

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

HERMANN NOGUEIRA HASTEN-REITER JÚNIOR

**RASTREAMENTO DE ABUSOS E MAUS-TRATOS CONTRA INDIVÍDUOS
IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Maceió

2013

HERMANN NOGUEIRA HASTEN-REITER JÚNIOR

**RASTREAMENTO DE ABUSOS E MAUS-TRATOS CONTRA INDIVÍDUOS
IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Alagoas – Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Mario Jorge Jucá

Maceió

2013

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

H356r Hasten-Reiter Júnior, Hermann Nogueira.
Rastreamento de abusos e maus-tratos contra indivíduos idosos residentes em instituições de longa permanência / Hermann Nogueira Hasten-Reiter Júnior. – 2013.
70 f.

Orientador: Mario Jorge Jucá.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2013.

Bibliografia: f. 54-59.
Apêndices: f. 60-65.
Anexos: f. 66-67.

1. Idosos – Maus tratos. 2. Idosos institucionalizados. 3. Cuidadores de idosos. I. Título.

CDU: 616-083-053.9



Universidade Federal de Alagoas
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ICBS - UFAL – Campus A. C. Simões
Av. Lourival Melo Mota, S/N
Cidade Universitária – Maceió-AL
CEP: 57072-900
E-mail: ppgcs9@gmail.com
Fone: 82 3214 1850

Defesa da Dissertação de Mestrado do mestrando Hermann N. Hasten-Reiter Jr, intitulada: “Rastreamento de abusos e maus-tratos contra indivíduos idosos residentes em instituições de longa permanência”, orientado pelo Prof. Dr. Mário Jorge Jucá, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 22 de março de 2013.

Os membros da Banca Examinadora consideraram o candidato Aprovado.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Edmundo Guilherme de Almeida Gomes – (FAMED/UFAL)

Prof. Dr. Hinaldo Lima de Menezes - (UFAL)

Prof. Dr. Douglas Apratto Tenorio – (CESMAC)

DEDICATÓRIA

A Deus;

A minha esposa Isabela, pelo apoio e dedicação. Pela amizade, amor e compreensão;

Ao meu filho Caio, razão eterna do meu viver e alegria;

Aos meus pais, Hermann e Josy (in Memoriam), anjos que meu Deus enviou para me ensinar a ser cada dia melhor, tenho vocês como exemplo de ser pai;

A minha irmã, complicada e perfeitinha, me ajudando sempre que preciso;

A todos os meus familiares, pelo apoio e incentivo;

Aos meus grandes amigos.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Mario Jorge Jucá, pela orientação, paciência, carinho, pela ajuda em momentos delicados e tristes, que tive nesses anos, e principalmente pela confiança e perseverança;

Ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da UFAL, pela grande oportunidade;

As Instituições de Longa Permanência para Idosos, por abrir o espaço e colaborar para que essa pesquisa fosse concretizada;

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e apoio;

Aos colegas do mestrado, principalmente, Alfredo, Altair, Cíntia, Delma, Edla, Felipe, Glauber, Kézia, Moézio e Sandra;

Aos idosos e cuidadores que fizeram possível esse trabalho.

*Nós podemos fazer qualquer coisa, podemos ser qualquer um,
basta fechar os olhos e tentar enxergar.
Se você acreditar.*

Blues Saraceno - 2012

RESUMO

Objetivo: Rastrear abusos e maus-tratos em idosos residentes em instituições de longa permanência e correlacionar os resultados nos idosos e cuidadores obtidos em duas ILPIs. **Método:** Estudo observacional, transversal, realizada no município de Maceió, Alagoas, Brasil, com idosos e cuidadores, vinculados a duas maiores instituições de longa permanência (A e B) situadas nesse município. A amostra foi composta por 94 indivíduos, sendo 81 idosos e 13 cuidadores. A coleta de dados foi realizada através de instrumentos, aplicados em forma de entrevista e exame físico. Para os dados sócio-econômicos e demográficos e avaliação de abuso e maus-tratos nos idosos utilizou-se o questionário Instrumento de Rastreamento de Abuso e Maus-Tratos em Idosos – IRAMI e para a avaliação dos cuidadores foi utilizado a adaptação transcultural do Caregiver abuse Screen – CASE e analisados no software SPSS 15.0. Este estudo teve projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o protocolo de número 013032-2010-04. **Resultados:** Entre os idosos, houve um predomínio do sexo feminino, com média de idade de 77,3 anos, estado civil solteiro e no tempo de permanência entre 01 a 10 anos. Dentre as morbidades houve significância nos casos de hipertensão arterial sistêmica e coronariopatias. Entre os sinais de abuso e maus-tratos, houve significância entre vestimentas descuidadas, quedas e uso regular de medicamentos, essas diferenças estatísticas expressam realidades de vida e morbidade, que podem estar relacionados ao cuidado e fatores relacionados, como as condições ambientais oferecidas pela instituição. **Conclusão:** Os achados desta pesquisa revelam que os sinais de maus-tratos encontrados alertam para uma maior atenção para o idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Maus-tratos ao idoso. Idoso. Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: Screen abuse and mistreatment in elderly residents in long-stay institutions and correlate the results obtained in the elderly and caregivers in two LSIs. **Methods:** Observational study conducted in the city of Maceió, Alagoas, Brazil, with seniors and caregivers, linked to two major long-stay institutions (A and B) located in that municipality. The sample consisted of 94 individuals, with 81 seniors and 13 caregivers. Data collection was conducted through instruments applied in the form of interviews and physical examinations. For the socio-economic and demographic assessment and abuse and mistreatment screening in the elderly used the questionnaire Instrumento de Rastreamento de Abuso e Maus-Tratos em Idosos - IRAMI and evaluation of caregivers was used to cross-cultural adaptation of the Caregiver Abuse Screen - CASE and analyzed with the software SPSS 15.0. This study research project was approved by the Ethics and Research committee of the Federal University of Alagoas under protocol number 013032-2010-04. **Results:** Among the elderly, there was a predominance of females, with a mean age of 77.3 years old, unmarried and in length of stay between 01 to 10 years. Among the morbidities was statistic significance in cases of high blood pressure and coronary heart disease. Among the signs of abuse and mistreatment, there were significant between careless dress, falls and regular use of medications, these statistical differences express realities of life and morbidity, which may be related to the care and related factors such as environmental conditions offered by the institution . **Conclusion:** The findings of this research show that the signs of abuse found warn of increased attention to the institutionalized elderly.

Key Words: Elder abuse. Elderly. Caregivers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo as características sócio-econômicas e demográficas, Maceió, AL – 2012	40
Tabela 2 – Distribuição das frequência dos idosos segundo as características de morbidade, Maceió, AL – 2012	41
Tabela 3 – Distribuição das frequência dos idosos segundo as características de saúde, Maceió, AL - 2012	41
Tabela 4 – Distribuição das frequência dos idosos segundo as características de social, Maceió, AL - 2012	42
Tabela 5 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo as características de maus-tratos de acordo com IRAMI, Maceió - AL, 2012	43
Tabela 6 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo as características de maus-tratos de acordo com IRAMI, Maceió - AL, 2012	44
Tabela 7 – Distribuição dos cuidadores por Instituição, de acordo com o sexo ..	45
Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores, de acordo com os resultados do questionário CASE por Instituição	45
Tabela 9 – Distribuição dos cuidadores, de acordo com a soma dos resultados do questionário CASE por Instituição	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CASE	Caregiver Abuse Screen
IRAMI	Instrumento de Rastreamento de Abuso e Maus-Tratos em Idosos
FRD	Ficha de Recolhimento de Dados
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ILPI	Instituição de Longa Permanência para o Idoso
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para o Idoso
DP	Desvio Padrão
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIM-datasus	Sistema de Informações sobre Mortalidade do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
p	Nível descritivo estatístico
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
WHA	World Health Assembly
H-S/EAST	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
CNS	Conselho Nacional de Saúde
RIIS	Rede Intergerencial de Informações para a Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Envelhecimento Populacional	19
3.1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos	20
3.1.1.1 Consequências epidemiológicas do envelhecimento	21
3.1.2 Envelhecimento X Institucionalização	23
3.2 Violência contra Idosos	25
3.2.1 Definição e Prevalência	25
3.2.2 Tipos de Abuso e Maus-tratos	27
3.3 Instrumentos de Detecção de Violência Contra Idosos	29
3.3.1 Caregiver Abuse Screen – CASE	30
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
4.1 Delineamento do Estudo	34
4.2 Local do Estudo	34
4.3 População	34
4.3.1 Amostragem	34
4.3.2 Critérios de Inclusão	34
4.3.3 Critérios de Exclusão	34
4.3.4 Procedimentos para seleção da Amostra	35
4.4 Coleta de Dados	35
4.4.1 Entrevistas	35
4.4.2 Instrumentos	35
4.5 Aspectos Éticos	36

4.6 Procedimentos Estatísticos	37
5 RESULTADOS	38
5.1 Características dos idosos e Avaliação de Maus-Tratos pelo Instrumento de rastreamento de abuso e negligência em idosos	39
5.2 Caracterização dos cuidadores	44
5.3 Características dos cuidadores pelo Caregiver Abuse Screen	45
6 DISCUSSÃO	47
6.1 Caracterização dos idosos	48
6.2 Caracterização dos cuidadores	51
7 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	60
ANEXOS.....	66

Paulatinamente, nas últimas décadas, o envelhecimento populacional tornou-se um dos maiores desafios para a saúde pública, visto que se exige a efetiva implementação da estratégia de educação em saúde, como possibilidade de manutenção da capacidade funcional do idoso. Em razão do aumento da expectativa de vida da população mundial, muitos países convivem com idosos de gerações diversas, os quais possuem necessidades variadas, exigindo políticas assistenciais distintas (SOUZA, FREITAS e QUEIROZ, 2007). Segundo Lima-Costa (2003), no Brasil, o número de idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos e ainda estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.

O envelhecimento é fato, o que leva as sociedades voltarem sua atenção às questões políticas, econômicas, culturais, sociais e de saúde, advindas desse fenômeno. Em decorrência das alterações normais desencadeadas no organismo pelo processo de envelhecimento, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos; a maioria delas surge da fragilidade e vulnerabilidade próprias do seu estado fisiológico, o que os tornam vítimas potenciais da crescente violência social. De modo geral, a violência crescente na população idosa tornou-se um tema bastante discutido na comunidade científica, mas a ação para contê-la ainda é frágil. Ainda pode evidenciar que a violência pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, ou ainda por pessoas que passam a assumir função parental, mesmo sem laços de consangüinidade, mas que exerçam uma relação de poder perante a outra. Os maus-tratos na terceira idade podem ser definidos como ato único ou repetidos, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e, que ocorram, dentro de um relacionamento de confiança. Assim sendo, a natureza dos atos violentos pode ser: física, psíquica, material, sexual, negligência e confinamento (GAIOLI, 2008).

De acordo com Espíndola e Blay (2007), a epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude das violências no cotidiano da vida, das instituições e do próprio estado. Para isso, usa o conceito de *causas externas*, que é preciso serem diferenciadas de *violência*. *Causas externas* constituem uma categoria estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para se referir as resultantes das agressões e dos acidentes, traumas e lesões.

Muitas sociedades contemporâneas parecem já ter incorporado nas suas estruturas sociais, jurídicas, morais, e mesmo de saúde pública, formas de prevenir, identificar e lidar com o abuso e os maus-tratos de grupos de pessoas identificados, como é o caso de crianças e de mulheres. No caso específico da população idosa, os maus-tratos parecem ser entre nós, um fenômeno excessivamente ignorado, tanto do ponto de vista da sua investigação e identificação, quanto na sua prevenção e modos de intervenção (FERREIRA-ALVES e SOUZA, 2009).

A violência contra o idoso pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações; e por diferentes motivos é subdiagnosticada e subnotificada. As causas para o difícil diagnóstico estão: sentimentos da vítima de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represália por parte do agressor. A maioria dos casos de violência contra idosos é devido à auto-negligência ou é perpetrado por um membro da família, o que pode explicar porque as vítimas tendem a minimizar a gravidade da agressão e mostrarem-se leais a seu agressor, freqüentemente, negando-se a adotar medidas legais contra os mesmos ou a discutir sobre esse assunto com terceiros (CAMMER PARIS, 2006).

Diversos estudos evidenciam que a maioria dos abusos são cometidos por familiares e cuidadores desses idosos, sendo por negligência e por falta de prática e disposição para cuidar desses indivíduos. Com isso, faz-se necessário um estudo mais aprimorado em relação à qualidade do cuidado com esses idosos, rastrear uma forma de sinais de abuso e maus-tratos comuns e diferenciar se há predominância de fatores relacionados, seja por não saber cuidar, ou ser decorrente de trabalho a que estão submetidos os cuidadores (REBÊLO, 2012).

2 OBJETIVOS

GERAL:

Rastrear e comparar os abusos e maus-tratos contra indivíduos idosos, como também fatores relacionados em duas instituições de longa permanência.

ESPECÍFICOS:

Correlacionar os resultados entre duas instituições de longa permanência;

Identificar através dos cuidadores sinais indicativos de abuso.

3.1 Envelhecimento Populacional

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX reconhece-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto à equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (CAMARANO, PASSINATO, 2012).

É sabido que nos países desenvolvidos, os chamados “primeiro-mundo”, o envelhecimento da população aconteceu em um panorama socioeconômico adequado, o que consentiu o alargamento de seus aparelhos de proteção social. Os fatores determinantes do envelhecimento, na população de um país, são, fundamentalmente, ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, de modo menos importante, de suas taxas de mortalidade (ALVES, 1995).

Para que uma população envelheça, é necessário, primeiro, Segundo Caldas (2003) que haja uma queda da fertilidade; um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens, na mesma, diminua. Se, simultânea ou posteriormente, há também uma redução das taxas de mortalidade (fazendo com que a expectativa de vida da população, como um todo, torne-se maior), o processo de envelhecimento de tal população torna-se ainda mais acentuado. Tal processo é dinâmico, e ainda segundo o autor estabelece-se em etapas sucessivas e é, comumente, conhecido como "transição epidemiológica ou demográfica".

Na sua etapa inicial, as taxas de fertilidade são altas e a mortalidade está concentrada nos segmentos mais jovens da população; progressivamente, as taxas de mortalidade decrescem, aumentando a percentagem de crianças e prolongando a sobrevivência, enquanto as taxas de fertilidade diminuem fazendo com que, proporcionalmente, os grupos de mais idade aumentem em relação aos mais jovens (CAMARANO, PASSINATO, 2012).

Finalmente, ainda de acordo com os autores citados anteriormente, quando as taxas de fertilidade e de mortalidade se mantêm baixas, há um progressivo aumento, na proporção de adultos, na população, incluindo, naturalmente, os mais

idosos. Neste estágio da transição epidemiológica, a "pirâmide" populacional passa a apresentar uma configuração retangularizada, característica das populações europeias de hoje, por exemplo.

3.1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos

Paschoal (2006) em seus estudos revela que com o processo do envelhecimento populacional, dá-se o fenômeno das chamadas transições Demográfica e Epidemiológica. Se esse processo de transição for comprimido e acontecer em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito acentuadas, particularmente se os recursos materiais dessa sociedade forem limitados. Nesse caso, o maior desafio será o de absorver e lidar com as necessidades dos idosos, desde que as prioridades continuem como são claramente relacionadas a outros grupos etários da população (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1997a e 1997b).

Para Gyll (2000), desde tempos perdidos no passado, que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do âmbito filosófico. Disse Platão que toda a "filosofia é uma meditação relacionada com a morte". As terapias propostas eram, e foram através dos tempos, alicerçadas em crenças mágicas e obscuras e reduzidas a elixires de juventude que visavam suprimir os efeitos do curso da idade.

Em Portugal, é na década de 50, com o pioneiro José Reis, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas. Apesar do esforço e da sua persistência para impulsionar o interesse por uma nova doutrina médica - a Geriatria - a favor dos seres humanos até então singularmente negligenciados continuou a pensar-se e a agir-se segundo modelos tradicionais de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de prognóstico, e muito poucas vezes de reabilitação (MARTIN, CORDONI JÚNIOR, BASTOS, 2005).

De acordo com Dinis (2000), em seus estudos revela que os aumentos da longevidade e dos aspectos a ela inerentes fazem do fenômeno envelhecimento uma questão de estudo atual, que merece uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde.

Pensou-se durante muito tempo que a "explosão demográfica da terceira idade" era uma consequência direta do aumento da esperança de vida, no entanto

esta hipótese não foi confirmada porque se sabe hoje que o principal fator responsável por este fenômeno é o declínio da natalidade (NAZARETH, 1994).

As alterações na estrutura etária da população portuguesa, diz-nos Dinis (2000), traduzem-se fundamentalmente pelo aumento da população, que resulta:

1. Da diminuição constante da taxa de natalidade: em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos "velhos" aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenômenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são fatores que condicionam uma baixa de nascimentos;
2. Do aumento "significativo" da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

Nazareth (1994) ainda relata que: "para além da dinâmica das inter-relações entre mortalidade e natalidade não podemos ignorar o conceito de "nicho ecológico humano". O homem é um ser dotado de uma grande mobilidade e as migrações, ao serem seletivas, produzem necessariamente impactos estruturais importantes.

A conjugação de todos estes fatores convergem para mudanças significativas no contexto demográfico e começam a acarretar uma série de previsíveis consequências epidemiológicas que merecem, de fato, uma reflexão aprofundada (MARTIN, CORDONI JÚNIOR, BASTOS, 2005).

3.1.1.1 Consequências epidemiológicas do envelhecimento

Estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (LIMA-COSTA, 2003).

Como pode ser visto na tabela abaixo, parte expressiva das causas de mortalidade entre idosos no Brasil poderia ser reduzida com a implementação de

programas de prevenção e tratamento adequados, as doenças cardiovasculares constituem o principal grupo de causas de mortalidade entre idosos, em países como os Estados Unidos da América e o Brasil (BRASIL, 2000).

Fatores de risco modificáveis, que são responsáveis pela morte prematura atribuída a doenças cardiovasculares entre idosos, incluem tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, obesidade, dislipidemia e controle inadequado da hipertensão e do diabetes. A redução do risco cardiovascular tem-se mostrado custo-efetiva e deveria ser enfatizada ao longo da vida, da infância à velhice (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1997b).

Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIIS (2002), pneumonia e influenza são importantes causas de hospitalização e morte entre a população idosa. Todos os idosos deveriam receber, anualmente, vacinação contra a gripe e vacinação contra pneumonia – ou, pelo menos, uma vez na vida.

Ainda segundo a RIIS (2002) morbidade e a mortalidade associadas a diferentes tipos de câncer aumentam com a idade. Os cânceres de mama e da próstata são os mais freqüentes entre mulheres e homens idosos, respectivamente.

A prevenção secundária, segundo Passarelli (2007) deve ser feita por meio da detecção precoce, é a melhor forma de redução da mortalidade associada a esses cânceres, o uso de cigarro está associado a várias das principais causas de morte entre os idosos brasileiros, tais como as neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões, e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Dietas ricas em frutas e verduras/legumes frescos, que contêm fibras, nutrientes essenciais e vitaminas, reduzem o risco de doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, do ponto de vista da Saúde Pública, a meta é a ingestão diária de cinco ou mais porções de frutas e verduras/legumes frescos (KAMIMOTO, et al, 1999).

Diante deste contexto podemos afirmar que dados sobre as condições de saúde dos idosos e seus determinantes, assim como suas demandas e modelos de uso de serviços de saúde, são basilares ao norteamo de políticas de saúde específicas a essa população (PASSARELLI, 2007).

3.1.2 Envelhecimento X Institucionalização

De acordo com o *World Health Organization* (2005) o processo de senectude ocorreu de forma gradual nesses países, de modo que o acúmulo de riquezas internas ocorreu antes mesmo da massificação do envelhecimento populacional, não tendo comprometido severamente o acúmulo das riquezas; já nos países em desenvolvimento, tais transformações têm ocorrido de forma concomitante e até precoce, provocando problemas nos ordenamentos sociais, econômicos e políticos que repercutem diretamente na produção das riquezas internas de um país e nos padrões de desenvolvimento econômico.

Estudos nacionais acenam que 0,8% da população idosa brasileira está convivendo em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Observa-se que a institucionalização não é uma prática comum no Brasil. Mesmo que esses indicadores não revelem grande visibilidade do problema para o cenário nacional, vale considerar que o processo de fragilidade senil e a institucionalização estão em ascensão; portanto, há uma tendência de crescimento em um futuro próximo (GONÇALVES, 2010).

Dentro deste contexto Silva e Figueiredo (2012) retratam que o processo de institucionalização tem significados pouco receptivos, quase sempre é incompreendido e de difícil aceitação tanto para os idosos quanto para aqueles que ousam investigar os motivos que levam as famílias a institucionalizá-los.

Além disso, Lenart (2006) mostra que as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) eram, outrora, conhecidas como asilos – locais de isolamento, segregação social e geracional, minimamente acolhedoras para seres humanos.

Entretanto, estudos ainda demonstram que o cuidado nessas instituições está envolto na tomada de decisão em poder e/ou precisar de cuidados de longo prazo frequentes. Mas essa atitude autônoma não é tomada pelo idoso. Suas possibilidades de escolha são limitadas, e às vezes, inexistentes, pois a incapacidade vivida por ele diminui o sentimento de autoconfiança e liberdade individual, tornando-o dependente para a realização das atividades cotidianas de sustentação do próprio corpo (SILVA E FIGUEIREDO, 2012 e LENART, 2006).

As ILPIs são locais desprovidos de liberdade para seus residentes, desde a admissão até sua permanência como “moradores”, especialmente porque as normas institucionais, os contratos de permanência no estabelecimento, os riscos de

acidentes físicos, a qualidade da assistência e de recursos humanos qualificados para o cuidado ao idoso frágil influenciam na qualidade de vida dessas pessoas (MURAKAMI, SCATTOLIN, 2010).

Essa característica das ILPIs proporciona pelo menos duas interpretações sobre a realidade dos idosos institucionalizados de acordo com Brasil (2006):

1. A primeira, compreendida como sendo aquela obediente ao direito jurídico de funcionamento, que considera sua existência necessária para resolver os problemas de ordem individual, familiar e social, sob a ótica dos regulamentos estatizados. Assim, os cuidados aos idosos com dependência física, mental ou financeira passam a serem assumidos pelas ILPIs, ocultando, à primeira vista, o problema da esfera pública.
2. A segunda trata do significado da autonomia, que culturalmente se traduz em possibilidade de ação com liberdade e independência, condição que não se observa nos idosos frágeis e vulneráveis.

Para Macedo, Gazola e Najas (2008) a concepção desse valor humano concebido culturalmente é marginalizadora, segregadora e utilitarista, pois contribui para a adoção de informações e conceitos pessoais e sociais pejorativos sobre o envelhecimento, que repercutem nos padrões de beleza, na aversão às idades mais avançadas e na incompletude de ser humano.

Entre a população idosa institucionalizada, é esperado que o envelhecimento ativo seja uma meta e/ou uma consequência da qualidade da assistência multidimensional prestada, pois as variações do grau de independência funcional são diferentes daqueles idosos que vivem no domicílio, sob o amparo e a interação familiar saudável – ou ainda daqueles que descobriram a convivência com seus pares em centros de convivência para pessoas idosas e cujas práticas assistências contemplam atividades físicas, lúdicas, artísticas e de prevenção às doenças (AGICH, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), através da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), definiu o termo capacidade funcional como a qualidade que as pessoas idosas têm para desempenhar as atividades do cotidiano de forma autônoma, independente e correta.

Desse modo, Barbosa e Werba (2010) mostram que o entendimento das incapacidades funcionais estaria associado à interação de fatores ambientais e

peçoais e do contexto cultural que interagem de forma dinâmica entre o estado de saúde e doença. Consideram ainda que viver em uma ILPI é o principal fator que influencia no aparecimento das fragilidades.

Para Duarte (2005) a institucionalização está associada à imobilidade, à presença de doenças crônicas causadoras de incapacidades, a alguma incapacidade para desenvolver uma atividade diária, ao convívio com situações de violência doméstica, a ter mais de 75 anos, além de outros fatores que podem estar presentes em populações locais, caracterizando-as como frágeis.

Seja qual for o motivo que leve à institucionalização dos idosos, essa opção de moradia é vista como um local de segregação geracional, que produz sensações e sentimentos de isolamento, perdas, inatividade física e mental por problemas de saúde ou por falta de oportunidade, repercutindo na qualidade de vida desses indivíduos (RICCI, KUBOTA, CORDEIRO, 2005).

Podem, inclusive, propiciar o aumento da dependência funcional, sobretudo porque a padronização da assistência, com horários previamente estabelecidos, normas e rotinas predeterminadas, com o objetivo de controlar cada vez melhor os acontecimentos nas ILPIs, favorece a perda de autonomia, do autocuidado e da participação efetiva no cotidiano coletivo (ARAÚJO, CEOLIM, 2007).

3.2 Abuso e Maus-tratos contra Idosos

3.2.1 Definição e Prevalência

Os abusos e maus-tratos contra seres humanos parece fazer parte da própria história da humanidade. No entanto, alguns aspectos e causas dessa violência são mais facilmente percebidos do que outros, com variações decorrentes dos sistemas de valores sociais e econômicos das sociedades em que se inserem (PASINATO, CAMARANO, MACHADO, 2004).

Para Barnett et al. (2007), o entendimento da violência familiar como um problema social é muito recente, foram as pesquisas acadêmicas sobre o assunto, que difundiram principalmente esse tema a partir da década de 1980.

De acordo com Minayo (2004) a família, e, de uma forma mais concreta o lar/domicílio, são tradicionalmente entendidos, nas mais diversas culturas, como um ambiente de amor, um porto seguro contra a violência “externa”, mas se evidencia abusos e maus-tratos, principalmente neste ambiente em crianças, mulheres e a idosos.

Os primeiros estudos sobre violência doméstica contra idosos datam de meados da década de 1970, com a publicação do artigo “Granny battered” (espancamento de avós) em 1975. Outro momento importante para o estudo dos maus-tratos foi a criação de uma revista dedicada exclusivamente ao tema em 1989, o Journal of Elder Abuse & Neglect (BARNETT et al., 2007 e KRUG et al., 2002).

De acordo com Machado e Queiroz (2002), o interesse da área de saúde pelos abusos e maus-tratos cresceu devido a dois fatores: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos de cidadania e as mudanças no perfil de morbimortalidade.

De acordo com Rio de Janeiro (2000) em 1996, a questão da violência foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo pela 49ª Assembleia Mundial de Saúde (resolução WHA 49.25). Ressaltaram-se suas importantes consequências para indivíduos, famílias, comunidades e países, tanto no curto como no longo prazo e seus prejuízos para o desenvolvimento social e econômico.

No que se refere especificamente aos idosos, convencionou-se identificar os maus-tratos cometidos tanto por ações quanto por omissões, quer intencionais ou não. Dessa forma, a definição mais utilizada para os maus-tratos cometidos contra idosos é a adotada pela Rede Internacional de Prevenção aos Maus-tratos de Idosos (INTERNATIONAL NETWORK FOR PREVENTION OF ELDERLY ABUSE – INPEA), qual seja:

uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança (INPEA, 2002).

Ainda, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) violência ou maus-tratos na terceira idade podem ser definidos como ato único ou repetidos, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorram dentro de um relacionamento de confiança.

Um dos grandes desafios para os estudos sobre os maus-tratos, segundo Paúl (2007) não apenas especificamente em relação aos idosos, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias nuances.

3.2.2 Tipos de Abuso e maus-tratos

Na literatura especializada, neste caso mais especificamente, de acordo com Boyle (2008) a violência é usualmente classificada em:

- Abuso físico – qualquer forma de agressão física (golpes, queimaduras, fraturas, administração abusiva de fármacos ou tóxicos);
- Abuso psicológico – condutas que podem resultar em lesão psicológica, como manipulação, intimidação, ameaças, humilhações, chantagem afetiva, desprezo ou privação do poder de decisão;
- Abuso emocional ou abandono – negação de afeto, isolamento e falta de comunicação;
- Abuso financeiro – impedimento ao uso e controlo do seu dinheiro, exploração financeira e chantagem econômica; Abuso sexual – qualquer tipo de atividade sexual não consentida, ou quando se trata de um idoso (a) incapaz de dar o seu consentimento.

Segundo a International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA), são ainda reconhecidas outras formas de abuso de idosos:

- Abuso estrutural e social – exercido pelos governos e instituições, é entendido como a discriminação na política face aos idosos, a falta de recursos para colmatar as necessidades assistenciais, assim como a falta de garantia de rendimentos e alojamento. Considera-se estar na origem de outras formas de abuso;
- Falta de respeito e preconceito contra o idoso – traduzidas em atitudes de desrespeito, abuso verbal e emocional, ou seja, uma atitude social negativa para com o idoso.

A definição de maus-tratos é dada por Houaiss (2001) como o ato de quem submete alguém, sob sua dependência ou guarda a castigos, privação de alimentos e cuidados, pondo em risco a vida ou a saúde. Negligência segundo Boyle (2008) é

a não satisfação de necessidades básicas, nomeadamente: negação de alimentos, cuidados higiênicos, habitabilidade, segurança e tratamentos médicos;

Dentre as várias formas, Manthorpe, Watson (2002) relatam que o abuso físico é o mais frequente, sendo também o mais facilmente reconhecível. O abuso financeiro, a negligência e o abuso sexual são geralmente sub-diagnosticados e sub-notificados. O abuso psicológico sob a forma de agressão, humilhação e intimidação é o mais difícil de identificar e quantificar.

A maior parte das pesquisas internacionais considera como a forma mais frequente de violência contra o idoso a que ocorre no âmbito familiar. Minayo (2003) demonstrou que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra os indivíduos acima dos 60 anos ocorrem nos seus lares. Revelaram ainda que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges do idoso, vítima de abuso (KRUEGER, PATTERSON, 2009).

Dentro deste contexto Patterson (2004) revela que os episódios de abuso tendem a ser repetitivos, e continuarão até ao momento em que ocorra uma alteração significativa no meio circundante. Na maioria dos casos a vítima e as famílias recusam ajuda. As vítimas têm particular receio de represálias, da perda de autonomia e de alteração do local que habitam.

Para Kahan e Paris (2003), muitas vezes estão subjacentes sentimentos de culpa e vergonha, auto estima reduzida, não estando a vítima disposta a tomar medidas legais, sobretudo quando o agressor é membro da família, para evitar quebrar laços familiares.

O risco de abuso de idosos também existe em instituições como hospitais e lares de idosos. Os atos de abuso em instituições para idosos incluem ainda restrições físicas dos doentes, privação da sua dignidade e poder de escolha nas suas opções diárias, escassez de cuidados (INPEA, 2002).

Dentre as instituições, o abuso ocorre mais frequentemente naquelas em que os cuidados base são escassos, os profissionais têm pouco treino ou elevada carga horária/trabalho, o ambiente físico é precário e onde a política da instituição opera segundo interesses da própria, e não segundo os interesses dos idosos residentes (INPEA, 2002 e REBÊLO, 2012).

Aspectos a salientar dizem respeito aos estudos efetuados por Kleinschmidt (2007) que, salvaguardando um pouco a relação cuidador-idoso, sem dúvida estressante, constataram que esta só se transforma em violenta quando o cuidador

se isola socialmente, quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos, quando os laços afetivos com o idoso são fracos ou quando o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

Particular atenção é dada por Caldas (2003) referindo-se ao processo de sofrimento dos prestadores de cuidados que, com dificuldade e tantas vezes sem apoio, conseguem cuidar dos idosos, fazendo adaptações na sua vida, o que acarreta custos materiais e desgaste físico e mental.

Segundo Kleinschmidt (2007), as publicações sobre maus-tratos na terceira idade mostram-se ainda incipientes, sobretudo na população brasileira. Observa-se também que a violência contra a criança, o adolescente e a mulher são temas mais frequentemente pesquisados do que a violência contra o idoso. Manthorpe & Watson (2002) alertam que existe interesse e urgência desproporcional no campo da proteção da criança. O mesmo não ocorre com relação aos maus-tratos contra idosos, possivelmente pelo fato de a criança trazer uma imagem mais desprotegida do que os idosos.

Do ponto de vista da saúde global, Pavlik et al. (2001) mostram que as diferentes formas de violência contra o idoso comprometem sua qualidade de vida, acarretando somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura. Além disso, geram gastos com os setores da saúde, seja pelo aumento do número de atendimentos ambulatoriais, seja por internações hospitalares.

Diante desse cenário, a estimativa da violência contra o idoso em uma população representa uma importante e desafiadora tarefa, principalmente para o planejamento das estratégias para o enfrentamento do problema. Deste modo passaremos abaixo a explicar instrumentos de detecção de violência contra o idoso.

3.3 Instrumentos de Detecção de Violência Contra Idosos

Não é simples detectar a violência contra o idoso, já que comumente esta permanece escondida por seus protagonistas. Contudo, detectar a violência é uma necessidade e uma responsabilidade do profissional de saúde. A literatura internacional considera que a investigação da violência contra o idoso deve ser

abrangente e captar informações de diferentes fontes como cuidadores, vítimas ou pessoas que intervêm na situação (PAIXÃO JR, REICHENHEIM, 2006)

Paixão Jr. et al. (2007) relatam a importância do investimento no desenvolvimento de instrumentos a serem utilizados em serviços de saúde e em pesquisas para rastreio da violência. Em um estudo, sobre revisão dos instrumentos existentes e profícuos para rastreamento, selecionou os aplicáveis em ambiente clínico e que possuísem uma perspectiva de adaptação para Brasil, considerando o arranjo metodológico do histórico psicométrico, a autoria relevante, tipo, número de itens, duração da aplicação, além das dimensões de violência com base nas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Ultimamente, dois dos instrumentos escolhidos passaram pela adequação transcultural: *Caregiver Abuse Screen* (CASE) e *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/ EAST). O *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/ EAST) foi desenvolvido nos Estados Unidos, com o objetivo de identificar sinais diretos ou suspeita de abuso em idosos, não focalizando somente sintomas específicos de violência como também a captação de circunstâncias correlatas. Os itens aplicados são risco de abuso psicológico e físico, violação de direitos pessoais e isolamento, ou abuso financeiro. Além da abordagem da violência, ele pode ser utilizado para identificar serviços de que os respondentes necessitam, como transporte, cuidados pessoais e aconselhamento referente ao mau uso de substâncias. Este instrumento também não avalia autonegligência, abandono e violência sexual (HWALEK, SENGSTOCK, 2000).

De acordo com Paixão Jr. et al. o *Caregiver Abuse Screen* (CASE), de origem canadense, breve e de autopreenchimento, aborda aspectos físicos, psicossociais, financeiros e negligência sem arguir sobre atos e comportamentos violentos. Passaremos a abordá-lo de maneira mais aprofundado no item abaixo.

3.3.1 Caregiver Abuse Screen – CASE

Com exposto acima o *Caregiver Abuse Screen* (CASE) é de origem canadense, seus itens inquiram mais sobre as relações interpessoais e psicológicas do que sobre o contexto social.

Baseia-se na teoria do controle que justifica a violência como forma do agressor cercear ações indesejadas pela vítima. A construção dos itens também é consistente com a teoria de neutralização, pois justifica e racionaliza atos violentos pela perspectiva do agressor. Tem como objetivo a triagem de abuso através de múltiplas fontes, por exemplo, através de cuidadores, cuidados receptores, e/ou abuso de intervenientes, em vez de apenas por meio de informação profissional. Foi concebido especificamente para uso da comunidade (REIS, NAHMIASH, 1995).

Paixão Jr. (2006b) ao realizar estudos sobre os instrumentos de violência verificou que dentre os instrumentos de avaliação do cuidador, o CASE foi o que possuía melhores características. Contém perguntas sobre situações que aludem a dimensões de violência física, psicossocial, financeira e negligência, sem, no entanto, arguir diretamente sobre comportamentos ou atos violentos. No estudo original as autoras acima citadas, propuseram que o instrumento fosse aplicado a cuidadores definidos como indivíduos de quem os idosos sistematicamente dependessem para lhes ajudar nas atividades da vida diária (REIS, NAHMIASH, 1995).

O histórico psicométrico do CASE indicou uma boa capacidade de discriminação quando avaliado em três grupos de cuidadores, a saber, agressores encaminhados a uma agência de serviços sociais, aqueles sem história de agressão da mesma agência e os da comunidade classificados como não-violentos. A consistência interna revelou um $\alpha = 0,71$ na avaliação utilizando os 139 sujeitos dos três grupos (REIS, NAHMIASH, 1995).

Também o mesmo autor mostra que há evidência de correlação com outros dois instrumentos já validados para uso em idosos, a saber, o *Indicators of Abuse Screen* ($r = 0,41$; $p < 0,001$) e o *Hwalek-Segstock Elder Abuse Screening Test* ($r = 0,26$; $p < 0,025$). Ainda que a amostra desse estudo fosse pequena (cerca de cinquenta cuidadores por grupo) e obtida fora de um ambiente clínico, vale apontar que, pela facilidade de aplicação, as autoras propuseram sua utilização nesse contexto, desde que combinado com outros questionários que também avaliassem as vítimas potenciais.

Os itens do CASE, de acordo com Bendik (2002) inquiram mais sobre as relações interpessoais e psicológicas do que sobre o contexto social. O instrumento se baseia na teoria de controle, que justifica a violência como uma forma do agressor cercear ações indesejáveis realizadas pela vítima.

Para Tomita (2000) na formulação do instrumento, a construção das frases de cada item também é particularmente consistente com a teoria de neutralização, pois justifica e racionaliza os atos violentos pela perspectiva do agressor. Assim, faz com que o CASE não siga a linha de outros instrumentos de captação de violência que, por vezes, tendem a ser implicitamente críticos em relação ao agressor, encorajando-o a dar respostas socialmente mais aceitáveis.

A teoria de neutralização justifica o porquê dos cuidadores serem frequentemente descritos como surpreendentemente tranquilos sobre seus comportamentos e por que não se importam em completar os itens do CASE (REIS, NAHMIASH, 1995).

O instrumento contém apenas oito itens e é de fácil administração. Segundo Bendik (2002) as categorias de resposta estão na forma dicotomizada visando a evitar neutralidade por parte do respondente. Pela sua brevidade, simplicidade e boa aceitabilidade evidenciada no estudo original, o CASE pode ser utilizado como um instrumento de rastreamento de violência doméstica contra o idoso, valendo-se de entrevistadores sem muita experiência ou treinamento prévio específico.

Na prática clínica, pode servir como um primeiro alerta, talvez em combinação com outras ferramentas. Considerando uma pontuação máxima de 8, análises psicométricas indicaram que escores de 4 ou mais poderiam ser sugestivos de risco aumentado de perpetração de violência, indicando necessidade de investigação mais minuciosa (REIS, NAHMIASH, 1995).

O desenvolvimento do CASE de acordo com Paixão Jr. (2006b) é relativamente recente, até o momento, no melhor do conhecimento dos autores, se dispõe apenas da edição original em inglês, para uso precípua no Canadá.

Diante da insuficiência de ferramentas disponíveis em português para a detecção de violência em idosos, parece oportuno e relevante as disponíveis versões lusófonas de instrumentos oriundos de programas de investigação robustos e bem estabelecidos (MACHADO, QUEIROZ, 2002).

No contexto brasileiro, o desenvolvimento de pesquisas nessa área se torna ainda mais urgente em função do esforço demandado para construção e avaliação de qualidade de novos instrumentos de aferição, tanto no âmbito clínico como no epidemiológico (PAIXÃO JR et al., 2007).

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Maceió, estado de Alagoas com os idosos e cuidadores vinculados a duas instituições de longa permanência, as quais serão denominadas A e B.

4.3 População

4.3.1 Amostragem

Para esta pesquisa optou-se pela obtenção da amostra não probabilística, devido a especificidade da população alvo determinada nos critérios de inclusão e exclusão, o que gera grandes restrições no número de sujeitos participantes. Com isso, a realização de um processo randomizado de seleção de amostragem restringiria, ainda mais, a quantidade final de participantes, o que possivelmente inviabilizaria este estudo.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos indivíduos residentes de duas instituições de longa permanência (A e B), com idade igual ou superior a 60 anos, sem distinção de gênero, que estivessem em condições físicas e mentais, para responder aos instrumentos de pesquisa. Foram também entrevistados pelo instrumento *Caregiver Abuse Screen* (CASE), os cuidadores de ambas as instituições.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que apresentavam déficit cognitivo que os impedisse de responder coerentemente as questões, inviabilizando a aplicação do instrumento com os mesmos.

4.3.4 Procedimentos para seleção da Amostra

Foram selecionadas 02 instituições de longa permanência para idosos: A e B. A escolha se deveu por serem as maiores instituições de longa permanência para idosos no município de Maceió, Alagoas.

Após autorização pelos responsáveis de cada instituição, foi iniciada a coleta de dados pelos pesquisadores.

4.4 Coleta de Dados

4.4.1 Entrevistas

A coleta de dados deste estudo foi realizada através de instrumentos, aplicados em forma de entrevista e exame físico, pelos pesquisadores, que estruturaram uma ficha de recolhimento de dados (FRD). Os entrevistadores foram orientados a não intervir nas respostas, respeitando-se sempre as orientações de aplicação de cada formulário.

4.4.2 Instrumentos

Na ficha de recolhimento de dados havia algumas variáveis como: dados sócio-econômicos e demográficos, quando se realizava a avaliação de violência a idosos por abuso e maus-tratos através do questionário elaborado pelos autores, que denominaram de *Instrumento de Rastreamento de Abusos e Maus-tratos em Idosos – IRAMI* (APÊNDICE A). A elaboração ocorreu pela carência de instrumentos relacionados em português, ou em outras línguas que se adaptassem ao objetivo desta pesquisa, como também, pela escassez de instrumentos de avaliação de violência em idosos de forma objetiva, pois alguns existentes apresentam muitos momentos que captam a subjetividade dos entrevistados. Com relação aos cuidadores foi utilizado o instrumento *Caregiver Abuse Screen – CASE* (ANEXO A), através de sua adaptação transcultural para o Brasil (PAIXÃO JR, 2007).

Na FRD aplicada nos idosos ainda foram analisados as seguintes variáveis: tempo de permanência na instituição, quem o levou para a instituição, roupas, higiene, nutrição, integridade da pele, indicadores de maus-tratos como: Queda, cortes, fraturas, negligência, retraimento, também avaliados uso de medicamentos e sua regularidade, morbidades, histórico pregresso e atual de saúde e frequência com que é visitado por parentes e amigos. Para a avaliação dos idosos, além das questões do IRAMI foram acrescentadas as recomendações para identificação de maus-tratos segundo Machado (2002).

Os cuidadores foram avaliados através da adaptação transcultural do *Caregiver Abuse Screen*, que se trata de um instrumento breve de autopreenchimento, desenvolvido no Canadá e originalmente concebido para uso na comunidade. Contém perguntas sobre situações que aludem a dimensões de abuso físico, psicossocial, financeiro e negligência, sem, no entanto, arguir diretamente sobre comportamentos ou atos de maus-tratos. Questionário de oito perguntas com respostas de sim ou não, onde quatro perguntas afirmativas indicam uma probabilidade, de que o cuidador avaliado pode ter cometido e/ou comete algum tipo de abuso ao idoso.

4.5 Aspectos Éticos

Este estudo teve projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o protocolo de número 013032-2010-04 (ANEXO B).

Todos os participantes consentiram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseou-se nas Resoluções nº. 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Antes da assinatura dos termos, os pesquisadores realizavam ou ouviam a leitura do mesmo, quando explicou-se todos os procedimentos da pesquisa, em todas as suas etapas, certificando o indivíduo de que sua participação

seria de acordo com sua vontade, podendo desistir a qualquer momento, sem pressão dos entrevistadores.

4.6 Procedimentos Estatísticos

O banco de dados foi construído no programa Excel® 2003, sendo a análise deste realizada no pacote estatístico SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) Versão 15.0.

Foi utilizado para comparar a proporção de respostas sim por questão e por instituição o teste exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de até 5% ($p < 0,05$). Para as variáveis preparo da cama, higiene oral e corporal, foi utilizado o teste de qui-quadrado.

Os resultados foram divididos em duas partes, na primeira realiza-se a caracterização sócio-econômica e demográfica dos sujeitos da pesquisa e, numa segunda parte foram rastreados aspectos e características referentes aos sinais de maus-tratos e intencionalidade de cometer algum abuso nos idosos, pelos cuidadores de acordo com as características da amostra.

5.1 Características dos idosos e Avaliação de Maus-Tratos pelo Instrumento de rastreamento de abuso e maus-tratos em idosos.

Analisando os resultados das características sócio-econômicas e demográficas dos idosos participantes desse estudo, observa-se predominância do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 77,3 (DP= \pm 9,3), onde a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 96 anos (Tabela e Gráfico 01). A renda financeira da maioria era de 01 salário mínimo (Tabela 01).

Figura 1 – Gráfico da distribuição por gênero dos idosos das duas instituições A e B respectivamente, Maceió, AL – 2012.

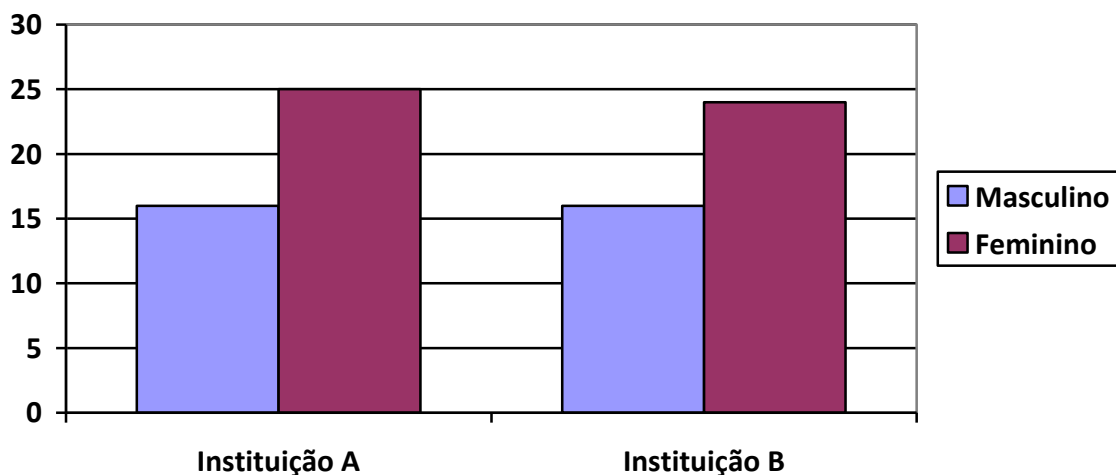


Tabela 1 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo as características sócio-econômicas e demográficas, Maceió, AL - 2012.

Variável	Categoria	A		B	
		n	%	n	%
Estado Civil	Solteiro	25	61,0%	30	75,0%
	Casado	05	12,2%	3	07,5%
	Viúvo	06	14,6%	5	12,5%
	Divorciado	05	12,2%	2	05,0%
Renda	Nenhuma	21	51,2%	26	65,0%
	Até 01 salário mínimo	01	02,4%	01	02,5%
	Um salário mínimo	16	39,0%	10	25,0%
	Dois salários mínimos	01	02,4%	01	02,5%
	Dois a quatro salários mínimos	01	02,4%	02	05,0%
	Quatro a seis salários mínimos	01	02,4%	00	00,0%
Tempo de Permanência	Até 1 ano	10	24,4%	12	30,0%
	De 1 a 10 anos	29	70,7%	26	65,0%
	Mais de 10 anos	02	04,9%	02	05,0%

Na tabela 2 apresentam-se os resultados relacionados ao estado de saúde dos idosos, relativo a morbidades. Na tabela 3 são apresentados os exames periódicos e na tabela 4 as características sociais, onde se destacam visitas e segurança com a equipe profissional.

Houve diferenças estatisticamente significativas para as variáveis hipertensão arterial sistêmica, coronariopatias e visita de familiares ($p < 0,05$), quando se correlacionou as morbidades dos idosos das ILPIs A com os da B.

Dos 40 pacientes da ILPI B, 29 (72,5%) apresentaram hipertensão arterial, enquanto da ILPI A com 41 pacientes, 17 (41,5%) apresentaram esta morbidade. Quanto à presença de coronariopatias na ILPI B 08 casos (20%) e na A nenhum. Os pacientes da ILPI B registraram 26 casos de visitas de familiares (65%) e enquanto na ILPI A foram registrados apenas 16 casos (39%). As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quando se comparou outras morbidades entre as instituições.

Tabela 2 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo as características de morbididade, Maceió, AL - 2012.

Variável	Categoria	A		B		Valor de p
		n	%	n	%	
HAS	Não	24	58,5%	11	27,5%	0,007*
	Sim	17	41,5%	29	72,5%	
Diabetes	Não	32	78,0%	29	72,5%	0,614
	Sim	09	22,0%	11	27,5%	
AVE	Não	34	82,9%	30	75,0%	0,424
	Sim	07	17,1%	10	25,0%	
Síndrome demencial	Não	31	75,6%	27	67,5%	0,467
	Sim	10	24,4%	13	32,5%	
Parkinson	Não	41	100,0%	38	95,0%	0,241
	Sim	00	00,0%	02	05,0%	
Coronariopatias	Não	41	100,0%	32	80,0%	0,002*
	Sim	00	00,0%	08	20,0%	
Insuficiência Cardíaca	Não	41	100,0%	39	97,5%	0,494
	Sim	00	00,0%	01	02,5%	
Pneumopatias	Não	40	97,6%	39	97,5%	1,000
	Sim	01	02,4%	01	02,5%	
Outras	Não	36	87,8%	39	97,5%	0,201
	Sim	05	12,2%	01	02,5%	

* p<0,05 – estatisticamente significativo.

Tabela 3 – Distribuição das frequência dos idosos, segundo exames de rotina, doenças manifesta e internações repetidas, Maceió, AL - 2012.

Variável	Categoria	A		B		Valor de p
		n	%	n	%	
Exames de rotina	Não	19	46,3%	10	25,0%	0,064
	Sim	22	53,7%	30	75,0%	
Doença manifesta	Não	40	97,6%	39	97,5%	1,000
	Sim	01	02,4%	01	02,5%	
Internações repetidas	Não	38	92,7%	39	97,5%	0,616
	Sim	03	07,3%	01	02,5%	

Tabela 4 – Distribuição das frequências dos idosos, segundo as características sociais, Maceió, AL - 2012.

Variável	Categoria	A		B		Valor de p
		n	%	n	%	
Visita de familiares	Não	25	61,0%	14	35,0%	0,026*
	Sim	16	39,0%	26	65,0%	
Visita de amigos	Não	22	53,7%	13	32,5%	0,073
	Sim	19	46,3%	27	67,5%	
Isolamento	Não	29	70,7%	25	62,5%	0,485
	Sim	12	29,3%	15	37,5%	
Relações com Equipe	Não	10	24,4%	04	10,0%	0,140
	Sim	31	75,6%	36	90,0%	

* $p < 0,05$ – estatisticamente significativo.

Nas tabelas 5 e 6 estão registradas os resultados relacionados aos maus-tratos detectados pelo instrumento de rastreamento de abuso e maus-tratos em idosos (IRAMI). Houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções nas instituições para as variáveis vestimentas descuidadas, quedas e uso regular de medicamentos ($p < 0,05$). A ILPI A apresentou 11 (26,85) casos com vestimentas descuidadas, enquanto na B apenas 2 casos (5 %).

Quanto à ocorrência de quedas, a mais frequente causa de trauma em idosos e, certamente, indicativo de negligência familiar, foram mais frequentes na ILPI A, onde foram relatados 3 casos (7,3%), enquanto na B houve relato de 15 casos (37,5%). Na ILPI A, 14/41 (34,1%) tomavam medicamentos de uso regular, e 29/40 (72,5%) na B.

Para facilitar a análise, foi necessário dividir as variáveis de maus-tratos. As mesmas foram apresentadas em 2 (duas) tabelas, 5 e 6, respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição das frequências dos idosos, segundo as características de maus-tratos de acordo com IRAMI, Maceió - AL, 2012.

Variável	Categoria	A		B		Valor de p
		n	%	n	%	
Vestimentas descuidadas	Não	30	73,2%	38	95,0%	0,007*
	Sim	11	26,8%	02	05,0%	
Preparo da cama	Boa condição	39	95,1%	36	90,0%	0,432
	Má condição	02	04,9%	04	10,0%	
Higiene Oral	Boa	18	43,9%	20	50,0%	0,851
	Pobre	21	51,2%	18	45,0%	
	Muito pobre	02	04,9%	02	05,0%	
Higiene Corporal	Boa	28	68,3%	25	62,5%	0,474
	Pobre	12	29,3%	15	37,5%	
	Muito pobre	01	02,4%	00	00,0%	
Desnutrição	Não	37	90,2%	37	92,5%	1,000
	Sim	04	09,8%	03	07,5%	
Suplementação dietética	Não	40	97,6%	40	100,0%	1,000
	Sim	01	02,4%	00	00,0%	
Desidratação	Não	41	100,0%	39	97,5%	0,494
	Sim	00	00,0%	01	02,5%	
Equimose	Não	38	92,7%	35	87,5%	0,482
	Sim	03	07,3%	05	12,5%	
Hematoma	Não	40	97,6%	38	95,0%	0,616
	Sim	01	02,4%	02	05,0%	
Imobilização	Não	39	95,1%	38	95,0%	1,000
	Sim	02	04,9%	02	05,0%	
Curativos	Não	39	95,1%	34	85,0%	0,155
	Sim	02	04,9%	06	15,0%	
Escara/úlceras	Não	39	95,1%	35	87,5%	0,264
	Sim	02	04,9%	05	12,5%	
Assaduras	Não	39	95,1%	36	90,0%	0,432
	Sim	02	04,9%	04	10,0%	
Queimaduras	Não	41	100,0%	39	97,5%	0,494
	Sim	00	00,0%	01	2,5%	

* p<0,05 – estatisticamente significativo.

Tabela 6 – Distribuição das frequências dos idosos, segundo as características de maus-tratos de acordo com IRAMI, Maceió - AL, 2012.

Variável	Categoria	A		B		Valor de p
		n	%	n	%	
Constipação	Não	33	80,5%	33	82,5%	1,000
	Sim	08	19,5%	07	17,5%	
Perda de peso	Não	31	75,6%	35	87,5%	0,253
	Sim	10	24,4%	05	12,5%	
Olheiras	Não	32	78,0%	34	85,0%	0,569
	Sim	09	22,0%	06	15,0%	
Diarréia	Não	39	95,1%	39	97,5%	1,000
	Sim	02	04,9%	01	02,5%	
Quedas	Não	38	92,7%	25	62,5%	0,001*
	Sim	03	07,3%	15	37,5%	
História de fraturas	Não	35	85,4%	27	67,5%	0,070
	Sim	06	14,6%	13	32,5%	
Vigência fraturas	Não	40	97,6%	38	95,0%	0,616
	Sim	01	02,4%	02	05,0%	
Retraimento	Não	28	68,3%	28	70,0%	1,000
	Sim	13	31,7%	12	30,0%	
Tristeza	Não	24	58,5%	23	57,5%	1,000
	Sim	17	41,5%	17	42,5%	
Desesperança	Não	26	63,4%	27	67,5%	0,816
	Sim	15	36,6%	13	32,5%	
Contraturas	Não	36	87,8%	32	80,0%	0,379
	Sim	05	12,2%	08	20,0%	
Cortes	Não	39	95,1%	36	90,0%	0,432
	Sim	02	04,9%	04	10,0%	
Agressividade	Não	36	87,8%	38	95,0%	0,432
	Sim	05	12,2%	02	05,0%	
Medicamento de uso regular	Não	27	65,9%	11	27,5%	0,001*
	Sim	14	34,1%	29	72,5%	

* p<0,05 – estatisticamente significativo.

5.2 Caracterização dos cuidadores

Analisando-se as características dos cuidadores participantes desse estudo, observou-se predominância do sexo feminino 09 de 13 (69,2%), todos cuidadores formais, com média de idade de 35 anos, variando entre 25 e 42.

Tabela 7 - Distribuição dos cuidadores por instituição, de acordo com o sexo, Maceió - AL, 2012.

SEXO	A		B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	2	25,0%	2	40,0%	4	30,8%
Feminino	6	75,0%	3	60,0%	9	69,2%
Total	8	100,0%	5	100,0%	13	100,0%

5.3 Características dos cuidadores pelo Caregiver Abuse Screen.

Na tabela 8 apresentam-se os resultados relacionados à avaliação de comportamentos referentes a atos violentos detectados pelo instrumento caregiver abuse screen, não demonstraram significância estatística, entre as Instituições para nenhuma das questões.

Na tabela 9 encontra-se a distribuição dos cuidadores, de acordo com a soma dos pontos do caregiver abuse screen, por instituição.

Tabela 8 - Distribuição dos cuidadores, de acordo com os resultados do questionário CASE por instituição, Maceió - AL, 2012.

Questão	n	A		B		n	%	n	%	Valor de p
		Não	Sim	Não	Sim					
1	05	62,5%	03	37,5%	02	40,0%	03	60,0%	0,592	
2	07	87,5%	01	12,5%	05	100,0%	00	00,0%	1,000	
3	05	62,5%	03	37,5%	02	40,0%	03	60,0%	0,592	
4	07	87,5%	01	12,5%	05	100,0%	00	00,0%	1,000	
5	05	62,5%	03	37,5%	03	60,0%	02	40,0%	1,000	
6	08	100,0%	00	00,0%	04	80,0%	01	20,0%	0,385	
7	06	75,0%	02	25,0%	05	100,0%	00	00,0%	0,487	
8	08	100,0%	00	00,0%	05	100,0%	00	00,0%	---	

Tabela 9 - Distribuição dos cuidadores, de acordo com a soma dos resultados do questionário CASE por instituição, Maceió - AL, 2012.

SOMA	A		B	
	n	%	n	%
0	02	25,0%	01	20,0%
1	01	12,5%	01	20,0%
2	04	50,0%	01	20,0%
3	00	00,0%	02	40,0%
4	01	12,5%	00	00,0%

6.1 Caracterização dos idosos

Os achados referentes aos idosos refletiram a realidade encontrada no Brasil e em Alagoas. Evidenciaram uma população predominantemente feminina, composta em sua maioria, por indivíduos solteiros e viúvos, com faixa etária média 77,3 anos, baixo poder econômico, resultados ratificados pelas pesquisas de Melo, Cunha e Falbo Neto (2006) e Melo, Kubrusly e Peixoto Junior (2011).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) relata que no ano de 2009, a relação homem-mulher era de 94,8 para 100. Essa característica indica, não só no geral, mas principalmente na população idosa que há uma predominância do sexo feminino. Essa predominância do sexo feminino, se faz pela menor exposição das mulheres à fatores de risco assim como a fator cultural em relação às doenças (CAMARANO, 2002).

Com relação às morbidades encontradas, mostram predominância de hipertensão arterial sistêmica, seguida de síndrome demencial, sendo o Alzheimer com maior prevalência e diabetes mellitus, na terceira ordem de frequência de morbidade apresentada. Coronariopatias mostrou-se também prevalente, o que já havia sido ressaltado por Messora (2006) e Porto e Koller (2008), afecções relacionadas a processos multifatoriais nesta idade.

Messora (2006) ainda encontra em seu estudo, que o acompanhamento clínico para exames de rotina se assemelha à nossa pesquisa, mas diferencia a frequência de visitas de familiares e amigos. Ela relata ainda que todos os idosos, nunca ou quase nunca, recebiam visitas de entes consanguíneos, o que percebemos diferença no nosso, onde, apesar de uma instituição apresentar um índice menor de visitas, na ILPI B foi frequente sendo as diferenças dessa variável entre as ILPIs estatisticamente significativa.

Porto e Koller (2008), Machado e Queiroz (2002) e Pasinato, Camarano e Machado (2004) em estudos sobre abuso e maus-tratos contra idosos, acharam resultados semelhantes entre os estudos com relação ao aparecimento de certos tipos de abuso e maus-tratos. Os tipos de abusos que mais resultaram foram os de: maus-tratos físico, financeiro, psicológico, abandono e negligência, como também

nesse estudo, que houve predominância de maus-tratos. Abusos físicos, financeiros e psicológicos não foram tão evidenciados, conforme estudos semelhantes (PORTO e KOLLER, 2008; PASINATO, CAMARANO e MACHADO, 2004).

Segundo Gaioli (2008), dos 100 idosos estudados em sua pesquisa, constatou-se que 87 foram vítimas de maus-tratos e 13 vítimas por outras formas de violência, o que se assemelha a este estudo onde se percebem que, grande parte dos idosos sofreu algum tipo de abuso e/ou mau-trato. Tanto Gaioli (2008) quanto Pasinato, Camarano e Machado (2004), afirmam que há uma maior incidência de agressão física cometida contra idosos, o que difere do nosso estudo onde o tipo de mau-trato prevalente foi a negligência, ou seja, o descuido, a desatenção, no ato de cuidar.

Estudos nacionais apontam para a prevalência da violência doméstica. Pesquisa realizada em 2007 demonstrou que, dos 18 milhões de idosos brasileiros, 12% já sofreram algum tipo de maus-tratos, dos quais 54% foram causadas pelos filhos (FALEIROS, 2007), o que não se poderia inferir, tanto que a visita em uma das instituições era frequente, mas em outra não.

Dados internacionais corroboram os levantamentos nacionais, descrevendo que, nos EUA, o espaço doméstico abriga 90% dos casos de maus-tratos e negligência notificados (MINAYO, 2004). O que poderá no futuro merecer uma pesquisa em nível domiciliar para explicitar essa prevalência da violência doméstica frente a outras categorias e auxiliar no entendimento dos perfis de agressores e vítimas mais comumente identificados em notificações.

Em pesquisa realizada por Rebêlo (2012) ficou caracterizada a sobrecarga para o cuidador que o idoso provoca, principalmente se não estiverem preparados, no entanto foi realizada dentro do espaço doméstico com cuidadores informais, diferente deste estudo que além de ser em ILPI, os cuidadores eram formais, aspecto esse um tanto ainda controverso, de difícil análise e solução.

Os maus-tratos ou violências físicas foram as denúncias mais recebidas em 2002 e as segundas 2003 a 2005. Verificou-se uma prevalência dos maus-tratos físicos cometidos contra as idosas três vezes maior do que os cometidos contra os idosos do sexo masculino em 2002, tendo essa diferença se reduzido nos demais

anos (PASINATO, CAMARANO e MACHADO, 2004), com esta pesquisa não se esclareceu o porquê, apenas há predominância do sexo feminino, possivelmente causada pela feminização da velhice como relata o estudo de Rebêlo (2012).

Araújo e Lobo Filho (2009) afirmam que a agressão física não foi tão evidenciada em seu estudo, mas também relatam que o índice de negligência foi baixo comparando com o estudo de Pasinato, Camarano e Machado (2004) que diz que com menor frequência foram observados os casos de negligência, e os casos de auto-negligência, enquanto esta pesquisa apresentou alto índice de negligência.

O desenvolvimento de um instrumento para rastreamento de abuso e maus-tratos em idosos surgiu a partir da dificuldade de encontrar instrumentos validados em língua portuguesa ou nacionais para tal detecção. Optamos pela elaboração de um instrumento que possibilitasse identificar sinais de abuso e maus-tratos de maneira objetiva, instrumentos semelhantes não validados não apresentavam esse tipo de clareza e objetividade. Buscamos também focar o nosso instrumento de rastreamento para sinais de abuso físico e negligência, pois diante de estudos semelhantes (PORTO e KOLLER, 2008; PASINATO, CAMARANO e MACHADO, 2004).

O IRAMI é um instrumento de fácil aplicação, com respostas sim ou não, e em alguns poucos momentos respostas em escala de likert, mas requer conhecimento técnico de um profissional da saúde de nível superior para a utilização do mesmo. Estudantes treinados podem utilizá-lo tranquilamente. O instrumento é composto por variáveis que sinalizam evidências de violência contra idosos. Dentre elas podemos encontrar: vestimentas descuidadas, higienização, nutrição, integridade da pele, queda, cortes, fraturas.

Há um interesse de aprofundar o estudo com essa temática utilizando o IRAMI, adequando-o e deixando-o acessível para uma população mais abrangente e para torná-lo apto a ser considerado em outras pesquisas.

6.2 Caracterização dos cuidadores

Os dados referentes aos cuidadores refletiram a realidade também encontrada em estudos realizados por Ribeiro et al. (2008, 2009), Colomé et al. (2011) e Rebêlo (2012). Eles evidenciaram uma população predominantemente feminina, jovens, resultantes que se assemelham aos encontrados por nosso estudo.

Os resultados da pesquisa realizada por Souza et al. (2004) apontam para uma realidade dos idosos em grande parte composta de longevos fragilizados, vivendo em situação de dependência e isolamento social. Esses idosos são cuidados geralmente por um cuidador único, na maioria mulher, e, ao se dedicar integralmente ao cuidado do idoso, acaba por entrar em estado de estresse e esgotamento físico e emocional.

Neste estudo encontramos uma realidade de 13 cuidadores para 81 idosos, uma relação de 6,2 idosos para cada cuidador. Há portanto uma situação agravante nessa relação, onde condições de trabalho, como a falta de um ambiente físico ideal, recursos utilizados escassos, treinamento inadequado, podem ter influenciado em nossos resultados.

Poucos estudos utilizando o Caregiver Abuse Screen – CASE foram realizados, o que dificultou a discussão desta variável. Segundo o estudo de Rocha (2012), realizado com 157 cuidadores na cidade de Fortaleza no estado de Ceará, apresentou em 29,9% dos cuidadores entrevistados, a pontuação necessária para ser considerada a existência de potencial abuso e maus-tratos, enquanto no nosso estudo apenas um (7,7%), o que não foi suficiente para alguma conclusão ou evidência.

Apesar do percentual apresentado, os achados referentes aos cuidadores mostraram que, houve um resultado preocupante com uma das instituições estudadas, pois apresentou um cuidador (7,7%) com 04 respostas positivas ao questionário, que indica comportamento violento para com o idoso, mesmo sendo Ita a relação cuidador/idoso/cuidador.

1 - As duas instituições apresentaram diferenças importantes no cuidado, o que não permite deduções em ILPIs, mais estudos devem ser realizados, assim proporcionando intervenções e soluções, conseqüentemente, adequação do cuidado as necessidades dos idosos.

2 - Os cuidadores foram todos formais, com baixo índice de indentificação de abuso, mas houve ainda evidência a existência potencial de abuso e maus-tratos contra o idoso na instituição A.

3 - Os achados revelaram que houve abuso e maus-tratos contra os idosos, em ambas as instituições de longa permanência para idosos A e B. Houve predomínio de negligência como mau-trato mais frequente.

REFERÊNCIAS

- AGICH, G. J. **Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo**. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2008. p. 27-45.
- ALVES, J. A. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista da Abep**, v. 12, p. 1-2, 1995.
- ARAUJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicol. Reflex. Crit.** 2009; 22(1): 153-160.
- ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(3):378-85.
- BARBOSA, E. T.; WERBA, G. C. Arte-terapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. **Conversas Interdiscip.** 2010; 1(1):1-14.
- BARNETT, O.; MILLER-PERRIN, C.; PERRIN, R. D. et al. History and definitions. In: Family violence across the lifespan: an introduction. London: **SAGE Publications**, 2007 (pp. 3-17)
- BENDIK, M. F. Reaching the breaking point: dangers of mistreatment in elder caregiving situations. **J Elder Abuse Neglect** 2002; 4:39-59.
- BOYLE, M. H. Guidelines for evaluating prevalence studies. **Evid Based Ment Health**. 2008;1:37-39.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2000: dados preliminares** [monografia na Internet] Rio de Janeiro: IBGE; 2000 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em 13 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. **Cadernos de Atenção Básica – nº 19**. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Fiocruz, Rio de Janeiro: v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. (Texto para Discussão, 858). Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento populacional nas agendas de políticas públicas. 2012**. Disponível em: <<http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file>>. Acesso em 13 dez. 2012.

CAMMER PARIS, B. E. Violence against elderly people. **Mt Sinai J Med.** 1996; 63: 97-100.

COLOMÉ I. C. S.; MARQUI A. B. T.; JAHN A. C.; RESTA D. G.; CARLI R.; WINCK M. T. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):306-12. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>>. Acesso em 08 fev. 2013.

DINIS, C. M. R. Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro. Coimbra: [s.n.], 1997. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina. Figueiredo A. Ações governamentais para o idoso. In: Papaléo Netto, M et al. **O Idoso e a família.** São Paulo; 2007.

DUARTE, Y. A. O. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública** 2007;41(2):301-6.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília: Universa, 2007.

FERREIRA-ALVES, J.; SOUSA, M. **Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar.** Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2005.

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos de idosos no domicílio. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2008. maio-junho; 16(3)

GYLL, J. **Introdução à geriatria** . Pathos. ISSN 0872 –1165. N.º 5, 2000, p. 9- 18.

GONÇALVES, L. H. T. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad Saúde Pública.** 2010; 26(9):1738-46.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

HWALEK, M. A.; SENGSTOCK, M. C. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. **J Appl Gerontol.** 2000; 5(2): 153-73.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Estudos e Pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

INTERNATIONAL NETWORK FOR PREVENTION OF ELDERLY ABUSE – INPEA. **Missing Voices: views of older persons on Elder abuse.** World Health Organization. Geneva: WHO, 2002.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. 1997a; 21:200-210.

_____. O Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. 1997b; 21:200-210.

KAHAN, F. S.; PARIS, B. E. Why elder abuse continues to elude the health care system. **Mt Sinai J Med**. 2003. Jan; 70 (1): 62-8.

KAMIMOTO, L. A.; ESTON, N. A.; MAURICE, E.; HUSTEN, C. G. et al. Surveillance for five health risks among older adults – United States (1993-1997). **Morbidity and Mortality Weekly Report**. 1999; 48(SS-8):89-130.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. **Ann Emerg Med** 2007 Oct; 30 (4): 463--72.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A. et al. **World report on violence and health**. Geneva: WHO. 2002.

KRUEGER, P; PATTERSON, C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. **CMAJ** 2009 Oct 15; 157 (8): 1095-100.

LENART, M. H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm**. 2006;11(2):117-23.

LIMA-COSTA. M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arq Bras Ciênc Saúde**. 2008;33(3):177-84.

MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. e BASTOS, Y. G.r L. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude** [online]. 2005, vol.14, n.3, pp. 85-90. ISSN 1679-4974. <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000300003>>.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. **Negligência e Maus-tratos in Tratado de Geriatria e Gerontologia** (Freitas et al.org.) Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2002.

MANTHORPE, J; WATSON, R. Elder abuse, neglect and restraint: research before review. **J Adv Nurs**. 2002; 38(6):541-2.

MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2006, vol.6, suppl.1, pp. s43-s48. ISSN 1519-3829.

MELO, I. A. F.; KUBRUSLY, E. S.; PEIXOTO JUNIOR, A. A. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2011, vol.20, n.1, pp. 75-83. ISSN 1679-4974.

MESSORA, L. B. **Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de Minas Gerais.** 2006. Disponível em: <<http://www.unifalmg.edu.br/gpaf/files/file/monografia%20luisa.pdf>>. Acesso em: 08 de Fevereiro de 2013.

MINAYO, M. C. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad Saúde Pública.** 2003;19(3):783-91.

_____. **Violência contra Idosos: O Averso do Respeito à experiência e à sabedoria.** Secretaria de Direitos Humanos, 2004.

MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev Med Hered.** 2010;21(1):18-26.

NAZARETH, J. M. O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. **Geriatrics.** ISSN 0871-5386. Vol. 7, n.º 64 (1994), p. 5-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Declaração de Toronto. Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato em La Vejez,** Toronto, 2002a.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Caderno de Saúde Pública** 2006a jun; 22(6): 1137-49.

PAIXÃO JR, C. M. **Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006b.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Caderno de Saúde Pública** 2007 set; 23(9): 2013-22.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. M.; MACHADO, L. **Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia.** 2004. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/17.pdf>. Acesso em: 08 de Fevereiro de 2013.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu; 1996. p.26-43.

PASSARELLI, M. C. G. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. **Rev Mundo Saúde.** 2007; 21(4):208-12.

PATTERSON, C. **Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination.** Ottawa: Health Canada; 2004.p. 922-9

PAÚL, M. **Lá para o fim da vida**, Coimbra: Almedina, 2007.

PAVLIK, V. N.; HYMAN, D. J.; FESTA N. A. et al. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of a statewide database. **Am J Geriatr Soc** 2001; 49:45-48.

PORTO, I.; KOLLER, S. H. **Violência contra idosos institucionalizados**. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1503/1/Viol%C3%Aancia%20contra%20idosos%20institucionalizados.pdf>>. Acesso em: 08 de Fevereiro de 2013.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

REIS, M.; NAHMIASH, D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). **Can J Aging** 1995; 14:45-60.

REBÊLO, F. L. **A influência do declínio funcional de idosos com demência na sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores**. [Dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas - UFAL, 2012.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; FERREIRA, E. F. et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, n.4, pp. 1285-1292. ISSN 1413-8123.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; FERREIRA, E. F. et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. **Rev. bras. enferm.** 2009, vol.62, n.6, pp. 870-875. ISSN 0034-7167.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. 2005; 39(4):655-62.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL DO - SAS. **Relatório Anual do Lige Idoso** Ouvidoria, Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA, A. C. O.; BARBOSA, T. M.; SILVA, M. J. et al. **Avaliação da presença de abuso/maus tratos segundo os olhares do idoso e seu cuidador**. 2012. Disponível em: <<http://www.prppg.ufc.br/eu2012.ufc.br/Resumos/wrappers/MostrarResumo.php?cpf=34866396768&cod=100>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Revista Enfermagem em Foco** 2012; 3(1):22- 24

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2007, vol.60, n.3, pp. 268- 272. ISSN 0034-7167.

SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C.; NERI, I. G. et al . Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 fev. 2013.

TOMITA, S. K. The denial of elder mistreatment by victims and abusers: the application of neutralization theory. **Violence Vict.** 1990; 5:171-84.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

APÊNDICE A**Instrumento de Rastreamento de Abusos e Maus-Tratos em Idosos – IRAMI**

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade (em anos): _____

Nome da Instituição: _____

Tempo de Permanência: _____

Por quem foi trazido para a instituição? _____

Estado Civil: _____ Grau de Dependência: _____

Sexo: M () F ()

Renda Mensal:

- () Nenhuma renda
- () Até um salário mínimo
- () Um salário mínimo
- () Dois salários mínimos
- () Dois a quatro salários mínimos
- () Quatro a seis salários mínimos
- () Acima de seis salários mínimo

Data da Avaliação: ____/____/____

Avaliação Geral					Observações
01 – ROUPAS		SIM	NÃO	NA	
Vestimentas descuidadas					
Preparo da cama - Condições		BOA		MÁ	
02 – HIGIENE	Muito Bom	Bom	Pobre	Muito Pobre	
Oral					
Corporal					
03 – NUTRIÇÃO		SIM	NÃO	NA	
Desnutrido					
Uso de suplementos					
Desidratado					
04 – INTEGRIDADE DA PELE		SIM	NÃO	NA	
Equimose					
Hematoma					
Imobilizações					
Curativos					
Escala / Úlcera por Pressão					
Assaduras					
Queimaduras					
05 – INDICADORES		SIM	NÃO	NA	
Constipação Intestinal					
Perda de Peso					
Olheiras					
Diarréia					
Quedas Frequentes					
História de Fraturas					
Vigência de Fraturas					
Retraimento					
Tristeza					
Desesperança					
Contraturas					
Cortes					
Agressividade					
06 – MEDICAÇÕES		SIM	NÃO	SIM	NÃO
Quais? Uso regular?	1-			2-	
	3-			4-	
07 – MORBIDADES		SIM	NÃO	NA	
Hipertensão Arterial Sistêmica					
Diabetes					
Acidente Vascular Encefálico					
Síndrome Demencial					
Parkinson					
Coronariopatias					
Insuf. Cardíaca Congestiva					
Pneumopatias					
Outros					
08 – SAÚDE (06 meses)		SIM	NÃO	NA	

Faz exames periódicos?				
Doença Manifesta?				
Repetidas Internações?				
09 – SOCIAL	SIM	NÃO	NA	
Recebe visitas de familiares?				
Recebe visitas de amigos/outros?				
Isolamento?				
Relações com Equipe local? (segurança)				

NA – Não foi capaz de avaliar ou idoso não sabe/recusou a responder.

APÊNCIDE B

Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa

À responsável pela a Instituição de Longa Permanência para o Idoso

Sr(a). _____

AUTORIZAÇÃO

Solicito ao responsável legal, AUTORIZAÇÃO para uso do espaço físico desta instituição, para a realização da pesquisa intitulada de RASTREAMENTO DE ABUSO E MAUS-TRATOS EM INDIVÍDUOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, sob responsabilidade do professor *Mario Jorge Jucá*, a qual terá como colaborador *Hermann Nogueira Hastenreiter Júnior*. Comprometemos-nos a seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pelo sigilo ético. Haverá o compromisso de divulgação dos dados apenas em reuniões e publicações científicas com sigilo e resguardo ético da Instituição.

Maceió, _____ de _____ de 2012.

Hermann Nogueira Hastenreiter Júnior (Pesquisador)

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidado(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo RASTREAMENTO DE ABUSO E MAUS-TRATOS EM INDIVÍDUOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, recebi dos pesquisadores Professor Mario Jucá e aluno Hermann Nogueira Hasten-Reiter Júnior do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – ICBS da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, responsáveis por sua execução, e as seguintes informações abaixo que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- *Que o estudo se destina a rastrear a qualidade do cuidado oferecido pela instituição.
- *Que a importância deste estudo é a de identificar se há indícios de falhas no cuidar do idoso, como o abuso e maus-tratos, e que os resultados obtidos serão de extrema importância para a comunidade científica, devido ao envelhecimento populacional evidenciado e o aumento no número de casos de maus-tratos em idosos. A publicação deste possibilitará também enfoque necessário para a reestruturação das políticas públicas, que possam melhorar as condições das instituições de longa permanência para idosos.
- *Que esse estudo começará em 2010 e terminará em 2012.
- *Que o estudo será feito da seguinte maneira: Serão aplicadas ficha de recolhimento de dados, entrevista estruturada e instrumentos para a detecção de maus-tratos contra idosos, e instrument para avaliação do cuidador.
- *Que eu participarei das seguintes etapas: Entrevista e Coleta de dados por Instrumentos para identificação do problema pesquisado.
- *Que não terei incômodos com a minha participação.
- *Que não terei riscos à minha saúde física e mental.
- *Que o benefício que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente é o de ter contribuído, sem visar fins lucrativo de uma pesquisa, cujo foco é de extrema importância para a saúde pública.
- *Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: será feita uma primeira avaliação e após um período receberei outra visita concluindo a pesquisa. Recebendo os resultados posteriormente a conclusão total do estudo.
- *Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas das questões, podendo me negar, ou não saber, respondê-la.
- *Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- *Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a

divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

*Que os resultados serão posteriormente oferecidos aos responsáveis pela instituição, que poderam se beneficiar direta ou indiretamente.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-colaborador.

Domicílio: (rua, praça, conjunto): Avenida Comendador Francisco Amorim Leão
 Bloco: /Nº: /Complemento: 521, Edifício Rodrigo, Apartamento 302
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Pinehiro, 57057-780, Maceió - AL, 8701-1243
 Ponto de referência: Ao lado do Ballet Eliana Cavalcanti

Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Instituto de Gastroenterologia de Maceió - IGAM
 Endereço: Rua Desembargador João de Oliveira Silva
 Bloco: /Nº: /Complemento: 200
 Bairro: /CEP/Cidade: Farol/ 57055-210/ Maceió - AL
 Telefones p/contato: 3326-5410 / 3372-5344

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:
 Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041**

Maceió, _____ de _____ de _____

(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO A

CAREGIVER ABUSE SCREEN (CASE)

Objetivo: Rastrear abuso através de múltiplas fontes, por exemplo, através de cuidadores, quem recebe cuidado, e / ou quem intervém nesses casos, e não apenas por meio de relatórios profissional. Ele é projetado especificamente para uso da comunidade.

Instruções: O instrumento (CASE) tem oito itens direcionados aos cuidadores informais, tendo "sim" ou "não" como respostas. Um cuidador pode preencher o questionário. A pontuação de quatro ou mais no instrumento pode ser considerada como sugestivos de um maior risco para o abuso. No entanto, mesmo um resultado de um pode ser indicativo de abuso.

Instituição:

Nome: _____



Idade: _____

Por favor, responda às seguintes perguntas como ajudante ou cuidador:		SIM	NÃO
1	Você às vezes encontra dificuldades em fazer com que o idoso controle sua irritação ou agressividade?		
2	Você freqüentemente se sente forçado a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?		
3	Você acha difícil controlar o comportamento dos idosos?		
4	Você às vezes se sente forçado a ser bruto com os idosos?		
5	Você às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para o idoso?		
6	Você freqüentemente sente que deve rejeitar-lo ou ignorar-lo?		
7	Você freqüentemente se sente tão cansado e exausto que não consegue atender às necessidades do idoso?		
8	Você freqüentemente sente que deve gritar com o idoso?		

Copyright 1992-2005 University of Toronto Press Incorporated except where otherwise noted. Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging, 14*, 45-60.

ANEXO B

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – Al., 21/03/2011

Senhor (a) Pesquisador (a), Mário Jorge Jucá
Herman Nogueira Hasten-Reiter Júnior

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 01/02/2011 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **013032/2010-04** sob o título **Indicadores de maus tratos em idosos acompanhados por cuidadores na cidade de Maceió**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

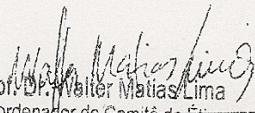
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96!

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais
(*) Áreas temáticas especiais


 Prof. Dr. Welter Matias Lima
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa