificado, em 68,0% da amostra, déficit nas funções executivas. Conclusão: nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, da Zona da Mata de Pernambuco, foi encontrado um elevado índice de déficit executivo. Destaque especial deve ser dado à associação entre a variável sair da Ilpi para resolver assuntos pessoais e FE. Observou-se que quanto menos o idoso sair da instituição para resolver assuntos pessoais, maior a chance de apresentar déficit executivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Função Executiva. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## ABSTRACT

**Aim:** To evaluate the Executive Function (EF) in the elderly living in Long-Term Care Facilities. **Method:** Observational, descriptive, quantitative, cross-sectional study. The study's population corresponded to 63 elderly, after exclusion criterion were selected 25 elderly. The statistical measures were obtained by means of descriptive statistics techniques and were used inferential statistics techniques to verify the association among dependent variable, EF, and independent variables (sociodemographic and health conditions). **Results:** Predominance of males (52,0%); age range between 70 and 79 years (52,0%); with children (56,0%); Illiterate (48,0%); social security situation, Retired (84,0%); marital status, Single (44,0%); with visits (72,0%); They never left the Facilities to solve personal matters (60,0%); They do not have activity/function inside of LTCF (72,0%); Institutionalization time of one to three years (44,0%). Regarding health conditions, 88,0% of the elderly had at least one morbidity recorded in medical records and 68,0% were independent in carrying out daily activities. It was identified in 68,0% of the sample deficit in the Executive Function. **Conclusion:** In Long-Term Care Facilities for the Elderly, in the Zona da Mata located in Pernambuco, was found a high index of executive deficit, special featured must be given to association between the variable to leave from LTCF to solve personal matters and EF. It was observed that how much less the elderly to leave the facilities to solve personal matters, greater the chance of presenting executive deficit.

**KEY WORDS:** Elderly. Executive Function. Long-Term Care Facilities for the Elderly.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas -Recife/PE, 2017.

**Tabela 2** Caracterização da amostra segundo as condições de saúde, morbidades registradas no prontuário; auxílio para realizar atividades cotidianas e pontuação da FAB - Recife/PE, 2017.

**Tabela 3** Associação entre Função Executiva e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada – Recife/PE, 2017.

**Tabela 4** Associação entre Função Executiva e as condições de saúde - Análise univariada, Recife/PE, 2017.

**Tabela 5** Codificação da variável dependente – Função Executiva em idosos institucionalizados - Recife/PE, 2017.

**Tabela 6** Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados à função executiva em idosos institucionalizados - Recife/PE, 2017.

**Tabela 7** Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados à Função Executiva em idosos institucionalizados - Recife/PE, 2017.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVD** Atividades da vida diária
- AIVD** Atividades Instrumentais da Vida Diária
- BAF** Bateria de Avaliação Frontal
- CEP** Comitê de ética em pesquisa
- DE** Deficit Executivo
- FAB** Brazilian Version of the Frontal Assessment Battery
- FE** Função Executiva
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- Iipi** Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MDS** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Meem** Mine Exame do Estado Mental
- MDS** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PNAD** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Envelhecimento populacional</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Instituições de Longa Permanência</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Função Executiva</b>	<b>19</b>
<b>3 PERGUNTA CONDUTORA</b>	<b>22</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Objetivo geral</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Objetivos específicos</b>	<b>23</b>
<b>5 MÉTODOS</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Desenho do estudo</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Local do estudo</b>	<b>24</b>
<b>5.3 População</b>	<b>24</b>
<b>5.4 Critérios de inclusão</b>	<b>24</b>
<b>5.5 Critérios de exclusão</b>	<b>25</b>
<b>5.6 Variáveis</b>	<b>25</b>
5.6.1 Variável dependente	25
5.6.2 Variáveis independentes	25
<b>5.7 Coleta de dados</b>	<b>26</b>
5.7.1 Procedimento de coleta de dados	27
<b>5.8 Análise dos dados</b>	<b>28</b>
<b>5.9 Aspectos éticos</b>	<b>28</b>
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>35</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO A – BATERIA DE AVALIAÇÃO FRONTAL - BAF</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DO CEP</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem crescido, de uma forma geral e mais acentuada, nos países em desenvolvimento, embora seus índices sejam ainda inferiores aos dos países desenvolvidos (IBGE, 2011).

No Brasil, desde o século XIX, observa-se a prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. Com os avanços da medicina, o país vivenciou sua primeira fase de transição demográfica, que se caracterizou pelo início da queda das taxas de mortalidade. Em meados da década de 60 a taxa de natalidade inicia uma trajetória decrescente, decorrente da introdução e difusão dos métodos anticoncepcionais orais (IBGE, 2012).

O envelhecimento da população vem sendo acompanhado por um contexto de grandes mudanças sócio-culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares (CAMARANO; KANSO, 2010).

No Brasil, as famílias vêm sofrendo mudanças significativas em sua dinâmica, quer seja pela diminuição da fecundidade, quer pela participação efetiva da mulher no mercado de trabalho, entre outras razões. Por esse motivo, não conseguem acompanhar seus idosos e se veem obrigadas a recorrer ao Estado ou ao sistema privado para prover esses cuidados (CAMARANO; KANSO 2010).

Diante desse contexto, uma das opções de cuidados não-familiares corresponde às Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpi), instituições com caráter de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, dependentes ou independentes, que não possuem condições para permanecer com a família ou residir sozinhos. No Brasil, a demanda por essas instituições cresce, à medida que a população envelhece. De um modo geral, a pobreza e o abandono são as principais causas de admissão dos idosos nesses locais (CAMARANO; KANSO, 2010; VERAS, 2003).

No contexto específico das Ilpis, é comum observar os idosos entregues ao ócio, à falta de atividades. Este predomínio da desocupação faz surgir disfunções, além da diminuição da interação com o meio, em outras palavras, à perda do convívio social. Fato devido, principalmente, a dois fatores: às incapacidades, uma vez que a mobilidade e a energia no idoso tendem a diminuir; e ao isolamento, por ser um ambiente restrito (ARRIBADA, 2004). A esses fatores associa-se o processo permanente de instalação de síndromes e fragilidades, tendo como principais consequências a imobilidade no leito e a

diminuição da acuidade visual, auditiva, cognitiva e física, diretamente ligadas à autonomia e independência (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

O surgimento de doenças, bem como o estresse do ambiente, pode acelerar os processos do envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade do idoso, inclusive no que diz respeito à capacidade cognitiva, cuja alteração ou diminuição significativa torna-se alarmante quando a população de idosos é institucionalizada. Com relação à capacidade cognitiva, observa-se declínio gradual de funções como linguagem, percepção, habilidades motoras, memória e funções executivas (BATISTA et al., 2012).

As funções executivas (FE) são habilidades cognitivas necessárias para o planejamento e execução efetiva de tarefas do cotidiano, como a realização das atividades de vida diária (AVD), até aquelas de natureza mais complexa, como as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), a exemplo do gerenciamento de finanças, essenciais para assegurar a capacidade funcional do idoso (CARAMELLI; CARVALHO, 2012).

Para Beato (2012), as funções executivas são processos mentais envolvidos na formação de metas, no planejamento e no desempenho efetivo de ações. São habilidades que permitem a adaptação a novas situações, sendo necessárias à adoção de condutas adequadas e responsáveis.

Em vista disso, dada a importância da função executiva para manutenção da qualidade de vida do idoso, já que permite o desempenho de atividades cotidianas, e conseqüentemente seus papéis ocupacionais, justifica-se a necessidade de investigar a função executiva de idosos que residem em Ilpi de um município da Zona da Mata do Estado de Pernambuco, haja vista que estas instituições passaram por audiência pública recente, com o fim de discutir irregularidades encontradas no tratamento prestado e em suas estruturas físicas.

O interesse pelo tema surgiu a partir de uma experiência profissional nas respectivas Ilpis, que gerou a curiosidade e o desejo de saber mais sobre o processo de institucionalização e suas conseqüências na capacidade cognitiva, especificamente na função executiva de seus residentes.

Identificar as possíveis variáveis associadas é fundamental para produzir resultados que possam auxiliar no desenvolvimento de práticas promotoras de saúde, assim como sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos no cuidado.

Portanto, sendo a Ilpi um ambiente muitas vezes não favorecedor da funcionalidade e independência, o idoso residente neste local poderá viver em condições de vulnerabilidade, por estar submetido a situação de abandono, estresse ambiental e dependência nas suas

atividades cotidianas, o que poderá interferir diretamente na manutenção de sua função executiva.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Envelhecimento populacional

O crescimento da população idosa é um fenômeno que vem sendo estudado há vários anos. No Brasil, os idosos, que em 1900 representavam apenas 3,2% da população geral e 4,7%, em 1960, podem atingir 13,8%, em 2025. Estima-se que, já em 2020, o Brasil terá a sexta maior população de idosos, com um contingente de 30 milhões de indivíduos (VERAS, 2009; SOARES et al., 2010).

De acordo com os dados do censo de 2010 (IBGE, 2012), houve um aumento considerável da população idosa no Brasil, principalmente dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Os mesmos dados apontam que, em 1991, este grupo etário representava 4,8% da população; já em 2000 essa porcentagem aumentou para 5,9% e em 2010 alcançou 7,4%.

O processo de envelhecimento da população brasileira é avaliado pelo índice de envelhecimento, que expressa a razão entre o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas com até 14 anos de idade. O Brasil apresenta 51,8% de idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos e o índice mundial é de 48,2% (IBGE 2012).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o número de idosos na Região Nordeste do Brasil era de mais de 5 milhões e meio, dos quais quase 1 milhão em Pernambuco, distribuindo-se 400 mil deles no Recife e Região Metropolitana (IBGE, 2011).

O município em estudo, localizado na Zona da Mata do Estado de Pernambuco, tem uma área de 130,572 km<sup>2</sup>. Sua população é de 30.796 habitantes, sendo 27.182 residentes na zona urbana e 3.614 na zona rural. Os idosos já representam 11,47 % da população, sendo 1.547 do sexo masculino e 1.985 do sexo feminino (CENSO, 2010).

O envelhecimento populacional traz consigo o aumento do número de idosos com redução da capacidade física, cognitiva e mental, e essa expressiva parcela da população demanda por instituições que, além de prover a rede de assistência social, integre a rede de assistência à saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Paralelo a essas transformações no perfil demográfico, o Brasil vem sofrendo profundas mudanças sociais, como a urbanização e a alteração na estrutura familiar. Ocorre um aumento dos gastos previdenciários, uma maior demanda pelos serviços de saúde e, como consequência, aumento nos custos destes serviços (BORN; BOECHAT, 2006). Tais

problemas afetam não só o Estado e o próprio idoso, mas também as famílias (SOARES et al., 2010).

Em razão das mudanças nos parâmetros sociais e econômicos ocasionadas por esses fatores, atualmente muitas famílias não têm conseguido manter seus idosos no ambiente familiar, pois, além de não terem estrutura adequada para suprir suas necessidades, não têm possibilidade de conciliar as atividades laborais e pessoais com os cuidados demandados por estes. Em tais condições, o idoso é muitas vezes visto como um obstáculo à autonomia familiar, o que desgasta a relação entre ele e seus parentes. Frequentemente, em tais casos, a solução encontrada pela família ou pelo idoso é a institucionalização (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

## **2.2 Instituições de longa permanência**

Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente voltados à população carente que necessitava de abrigo, produtos da caridade cristã diante da falta de políticas públicas. No Brasil, grande parte das Ilpis é filantrópica. Elas contam com o apoio de congregações religiosas da comunidade e dos idosos, que contribuem com grande parte das suas aposentadorias (CAMARANO; KANSO, 2010; TOMASINI; ALVES, 2007). As duas Ilpis do estudo, de natureza filantrópica, foram criadas por religiosos, a partir do ideal de praticarem a caridade, oferecendo abrigo a idosos necessitados.

De acordo com o Censo Brasileiro do ano 2000, 113 mil idosos moravam em domicílios coletivos. Desse total, estimou-se em 107 mil o número de idosos residentes em Ilpis, o que representa 0,8% da população idosa. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), responsável pela política de cuidados de longa duração no Brasil, no ano de 2005 a União financiou 1.146 instituições para 24.859 idosos (TIRADO; DRUMMOND, 2008).

Os dados estatísticos sobre a quantidade de Ilpis disponíveis nos países em desenvolvimento, como o Brasil, são ainda mínimos, em virtude de muitas ainda funcionarem irregularmente (PIRES, 2008). Segundo estudo de Caramano e Kanso (2010), de caráter censitário, em todas as regiões do Brasil, abrangendo 92,9% das Ilpis, a maioria dessas instituições é de natureza filantrópica (65,2%) e apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições. Nas Ilpis pesquisadas, residiam cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira.

Consideram-se instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com diversas denominações, correspondentes a locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, por período indeterminado, que dispõem de funcionários habilitados para atender às necessidades da vida institucional (BRASIL, 1989).

Ribeiro e Schutz (2007) pontuam que as Ilpis constituem uma modalidade antiga de acolher o idoso fora do seu convívio familiar, trazem isolamento, inatividade física e mental, e, por consequência, uma redução da qualidade de vida. A institucionalização tornou-se uma realidade vigente, pois, através dela, é possível atender uma demanda maior de idosos, criada por fatores demográficos, sociais e de saúde.

Almeida e Rodrigues (2008) afirmam que 46,2% dos idosos independentes adentram as Ilpis por decisão própria e 30,1% por decisão da família. Gamburgo e Monteiro (2009) esclarecem que houve uma mudança no perfil desses idosos institucionalizados, nos últimos anos, passando da demanda de idosos pobres e sem família para uma predominância de idosos com dependência física e/ou cognitiva, doenças crônicas não transmissíveis e carentes de serviços de saúde.

O idoso residente em uma Ilpi via de regra acaba perdendo sua identidade e cidadania, em consequência de condutas e comportamentos regidos pelas próprias instituições (SOARES et al., 2010). Não raras vezes, apresenta comportamentos negativos, como diminuição da capacidade funcional, perda da função, dificuldade na realização das atividades do cotidiano, baixa interação social e motivação reduzida. Além disso, os cuidados prestados em tais instituições podem ser inadequados, ineficientes ou até mesmo inexistentes, quando os cuidadores não são capacitados ou recebem sobrecarga de trabalho. O ambiente institucional, em particular as rotinas rigorosas, pouco motivam o idoso a pensar, a agir e a se comportar com perspectivas de mudanças na qualidade de vida. (CALDAS, 2003; LEIME et al., 2012).

Para Born e Boechat (2013), manter a Ilpi acessível à comunidade é uma forma de diminuir os efeitos negativos causados em decorrência da institucionalização. Algumas maneiras de contato podem ser realizadas através de atividades conjuntas dos idosos residentes com aqueles grupos já existentes na comunidade; visitas periódicas de pessoas de várias faixas etárias; utilização do ambiente interno para cursos sobre o envelhecimento ou outros assuntos de interesse comum.

Para os autores, lamentavelmente, no Brasil, as instituições merecedoras dessa qualificação ainda são minoria. Geralmente, suas configurações se traduzem em estruturas constrangedoras, com critérios padronizados e convencionais que não possibilitam a expressão

individual, ocasionando a despersonalização do indivíduo. Independentemente do nível da qualidade dos serviços dessas instituições, o idoso que nelas reside tende a se afastar bruscamente do padrão de vida anterior, e em seu lugar lhe é oferecida uma situação de acomodação fechada, que o afasta do convívio social e familiar.

Assim, o idoso institucionalizado passa a integrar um grupo desprovido de projetos de vida. O que justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitações nas possibilidades de levar uma vida ativa, por parte dos idosos residentes nessas instituições. Nesse cenário, as IPIs ainda constituem um desafio, pois ao mesmo tempo em que cuidam, afastam o idoso de seu convívio familiar e social (MARIN et al., 2012).

### 2.3 Função executiva

Com relação à condição do indivíduo em realizar as atividades do cotidiano, a capacidade funcional se refere ao grau de preservação do indivíduo para desempenhar suas AVDs e AIVDs de trabalho e de lazer (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Por sua vez, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social (OMS, 2003; CHAPARRO; RANKA, 1997; EARLY, 2005; MÂNGIA, 2002).

As AVDs são atividades orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo, como se alimentar, tomar banho, usar o sanitário, vestir-se e mover-se de uma posição para outra. Enquanto as AIVDs são atividades de apoio à vida diária dentro de casa, na comunidade e em seu entorno social, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas que as utilizadas nas AVDs, são habilidades mais seletivas, controladas e harmônicas, como usar o transporte, manejar as finanças, fazer compras, tomar medicações, preparar refeições etc. (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI; 2015).

As disfunções que podem ocorrer nas atividades da vida diária são denominadas de incapacidades, segundo o modelo de incapacidade desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003). Sendo assim, para manutenção da qualidade de vida é importante que o indivíduo desempenhe o seu papel ocupacional satisfatoriamente e isso depende da influência de fatores intra e extrapessoais. Os elementos intrapessoais englobam os aspectos temporais dos contextos de desempenho, bem como fatores genéticos, neurofisiológicos e patológicos. Os elementos extrapessoais incluem o ambiente físico, objetos e ferramentas, bem como elementos sociais, culturais e familiares. O equilíbrio adequado desses fatores contribui para o

desempenho ocupacional e, conseqüentemente, para a capacidade funcional (CHAPPARO; RANKA, 1997; EARLY, 2005; LAW et al., 2009).

O equilíbrio entre a capacidade funcional e a manutenção do desempenho cognitivo, especialmente as funções executivas, garante ao idoso manter sua participação nas atividades cotidianas, preservando a qualidade de vida e aumentando o senso de bem-estar, através do desenvolvimento da competência e do controle de si mesmo e do ambiente em que vive (LOUREIRO et al., 2011).

O termo funções executivas (FEs) se refere aos processos cognitivos de controle e integração destinados à execução de um comportamento direcionado a objetivos, necessitando de subcomponentes como atenção, programação e planejamento de sequências, inibição de processos e informações concorrentes e monitoramento. O lobo frontal, especificamente a região pré-frontal, está relacionada com essas funções (KRISTENSEN, 2006).

O planejamento adequado, a formulação de estratégias para alcançar um determinado objetivo, a iniciação da atividade, a automonitorização e a flexibilidade de pensamento para modificar o curso de uma tarefa com o intuito de torná-la mais eficiente, são características do grupo das funções executivas (CARAMELLI; CARVALHO, 2012).

Lezak, Howieson e Loring (2004) distribuem a FE em componentes, especificamente na formulação de objetivos (motivação, autoconsciência e consciência do mundo), na planificação de processos para atingir os objetivos (abstração, flexibilidade mental), na execução de planos (iniciativa, sequenciação, organização de tarefas) e nas atitudes para alcançar os objetivos de forma eficaz (autorregulação, automonitorização).

A idade exerce influência significativa nos desempenhos executivos, atenção e memória de trabalho, sendo a velocidade de processamento da informação a mais comprometida (BANHATO; NASCIMENTO, 2007).

Beato et al. coordenaram dois estudos (2007; 2012) para avaliação da FE, utilizando a BAF (Bateria de Avaliação Frontal). Constataram influências significativas de idade e escolaridade sobre o desempenho no teste, realizado no primeiro estudo. No entanto, posteriormente, em uma amostra maior, apenas a educação foi associada com as pontuações da BAF. Para Paula et al. (2013), a influência da educação sobre o desempenho no mesmo teste foi particularmente relevante.

Trindade et al. (2013) afirmam que a institucionalização contribui de forma primordial para a deterioração cognitiva. Idosos institucionalizados apresentam maiores chances de desenvolver patologias que causam decadência física e psicológica mais significativa que os

idosos não institucionalizados. Nos idosos residentes em Ilpis observa-se menor desempenho cognitivo, o que leva ao comprometimento de habilidades funcionais.

Quanto melhor a percepção da qualidade de vida geral, melhor o funcionamento cognitivo. No entanto, na velhice a qualidade de vida não parece estar interligada à ausência de doenças e incapacidades apenas, mas também aos recursos positivos do meio ambiente e ao bom estado psicológico do idoso (SANTOS et al., 2012).

### **3 PERGUNTA CONDUTORA**

Como se caracteriza a função executiva em idosos que residem em instituições de longa permanência?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

- Avaliar a Função Executiva em idosos que residem em Ilpis.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a amostra, segundo as variáveis sociodemográficas; condição de saúde diagnosticada; auxílio para realizar atividades cotidianas;
- Estimar a ocorrência de comprometimento da função executiva na amostra estudada;
- Verificar a existência de associação entre a ocorrência de comprometimento nas funções executivas e as variáveis investigadas.

## **5 MÉTODOS**

### **5.1 Desenho do estudo**

Estudo observacional, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Estudos transversais ou de corte transversal são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente no momento ou intervalo de tempo analisado. Constituem, assim, um retrato ou corte instantâneo da amostra estudada (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006). Têm como principais vantagens o baixo custo e o poder descritivo.

### **5.2 Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida em duas Ilpis filantrópicas de um município brasileiro da Zona da Mata do Estado de Pernambuco, que abrange uma área de 130,572 km<sup>2</sup>, com uma altitude média de 89 metros acima do nível do mar. Sua população é de 30.796 habitantes, sendo 27.182 residentes na zona urbana e 3.614 na zona rural. Os idosos representam 11,47 % do número total de habitantes, sendo 1.547 do sexo masculino e 1.985 do sexo feminino.

### **5.3 População do estudo**

A população do estudo correspondeu a 63 idosos institucionalizados, cadastrados nas duas Ilpis, de ambos os sexos, com idades equivalentes ou superiores a 60 anos. Após considerar os critérios de exclusão, foram selecionados 25 idosos.

### **5.4 Critérios de inclusão**

Indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou acima de 60 anos, condição que define a pessoa idosa no Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que estejam institucionalizados em Ilpis filantrópicas devidamente regulamentadas pela prefeitura da cidade estudada e que concordarem em participar do estudo de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **5.5 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo idosos que apresentavam doenças neurológicas e psiquiátricas graves, síndromes demenciais, síndromes genéticas e déficits visuais ou auditivos graves.

## 5.6 Variáveis

As variáveis dependentes e independentes foram investigadas mediante aplicação de um roteiro de entrevista.

### 5.6.1. Variável dependente

Função Executiva: A avaliação da Função Executiva foi realizada através da *Brazilian Version of the Frontal Assessment Battery (FAB)* (Anexo A). A bateria apresentada é composta por subtestes que exploram a formação de conceitos, fluência verbal (flexibilidade mental), programação motora, sensibilidade à interferência (tendência à distração), controle inibitório e autonomia (CUNHA; NOVAES, 2004 ; DUBOIS et al., 2000). Os escores médios da FAB em relação ao nível educacional foram  $10,9 \pm 2,3$  para um a três anos;  $12,8 \pm 2,7$  para quatro a sete anos;  $13,8 \pm 2,2$  para oito a 11 anos e  $15,3 \pm 2,3$  para 12 ou mais anos. Os escores totais da FAB se correlacionaram significativamente com o nível educacional ( $r=0,47$ ;  $p<0,0001$ ) e com os escores do Mine Exame do Estado Mental (MMSE) ( $r=0,39$ ;  $p<0,0001$ ) (BEATO et.al., 2012).

### 5.6.2 Variáveis independentes

- Dados sociodemográficos:

- Sexo: masculino ou feminino;
- Idade: considerada em anos completos a partir da data de nascimento e data da coleta dos dados;
- Faixa etária: categorizada por faixas (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 89 anos; 90 anos e mais);
- Estado civil: casado (a) ou tem companheiro (a), solteiro (a), viúvo (a), separado (a) ou divorciado (a), não informado;
- Tem/teve filhos: sim ou não;
- Recebe visita de familiares: sim ou não;
- Sai da Ilpi para resolver assuntos pessoais: nunca, dificilmente, às vezes, frequentemente, sempre.

- Escolaridade (em anos): um a três anos, quatro a sete anos, oito a 11 anos, 12 ou mais anos e analfabetos.
  - Tempo de institucionalização: menos de um ano, de um a menos de três anos, de três a cinco anos, mais de cinco anos;
  - Situação previdenciária: aposentado (a), pensionista, aposentado (a) e pensionista, não é aposentado (a) /pensionista;
  - Possui alguma atividade/ função dentro da Ilpi: sim ou não.
- Condições de saúde:
    - Morbidades diagnosticadas - dados obtidos dos prontuários existentes nas Ilpis: sim e não;
    - Auxílio para realizar atividades cotidianas: sim ou não.

## 5.7 Coleta de dados

Os dados correspondentes às variáveis biológicas, socioeconômicas e ambientais foram obtidos através da aplicação, aos idosos, de um questionário elaborado pela pesquisadora, com perguntas fechadas (Apêndice A).

A avaliação da FE foi realizada através da FAB (Anexo A). A BAF é um instrumento novo de avaliação neurocognitiva que tem se mostrado útil para rastreamento de problemas nas funções executivas, associadas ao funcionamento do córtex frontal do cérebro humano (CUNHA; NOVAES, 2004).

A versão brasileira da BAF foi bem compreendida cognitivamente por idosos saudáveis, podendo assim constituir um instrumento viável para breve avaliação das FEs no cenário clínico (BEATO et al., 2007). A bateria apresentada é composta por subtestes que exploram a formação de conceitos, fluência verbal (flexibilidade mental), programação motora, sensibilidade a interferências (tendência à distração), controle inibitório e autonomia (CUNHA; NOVAES, 2004 ; DUBOIS et al., 2000).

A BAF é constituída por seis subtestes (BEATO et al., 2007):

- 1) Semelhanças: encontrar a ligação entre dois objetos que pertencem à mesma categoria semântica (por exemplo, pêra e pêsego). É considerada uma medida da capacidade de abstração.

- 2) Fluência verbal: o examinado deve falar quantas palavras conseguir, começando com a letra S, no período de um minuto.
- 3) Séries motoras: as funções motoras também estão relacionadas aos lobos frontais. O examinador, sentado na frente do paciente, pede que o examinado olhe com atenção a sequência motora “punho-palma-lado (PPL)”, realizada somente com a mão esquerda.
- 4) Instruções conflitantes: o paciente deve emitir uma resposta motora logo após a emissão de um estímulo sonoro produzido pelo examinador, que contrasta com o comportamento inicial. É uma tarefa em que as ordens verbais entram em conflito com a estimulação sensorial, induzindo a distração na execução da tarefa.
- 5) Controle inibitório (*Go - No Go*): tarefa similar à anterior, porém a ordem dos movimentos se modifica. O paciente, nesta fase, deve inibir o que aprendeu previamente, controlando a tendência de repetir o comportamento.
- 6) Preensão manual (Autonomia): o examinador se posiciona na frente do paciente e pede que ele não segure suas mãos. O paciente, que se encontra com as palmas das mãos viradas para cima, deve inibir a tendência observada em pacientes frontais, que acabam apertando espontaneamente a mão do examinador.

Cada um dos subtestes equivale a, no máximo, três pontos. Somados, os seis subtestes totalizarão 18 pontos, a pontuação máxima possível de ser obtida.

A BAF provou ser um teste fácil de administrar, sua duração é de 10 minutos e utiliza o material original da FAB, seguindo uma padronização e especificações exatas das regras de aplicação, com dados registrados em formulário próprio.

#### 5.7.1 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora fez um agendamento com a Ilpi e os idosos que estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo. No primeiro encontro foi realizada uma entrevista, utilizando um formulário de anamnese para obter as informações sobre as condições socioeconômicas e demográficas do idoso.

A avaliação da FE foi realizada pela pesquisadora, em sala reservada na Ilpi, em horários disponíveis e agendados com a coordenação da instituição. A entrevista e a avaliação foram realizadas após autorização dos idosos ou responsáveis.

### **5.8 Análise dos dados**

Para a análise dos dados, foram obtidas as medidas estatísticas: média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo e distribuições absolutas e percentuais, por meio de técnicas de estatística descritiva. Foram utilizadas ainda técnicas de estatística inferencial, para comparação intersujeitos e para verificar a associação entre a variável dependente, FE, segundo a BAF, e as variáveis independentes (sociodemográfica e condições de saúde). O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

O software utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 19.0.

## **5.9 Aspectos éticos**

Este projeto foi registrado e aprovado (CAAE nº 53263916.0.0000.5208) pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil referente a pesquisas com seres humanos.

## 6 RESULTADOS

Foi realizado o levantamento do quantitativo dos idosos residentes nas duas Ilpis filantrópicas em estudo, totalizando 46 idosos em uma, sendo 28 mulheres e 18 homens, e na outra 17 idosos, sendo 8 mulheres e 9 homens.

A entrevista e a BAF foram aplicadas em 25 idosos. Essa amostra correspondeu aos idosos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa.

A Tabela 1 caracteriza a amostra, segundo as variáveis sociodemográficas. Observa-se uma predominância do sexo masculino (52,0%), a maioria na faixa etária de 70 a 79 anos (52,0%), com filhos (56,0%); quanto ao grau de escolaridade houve uma predominância do analfabetismo (48,0%); quanto à situação previdenciária, 84,0% são aposentados, estado conjugal solteiro (a) (44,0%), recebem visitas de familiares (72,0%), nunca saem da Ilpi para resolver assuntos pessoais (60,0%), com tempo de institucionalização de um a três anos (44,0%) e não possuem atividade/função dentro da Ilpi (72,0%).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Recife/PE, 2017.

<b>Fator Avaliado</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	48,0%
Masculino	13	52,0%
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	2	8,0%
70 a 79 anos	13	52,0%
80 a 89 anos	8	32,0%
90 e mais	2	8,0%
<b>Filhos</b>		
Não	11	44,0%
Sim	14	56,0%
<b>Escolaridade</b>		
12 e mais	2	8,0%
1 a 3 anos	4	16,0%
4 a 7 anos	5	20,0%
8 a 11 anos	2	8,0%
Analfabeto	12	48,0%
<b>Situação Previdenciária</b>		
Aposentado	21	84,0%
Aposentado e pensionista	2	8,0%
Pensionista	2	8,0%

<b>Estado Conjugal</b>		
Casado	5	20,0%
Solteiro	11	44,0%
Viúvo	9	36,0%
<b>Recebe Visitas</b>		
Não	7	28,0%
Sim	18	72,0%
<b>Sai da Ilpi para resolver assuntos pessoais</b>		
Às vezes	7	28,0%
Difícilmente	3	12,0%
Nunca	15	60,0%
<b>Tempo de institucionalização</b>		
1 a 3 anos	11	44,0%
3 a 5 anos	4	16,0%
5 anos e mais	10	40,0%
<b>Possui atividade/função dentro da Ilpi</b>		
Não	18	72,0%
Sim	7	28,0%

A Tabela 2 caracteriza a amostra segundo as variáveis: morbidades registradas no prontuário, auxílio para realizar atividades cotidianas e pontuação da BAF. A maioria apresentou alguma morbidade (88,0%); quanto à realização das atividades cotidianas (68,0%) não recebiam auxílio e a grande maioria possuía escore da BAF abaixo da média, quando comparado com a escolaridade.

**Tabela 2.** Caracterização da amostra segundo as condições de saúde, morbidade(s) registradas em prontuário; auxílio para realizar atividades cotidianas e pontuação da FAB. Recife/PE, 2017.

<b>Fator Avaliado</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Morbidades</b>		
Não	3	12%
Sim	22	88%
<b>Auxílio nas atividades cotidianas</b>		
Não	17	68%
Sim	8	32%
<b>FAB</b>		
1	1	4%
3	1	4%
4	1	4%
5	1	4%
6	4	16%

7	4	16%
8	4	16%
9	3	12%
10	2	8%
11	1	4%
12	1	4%
13	2	8%

Na Tabela 3 observa-se associação estatística entre as variáveis testadas, se tem ou não filhos e se sai da Iipi para resolver assuntos pessoais, em relação à FE.

**Tabela 3.** Associação entre Função Executiva e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada – Recife/PE, 2017.

Fator Avaliado	Sem DE		Com DE		P-valor
	Frequência	%	Frequência	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	3	25,0%	9	75,0%	0,471
Masculino	5	38,5%	8	61,5%	
<b>Faixa etária</b>					
60 a 69 anos	0	0,0%	2	100,0%	0,644
70 a 79 anos	5	38,5%	8	61,5%	
80 a 89 anos	2	25,0%	6	75,0%	
90 e mais	1	50,0%	1	50,0%	
<b>Filhos</b>					
Não	2	18,2%	9	81,8%	0,019
Sim	6	42,9%	8	57,1%	
<b>Escolaridade</b>					
12 e mais	0	0,0%	2	100,0%	0,505
1 a 3 anos	2	50,0%	2	50,0%	
4 a 7 anos	1	20,0%	4	80,0%	
8 a 11 anos	0	0,0%	2	100,0%	
Analfabeto	5	41,7%	7	58,3%	
<b>Situação Previdenciária</b>					
Apos.	7	33,3%	14	66,7%	0,534
Apos/pens	1	50,0%	1	50,0%	
Pens.	0	0,0%	2	100,0%	
<b>Estado Conjugal</b>					
Casado	1	20,0%	4	80,0%	0,581
Solteiro	3	27,3%	8	72,7%	

Viúvo	4	44,4%	5	55,6%	
<b>Sai da Ilpi para resolver assuntos pessoais</b>					
Às vezes	3	42,9%	4	57,1%	
Difícilmente	3	100,0%	0	0,0%	0,01
Nunca	2	13,3%	13	86,7%	
<b>Recebe Visitas</b>					
Não	2	28,6%	5	71,4%	0,819
Sim	6	33,3%	12	66,7%	
<b>Tempo de institucionalização</b>					
1 a 3 anos	5	45,5%	6	54,5%	
3 a 5 anos	1	25,0%	3	75,0%	0,435
5 anos e mais	2	20,0%	8	80,0%	
<b>Possui atividade/função dentro da Ilpi</b>					
Não	4	22,2%	14	77,8%	0,093
Sim	4	57,1%	3	42,9%	

DE= Déficit Executivo

Ao realizar os testes estatísticos, apresentados na tabela 4, não foi verificada associação entre as variáveis testadas. Pode-se apenas afirmar que as proporções parecem diferir, mas a amostra analisada não foi suficiente para comprovar essas diferenças.

**Tabela 4.** Associação entre Função Executiva e as condições de saúde - Análise univariada, Recife/PE, 2017.

Fator Avaliado	Sem D.E		Com D.E		P-valor
	Frequência	%	Frequência	%	
<b>Morbidades</b>					
Não	2	66,70%	1	33,30%	0,172
Sim	6	27,30%	16	72,70%	
<b>Auxílio nas atividades cotidianas</b>					
Não	5	29,40%	12	70,60%	0,686
Sim	3	37,50%	5	62,50%	

DE = Déficit Executivo

Em relação à tabela 5, a avaliação do efeito conjunto das variáveis independentes e que tiveram associação com FE foi realizada por meio de um modelo logístico bivariado. Foram utilizados os critérios de pontuação da BAF, segundo Beato et al. (2012). Os escores médios da FAB em relação ao nível educacional, em uma amostra brasileira, foram:  $10,9 \pm 2,3$

pontos para um a três anos de escolaridade;  $12,8 \pm 2,7$  pontos para quatro a sete anos de escolaridade;  $13,8 \pm 2,2$  pontos para oito a 11 anos de escolaridade e  $15,3 \pm 2,3$  pontos para 12 ou mais anos.

**Tabela 5** – Codificação da variável dependente – Função Executiva, em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2017.

Critérios segundo a Referência	Categorias	
	Sem D.E	Com D.E.
10,9 $\pm$ 2,3 para um a três anos;	A partir de 8,6	Menor que 8,6
12,8 $\pm$ 2,7 para quatro a sete anos;	A partir de 10,1	Menor que 10,1
13,8 $\pm$ 2,2 para oito a 11 anos e	A partir de 11,6	Menor que 11,6
15,3 $\pm$ 2,3 para 12 ou mais anos.	A partir de 13	Menor que 13

DE = Déficit Executivo

Apenas nas variáveis ter filhos e sair da Ilpi para resolver assuntos pessoais foram encontradas associações estatísticas com a escala BAF; por essa razão, foram dicotomizadas e utilizadas na modelagem.

Na tabela 6 demonstra-se o resultado do modelo binário logístico que melhor explicou a variável dependente FE. A variável que apresentou o menor erro padrão, ou seja, a maior precisão, foi sair da Ilpi para resolver assuntos pessoais. Esta variável também é a mais influente, por apresentar o maior coeficiente estimado. E a variável ter filhos é importante para estimar o valor da BAF.

**Tabela 6** - Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados à função executiva (FE) em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2017.

	B	Erro Padrão	Wald	Graus de Liberdade	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Filhos	2,398	1,064	5,077	1	0,024	0,091	0,011	0,732
Sai da Ilpi	1,417	1,105	1,645	1	0,2	0,242	0,028	2,113
Constante	2,803	1,154	5,902	1	0,015	16,5		

Para verificar a assertividade do modelo ajustado foi elaborada a Tabela 7, com os resultados comparados da estimativa fe dos valores reais da variável dependente. A assertividade total foi de aproximadamente 84% dos casos. O modelo é mais assertivo para determinar os casos em que é apresentado ‘‘Com DE’’ (déficit executivo); nesse caso a assertividade sobe para aproximadamente 89%.

**Tabela 7** – Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados à função executiva em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2017.

<b>Observado</b>		<b>Predito</b>		<b>Percentual Correto</b>
		<b>Sem DE</b>	<b>Com DE</b>	
FAB	Sem DE	5	3	62,5%
	Com DE	1	16	94,1%
Assertividade Total				84,0%

DE = Déficit Executivo

## 7 DISCUSSÃO

Os idosos estudados apresentaram características semelhantes às encontradas em outros estudos, porém, com peculiaridades referentes ao ambiente e localização geográfica do estudo. Em relação ao sexo dos idosos, foi identificada proporção semelhante de homens e mulheres, prevalecendo o sexo masculino. Situação também observada em alguns estudos realizados em outras regiões do Brasil, com idosos institucionalizados (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013; LOUREIRO et al., 2011). Em estudo realizado na Região Norte, coordenado por Camarano (2007), a proporção de homens em Ipis também foi maior. Segundo a autora, um resultado que reflete a constituição da população da região.

No Brasil, a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano. Nas áreas rurais, predominam os homens, o que ocorre na região do estudo, Zona da Mata do Estado de Pernambuco. Segundo o censo 2010 (IBGE, 2011), 1.892 homens vivem na zona rural, número maior quando comparado com as mulheres. Para a autora, esses homens não constituíram vínculos familiares e, diante das dificuldades do envelhecer sozinho, procuram as Ipis. Contudo, esses resultados são discordantes da maioria dos estudos, que apontam como característica um maior número de mulheres idosas nas Ipis (DANTAS, 2010; ZIMMERMANN et al., 2015; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013; OLIVEIRA; TAVARES, 2014; HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016; CAMARANO; KANSO, 2010). Neste estudo, as proporções de idosos com déficit executivo (DE) não foram diferentes, quando comparados os sexos masculino e o feminino.

Também foi observado, neste estudo, que predominavam os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos, situação também observada em outras pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil com idosos institucionalizados (ZIMMERMANN et al., 2015; HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016; SOARES et al., 2010; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013)

Segundo os resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem (IBGE, 2011), a expectativa de vida do brasileiro elevou-se para 71,7 anos. Importante ressaltar também que, segundo o censo de 2000, houve um aumento considerável dos mais velhos, e a faixa de 80 anos e mais passou a representar 12,6% do total da população idosa. Para Born e Boechat (2006), dadas as condições desfavoráveis em que se envelhece no Brasil, teme-se que os anos de vida a mais alcançados pela população brasileira não sejam motivo de regozijo. Verifica-se

um aumento progressivo de pedidos de admissão de idosos mais velhos e dependentes em Ilpis. Para os autores, a idade acima dos 70 anos é fator de risco para a institucionalização, em decorrência da necessidade de maior cuidado e, conseqüentemente, maior dependência funcional.

Em relação a ter filhos, observou-se associação estatística entre FE e ter filhos, levando-nos a ressaltar que existe significância estatística na associação entre sem DE e ter filhos. Registre-se, no entanto, que na literatura não foi encontrada nenhuma referência à associação FE e ter filhos. Tais dados permitiram deduzir que idosos que tiveram filhos passaram suas vidas vivendo de forma mais ativa, com mais demandas cognitivas e, conseqüentemente, maior estímulo cognitivo, o que contribui para um melhor desempenho executivo.

A baixa escolaridade foi outro dado relevante, sendo constatado um número significativo de analfabetos. Esses dados estão em consonância com o censo 2010 (IBGE, 2011), ao afirmar que o nível de escolaridade, no Brasil, ainda está muito aquém do desejado, principalmente na Região Nordeste, cuja população, em sua maioria, está classificada como 'não-alfabetizada'. O analfabetismo constatado neste estudo é semelhante ao encontrado em pesquisas realizadas com idosos institucionalizados, as quais descrevem que uma grande parcela desta população não possui escolaridade (SOARES et al, 2010; LOUREIRO et al., 2011; OLIVEIRA; TAVARES, 2014; DANTAS et al., 2010; HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016).

Apesar da institucionalização e a baixa escolaridade contribuírem de forma crucial para a degradação cognitiva, não foi observada associação entre FE e escolaridade, neste estudo; o que pode estar relacionado ao número reduzido da amostra investigada, já que grande parte dos estudos realizados com maior número populacional apresentam relação entre estes dois parâmetros (ZIMMERMANN et al., 2015; FERREIRA et al., 2014; REIS et al., 2009).

Para Souza et al. (2001), o desempenho em testes executivos corresponde à regra de que o funcionamento neuropsicológico tende a decair com a idade e ser favorecido pela escolaridade. Para os autores, o êxito ocupacional de idosos normais se relaciona ao desempenho executivo, pois o funcionamento executivo íntegro capacita o indivíduo a direcionar seu comportamento de maneira produtiva, mesmo com outras perdas cognitivas.

A predominância de idosos aposentados se assemelha aos achados de Zimmermann et al. (2015), em Ilpis na cidade de Recife-PE, em que 75,8 % dos idosos recebiam aposentadoria. Outro estudo, realizado em Belém, no Estado do Pará, constatou que todos os idosos institucionalizados eram aposentados (LOUREIRO et al, 2011). De acordo com o

censo de 2009 (IBGE, 2011), a média nacional de cobertura previdenciária entre os idosos com idade igual ou superior a 60 anos é de 80,4%.

No que se refere ao estado conjugal, constatou-se maior número de solteiros, seguido de viúvos, corroborando com os achados de Dantas (2010) e Zimmermann et al. (2015) nas Ilpis de Recife-PE, e de Hartmann Júnior e Gomes (2016), em Jaboatão dos Guararapes-PE, o que sugere a ausência do apoio de familiares e de suporte social nessa fase da vida, resultando na institucionalização desses idosos. O mesmo foi encontrado por outros autores, em outras regiões do país, como Soares et al. (2010), em Marília-SP, em que predominaram os estados civis solteiro e viúvo.

A Política Nacional do Idoso assinala que o atendimento ao idoso deve, prioritariamente, desenvolver-se por meio de suas próprias famílias, em detrimento do asilo, excetuando-se os casos dos que não têm as condições necessárias para sobrevivência (Lei 8.842, de 04/01/94). São muito comuns as queixas das Ilpis sobre o abandono do residente pela família. Organizar o comparecimento de amigos e familiares, de tal forma que não se deixe passar a ideia de abandono, fará o idoso sentir-se como parte integrante da sociedade. As visitas devem ser estimuladas desde o momento da admissão, para que o vínculo familiar permaneça por meio de reuniões regulares, atividades prazerosas com a participação dos idosos e de seus familiares. Neste estudo a maioria dos idosos recebiam visitas de seus familiares, e o mesmo foi encontrado em outros estudos, em diferentes estados brasileiros (SOARES et al., 2010; LOUREIRO et al., 2011; HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016).

O ambiente de uma Ilpi, pela maneira como muitas vezes o seu cotidiano é gerido, faz com que os idosos, seus residentes, se sintam como não pertencentes ao espaço em que vivem, contrariando o sentido de comunidade. Neste estudo, foi alarmante o número de idosos (60%) que nunca saíram da Ilpi para resolver assuntos pessoais. O mesmo foi encontrado por Hartmann Júnior e Gomes (2016): em seu trabalho, 56,2% dos idosos institucionalizados informaram nunca ter saído da instituição. Para os autores, idosos com menos oportunidades sociais tendem a adoecer mais, estão expostos a maior risco de deterioração cognitiva e, por um processo cíclico, reduzem sua rede social.

É interessante observar que, nesta pesquisa, a proporção de idosos com DE e dos que nunca saíram da Ilpi para resolver assuntos pessoais é diferente das demais categorias, levando a ressaltar que existe significância estatística ( $p= 0,010$ ) na associação FE e sair da Ilpi para resolver assuntos pessoais. Resultados que não são surpreendentes, uma vez que os idosos que residem em Ilpis são geralmente pessoas passivas, sem atividades ocupacionais, o que os torna indivíduos sem iniciativa própria. Para Nunes, Menezes e Alchieri (2010),

significa afirmar que os idosos residentes em Ilpis não têm sua autonomia preservada nem liberdade para tomar decisões, quando necessárias. Santos (2006) esclarece que, raramente, encontram-se idosos institucionalizados que conservam intactas sua autonomia e independência.

No cotidiano, os déficits nas FEs atingem o processamento de informação e elaboração de ações no âmbito adaptativo como, por exemplo, dificuldade em iniciar tarefas e tomar decisões, diminuição da estimativa de tempo, dificuldade em alternar de uma tarefa para outra ou lidar com mais de uma tarefa com diferentes graus de prioridade, dificuldade em controlar impulsos, dificuldade de planejamento e ordem cronológica, impaciência e labilidade emocional (PEREIRA; 2013).

Estudos nacionais e internacionais demonstraram, de modo consistente, a forte associação entre mudanças no funcionamento executivo e alterações na capacidade funcional (PEREIRA et al., 2008; ROYALL et al., 2005).

A compreensão da capacidade funcional em Geriatria e Gerontologia, ramos da Ciência que compõem a Ciência do Envelhecimento, deve pautar-se na avaliação da maior parte das habilidades funcionais, as quais são divididas, pela literatura e pela prática clínica, em duas categorias: Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015).

Nikolava, Demers e Béland (2009) realizaram estudo em Montreal, no Canadá, que avaliou idosos, em intervalos de 12 e 36 meses, utilizando medidas estatísticas repetidas, para funções cognitivas e funcionais, no âmbito das AVDs e AIVDs. Observaram considerável deterioração cognitiva, que interferia diretamente na perda da capacidade funcional, a longo prazo, particularmente nas AIVDs, o que pode ser explicado pela complexidade dessas tarefas.

Outros estudos verificaram que, quando o funcionamento cognitivo é afetado, ocorrem alterações nas AIVDs, em particular na gestão de finanças, administração de medicações e outras tarefas que dependem da memória e do raciocínio, o que está diretamente relacionado com as FEs (ARETOULI; BRANDT, 2010; CARVALHO, NERI; YASSUDA, 2010).

Em relação ao tempo de institucionalização, os idosos tinham média de um a três anos de moradia. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados no país, em que os idosos estavam institucionalizados há menos de 5 anos (SOARES et al., 2010; LOUREIRO et al., 2011; ZIMMERMANN al., 2015; HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016; OLIVEIRA; TAVARES, 2014; SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015).

Para Ferreira (2012), o tempo de institucionalização tem grande influência na forma como os idosos se apresentam emocional e cognitivamente. O processo de institucionalização, para muitos deles, torna-se uma barreira (intelectual, cognitiva, social, entre outras), que os leva, muitas vezes, a se sentir desmotivados, ansiosos e depressivos. Não foi observado significância entre FE e o tempo de institucionalização. Sendo assim, os dados podem estar relacionados ao reduzido número da população estudada.

Neste estudo não foi percebida associação entre FE e a variável possuir atividade/função dentro da Iipi. Entretanto, dentre os idosos que não possuíam função na instituição, como exemplo: jardinagem e serviços gerais, 77,8% apresentaram DE.

Beckert, Irigaray e Trentine (2012) realizaram estudo com grupos de convivência de idosos de Porto Alegre e comprovaram associações importantes entre os domínios de Qualidade de Vida Física e Meio Ambiente e variáveis cognitivas, o que reforça a importância da cognição, tanto na manutenção de cuidados físicos, quanto nas oportunidades do idoso adquirir novas informações e habilidades no ambiente em que vive. Outro achado deste estudo foi que idosos que vivem em um ambiente seguro e favorável ao desenvolvimento cognitivo saudável, que têm recursos para satisfazer suas necessidades e que têm oportunidades de lazer e de adquirir novas habilidades, apresentam melhor desempenho em tarefas de FEs.

Em relação aos fatores associados à saúde, devem ser mencionadas as síndromes conhecidas como Gigantes da Geriatria. Imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas são as principais. Têm em comum múltiplas causas, cursos crônicos, risco de perda da independência, com recuperação longa e difícil. Com o pretexto de evitar a medicalização da velhice, muitas Iipis registram aumento de idosos fragilizados e com perdas cognitivas consideráveis (BORN; BOECHAT; 2013).

Nesta pesquisa, a grande maioria dos idosos possuía algum tipo morbidade, apesar de não ser observada significância estatística entre FE e essas morbidades registradas em prontuário. Não foi constatada associação significativa entre FE e atividades cotidianas; a maior parte dos idosos eram independentes para a realização das mesmas. O que pode ser justificado pelo fato de que, na progressão de doenças, as atividades de autocuidado são as últimas a ser comprometidas, por se tratar de atividades que não exigem elevado desempenho cognitivo, quando comparadas a outras atividades mais complexas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) destaca a capacidade funcional e a independência como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental na

população idosa. A realização adequada de uma tarefa do cotidiano envolve a participação das funções cognitivas, motoras e psicológicas.

Os instrumentos estruturados mais utilizados na investigação das FEs avaliam a capacidade atencional, de planejamento, de flexibilidade mental e de fluência verbal. Em nossa amostra, através do instrumento utilizado (BAF), observou-se elevado DE (68,0%), indicando que um número elevado de idosos apresenta alterações ao nível do funcionamento frontal. É possível considerar que os idosos institucionalizados podem ser relativamente negligenciados, falta-lhes um diagnóstico preciso, estão sujeitos a uma elevada dependência por parte de seus cuidadores formais ou por conta da própria dinâmica da Ilpi, tudo isso relacionado à liberdade reduzida que lhes é dada, o que interfere diretamente na independência e autonomia desse idoso.

Para Pereira (2013), a avaliação da FE possibilita um entendimento mais complexo a respeito das fronteiras do processo de envelhecimento cognitivo normal e patológico. Conhecer e entender como se dá o declínio executivo em idosos saudáveis e doentes possibilita a ajuda na detecção antecipada de doenças com quadros neurodegenerativos e a implantação de ações efetivas de prevenção e tratamento. O crescimento acelerado da população idosa no Brasil, com alterações cognitivas, vivendo na comunidade ou em Ilpis, aumenta ainda mais a relevância da avaliação confiável desta capacidade.

A preservação da FE reflete desde a capacidade adaptativa do indivíduo até seu adequado convívio social. Menor atenção tem sido dada ao declínio das FEs, responsáveis pela capacidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias para alcançar objetivos e sua relação com as mudanças funcionais que ocorrem no envelhecimento ou em estágios iniciais de demência.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento acelerado da população idosa vivendo em Ilpis e que apresenta alterações cognitivas faz aumentar ainda mais a importância da avaliação confiável desta função mental, tendo em vista o seu impacto no desempenho funcional.

O percentual de DE encontrado nas Ilpis pesquisadas é alarmante. Destaque especial deve ser dado à associação entre a variável sair da Ilpi para resolver assuntos pessoais e FE. Observou-se que, quanto menos o idoso sair da instituição para resolver assuntos pessoais, maior a chance de apresentar DE.

Os resultados aqui apresentados deixam por demais evidente a importância de se efetivar projetos junto às Ilpis, para que se possa trabalhar em intervenções que desacelerem o processo de deterioração cognitiva, que preservem a capacidade funcional e possibilitem um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Busca-se, ainda, contribuir para o desenvolvimento de práticas voltadas ao cuidado integral dessa parcela específica da população. Pesquisas nessa área tornam-se necessárias, a fim de coletar informações que possam auxiliar a compreender a relação entre funcionamento cognitivo, mais especificamente, entre FE e institucionalização de idosos. Tema de importância vital, ainda pouco explorado na literatura.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.J.P.S.; RODRIGUES, V.M.C.P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. **Latino-americana Enfermagem**, v.6, n. 6, p.1025-1031, 2008.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.
- ARETOULI, E.; BRANDT, J. Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 25, p. 224-233, 2010.
- ARRIBADA, M.C. Occupational therapy in rheumatology. **Review of Children Reumatology**, v. 20, n.4, p. 183-183, 2004.
- BANHATO, E.F.C.; NASCIMENTO, E. Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. **PsicoUSF**, v.12, no.1, p.65-73,2007.
- BATISTA, J.S. et.al. Reabilitação de idosos com alterações cognitivas através do videogame Nintendo Wii. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 293-299, 2012.
- BEATO, R. G. Síndrome disexecutiva. In: TEIXEIRA, A.L.; CARAMELLI, P. **Neurologia cognitiva e do comportamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. p.136-141.
- BEATO, R.G. et.al. Brazilian version of the frontal assessment battery (FAB). Preliminary data on administration to health elderly. **Dement Neuropsychology**, v.1, p. 59-65, 2007.
- BEATO,R.;CARVALHO,V.A.;GUIMARÃES,H.C.;TUMAS,V.;SOUZA,C.P.; OLIVEIRA, A.G.N.; CARAMELLI, P. Bateria de avaliação frontal em uma amostra brasileira de controles saudáveis: dados normativos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.70, n.4, p.278-280, 2012.
- BECKERT, M.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINE, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, n.2, p. 155-162, 2012.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.1820-1825.

BRASIL. Portaria MS-810/89 - Normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do idoso. Brasília, 1989.

BRASIL, DECRETOS E LEIS. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm) > Acesso em: 11/09/2016.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, A. A. ; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

CARAMELLI, P.; CARVALHO, V.A. Avaliação cognitiva para o clínico. In: TEIXEIRA, A.L; CARAMELLI, P. **Neurologia cognitiva e do comportamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. p.34-36.

CARVALHO, F.C.R.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 23, p. 317-323, 2010.

CAVALCANTI, A.; DUTRA, F.C.M.S.; ELUI, V.M.C. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo 3. ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo. n.26 (esp.), p.149, 2015.

CHAPPARO, C.; RANKA, J. **Journal of occupational performance model**. (Monografia) - OP Network, The University of Sidney. Sidney, 1997. p. 58-60.

CUNHA, P.J. ; NOVAES, M. A . Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (Supl. I), p.23-27, 2004.

DANTAS, C. M de H. L. **Capacidade funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência**. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DUBOIS, B. et.al. The BAF: a frontal assessment battery at bedside. **Neurology**, v. 55, n. 11, p. 1621-1626, 2000.

EARLY, M.B. Desempenho ocupacional. In: PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. (Orgs.). **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. São Paulo: Roca; 2005. p. 126-132.

FERREIRA, L. S.; PINHO, M. S. P.; PEREIRA, M. W. M.; FERREIRA, A. P. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência de Brasília-DF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF v. 67, n.2, p. 247-51, 2014.

FERREIRA, L. dos S. **O impacto das funções executivas no funcionamento cognitivo do idoso sob resposta social**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica - Ramo Família e Intervenção Sistêmica) - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2012.

GAMBURGO, L. J. L.; MONTEIRO, M. I. B. Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 31-41, 2009.

IBGE. Projeto UNFPA/BRASIL – **Censo demográfico 2010** – Sinopse do censo e resultados preliminares do Universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010>> Acesso em: 18/08/2014.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Rio de Janeiro, n.27, 2012. 287p. Disponível em: <[ftp://ibge.gov.br/indicadores\\_sociais/sintese\\_de\\_indicadores\\_sociais\\_2012/sis\\_2012.pdf](ftp://ibge.gov.br/indicadores_sociais/sintese_de_indicadores_sociais_2012/sis_2012.pdf)> Acesso em: 15/12/2015.

HARTMANN JÚNIOR, J.A.S.; GOMES, G.C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.137-154, 2016.

KRISTENSEN, C. H. Funções executivas e envelhecimento. In: PARENTE, M. A. M. P. (Org.). **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 97-111.

LAW, M. et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LEIME, J.; LUNA,V.; LEITE, J.; RIQUE NETO, J. O pensamento do perdão em idosos institucionalizados. **Psico**, v. 43, n. 1, p. 69-76, 2012.

LEZAK, M.D.; HOWIESON, D.B.; LORING, D.W. **Neuropsychological assessment**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 2004.

LOUREIRO, A. P. L.; LIMA, A. A.; SILVA, R. C. G.; NAJJAR, E. C. A. Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 136-144, 2011.

MÂNGIA, E.F. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.127-134, 2002.

MARIN, M. J. S., MIRANDA, F. A., FABBRI, D., Tinelli, L. P., STORNILOLO, L. V. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 15, n.1, p.147-154. 2012.

NIKOLAVA, R.; DEMERS, L.; BÉLAND, F. Trajectories of cognitive decline and functional status in the frail older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 48, n. 1, p. 28-34, 2009.

NUNES, V.M.A.; MENEZES, R.M.P; ALCHIERI, J.C. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA, P.B.; TAVARES, D.M.S. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Uberaba, v.67, n.2, p. 241-246, 2014.

OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Norte**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007. Disponível em: . Acesso em: 5 maio 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2005, 60p.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PAULA, J. J.; MIRANDA, D. M.; MALLOY-DINIZ, F. L. Mapping the clockworks: What does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.71,n.10, p.763-768, 2013.

PEREIRA, F.S. Funções executivas no envelhecimento normal e patológico. In: FREITAS, E.V.; PY, I; DOLL, J.; CANÇADO, F.A.X.; GARZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.2154-2156.

PEREIRA, F.S. ; YASSUDA M.S. ; OLIVEIRA A.M. ; FORLENZA, O.V. Executive dysfunction correlates with impaired functional status in older adults with varying degrees of cognitive impairment. **Int Psychogeriatr**, v.20, n.6, p.1104-15, 2008

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PIRES, S. L. Instituição de longa permanência para idosos. In: JACOB FILHO, Wilson; GORZONI, Milton Luiz. **Geriatrics e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008. p. 233-246.

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; ARAÚJO, C.C.; REIS, L. A.; NOVAES, L.K.N. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 295-301, 2009.

RIBEIRO, A. P., SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, 191-201. 2007.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROYALL, D.R, PALMER R., CCHIODO, L.K, POLK M.J. Executive control mediates memory's association with change in instrumental activities of daily living: the Freedom House Study. **J Amer Geriat Soc.**; 53p. 1-11. 2005.

SANTOS, N. M. W. Etapas psicológicas da vida humana e envelhecimento saudável, segundo a Weltanschauung da Psicologia Analítica. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 2, p.11-21, 2006.

SANTOS, S. B.; OLIVEIRA, L. B.; MENEGOTTO, I. H.; BÓS, A. J. G.; SOLDERA, C. L. C. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.125-143, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/revenvelhecer/article/view/18172/23192>> Acesso em: 19/08/2016.

SILVA, T.B.V.; MAGALHÃES,C.M.C.; ABREU,D.C.C. Capacidade funcional de idosos acolhidos em Instituições de Longa Permanência da Rede Pública em uma capital da Região Norte. **Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 517-534, 2015.

SOARES, E. et al. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 62-73, 2010.

SOUZA, R.O.; IGNACIO, F.A.; CUNHA, F.C.R.; OLIVEIRA, D.L.G.; MOLL, J. Contribuição à neuropsicologia do comportamento executivo. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n.3, p.526-531, 2001.

TIRADO, M. G.; DRUMMOND, A. F. Intervenções do terapeuta ocupacional em instituições de longa permanência para idosos. In: DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B. (Org.). **Intervenções em Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p. 159- 175

TOMASINI, S.L.V; ALVES, S. Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. **RBCEH**, Passo Fundo, v.4, n.1, p. 88-102, jan/jun. 2007.

TOMASINI,S.L.V.; ALVES, A. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n.1, p.91-99, 2007

TRINDADE, A.P.N.T.; BARBOZA, M.A.; OLIVEIRA, F.B.; BORGES, A.P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 2, p.281-289, 2013.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

VITORINO, L.M.; PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n. 0, p. 21 jan.-fev. 2013.

ZIMMERMMANN, I.M.M.; LEAL, M.C.C.; ZIMMERMMANN,R.D.; MARQUES, A.P.O. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. **Geriatric, Gerontology and Aging**, v. 9, n.3, p.86-92, 2015.

## APÊNDICE A– ROTEIRO DA ENTREVISTA

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: / /

01. Nº Questionário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

03. IPLI (Nome/ Endereço):  
\_\_\_\_\_

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

05. Tempo de institucionalização: (1) 1 a 3 anos

(2) 3 a 5 anos

(3) Mais que cinco anos 06. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

07. Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade /anos: (1) 60 a 69 anos

(2) 70 a 79 anos

(3) 80 a 89 anos

(4) 90 anos e mais

08. Estado Conjugal: (1) casado ou tem companheiro (a)

(2) Solteiro (a)

(3) Viúvo (a)

(4) Separado (a) ou divorciado (a)

(5) não informado

09. O Sr(a) tem/teve filhos? (1) Sim (2) Não

10. O Sr(a) recebe visita de familiares? (1) Sim (2) Não

11. O Sr(a) sai da Ilpi para resolver assuntos pessoais? (1) nunca

(2) dificilmente

(3) às vezes

(4) frequentemente

(5) sempre

10. Escolaridade (em anos): (1) um a três anos

(2) quatro a sete anos

(3) oito a 11 anos

(4) 12 ou mais anos

11. Situação previdenciária

(1) Aposentado(a)

(2) Pensionista

(3) Aposentado e pensionista

(4) Não é aposentado (a)/pensionista

11. O Sr(a) possui alguma atividade/ função dentro da Ilpi? (1) Sim (2) Não

**CONDIÇÕES DE SAÚDE**

12. Morbidade(s) registradas no prontuário: (1) Sim (2) Não

13. O Sr(a) recebe algum tipo de auxílio para realizar suas atividades cotidianas? (1) Sim (2) Não

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Função Executiva em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos Ilpi), que está sob a responsabilidade da pesquisadora Gabriela Xavier de Moraes Borba Chaves Gomes ( Rua Jorge de Lima, 245, apto. 1603, Torre Alegro – CEP: 51160070/ (81) 997538002/ ([gabrielaxaviergomes@gmail.com](mailto:gabrielaxaviergomes@gmail.com)) e está sob a orientação do Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann - Telefone: (81.992064232) e-mail ([rdzlegal@uol.com.br](mailto:rdzlegal@uol.com.br)). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, sendo uma via sua e outra que ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde em participar, enfatizamos que não lhe será feito nenhum questionamento e nenhum prejuízo pessoal por não participar. Esclarecemos também que, caso se arrependa, poderá retirar esse consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Descrição da pesquisa: Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a Função Executiva (habilidades cognitivas necessárias para o planejamento e execução efetiva de tarefas do cotidiano, como a realização das atividades de vida diária (AVD), até atividades mais complexas) de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Será preenchida uma *Ficha de Registro de seus Dados*, com o objetivo de verificar se o Sr. (a) está dentro dos critérios para participar do estudo.

Posteriormente, será avaliada a função executiva dos participantes, através de um questionário (Bateria de Avaliação Frontal); será realizada em sala especialmente preparada para esta finalidade. Para esta avaliação, os participantes permanecerão em uma cadeira com encosto, em posição neutra, com os pés apoiados, os membros superiores e inferiores relaxados e descruzados.

O idoso participará desta pesquisa, sendo avaliado apenas uma vez, com tempo médio de 10 a 20 min.

**RISCOS diretos:** A pesquisa pode oferecer como risco a ocorrência de algum tipo de desconforto emocional, pelo fato do voluntário passar por uma avaliação. Entretanto, estas avaliações serão realizadas em local resguardado e de forma individualizada, com o fim de minimizar esse risco.

**BENEFÍCIOS diretos e indiretos:** Os voluntários, assim como os profissionais envolvidos no cuidado desse idoso, serão beneficiados por orientações sobre a estimulação do seu

desempenho ocupacional, proporcionando maior autonomia e independência na realização de suas atividades de vida diária.

**GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE:** As informações desta pesquisa serão confidenciais, não sendo possível a identificação dos participantes. Ressalte-se, todavia, que os resultados do estudo serão divulgados em revistas científicas e, embora não seja possível a identificação pessoal dos participantes, os leitores poderão suspeitar de quem participou, em vista do estudo ser realizado apenas na cidade de Nazaré da Mata. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora, em armário fechado com chave, no endereço da pesquisadora, já citado acima, pelo período de , no mínimo, 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE, no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

Assinatura do pesquisador (a)

### **CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo **Função Executiva em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) responsável: \_\_\_\_\_

Impressão  
Digital  
(opcional)

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A – BATERIA DE AVALIAÇÃO FRONTAL – BAF

### 1. Similaridades (conceituação)

*“De que maneira eles são parecidos?”*

*“Uma banana e uma laranja”.*

(Caso ocorra falha total: “eles não são parecidos” ou falha parcial: “ambas têm casca”, ajude o paciente dizendo: “tanto a banana quanto a laranja são...”; mas credite 0 para o item; não ajude o paciente nos dois itens seguintes).

*“Uma mesa e uma cadeira”.*

*“Uma tulipa, uma rosa e uma margarida”.*

Escore (apenas respostas de categorias [frutas, móveis, flores] são consideradas corretas).

- Três corretas: 3
- Duas corretas: 2
- Uma correta: 1
- Nenhuma correta: 0

### 2. Fluência lexical (flexibilidade mental)

*“Diga quantas palavras você puder começando com a letra ‘S’, qualquer palavra exceto sobrenomes ou nomes próprios”.*

Se o paciente não responder durante os primeiros 5 segundos, diga: “por exemplo, sapo”. Se o paciente fizer uma pausa de 10 segundos, estimule-o dizendo: “qualquer palavra começando com a letra ‘S’”. O tempo permitido é de 60 segundos.

Escore (repetições ou variações de palavras [sapato, sapateiro], sobrenomes ou nomes próprios não são contados como respostas corretas).

- Mais do que nove palavras: 3
- Seis a nove palavras: 2
- Três a cinco palavras: 1
- Menos de três palavras: 0

### 3. Série motora (programação)

*“Olhe cuidadosamente para o que eu estou fazendo”.*

O examinador, sentado em frente ao paciente, realiza sozinho, três vezes, com sua mão esquerda a série de Iaria “punho-borda-palma”.

*“Agora, com sua mão direita faça a mesma série, primeiro comigo, depois sozinho”.*

O examinador realiza a série três vezes com o paciente, então diz a ele/ela: “Agora, faça sozinho”.

Escore

- Paciente realiza seis séries consecutivas corretas sozinho: 3
- Paciente realiza pelo menos três séries consecutivas corretas sozinho: 2
- Paciente fracassa sozinho, mas realiza três séries consecutivas corretas com o examinador: 1
- Paciente não consegue realizar três séries consecutivas corretas mesmo com o examinador: 0

### 4. Instruções conflitantes (sensibilidade a interferência)

*“Bata duas vezes quando eu bater uma vez”.*

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 1-1-1.

*“Bata uma vez quando eu bater duas vezes”.*

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada:

2-2-2.

O examinador executa a seguinte série: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Escore

- Nenhum erro: 3
- Um ou dois erros: 2
- Mais de dois erros: 1
- Paciente bate como o examinador pelo menos quatro vezes consecutivas: 0

### 5. Vai-não vai (controle inibitório)

*“Bata uma vez quando eu bater uma vez”.*

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 1-1-1.

*“Não bata quando eu bater duas vezes”.*

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 2-2-2.

O examinador executa a seguinte série: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Escore

- Nenhum erro: 3
- Um ou dois erros: 2
- Mais de dois erros: 1
- Paciente bate como o examinador pelo menos quatro vezes consecutivas: 0

### 6. Comportamento de preensão (autonomia ambiental)

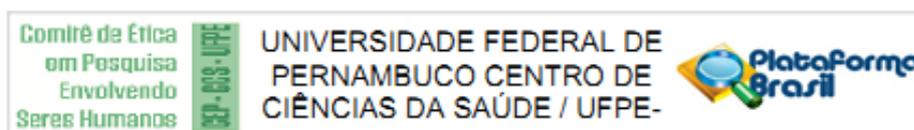
*“Não pegue minhas mãos”.*

O examinador está sentado em frente ao paciente. Coloca as mãos do paciente, com as palmas para cima, sobre os joelhos dele/dela. Sem dizer nada ou olhar para o paciente, o examinador coloca suas mãos perto das mãos do paciente e toca as palmas de ambas as mãos do paciente, para ver se ele/ela pega-as espontaneamente. Se o paciente pegar as mãos, o examinador tentará novamente após pedir a ele/ela: “Agora, não pegue minhas mãos”.

Escore

- Paciente não pega as mãos do examinador: 3
- Paciente hesita e pergunta o que ele/ela deve fazer: 2
- Paciente pega as mãos sem hesitação: 1
- Paciente pega as mãos do examinador mesmo depois de ter sido avisado para não fazer isso: 0

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

**Pesquisador:** GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53263916.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.479.817

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação da aluna Gabriela Xavier de Moraes Borba Chaves Gomes do Programa de Pós-graduação em Gerontologia - PPGERO do Centro de Ciências da Saúde - CCS orientada pelo Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann e co-orientada pelo Prof. Dr. Euler Ribeiro. O projeto constitui-se de um estudo sobre a Função Executiva em Idosos Residentes em Instituição de Longe Permanência - ILPI. A autora pretende conhecer a capacidade cognitiva dos idosos no tocante a preservação das suas funções: linguagem, percepções, habilidades motoras e funções executivas definidas no projeto como processo cognitivo de controle e integração destinados à execução de um comportamento direcionado que requer subcomponentes como atenção, programação, planejamento de sequências, inibição de processos e informações concorrentes e monitoramento.

#### Objetivo da Pesquisa:

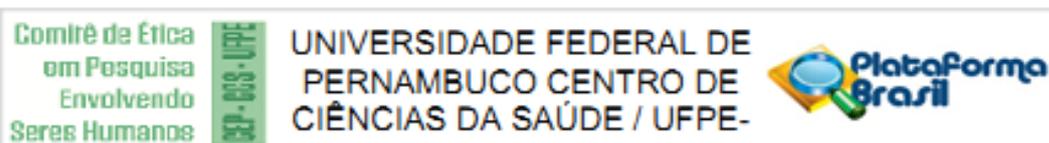
**Objetivo Geral:**

-Verificar se os idosos que permanecem grandes períodos em ILPIs tem as suas funções executivas comprometidas.

**Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas; tempo de institucionalização;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.479.517

realização de atividades cotidianas;

- Estimar a ocorrência de comprometimento da função executiva da amostra estudada.

Os objetivos estão adequados ao projeto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos estão previstos e considerados de forma concernentes à proposta da pesquisa, inclusive em relação aos riscos metodológicos ressaltados pela autora, visto que por ser um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo e de corte transversal, essa pesquisa irá buscar visualizar a situação da população apenas em um determinado momento, provavelmente haverá necessidade de estudos futuros com amostras maiores para caracterizar a função executiva de idosos residentes em ILPIs.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é sem dúvida de relevância, embora o projeto tenha um bom conteúdo, observamos falhas na sua apresentação, tais como: formatação das normas ABNT, falta de item, falta de identificação do programa e curso que apresenta a proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão de acordo com o solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos.

**Recomendações:**

Rever a formatação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, a falta de item e a falta de identificação do programa e curso que apresenta a proposta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ver o item Recomendações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (51)2125-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

<b>Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos</b>		<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</b>	
--	--	---	--

Continuação do Parecer: 1.479.517

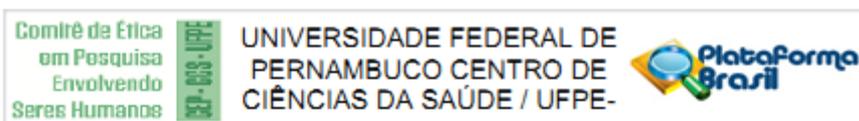
Identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P ROJETO_652043.pdf	16/02/2016 19:39:58		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	16/02/2016 19:38:58	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES GOMES	Aceito
Outros	scan0001.pdf	16/02/2016 19:35:38	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	16/02/2016 19:34:49	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	f.pdf	03/02/2016 10:39:38	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Outros	ROGERIO.pdf	02/02/2016 13:37:11	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Outros	EULER.pdf	02/02/2016 13:34:38	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Outros	gabriela.pdf	02/02/2016 13:29:17	GABRIELA XAVIER DE MORAES BORBA CHAVES	Aceito
Outros	scan.pdf	02/02/2016 13:27:40	GABRIELA XAVIER DE MORAES	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2125-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.479.817

Outros	scan.pdf	02/02/2016 13:27:40	CHAVES GOMES	Aceito
--------	----------	------------------------	--------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 06 de Abril de 2016

Assinado por:  
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2125-8588 E-mail: cepcca@ufpe.br