

**Artigo original****Relação entre capacidade funcional e sinais de violência e maus tratos em idosos longevos*****Relationship between functional capacity and signs of violence and abuse in oldest elderly***

Bruna Silva de Oliveira\*, Vânia Ferreira Dias\*, Luciana Araújo dos Reis, Ft., D.Sc.\*\*

.....  
\*Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste, \*\*Estágio Pós-doutoral em Saúde Coletiva/UFBA/ISC, Docente Adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e Docente Titular da Faculdade Independente do Nordeste

**Resumo**

*Introdução:* As incapacidades comprometem a independência do idoso, impedindo o seu próprio cuidado e, como consequência, aumento da carga de cuidados para a família, podendo tornar este idoso vulnerável a ser vítima de violência e maus tratos. *Objetivo:* Verificar a relação entre a capacidade funcional e sinais de violência e maus-tratos em idosos longevos. *Material e métodos:* Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa realizado em unidades de saúde, com amostra de 31 idosos. Utilizou-se um questionário contendo questões sociodemográficas e de saúde, uma Escala de avaliação geral do idoso e Escalas de avaliação cognitiva e funcional. Os dados foram analisados por meio da análise estatística descritiva. *Resultados:* Com a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis entre capacidade funcional (atividades básicas e instrumentais de vida diária) e as dimensões dos grupos da escala de avaliação de maus tratos e abusos em idosos encontrou-se diferença estatística significativa no grupo avaliação geral entre a dimensão vestuário baixo e comprometimento das atividades básicas de vida ( $p = 0,007$ ), qualidade da pele baixa e comprometimento das atividades básicas de vida ( $p = 0,048$ ). *Conclusão:* Há relação entre os possíveis indicadores de abuso, negligência e exploração nas dimensões vestuário e qualidade da pele baixa com as atividades instrumentais de vida diária.

**Palavras-chave:** idoso, violência, atividades cotidianas.

**Abstract**

*Introduction:* Disability compromises the independence of the elderly and impedes their self-care, consequently there is an increase in family care load. This circumstance could make this elderly vulnerable and a victim of violence and abuse. *Objective:* This study aims to determine the relationship between functional capacity and signs of violence and abuse in the oldest elderly. *Methods:* This was an exploratory descriptive study with a quantitative approach carried out in health facilities, with a sample of 31 elderly. We used a questionnaire with sociodemographic and health questions, a Scale of general evaluation of the elderly and Scales of cognitive and functional assessment. Data were analyzed using descriptive statistical analysis. *Results:* By applying the Kruskal-Wallis test between functional ability (basic activities and instrumental activities of daily living) and the dimensions of the groups of the evaluation scale of elder mistreatment and abuse, we found a statistically significant difference in the general group in the topic clothing and impairment in basic activities of daily living ( $p = 0.007$ ), poor skin quality and compromising basic activities of life ( $p = 0.048$ ). *Conclusion:* There is a relationship between the possible indicators of abuse, negligence and exploitation in the dimension clothing and quality of skin with instrumental activities of daily living.

**Key-words:** elderly, violence, activities of daily living.

Recebido em 31 de janeiro de 2014; aceito em 23 de junho de 2014.

**Endereço para correspondência:** Luciana Araújo dos Reis, Rua Erasthotenes Menezes, 16/502, Candeias, 45028-105 Vitória da Conquista BA, E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

## Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, ocorre em ritmo acelerado e se expressa com mais força a cada dia, causando modificações nas políticas sociais e constituindo-se em um dos maiores desafios da Saúde Pública. Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça, é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade [1].

A população de idosos acima de 60 anos correspondia a 6,07% da população total brasileira em 1980 saltando em 2008 para 9,49%. As estimativas apontam para 14% de idosos em 2020 e 30% em 2050. A faixa etária de idosos com 80 anos ou mais em 1980 correspondia a apenas 600 mil pessoas, subindo para 1,6 milhões em 2000, estimando-se para o ano de 2040 um número em torno de 14 milhões de pessoas [2].

É importante salientar que muitas são as dificuldades enfrentadas pela idade avançada, que afetam não só os aspectos físicos decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade própria do estado fisiológico, mas também novos agravos vivenciados pelos idosos na sociedade moderna, em potencial, a crescente violência social contra eles [3].

Os idosos longevos apresentam características e necessidades distintas, tais como maior frequência de doenças crônicas, vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos e a doenças, maior risco para quedas, incontinência, dificuldades para se locomover, sedentarismo, solidão, diminuição do convívio com familiares e amigos e tendência ao isolamento [2].

A cronicidade das doenças em idosos longevos e suas complicações podem acarretar o comprometimento da sua capacidade funcional, levando à dependência e isolamento social [2]. A capacidade funcional é definida como a habilidade de realizar as atividades da vida diária independentemente, incluindo as atividades de deslocamento, de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas [4].

No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados a esta população, aumentando a possibilidade de desenvolver incapacidades associadas ao envelhecimento. As incapacidades comprometem a independência do idoso, impedindo o seu próprio cuidado e, como consequência, aumento da carga de cuidados para a família e também para o sistema de atenção à saúde [2]. Todavia, a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida. Assim sendo, à medida que necessitam de maiores cuidados, seja

pela dependência física ou mental, os idosos tornam-se mais vulneráveis a maus tratos.

A maioria dos abusos cometidos contra os idosos ocorre no interior das famílias e, embora sejam mais evidenciados os abusos físicos, a negligência doméstica é a forma mais comum [5]. Sinaliza-se, pois, para a necessidade de se reconhecer a violência que se encontra mascarada e silenciada, tais como a violência psicológica. No entanto, por acontecer no ambiente doméstico, essa violência muitas vezes fica restrita ao agressor e ao agredido, que silenciam os horrores sofridos. Nesta perspectiva, este artigo tem por objeto de estudo verificar a relação entre a capacidade funcional e sinais de violência e maus-tratos em idosos longevos.

Neste sentido, a revelação de fatores associados aos sinais de violência e maus-tratos em idosos longevos, permite melhor compreender o fenômeno violência, possibilita maiores subsídios na implementação de medidas de vigilância à saúde, além de auxiliar na manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos e seus familiares, e favorecer a mobilização de medidas socioculturais que visem à melhoria da qualidade de vida de toda a unidade familiar.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir do banco de dados do projeto de pesquisa “Relação entre capacidade funcional e sinais de violência e maus tratos em idosos longevos”. A pesquisa foi encaminhada para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste e foi aprovado (Parecer nº 301.191).

Este estudo foi desenvolvido em Unidades de Saúde do município de Vitória da Conquista/BA, estas unidades foram escolhidas por serem de fácil acesso, possuem uma grande quantidade de idosos nas condições a serem pesquisadas e pela contribuição dos profissionais de saúde e agentes comunitários que lá trabalham.

A população alvo deste estudo foi representada por 31 idosos cadastrados nas Unidades de Saúde que tivessem idade superior a 80 anos, de ambos os sexos e que quisessem participar voluntariamente do estudo. Os critérios de inclusão no estudo foram os idosos que apresentaram condições mentais para responder ao instrumento da pesquisa e concordaram em participar da pesquisa ou ter sua participação autorizada pelo cuidador, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os idosos que obtiveram escores inferiores a 7 pontos no MEEM (mini exame-estado mental). A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2013, nos domicílios, por meio dos seguintes instrumentos: foi utilizado um questionário de índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos [6], contendo questões relacionadas a condições sociodemográficas e de saúde, sendo o instrumento composto por uma escala de avaliação geral do idoso, possíveis indicadores de abuso, possíveis indicadores

de negligência, possíveis indicadores de exploração e possíveis indicadores de abandono, também utilizou como instrumento escalas de avaliação cognitiva (mini-exame-estado mental – MEEM [7]), e escalas de avaliação funcional (Índice de Barthel [8]) e (Escala de Lawton [9]).

O índice de avaliação de maus-tratos e abuso inclui uma avaliação geral do idoso e ainda uma avaliação a nível físico, social, médico, nível de dependência e estilo de vida e ainda campo para resumos (direcionando o utilizador para o registo da probabilidade da presença de cada tipo de mau-trato). Consiste em uma escala do tipo Likert (1 a 4) com áreas para comentários adicionais em cada secção. Apresenta sete secções que fazem uma revisão dos sinais, sintomas e queixas subjetivas de abuso, negligência, exploração e abandono. O instrumento divide-se em seis grupos de indicadores de maus-tratos [7]:

- I) Avaliação geral: avalia aspectos como o vestuário, higiene, nutrição e qualidade da pele. A avaliação pode ser registrada como Muito bom, Bom, Baixo, Muito baixo e Impossível de avaliar.
- II) Possíveis indicadores de abuso: avalia indicadores de Contusões, Golpes, Fraturas, Vários estádios de cura de escoriações ou fraturas, Evidência de abuso sexual e Queixas repetidas pelo idoso. A avaliação é registrada como Sem evidência, Evidência possível, Evidência provável, Evidência clara e Impossível de avaliar.
- III) Possíveis indicadores de negligência: avalia indicadores de Contraturas, Lesões de pressão, Desidratação, Diarreia, Depressão, Impacto, Desnutrição, Queimaduras de urina, Pouca higiene, Falha de resposta a aviso de doença obvia, Medicação inadequada, Readmissão hospitalar devido a provável falta na vigilância dos cuidados de saúde e Queixas do idoso por negligência repetida. A avaliação é registrada como Sem Evidência, Evidência possível, Evidência provável, Evidência clara e Impossível de avaliar.
- IV) Possíveis indicadores de exploração: avalia indicadores de Mau uso do dinheiro, Evidência da exploração financeira, Registros de exigências de bens em troca de serviços, Incapacidade de controlar dinheiro/bens e Queixas do idoso de exploração repetida. A avaliação é registrada como Sem Evidência, Evidência possível, Evidência provável, Evidência clara e Impossível de avaliar.
- V) Possíveis indicadores de abandono: avalia indicadores de Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositalmente sem arranjar alternativas, Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio e Queixas do idoso de abandono repetido. A avaliação é registrada como Sem Evidência, Evidência possível, Evidência provável, Evidência clara e impossível de avaliar.
- VI) Resumo: resume as Evidências de abuso, Evidências de negligência, Evidências de exploração e Evidências de abandono. A avaliação é igualmente registrada como Sem Evidência, Evidência possível, Evidência provável, Evidência clara e Impossível de avaliar.

O Mini-Mental State Examination [6] (MMEE) é usado para detectar o déficit cognitivo nos idosos, compostos por dez perguntas, o qual avalia quatro parâmetros: a memória a curto e longo prazo, orientação, informações do cotidiano e capacidade de cálculo. A pontuação é feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo).

O Índice de Barthel é utilizado para avaliar capacidade funcional, sendo composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. O escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, e é considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária [8].

A Escala de Lawton é utilizada para avaliar a capacidade funcional, engloba atividades mais complexas necessárias para uma vida social mais autônoma, tais como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar meios de transporte, usar medicação e controlar finanças particulares e/ou da casa. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira dependência. A pontuação máxima é 27 pontos [9].

O processamento dos dados foi realizado mediante a utilização de uma planilha do Programa Excel e em seguida transportados para o Programa Estatístico SPSS versão 15.0, onde foram realizadas as análises estatísticas e aplicação do Teste de Kruskal-Wallis.

## Resultados

Por meio da análise descritiva constatou-se no presente estudo uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (67,7%), alfabetizados (51,6%), aposentados (83,9%), com estado civil referente a viúvo (58,1%), profissão de dona de casa (54,8%) e média de idade de 84,94 ( $\pm$  4,60) anos, segundo os dados da Tabela I.

**Tabela I** - Distribuição dos idosos segundo os dados sociodemográficos. Vitória da Conquista/BA, 2014.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	32,3
Feminino	21	67,7
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	11	35,5
Solteiro (a)	2	6,5
Viúvo (a)	18	58,1

<b>Escolaridade</b>		
Não Alfabetizado	8	25,8
Alfabetizado	16	51,6
Ensino Fundamental	6	19,4
Ensino Médio	1	3,2
<b>Tipo de Renda</b>		
Aposentado	26	83,9
Pensionista	3	9,7
Aposentado e Pensionista	1	3,2
Outros	1	3,2
<b>Profissão</b>		
Dona de Casa	17	54,8
Lavadeira	1	3,2
Vendedora	2	6,5
Costureira	1	3,2
Outros	10	32,3
Total	31	100,0

Quanto às condições de saúde, verificou-se uma maior frequência de idosos com a presença de algum tipo de patologia (83,9%), sendo mais citada a Hipertensão Arterial Sistêmica (45,2%), com comprometimento das atividades básicas de vida diária (83,9%) e sem comprometimento das atividades instrumentais de vida diária (90,3%), conforme Tabela II.

**Tabela II - Distribuição dos idosos segundo as condições de saúde. Vitória da Conquista/BA, 2014.**

	n	%
<b>Presença de problemas de saúde</b>		
Não	5	16,1
Sim	26	83,9
<b>Atividades básicas de vida diária</b>		
Com Comprometimento	26	16,1
Sem Comprometimento	5	83,9
<b>Atividades instrumentais de vida diária</b>		
Com Comprometimento	28	90,3
Sem Comprometimento	3	9,7
Total	31	100,0

Relativamente à avaliação efetuada pelo EAI, quanto ao grupo da Avaliação Geral, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com avaliação de Muito Bom e Bom. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Baixo nas dimensões Vestuário (6,5%), Higiene (3,3%), Nutrição (6,5%) e Qualidade da pele (9,7%).

Quanto ao grupo dos possíveis indicadores de negligência, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com avaliação de Muito Bom e Bom. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Baixo nas dimensões Desidratação (3,2%), Diarreia (3,2%), Queimaduras de urina (6,5%), Pouca higiene (6,5%), Falha na resposta de doença óbvia (3,2%) e Queixa de negligência (3,2%). Em relação aos grupos dos possíveis indicadores de exploração e resumo, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com

avaliação de Muito Bom e Bom. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Baixo nas dimensões Queixa de exploração repetida (3,2%), Incapacidade de controlar dinheiro/bens (3,2%), Evidência de negligência (6,5%), Evidência de abuso (6,5%), Queixas de abandono repetido (3,2%), Evidência que o idoso foi abandonado em ambiente inseguro (3,5%), Evidências de exploração (9,7%) e Evidências de abandono (3,2%).

Com a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis entre capacidade funcional (atividades básicas e instrumentais de vida diária) e as dimensões dos grupos da escala de avaliação de maus tratos e abusos em idosos encontrou-se diferença estatística significativa no grupo avaliação geral entre a dimensão vestuário baixo e comprometimento das atividades básicas de vida ( $p$ -valor = 0,007), qualidade da pele baixa e comprometimento das atividades básicas de vida ( $p$ -valor = 0,048).

## Discussão

Diante dos resultados do presente estudo, pode-se constatar que houve uma maior distribuição de idosos do sexo feminino. Observa-se que o maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, entre outras causas, elas apresentam menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, violências, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças [2].

Verifica-se também que a viuvez é condição presente para a maioria dos sujeitos, especialmente para as longevas, visto a taxa de mortalidade entre os sexos ser maior para os homens, e a expectativa de vida ser maior para as mulheres, caracterizando o fenômeno de feminização do envelhecimento, que significa que as mulheres vivem mais em quase todos os lugares [6].

Em relação à escolaridade, constatou-se que a maioria dos idosos avaliados são alfabetizados e que existem mais mulheres analfabetas do que homens. O analfabetismo das mulheres reflete mecanismos de organização social que bloquearam o acesso de mulheres pobres à escola. Por outro lado, também revela as práticas culturais que não valorizavam a educação escolar para mulheres, compreendendo que essas deveriam apenas ser preparadas para serem boas esposas, mães e donas de casa [7].

O tipo de renda mais frequente entre os idosos participantes dos grupos, foi a aposentadoria, no valor de 1 salário mínimo. Esses dados fazem parte de um contexto brasileiro de desigualdades entre regiões, no qual 68% dos idosos residentes no Nordeste vivem com menos de um salário mínimo, em contraposição as taxas do Sul e Sudeste, 35%. Esta situação coloca o Brasil (11ª posição) entre os 15 países com maior concentração de renda no mundo e alerta para a situação de precariedade econômica em que vivem os idosos mais velhos [8].

A profissão mais comum entre os idosos participantes dos grupos foi a de dona de casa. As idosas que participaram da pesquisa eram mulheres que foram educadas em um padrão sociocultural que visava a sua formação para o cuidado com o lar e a família. Se, por um lado, estas mulheres foram poupadas em certa medida dos riscos de exposição aos acidentes de trabalho e violência, por outro, não tiveram muitas oportunidades de estudo e, portanto, de levantar uma reserva financeira para a velhice avançada. Muitas destas idosas, com estudo e rendimentos limitados, não conseguem manter-se sozinhas, sendo levadas a residir com os parentes mais próximos, geralmente cuidando dos netos e da casa [8].

O número absoluto de mulheres pode justificar o alto percentual de doenças crônicas encontrado nesta pesquisa, especialmente a hipertensão arterial, pois o gênero tem grande força explicativa do *status* de saúde declarado por idosos, especialmente da morbidade percebida. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças e maior tendência para o autocuidado [9,10].

No presente estudo verificou-se, embora a maioria dos idosos longevos avaliados não apresentassem registros de sinais de violência e maus-tratos, uma pequena minoria apresentou tais registros. Este dado é importante uma vez que se sabe que muitas vezes os idosos não referem que são vítimas de maus-tratos, pois apresentam sentimentos de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represálias por parte do agressor ou ainda receio de institucionalização.

A prevalência global dos maus-tratos situa-se por volta dos 4%, apesar de variar de acordo com os estudos efetuados [11], e verifica-se que em todos os países em que o fenômeno foi estudado a sua prevalência tem uma dimensão importante [11]. Algumas pesquisas efetuadas em países, como, por exemplo, Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte concluíram que a proporção de idosos que sofrem maus-tratos oscila entre os 3% e os 10%. No Canadá 55% dos casos denunciados eram de abandono, 15% de maus-tratos físicos e 12% de exploração financeira [13,14].

Os maus-tratos contra o idoso representam uma grave violação de seus direitos como cidadãos, demonstrando, assim, o retrocesso da evolução social quanto às afirmações dos direitos humanos, pois as mudanças ocorrem constantemente no país e no mundo.

Através da análise da relação dos possíveis indicadores de abuso, possíveis indicadores de negligência e possíveis indicadores de exploração com as variáveis sociodemográficas consideradas, averiguou-se que não existia evidência estatística para confirmar as relações com as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, tipo de renda e profissão na amostra estudada. Estes dados são contraditórios aos encontrados na literatura, visto que o risco de violência pode se manifestar com os escassos recursos econômicos/sociais, baixos rendimentos das famílias, isolamento social das pessoas, baixo nível educacional, debilidade funcional do idoso, abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo idoso na família, alterações

psicológicas, personalidade patológica, história anterior de violência, frustração ou exaustão do prestador de cuidados ao idoso e limitação cognitiva de ambos. Estes fatores podem ser considerados para algumas realidades, porém não devem ser levados como verdade absoluta ou generalizados para todo território brasileiro, porquanto são resultados de pesquisas de uma pequena parcela populacional [15].

Diante dos resultados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que na amostra estudada houve relação entre o comprometimento da capacidade funcional e os sinais de violência e maus-tratos. Assim sendo, conclui-se que os idosos longevos com dependência funcional são mais vulneráveis a serem vítimas de violência e maus-tratos. Jayawardena [5] aponta que a dependência dos idosos acarreta estresse nos familiares, sobretudo para aqueles responsáveis pelo seu cuidado direto, e esse estresse do cuidador é um fator de risco para a ocorrência de violência.

À medida que necessitam de maiores cuidados, seja pela dependência física ou mental, os idosos tornam-se mais vulneráveis a maus-tratos. Malta *et al.* [16] afirmam que a violência contra os idosos assumiu grande importância para a sociedade brasileira nas últimas décadas e tornou-se um premente problema de saúde pública, em razão de sua magnitude, gravidade, impacto social e capacidade de vulnerabilizar a saúde individual e coletiva.

Um estudo realizado no Brasil por Melo *et al.* [17] verificou que numa amostra de 315 idosos, 66 referiram sofrer de maus-tratos, desses, 65,2% eram mulheres. O tipo de violência mais comum foi a psicológica (62,1%), seguida da física (31,8%), cometidas pelos próprios familiares e em domicílio.

Estudos realizados sobre os fatores associados à violência contra os idosos têm demonstrado que dentre as várias hipóteses postuladas para justificar a maior ocorrência da violência contra os idosos entre aqueles com certas patologias, a perda da autonomia física e cognitiva – que gera a necessidade de outra pessoa para realização das atividades diárias e instrumentais, criando, consequentemente, subordinação – parece ter lugar de destaque entre os pesquisadores [18].

## Conclusão

A violência é um problema mundial, complexo, enraizado em dimensões culturais, que possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude.

Nesse sentido, faz-se necessário a realização de estudos que identifiquem os fatores de risco, a ocorrência de violência e maus-tratos contra idosos longevos para que haja ações de enfrentamento imediato em benefício desse grupo populacional. A definição das características da capacidade funcional de idosos longevos permite o aprofundamento do conhecimento dos mecanismos que determinam a estreita relação entre a mesma e os maus-tratos, podendo conduzir, no futuro, a uma maior eficácia do tratamento em ambas as

situações, assim como desenvolver esta no sentido da melhoria da prevenção e intervenção mais eficiente.

## Referências

1. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein* 2008;6(1):S4-S6.
2. Lourenço TM. Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
3. Shimbo AY. O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.
4. Oliveira DV, Benedeti MR, Morales RC, Faria TG. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados a partir da autoavaliação. *Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp* 2009;7(2):79-95.
5. Jayawardena MK. Elder Abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:127-36.
6. Tallmann AEC. O cuidado gerontológico de enfermagem e o bem-estar psicológico do idoso longo. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.106f.
7. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012;21(1):167-76.
8. Porciúncula RCR. Perfil socioepidemiológico de idosos longevos em Recife, Nordeste do Brasil [Dissertação] Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
9. Fonseca VJ, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2009;22(1):49-54.
10. Borralho OIA. Maus tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos no serviço de urgência de um hospital central [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/Universidade de Coimbra, Portugal; 2010.
11. Ribeira SSL, Rodrigues S. Maus-tratos a idosos e o papel do médico de família. *Geriatrics* 2009;5(25):57-63.
12. Ferreira-Alves J. Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos. *Psicologia Forense* 2005;1-43.
13. Dias I. Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia* 2005;15(24):9-273.
14. Sanmartin A, Torner J, Marti N, Izquierdo P, Sole M, Requesens N. Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos. *Atención Primaria* 2001;27(5):331-34.
15. Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro um direito a ser conquistado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1153-63.
16. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(supl.2):3053-63.
17. Melo VL, Cunha JOC, Neto GHF. Maus Tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Revista Brasileira Maternal e Infantil* 2006;06:543-8.
18. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin* 2008;78(1):89-92.