



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

de Sousa, Danúbia Jussana; White, Harriet Jane; Soares, Letícia Maria; Teixeira Nicolosi,
Gloria; Aparecida Cintra, Fernanda; D'Elboux, Maria José
Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 13, núm. 2, 2010, pp. 321-328
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838793016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros

Abuse against elderly: update of the brazilian studies

Danúbia Jussana de Sousa*
 Harriet Jane White*
 Letícia Maria Soares*
 Gloria Teixeira Nicolosi*
 Fernanda Aparecida Cintra*
 Maria José D'Elboux*

Resumo

O envelhecimento populacional trouxe consigo temas emergentes como os maus-tratos contra idosos, que em decorrência de seu caráter biopsicossocial, aspira por investigações mais profundas e soluções urgentes. A pouca disseminação das informações sobre maus-tratos aos idosos contribui para a perpetuação da violência e, frente a este cenário, o presente estudo objetivou realizar uma atualização ampla da literatura através da caracterização dos tipos de violência, do perfil do agressor e vítima, principais locais de ocorrência, indicadores, epidemiologia, instrumentos de detecção e propostas de resolução com base nos dados dos últimos anos de pesquisa científica (2001 a 2008). No desenvolvimento desta produção, nos deparamos com a escassez de dados epidemiológicos atualizados que expressem a verdadeira dimensão estatística do problema, além da ausência de exploração científica minuciosa das diversas faces da violência contra o idoso. Sendo assim, este possui, também, o intuito de enfatizar a necessidade de futuras produções científicas abordando a presente questão visto que, por meio do maior entendimento e desenvolvimento de pesquisas acerca do assunto, serão ampliadas as condições para prevenção, autuação e condutas adequadas, tanto por parte de órgãos e profissionais, que sejam ou não da área da saúde, quanto pelos próprios idosos que necessitam de maior respaldo de orientação.

Abstract

The population aging process brought emerging themes, including abuse of elderly people. Because of its bio-psycho-social character, the issue claims deeper research and urgent solutions. The lack of information about the various sides of elderly abuse contributes to the perpetration of those acts of violence. Facing this situation, this paper aims to produce a wide up-to-date review on the literature though describing the categories of abuse, the typology of offenders and victims, most frequent places where those offences happens and indexes, epidemiology, instruments for detection and proposals for addressing this concern. It was based mainly on data collected during recent years of scientific research (from 2001 to 2008). Different obstacles

Palavras-chave: Maus-Tratos ao Idoso. Violência. Idoso. Violência Doméstica. Coleta de Dados. Instrumentos de Investigação.

* Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Pós-Graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil

were faced, such as absence of updated epidemiologic data which could reveal the real dimension of the problem, besides the short scientific exploitation on the various sides of this sort of violence. The paper also intends to emphasize the need of future scientific production on this issue, since a better understanding and research will allow better conditions for prevention, detection and suitable behavior to address violence against elderly population, either by institutions and professionals, from the healthcare area or not, or by the elderly themselves, who need more support and orientation.

Key words: Descriptors: Elder Abuse. Violence. Aged. Domestic Violence. Data Collection. Investigation Resources.

INTRODUÇÃO

O aumento dos idosos em todo o mundo deve-se às transformações socioeconômicas que determinaram grandes inovações científico-tecnológicas, associadas a melhores condições de vida. No entanto, essa conquista também gera aspectos negativos, como aumento da violência e maus-tratos.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos na terceira idade como ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança. Esse cenário é atualmente uma preocupação relacionada com a saúde pública e a violação dos direitos humanos e, por não ter um fator unicausal, trata-se de um fenômeno biopsicossocial.^{1,2,3}

Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (2005) demonstram que, no Brasil, 27% das internações, dos 93 mil idosos, são em decorrência de violências e agressões. As agressões que chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS) são principalmente as explícitas, mas há os casos não discriminados, como os que ocorrem no ambiente intrafamiliar, que são bastante complexos, delicados e de difícil penetração no silêncio, por envolverem relações e sentimentos de insegurança, medo, conflitos de consanguinidade, proximidade, de afetividade, relações de amor e instinto de proteção em defesa do agressor.⁴

Esta temática traz consigo um prisma velado que se estende desde o universo do indivíduo violentado à descrição científica por conta de

subnotificações e da difícil abordagem. Com base nessas considerações, o presente estudo tem como objetivo abordar os principais enfoques do tema no contexto da literatura brasileira.

TIPOLOGIA

A literatura referencia as tipologias dos maus-tratos aos idosos de diversas formas, tais como:

- **Maus-tratos físicos:** uso da força física para compelir os idosos a fazerem o indesejado, feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- **Maus-tratos psicológicos:** agressões verbais ou gestuais objetivando aterrorizar, humilhar, restringir sua liberdade ou isolar do convívio.
- **Abuso financeiro ou material:** exploração imprópria ou uso não consentido de recursos financeiros patrimoniais.
- **Abuso sexual:** ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional visando a excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- **Negligência:** recusa ou omissão de cuidados necessários pelos familiares ou instituições. Geralmente, está associada a outros abusos que geram lesões ou traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para aqueles em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- **Abandono:** ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares na prestação de socorro.

- **Autonegligência:** idoso que ameace a própria saúde ou segurança, pela recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado. São fatores de risco para a autonegligência morar sozinho, ser sexo feminino, ser portador de demência ou de distúrbios psiquiátricos, ser alcoólatra, isolar-se socialmente e possuir baixo poder aquisitivo.

- **Negligência social difusa:** categoria mais ampla do que a definição de negligência, por abranger aspectos estruturais da sociedade sendo estes responsáveis pela omissão, negligência dos direitos e representatividade social de grupos historicamente estigmatizados e discriminados.⁵

Outros autores também apontam na tipologia da violência ao idoso as definições

- **Violação dos direitos humanos:** privação de qualquer direito inalienável, como a liberdade, direito de fala e privacidade.

- **Abuso médico:** cuidados médicos de forma negligente ou imprópria.

- **Segregação involuntária:** relaciona-se ao espaço das instituições sociais que abrigam o idoso. Manifesta-se por qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal.^{6,7}

Os abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligências, assim como as outras formas de violência geralmente não chegam aos serviços de saúde, pois permanecem neutralizadas nas relações familiares, ou dos prestadores de cuidados aos idosos, porém, a detecção de fatores de risco é uma iniciativa para prevenção, detecção precoce e alicerce de condutas apropriadas.^{4,7,8}

PERFIL DA VIOLENCIA

A violência ao idoso deve ser vista sob três premissas: demográfica, socioantropológica e epidemiológica. A primeira vincula-se ao acelerado crescimento na população de idoso e suas implicações.⁶ Na visão antropológica e

cultural, a idade cronológica é ressignificada como um norteador de novos direitos e deveres, nos diferentes contextos históricos há atribuição de poderes para cada ciclo da vida, mas também faz parte da história um “desinvestimento” político e social relacionado a este segmento da população, expresso em formas de discriminação, como o atributo de “descartáveis” e “peso social”.⁷ Já a premissa epidemiológica evidencia indicadores com que o sistema de saúde mede a magnitude da violência, utilizando o conceito de *causas externas* estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, em referência às resultantes das agressões, acidentes, traumas e lesões.^{7,9}

No Brasil, informações sobre doenças, lesões e traumas de causas violentas em idosos são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional, que ressalta elevada subnotificação em termos mundiais, com estimativas que descrevem que 70% das lesões e traumas sofridos pelos idosos não compõem as estatísticas reais.⁹

As internações e óbitos por causas externas constituem um problema social. As violências que resultam em morte ou fraturas são muitas vezes oriundas das quedas, dos acidentes de trânsito e devido à negligência. A frequente relação entre óbitos e lesões também costuma ser expressão de vários tipos concomitantes de maus-tratos provocados por familiares ou cuidadores. Um terço dos idosos que vivem em casa e metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. Segundo dados do DATASUS, nas internações as quedas são o principal tipo de agravo, enquanto os acidentes de trânsito são causa específica de morte.^{10,11}

É difícil estimar em números o peso da violência contra os idosos, pois as fontes de dados são escassas, inexpressivas e não-confiáveis. Isso ocorre porque o fato é oculto pelas famílias e também porque os profissionais de saúde ainda não possuem um olhar clínico para detectar o problema, gerando registros imprecisos nos prontuários hospitalares. Esta disparidade relacionada às subnotificações dos casos se acentua com o fato de o idoso não apresentar queixa formal contra seus agressores, por se sentir inseguro e desprotegido.¹⁰

PERFIL DO AGRESSOR x VÍTIMA

Em termos nacionais, os entraves envolvendo a divulgação pública dos dados sobre a violência contra os idosos têm como fator impeditivo o fato de a violência ser um assunto amplo, complexo e de difícil captação.

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.¹²

Dados internacionais corroboram os levantamentos nacionais, descrevendo que, nos EUA, o espaço doméstico abriga 90% dos casos de maus-tratos e negligência notificados. Destes, dois terços dos agressores seriam os filhos e cônjuges.^{7,8}

Explicitar essa prevalência da violência doméstica frente a outras categorias auxilia no entendimento dos perfis de agressores e vítimas mais comumente identificados em notificações.

PERFIL DO AGRESSOR

O perfil de maior frequência do perpetrador familiar é o do filho homem, seguidos das noras, genros e esposos. Característica notável é o fato de os filhos serem dependentes financeiramente dos pais idosos ou, inversamente, os idosos dependerem da família ou dos filhos. Na maioria dos casos, constata-se abuso de álcool e drogas, ambiente familiar pouco comunicativo e afetivo e histórico de agressividade nas relações com seus familiares.^{7,9} Observou-se, em algumas famílias, história pregressa de violência na qual o idoso mantinha uma personalidade dominadora e controladora sobre os filhos, tornando-se tendência a inversão dessas posições quando o pai ou a mãe envelhecem e se tornam dependentes.¹²

Outros aspectos seriam o estresse, além da exaustão física e emocional provenientes dos cuidados dispensados, principalmente em casos

de doença crônica e incapacidade funcional. Comportamentos disruptivos, repentinos como agitação ou rebaixamentos de consciência, delírios e agressividade manifestados em doenças e distúrbios neurológicos e comportamentais podem favorecer uma relação conflituosa. Tais distúrbios e contingências podem levar à sobrecarga, predispondo ao risco de violência. Sendo assim, um suporte social ao cuidador e informações sobre cuidados prestados garantem a diminuição deste fator de risco.^{8,12}

PERFIL DA VÍTIMA

Percebe-se que ocorre uma coincidência de fatores de risco nos perfis de agressor e de vítima. As proposições anteriormente expostas para os agressores são igualmente consideradas para as vítimas.

Quanto ao perfil da vítima, há predominância no sexo feminino, idade de 75 anos ou mais, viúvas, dependentes físico ou emocionalmente e residência junto aos familiares, histórico familiar de violência, alcoolismo e distúrbios psiquiátricos, bem como serem portadoras de doenças crônicas.¹²⁻¹⁵

É importante enfatizar o perfil de indivíduo solitário que não busca ajuda de um suporte social na ocorrência de violência. O medo de represália do agressor, da quebra dos laços familiares, da perda de autonomia e do local onde reside, já que a maioria vive com o agressor, faz com que a vítima não procure medidas legais ou suporte social, pactuando com o agressor na manutenção da violência.¹⁴⁻¹⁶

PRINCIPAIS LOCAIS DE MAUS-TRATOS

A violência ao idoso está presente em lugares como instituições de longa permanência, domicílios, transportes públicos, centros-dias – enfim na vida em comunidade.

Em muitas sociedades, esta violência está inserida nos costumes como uma maneira

“normal” e “naturalizada” de agir, permanecendo de forma mascarada nas atitudes. No entanto, onde a violência se expressa de forma mais prevalente é o domicílio – local que, em diversas culturas, é entendido como ambiente de amor, acolhimento e supostamente protetor à violência externa. Nessa relação intrafamiliar, muitas vezes emocionalmente compensada, surgem conflitos expondo o idoso ao risco de violência. Esta relação, que nos últimos anos sofre modificações em sua composição, pode favorecer “disputas pelo poder”, já que diferentes gerações coabitam o mesmo domicílio, expandindo o núcleo familiar e os conflitos.^{7,12,15-17}

Do ponto de vista do idoso, a instituição de longa permanência é também considerada lugar ameaçador, considerando-se as numerosas denúncias referentes a maus-tratos. Neste ambiente, que deveria representar apoio ao idoso e a seu familiar, podem ocorrer atos ou omissões na forma de violência física, sexual, humilhações e desumanização, levando ao agravamento do quadro de saúde física e mental. Diversos indícios caracterizam maus-tratos nas instituições de longa permanência, como cuidados insuficientes, falta de higiene, qualidade de vida precários, pouca privacidade, condições de trabalho ruins, configurada no esgotamento da equipe de enfermagem e dos cuidadores, no uso de medicamentos sedativos, desnutrição, desidratação, tortura, contenção, manutenção em cárcere, suicídio e assassinato.^{10,12,15}

ABORDAGEM DAS VÍTIMAS

O serviço de saúde é a principal porta de entrada para os casos de maus-tratos, cabendo ao profissional de saúde realizar avaliação e abordagem adequadas para caracterização do problema, baseando-se em informações consistentes e conhecimento sobre violência.

Essas vítimas devem ser submetidas a exame físico, observando-se aspectos de higiene, vestimentas e lesões características, como hematomas, lacerações, fraturas e avaliação mental. A história clínica, social e familiar deve ser obtida

de forma cuidadosa e individualizada – as vítimas podem apresentar várias reações e sintomas emocionais, comportamentais e somáticos que, mesmo sem serem patognomônicos, com a suspeição, conhecimento e atenção do examinador, podem esclarecer a situação.^{15,18}

Vários são os sinais físicos suspeitos de maus-tratos. As lesões nem sempre são recentes, pois a cicatrização do idoso é lentificada devido à menor vascularização, menor regeneração e maior atrofia dos tecidos, podendo permanecer por meses. No entanto, quando provocadas, surgem com rapidez. Também pode haver diferentes estágios de cicatrização, devido a agressões repetidas, apresentação característica do padrão do instrumento utilizado na injúria, localização em locais incomuns e apresentação na forma de fraturas de dentes, nariz e outros ossos com evidência radiológica antiga e de desalinhamento.^{18,19}

Os indicadores que podem nortear a suspeição não se baseiam apenas em lesões físicas. Pode ocorrer negligência na administração insuficiente ou excessiva de medicamentos, provocando descompensações a quadros como hipertensão e diabetes, e até intoxicação grave. Perda de peso e desnutrição também são indicadores, no entanto, muitas vezes, sem ocorrer averiguação adequada desses casos. Desta forma, tanto a negligência quanto a violência física são responsáveis, na mesma dimensão, pelo sofrimento e aumento da morbidade e mortalidade desses idosos.^{15,19}

INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO DA VIOLENCIA

Para aprofundamento no tema, torna-se interessante conhecer suas diferentes facetas envolvendo as relações de intimidade estabelecidas por consanguinidade ou profissionais. Os serviços de saúde podem ser locais privilegiados na identificação do problema e implementação de estratégias de enfrentamento.^{20,21}

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.²⁰ Paixão 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.²¹

Os mesmos autores, em revisão dos instrumentos existentes e profícuos para rastreamento, selecionaram os aplicáveis em ambiente clínico e que possuíssem 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.^{21,22}

Atualmente, dois dos instrumentos selecionados passaram pela adaptação transcultural: *Caregiver Abuse Screen* (CASE) e *Hvalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST). O primeiro, de origem canadense, breve e de autopreenchimento, aborda aspectos físicos, psicossociais, financeiros e negligência sem arguir sobre atos e comportamentos violentos. Seus itens inquirem 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. É de fácil administração, com respostas dicotomizadas em “sim” e “não” e, na prática, pode servir como alerta, mas não avalia dimensões importantes, como a autonegligência, abandono e violência sexual.^{22,23}

O *Hvalek-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.^{22,23}

VIOLÊNCIA E LEGISLAÇÃO

Sousa (2004) descreve que é dever da família e do Estado colaborar para uma velhice digna. A família deve ser conscientizada de seu papel em relação à tutela jurídica e amparo, já que o Estado não poderá sozinho oferecer tal subsídio.²⁴

O artigo 230 da Constituição Federal descreve: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida”.^{24,25}

A Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, em seu capítulo IV define que é dever de todo cidadão denunciar maus-tratos ou negligência a essas pessoas. No artigo 10, inciso IV, esclarece que é papel da justiça “promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação de normas sobre o idoso, determinar ações para evitar abusos e lesões a seus direitos”.²⁵

PUNIÇÕES

A violência definida como a exposição da integridade física ou psíquica do idoso prevê pena variável de dois meses a um ano de reclusão, mais multa com benefício de suspensão condicional. Se houver lesão corporal de natureza grave, a pena é de um a quatro anos de reclusão, mas se resultar em morte aumenta para de quatro a 12 anos de reclusão, sem o benefício da suspensão condicional do processo. Para profissionais da área de saúde que não denunciarem a violência identificada, pode-se aplicar multa de R\$ 500 a R\$ 3.000, sendo dobrada no caso de reincidência.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra os idosos é complexa devido aos aspectos que influenciam seu surgimento, como os culturais, sociais, históricos, familiares e demográficos.

Em termos nacionais, o entendimento da questão apresenta como complicador os entraves existentes na divulgação de dados epidemiológicos e a pouca orientação das equipes de saúde a respeito da detecção, registro e encaminhamento dos casos. Tal situação contribui para recorrência e perpetuação do problema.

Como vislumbre de mudança deste quadro, cabe aos órgãos governamentais a facilitação da

divulgação de dados nacionais. Isso possibilitaria maior acesso e entendimento das proporções nacionais do tema.

Aos geriatras, gerontólogos e demais profissionais de saúde, mantém-se a proposta do esforço na produção de conhecimento, objetivando ampliar o campo teórico e de intervenções na instrumentalização das equipes de saúde, validação de instrumentos para rastreio, criação de programas de orientação e prevenção à comunidade, além de promover redes de suporte para o enfrentamento do problema. Somente por meio do maior entendimento e desenvolvimento de pesquisas serão criadas condições para a prevenção da violência contra os idosos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, IPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002. 24 p.
2. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadoras. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-33. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Santos ACPO, et al. A construção da violência contra idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2007;10(1): 115-27.
4. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Texto para discussão nº 1200. Rio de Janeiro: IPEA; 2006/jul. 33 p.
5. Levine JM. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. Geriatrics 2003 oct; 58(10): 37-44.
6. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria de Direitos Humanos; 2004.
7. Minayo MCS. Violência contra idoso: relevância para um velho problema. Caderno de Saúde Pública 2003 mai./jun, 19(3): 783-91.
8. Hijar-Medina M, et al. Medical care of injuries caused intentionally by domestic violence. Salud Pública Mex 2003 jul./ago; 45(4): 252-8.
9. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cadernos de Saúde Pública 2004 maio/junho; 20(3): 646-7.
10. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Rev Assoc Med Bras 2004 jul./ago; 50(1): 97-103.
11. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [homepage]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>
12. Faleiros, VP. Violência contra a pessoa idosa – ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa; 2007. 394 p.
13. Ortmann C, et al. Fatal neglect of the elderly. Journal of Legal Medicine 2001; 114: 191-3.
14. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008 maio/jun; 16 (3): 465-70.
15. Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1152-9.
16. Leite MT, Hildebrandt LM, Santos AM. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2008 maio/ago; 11(2): 209-21.

17. Bourdieu P. A Juventude é apenas uma palavra. In: Bourdieu P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983. p. 112-21.
18. Pearsall C. Forensic biomarkers of elder abuse: what clinicians need to know. *J Forensic Nurs* 2005; 1(4): 182-6.
19. Hirsch CH, Loewy R. The management of elder mistreatment: the physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 2001 may; 113(10): 384-92.
20. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública* 2006 jun; 22(6): 1137-49.
21. Paixão Jr. CM, 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.
22. Paixão Jr. CM., Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública* 2008 ago; 24(8): 1801-13.
23. Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *J Appl Gerontol.* 1986; 5(2): 153-73.
24. Sousa AMV. Tutela jurídica do idoso a assistência e a convivência familiar. Campinas: Alínea; 2004. 245 p.
25. Siqueira LEA. Estatuto do idoso de A a Z. São Paulo: Idéias & Letras; 2004. 238 p.

Recebido: 29/6/2009

Aprovado: 23/2/2010