

RESUMO: Este artigo aborda o modo como o idoso vem sendo tratado nos últimos anos. A violência não só física como também a psicológica, acomete idosos de todas as faixas econômicas. Na maioria das vezes a agressão vem de pessoas da própria família ou próximas a ele. O abandono nos asilos, a falta de carinho, a pressão psicológica e o descaso são formas de agressão que muitas vezes passam despercebidas. No entanto os familiares devem – se atentar a qualquer sinal de agressão. Na consulta de enfermagem todos os sinais e sintomas de agressividade devem ser analisados minuciosamente. Cabe a enfermagem o papel de reinserção do idoso na sociedade como também auxiliar nos cuidados prestados a ele. Palavras – chaves: violência, abandono e descaso.

Katrinna M.P. Portela¹

Luciana S. Barreto²

Maria M. S. M. Torres³

RESUMO:

Este artigo aborda o modo como o idoso vem sendo tratado nos últimos anos. A violência não só física como também a psicológica, acomete idosos de todas as faixas econômicas. Na maioria das vezes a agressão vem de pessoas da própria família ou próximas a ele. O abandono nos asilos, a falta de carinho, a pressão psicológica e o descaso são formas de agressão que muitas vezes passam despercebidas. No entanto os familiares devem – se atentar a qualquer sinal de agressão. Na consulta de enfermagem todos os sinais e sintomas de agressividade devem ser analisados minuciosamente. Cabe a enfermagem o papel de reinserção do idoso na sociedade como também auxiliar nos cuidados prestados a ele.

Palavras – chaves: violência, abandono e descaso.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que nos próximos anos a população brasileira será uma população idosa. Em consequência desse envelhecimento populacional, o idoso tornar-se alvo da violência. A agressão a população acima de 60 anos vem de diversas formas, a falta de carinho, atenção, pressão psicológica, descaso e a agressão física propriamente dita. O número de idosos que sofrem algum tipo abuso é tão grande que esse caso já se tornou um problema de saúde pública. Vale ressaltar que muitas vezes as agressões podem resultar em morte. A questão da negligência contra os idosos não é um fenômeno novo. No entanto, apenas nas últimas duas décadas é que essa questão começou a despertar o interesse da comunidade científica (FREITAS et al, 2006).

Souza et al (2007), relata:

O aumento da ocorrência de determinados agravos, tais como as causas externas, como os acidentes, a violência e os maus tratos, devem ser objeto de maior atenção entre os profissionais da saúde. No Brasil, entretanto, a população idosa não costuma ser prioridade nos estudos sobre as causas externas, em razão do predomínio dos jovens, que exibem altos coeficientes e grande número de casos.

As violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos. No primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer

em relativamente poucas décadas, em uma velocidade muito maior que os países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer (MINAYO, 2003).

No Brasil os maus-tratos foram percebidos nos níveis macro e médio: num percentual de 65%, idosos consideraram maus-tratos a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade em geral, as baixas aposentadorias, os desrespeitos que sofrem no transporte público e a falta de leitos hospitalares para idosos. O nível micro só é relatado como abandono por partes das famílias (FREITAS et al, 2006).

O crescimento do interesse da área da saúde pela violência deveu-se a dois fatores principais: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos da cidadania e mudanças no perfil de morbimortalidade no mundo e no país. Essas observações levaram a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1993) a fazer a seguinte análise sobre a questão: a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (FREITAS et al, 2006).

A proposta deste artigo é despertar o interesse da comunidade; alertar contra os maus tratos e a negligência sofrida pelos idosos e dar subsídios aos profissionais de saúde para identificação, prevenção e intervenção de maus tratos contra os idosos, pois, estas constituem "uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em haja expectativa de confiança" (FREITAS et al, 2006).

O velho é vítima de diversas formas de violência por parte da família e da sociedade. Esse tipo de coisa é bastante comum. A violência cuja prática às vezes não é nem percebida, mas tem efeito devastador para o velho quanto à agressão física e a violência psicológica ou moral (ZIMERMAN, 2005).

Os maus tratos de idosos por "pessoas que deles cuidam" tampouco representam um problema novo. O abuso é geralmente praticado por pessoas nas quais os anciãos depositam confiança: familiares, vizinhos, cuidadores, funcionários de banco, médicos, advogados etc. A vítima é freqüentemente do sexo feminino, com mais de 75 anos e vive com familiares. O perfil é de habitualmente de uma pessoa passiva, complacente, impotente, dependente e vulnerável. Essas características unidas à falta de opções fazem com que a vítima tenha dificuldade de escapar de uma situação abusiva (GUIMARÃES E CUNHA, 2004).

Segundo as autoras acima, essas pessoas costumam ser solitárias e isoladas: podem apresentar depressão e uma baixa estima reforçada por sentimento de culpa e vergonha. Por outro lado o agressor tende a apresentar baixa estima e projetar a responsabilidade de suas ações assim como de suas frustrações, sobre terceiros (externalização da culpa). Possui temperamento explosivo e incapacidade para controlar seus impulsos, compreender e encarar situações.

De acordo com Freitas et al, (2006), fruto das pesquisas pioneiras realizadas nos últimos anos, já é possível descrever o perfil da vítima e do agressor e os fatores de riscos mais prevalentes em maus-tratos e negligência em idosos. A conclusão de um estudo realizado nos Estados Unidos na década de 1980, confirmou a existência de situações de violência contra o idoso no interior da família, apontando o seguinte perfil da vítima: mulher com 75 anos de idade ou mais, viúva, física ou emocionalmente dependente, na maioria das vezes residindo com familiares, um dos quais é o seu agressor. O perfil básico desse agressor é

um adulto de meia-idade, geralmente um filho, em geral financeiramente dependente da vítima e com problemas mentais e/ou dependente de álcool ou de drogas.

Em vista do preconceito cultural que ainda existe contra o idoso em nossa sociedade, torna-se difícil conhecer a violência contra os idosos para tal faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos em idosos, uma vez que os serviços de saúde em geral, e mais particularmente os setores de emergência e os ambulatorios, constituem uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos (FREITAS et al, 2006).

O ministério da saúde a (2003), afirma:

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

De acordo com Zirmerman (2005), em princípio os maus tratos em relação ao velho praticado pela família e pelos cuidadores são causados mais pela falta de preparo do que por má vontade. Existem casos de famílias pobres que maltratam os velhos física ou moralmente devido as condições de carência econômica. Muitos velhos demenciados, por exemplo, ficam presos em casa, por vezes amarrados, pois, os filhos e netos precisam sair para trabalhar e não podem deixa – los soltos, sozinhos. Mas, evidentemente as melhores condições financeiras não livram os velhos dos maus tratos.

O Ministério da saúde (2003), afirma:

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando - o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena - detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1.º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos. § 2.º Se resulta a morte: Pena - reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Guimarães e Cunha (2004) afirmam que pode existir entre a vítima e o agressor uma ampla e completa história de dificuldades e também de dificuldades e também de demandas e necessidades recíprocas não satisfeitas. Nas situações que envolvam maus tratos a dependência (financeira ou de habitação) do agressor é mais relevante do que a de dependência da vítima. Com respeito ao tipo de abuso, o físico e financeiro estariam mais relacionados com a dependência do agressor, o psicológico e a negligência com o estresse do cuidador

Para a realização deste artigo foram utilizadas referências bibliográficas, e recursos da internet, que enriqueceram a efetivação do mesmo e nos ajudou a entender o surgimento do interesse da sociedade para os cuidados com os idosos, bem como saber de que forma intervir quando suspeitar desses maus-tratos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, 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 et al, 2007).

O abuso na velhice é uma construção multidimensional que pode ser usada em todo o tipo de conduta abusiva em relação a anciãos, ou referir-se a uma ação específica. Os tipos mais comuns são os o abuso físico, psicológico, financeiro e a negligência. Está pode ser ativa ou passiva, intencional ou não, sendo definida como a recusa ou a falha no cumprimento de qualquer parte das obrigações ou responsabilidade por parte da pessoa que cuida dos idosos (GUIMARÃES E CUNHA, 2004).

Kauffman (2001), complementa que os maus tratos ao idoso podem assumir, além das citadas acima, desde dano físico real ou a angústia mental à negação dos serviços médicos e sociais, necessários. O comportamento abusivo contra o idoso pode ser exercido pelos membros da família, pelos atendentes ou pelos próprios profissionais da saúde.

De acordo com Freitas et al (2006), o acentuado envelhecimento da população brasileira; o aumento da expectativa de vida, que torna cada vez maior o numera de idosos na sociedade brasileira e, em consequência, aponta para o crescimento da população portadora de declínio funcional e cognitivo; a nuclearização familiar associada ao empobrecimento da população nas ultimas décadas; e a escassez de suporte comunitário e de serviços assistenciais adequados aos idosos incapacitados são fatores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos.

Uma conduta abusiva ou negligente pode ocorrer em qualquer classe social, grupo racial, em ambos os sexos, em todos os níveis educacionais e em qualquer etapa do desenvolvimento familiar e pode caracterizar – se a depender da frequência, duração, intensidade, gravidade e, especialmente do contexto cultural onde ocorra (GUIMARÃES E CUNHA, 2004).

De acordo com Freitas et al,(2006), cabe ressaltar que após a promulgação do Estatuto do Idoso, Lei 10.741 em 1/10/2003 (Brasil,2003), passou a ser mandatória pelos profissionais de saúde a comunicação à autoridade competente de qualquer suspeição ou confirmação de maus-tratos que tiverem sido testemunhadas (artigo 19) com consequências judiciais e administrativas em caso de o profissional de saúde responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência deixar de comunicar à autoridade competente os casos de crime contra idosos de que tiver conhecimento (artigo 57).

De acordo com Freitas et al,(2006), artigo 19. Os casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra idosos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde, a quaisquer dos seguintes órgãos:

I.Autoridade policial

II.Ministério Público

III.Conselho Municipal do Idoso

IV.Conselho Estadual do Idoso

V.Conselho Nacional do Idosos

O ministério da saúde (2003), relata:

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias,

Aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade: Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Em caso de descumprimento da lei, isto é, se o profissional de saúde não fizer a comunicação e reiteradamente observar que o idoso está sofrendo maus-tratos, deve responder por tais crimes. Nesses casos, o profissional de saúde passa a ser o autor da

infração penal. O crime de maus-tratos está disciplinado no artigo 136 do Código Penal (FREITAS et al, 2006).

Recomendam-se pois a criação de um protocolo de atendimento ao idoso que inclua o rastreamento de situações de violência, para ser seguido pelos profissionais de saúde, e a criação de redes de apoio para atendimento aos idosos vitimados, além da ampla divulgação de recursos existentes na comunidade para encaminhamento dos casos. Considerando ainda que no Brasil a família é considerada o espaço mais adequado para a moradia e o cuidado do idoso depende, qualquer que seja a sua classe social, é importante o investimento em programas de suporte aos cuidadores familiares de idosos, para que seja adequado, digno e respeitoso, prevenindo os maus-tratos, em particular a negligência doméstica (FREITAS et al, 2006).

Guimarães e Cunha (2004), identificaram indicadores que servem de base e suspeita de uma situação de maus tratos. Ressaltando – se, contudo, que a ausência dos sinais e sintomas a seguir não assegura a inexistência de abuso:

Indicadores físicos

- Perda de peso, desnutrição ou desidratação sem uma patologia de base que as justifique;
- Marcas, hematomas, queimaduras, lacerações úlceras de pressão, ferimentos cuidados ou malcuidados;
- Palidez, face abatida e olheiras;
- Evidência de descuido e má higiene da pele;
- Vestuário inadequado, sujo, inapropriado para a estação;
- Ausência ou estado ruim de conservação de próteses (andadores óculos, próteses auditivas, dentaduras etc);
- Evidência de administração incorreta de medicamentos;
- Evidência de traumas ou relato de acidentes inexplicáveis.

Indicadores de conduta

- Passividade, retraimento ou resignação;
- Tristeza, desesperança ou falta de defesa;
- Ansiedade, agitação e medo;
- Exacerbação de quadro depressivo;
- Relatos contraditórios, ambivalentes, não relacionados a confusão mental;
- Receio de falar livremente, esperando que o cuidador dê as respostas;
- Relutância em manter qualquer tipo de contato verbal ou físico com o cuidador;
- Busca ou mudança freqüente de profissionais e/ou centros de atenção médica;

Indicadores sexuais

- Conduta sexual incompatível com a personalidade prévia;
- Comportamento diferente e inapropriado diante da presença de certas pessoas;
- Conduta agressiva, isolamento, retraimento ou auto – agressão;
- Presença de sinais e sintomas tais como infecções recorrentes, dor, hematomas e sangramento na região anal e genital;
- Dificuldade para marcha, dor abdominal sem causa aparente;
- Vestuário íntimo rasgado ou manchado de sangue.

Negligência ou privação

- Dificuldade de acesso ao idoso;
- Isolamento freqüente;
- Uso mínimo, ou má conservação, de prótese oral, auditiva, óculos etc;

- Diferença acentuada na aparência, higiene e oportunidades entre o idoso assistido e seu cuidador;
- Vestimenta inapropriada ou indecorosa;
- Tendência do cuidador para reforçar o isolamento do paciente.

Os autores acima, afirmam aspectos importantes numa consulta de enfermagem:

- Examinar a pele e investigar o estado de higiene e indumentária;
- Avaliar a presença de desnutrição e desidratação. Procurar por lesões resultantes de queimaduras, lacerações e úlceras de decúbito;
- Verificar a presença de alopecia por arrancamento de cabelos, hematomas no crânio e arranhaduras;
- Ver se existem marcas de corda ou cinturão no corpo. Observe se os punhos têm marca de contenção física;
- Inquirir sobre sangramento anal e vaginal. Na dúvida solicitar a presença de uma pessoa não relacionada ao cuidador para realizar um exame local mais detalhado;
- Observar se existe nas mãos lesões compatíveis com imersão em água quente ou mesmo exposição direta ao fogo;
- Procurar evidências de fraturas, observar transtornos da marcha e queixa de dor à locomoção ou com o movimento de membros;
- Avaliar a presença de sintomas de depressão ou ansiedade;
- A presença de confusão mental pode ser compatível com trauma, intoxicação por drogas e mesmo *delirium* por causas múltiplas.

De acordo com Souza et al (2007), as preocupações com os maus-tratos aos idosos aumentaram, também, em consequência de uma conscientização mundial de que, nas próximas décadas, haverá um importante aumento demográfico nesse segmento da população. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde entende por maus-tratos e negligência como uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança.

Nos últimos anos, no Brasil, entretanto, surgiram serviços voltados para os idosos, como as casas de abrigo, os centros de referência multiprofissionais e as instituições próprias para denúncias das violências aos idosos. O ingresso de idosos nesses locais evidencia a fragilidade temporária ou permanente de seus vínculos familiares ou muitas vezes sua inexistência, porém torna-se fundamental que políticas públicas enfoquem o papel social do idoso, bem como privilegiem o cuidado e a proteção dessas pessoas em suas famílias, nas instituições e sociedade (SOUZA et al, 2007).

Uma das maiores dificuldades ao trabalhar com o fenômeno da violência é sua etiologia e pluricausalidade. O que se observa, na explosão de violência dos dias atuais em todos os grupos etários e classes sociais, é a influência de fatores relacionados a problemas macroestruturais. Para equacionamento dessa difícil situação, torna-se necessária um ação conjugada do Estado, da sociedade civil e das comunidades, a partir da sua sensibilização para a gravidade do problema (FREITAS et al, 2006).

Em nosso país, em 1994, após longos anos de cobranças de instituições da sociedade civil, o governo federal promulgou a Lei Federal 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, política essa que foi regulamentada em 1996. Por essa lei ficam definidos os direitos do idoso e as responsabilidades dos governos em níveis federal, estadual e

municipal, no seu atendimento. É ressaltada também a responsabilidade da família e da sociedade no cumprimento da legislação (FREITAS et al, 2006).

O geriatra, pela própria condição de cuidador de uma faixa da população freqüentemente depende em algum grau de apoio social ou familiar, convive cotidianamente com situações peculiares, do ponto de vista ético, necessitando, por vezes, de um aprofundamento de conceitos essenciais (CARVALHO E PAPALÉO, 2006).

Segundo Carvalho e Papaléo (2006), vivemos numa sociedade que tem se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano. Freqüentemente, as pessoas são valorizadas pelo critério de ter ou de poder, mais do que pelo de ser. O idoso, freqüentemente improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído, corre o risco de ser considerado um indivíduo menos útil e, portanto, menos digno, não só pela sociedade, mas também, infelizmente, pelos próprios profissionais da saúde. Impões-se aos geriatras definir e defender quando necessário esta dignidade humana presente nos pacientes que freqüentemente não podem assumir esta mesma defesa.

De acordo com Freitas et al,(2006), foram criadas Delegacias do Idoso, Promotorias de Defesa dos Direitos do Idoso, Núcleos e Grupos de Estudo sobre a questão da violência contra idosos, com objetivos comuns de:

1. Informar e conscientizar a sociedade sobre a questão dos maus-tratos;
2. Promover treinamentos para profissionais que atuam na área da gerontologia e geriatria para identificação, tratamento e prevenção da violência;
3. Defender idosos que sofrem maus-tratos;
4. Estimular pesquisa sobre a questão da violência
5. Desenvolver programas educativos para idosos que possibilitem o desenvolvimento de sua capacidade de autocuidado;
6. Estimular políticas públicas de prevenção de violência que contemplem serviços adequados para dar apoio adultos vulneráveis, promovendo a coesão familiar e a solidariedade intergeracional.

Uma consideração ética que precisa ser reconhecida quando os profissionais de saúde sabem da ocorrência de um abuso é a necessidade de manter um equilíbrio entre a sensibilidade em relação à confiança do paciente e a necessidade de manter-se fiel aos estatutos regulamentadores que obrigam o relato do abuso. Isto é especialmente importante se o conhecimento da situação de abuso tiver ocorrido através de uma conversa confidencial (KAUFFMAN, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imagem distorcida de que o idoso é um velho chato, doente, passivo e incapacitado faz com que aumente cada vez mais agressão contra eles dando origem a comportamentos agressivos principalmente pelos mais jovens. Por isso é importante um envelhecimento ativo e participativo em que toda família esteja envolvida nas atividades diárias.

Como aponta os estudos até agora realizados, a violência no Brasil já é considerada um novo problema de saúde pública. Nesse quadro geral, os maus-tratos e a negligência contra os idosos constituem um grave problema, ainda não diagnosticado em toda a sua extensão, sobretudo no âmbito familiar e institucional, merecendo portanto maior atenção de órgãos governamentais e não-governamentais (FREITAS et al, 2006).

O planejamento para os cuidados e a compreensão das questões psicossociais que a pessoa idosa enfrenta, devem ser realizadas dentro do contexto da família. Se ocorrerem necessidades de dependência, o cônjuge freqüentemente assume o papel do cuidador

primário. Na ausência do cônjuge um filho assume este papel ou então uma pessoa próxima da família. Sob determinadas circunstâncias de alto risco, as tensões nas relações entre gerações podem resultar no abuso do idoso (SMELTZER & BARE, 2006).

Como os serviços dos profissionais de saúde talvez sejam os mais freqüentemente envolvidos com a ocorrência da violência, torna – se necessária as capacitações dos profissionais na atenção primária de saúde, assim como dos profissionais das áreas social e do direito, para a identificação, prevenção e ,intervenção em casos de maus tratos e negligência. É importante lembrar também como o próprio idoso pode contribuir para um relacionamento intergeracional, harmonioso, respeitoso e solidário (FREITAS et al, 2006). A ação preventiva deve ser empreendida quando as tensões ficam evidentes, antes que ocorra o abuso do idoso. Os membros da equipe interdisciplinar podem ser arrolados para ajudar o cuidador a desenvolver a autoconsciência, introvisão aumentada e uma compreensão do processo de envelhecimento. Ao mesmo tempo, os recursos da comunidade podem ser úteis para a pessoa idosa e para os cuidados (SMELTZER & BARE, 2006).

Entre as intervenções que favorecem maior conscientização e sensibilização da sociedade, com o conseqüente aumento do número de denúncias, observou-se a exposição da violência contra idosos na mídia. Dessa forma, é importante que mais campanhas publicitárias sejam desenvolvidas focalizando essa temática, com vistas a sensibilizar a sociedade quanto ao envelhecimento da população e aos cuidados de que os idosos precisam (SOUZA et al, 2007).

Ao final deste estudo, constatou – se, que é necessário uma melhor capacitação dos profissionais da área da saúde, em que facilitaria bastante à identificação de maus-tratos nas instituições de saúde, nos domicílios e nas ruas. A partir do momento em que não se restringem as denúncias apenas aos órgãos específicos, por isso é de extrema importância denunciar a violência ao idoso, senão estaremos sendo coniventes com essa situação absurda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, Eurico Thomaz de Filho; Matheus Papaléo Netto. **Geriatría – fundamentos, clínicas e terapêutica**. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- FREITAS, Elizabete Viana de; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; Johannes Doll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatría e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.
- GUIMARÃES, Renato Maia; Ulisses Gabriel V. Cunha. **Sinais e sintomas em geriatría**. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- KAUFFMAN, Timothy L. **Manual de reabilitação geriátrica**. 1ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Cad. Saúde Pública v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20/09/08.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE.**Estatuto do idoso**.Série E. Legislação de Saúde.1.ª edição.Brasília, 2003.
- SMELTZER, Suzanne C., e Brenda G. Bare. **Brunner & Sudardarth tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 2006.11ªed

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; Maria Célia de Freitas; Terezinha Almeida de Queiroz. **Violência contra os idosos: análise documental**. Rev. bras. enferm. v.60 n.3 Brasa maio/jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20/09/08.

ZIRMERMAN, Guite I. **Aspectos biopsicossociais**. 1ªed. São Paulo: Artemed, 2005.

¹ Acadêmica da FASB, enfermagem VI semestre; katrinna_porto@hotmail.com;

² Acadêmica da FASB, enfermagem VI semestre; luci_ba@alunos.fasb.edu.br;

³ Orientadora, enfermeira especialista em medicina social, ISC/UFBA; especialista em auditoria de sistemas de saúde/ Faculdade Estácio de Sá e professora da disciplina Cuidados de Enfermagem a Saúde do idoso.