

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPgEnfBio

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Perception and conduct of health professionals about domestic violence against the elderly

Percepção e conduta de profissionais da área da saúde sobre violência doméstica contra o idoso

La percepción y la conducta de los profesionales de la salud sobre la violencia doméstica contra las personas idosas

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves¹, Larissa Carvalho Silva², Pollyana Pagliaro Borges Soares³, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁴, Fernanda Bonato Zuffi⁵, Lúcia Aparecida Ferreira⁶

ABSTRACT

Objective: To identify the perception of health professionals about domestic violence against the elderly, and understand the behavior in situations of domestic violence. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach. Interviews were conducted with 12 health professionals using semi-structured instrument with guiding questions. The interviews were taped and transcribed integrally. Data were analyzed and categorized by content analysis technique proposed by Bardin. **Results:** Two categories emerged: Understanding domestic violence against the elderly and Hierarchy actions against the situation of domestic violence against the elderly. **Conclusion:** It is important that the multidisciplinary team knows the multifarious spheres of aggression and know how to identify signs of bad treatment and violence, that such evidence from the cases notified to the competent authorities and facilitate the monitoring of elderly and family. **Descriptors:** Domestic violence, Aged, Health professional, Behavior.

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de profissionais de saúde sobre violência doméstica contra idosos, e compreender a conduta frente a situações de violência doméstica. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com 12 profissionais da saúde utilizando instrumento semi-estruturado com questões norteadoras. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados e categorizados pela técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin. **Resultados:** Emergiram duas categorias: Compreensão sobre violência doméstica contra o idoso e Hierarquização das ações frente à situação de violência doméstica contra o idoso. **Conclusão:** É importante que a equipe multiprofissional conheça as esferas multifacetadas da agressão e saibam identificar sinais de violência e maus tratos, para que a partir de tais evidências notifiquem os casos às autoridades competentes, e promovam o acompanhamento dos idosos e familiares. **Descritores:** Violência doméstica, Idoso, Profissionais de saúde, Conduta.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción de los profesionales de la salud sobre la violencia doméstica contra ancianos, y comprender el comportamiento en situaciones de violencia doméstica. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas con 12 profesionales de la salud utilizando instrumento semi-estructurado con preguntas orientadoras. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas integralmente. Los datos fueron analizados y clasificados por la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin. **Resultados:** emergieron dos categorías: Entendiendo la violencia doméstica contra los ancianos y la Jerarquía contra la situación de violencia doméstica contra las personas mayores. **Conclusión:** Es importante que el equipo multidisciplinario conozca las múltiples esferas de agresión y saber identificar los signos de mal tratamiento y violencia, que esas pruebas de casos sean notificados a las autoridades competentes y facilitar el seguimiento de los ancianos y la familia. **Descriptor:** Violencia doméstica, Anciano, Profesional de salud, Conducta.

¹Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professor junto ao Programa de pós-graduação Stricto sensu em Atenção à Saúde e do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: juremaluiz@ig.com.br. ²Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: lissa-carvalho@hotmail.com. ³Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde da UFTM. E-mail: polly-pb@hotmail.com ⁴Mestre em Atenção à Saúde. Professora substituta do Departamento de Medicina Social da UFTM. E-mail: pollycris21@bol.com.br ⁵Mestre em Enfermagem. Professora junto ao Curso de Enfermagem da UFTM. E-mail: fbzuffi@yahoo.com.br ⁶Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora junto ao Curso de Enfermagem da UFTM. E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional, mesmo em países menos favorecidos economicamente. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, chegando a 20 milhões em 2008; e projeções indicam que em 2020 o país será o sexto do mundo em número de idosos, com mais de 30 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais.¹

Com o processo de envelhecimento e maior expectativa de vida observa-se um aumento de acometimentos por doenças crônicas e incapacidades entre os idosos, e adicionalmente o uso de maior quantidade de medicamentos², requerendo, assim, cuidados mais efetivos por parte de familiares e/ou profissionais.

Estudo de base populacional realizado em Pelotas-RS verificou que dos 598 idosos entrevistados 49,5% apresentavam cuidado domiciliar, estando associado ao sexo masculino, ter companheiro, menor escolaridade e nível de atividade física e apresentar incapacidade funcional.³ Mediante esse cenário, destaca-se a figura, cada vez mais presente, dos cuidadores de idosos.

No contexto da atenção domiciliar os cuidadores de idosos são, em sua maioria, informais, os quais assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio, representados, normalmente, por algum membro da família.⁴ São pessoas que se dispõem a cuidar de idosos nas atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar, passar ferro); que assistem a pessoa idosa na sua locomoção fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio) e a movimentar-se dentro de sua casa; ajudam na higiene e cuidados pessoais (pentear, tomar banho, entre outros) e na administração do dinheiro e bens.⁵ Por outro lado, verifica-se ainda a presença dos cuidadores formais, que desempenham essas funções, porém mediante remuneração.⁵

Nessa conjuntura, destaca-se que, em muitos casos, os familiares assumem o cuidado ao idoso sem receberem um preparo adequado e acabam desempenhando essa função por longo período de tempo, o que pode gerar cansaço e estresse. Assim também, muitos cuidadores formais executam as tarefas relacionadas ao cuidado sem receberem treinamento prévio, tornando o serviço estressante e de baixa qualidade. Todo esse contexto pode culminar em uma situação que favoreça a violência contra o idoso.⁵

Considera-se violência contra o idoso o abuso físico, psicológico, sexual e financeiro, além do abandono e negligência. Destaca-se que negligência refere-se à recusa, omissão ou fracasso realizado pelo responsável pelo idoso e que pode acarretar em comprometimento físico, emocional e social.⁶

Estudos destinados à investigação da violência doméstica contra o idoso ainda são escassos na literatura científica brasileira, ainda que o aprofundamento do conhecimento nessa área seja imprescindível para a formulação de estratégias de promoção da saúde, diagnóstico precoce dos casos e acompanhamento das vítimas e seus familiares.⁷

Na área da saúde, pesquisa realizada em Recife-PE verificou alta prevalência de atendimentos a idosos, vítimas de acidentes e violência, porém observaram que esse

atendimento era ainda inadequado, apresentando-se deficiente no que se refere a inexistência de protocolos clínicos específicos para esses casos, suporte ao idoso, cuidadores e vitimizadores ineficiente, baixo envolvimento dos ambulatórios especializados e capacitação dos profissionais insuficiente.⁸

Os códigos de ética dos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e odontologia demonstram que é dever do profissional de saúde notificar os casos de violência que tiver conhecimento, pois têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes. Para tanto, faz-se necessária a discussão e conscientização sobre o assunto, além da capacitação dos profissionais para a identificação dos casos e notificação correta aos órgãos competentes.⁹

A partir do exposto, percebe-se que este é um assunto que deve ser explorado a fim de subsidiar o planejamento e implementação de ações em saúde, com vistas à formação dos profissionais da área da saúde. Além de poder contribuir, dessa forma, para a qualidade de vida desta população e favorecer o desenvolvimento de outras pesquisas nesta área.

Assim, esse estudo teve como objetivos identificar junto a profissionais de saúde de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a percepção sobre violência doméstica contra os idosos cadastrados e compreender a conduta desses profissionais frente a situações de violência doméstica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, recebendo parecer favorável com protocolo n° 1852. Utilizamos como critério de inclusão os profissionais de uma equipe de ESF e do NASF, de um município do interior de Minas Gerais, que consentiram em colaborar com o estudo e que participavam da equipe há pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam inseridos na equipe a menos de seis meses ou que recusaram participar do estudo.

Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas na própria unidade, em um local reservado e tranquilo, por entrevistadora devidamente treinada. Utilizou-se instrumento semi-estruturado contendo questões inerentes ao sexo, idade, categoria profissional, tempo que trabalha na unidade e questões norteadoras que abordaram a percepção dos profissionais sobre violência doméstica contra os idosos cadastrados e a conduta frente a situações de violência doméstica. Participaram do estudo os profissionais que faziam parte da ESF (uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de cirurgiã dentista), e uma fisioterapeuta do NASF, resultando em doze profissionais.

As respostas obtidas foram gravadas em um gravador e transcritas na íntegra, para posterior análise.

Os dados obtidos na pesquisa por meio do instrumento de coleta de dados foram analisados e categorizados pela técnica de análise de conteúdo, que aborda como uma

descoberta de núcleos de sentidos, evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico do estudo. A análise de conteúdo visa verificar hipóteses e descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos para garantir a fidedignidade dos dados.¹⁰

A operacionalização da análise temática abrange três etapas: 1) Pré-análise: são determinadas nesta fase, as unidades de registro - palavras chave ou frases, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetiva da pesquisa; 2) Exploração do Material: consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procede-se o recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados; 3) Tratamento dos Resultados Obtidos: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados evidenciaram que os profissionais que participaram da pesquisa encontravam-se nas idades entre 25 e 50 anos, um do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Em relação ao tempo de serviço, cinco dos profissionais entrevistados exerciam a função entre três a quatro anos, seguido de quatro profissionais com menos de um ano.

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais, após leitura, releitura, ordenação e análise, emergiram as seguintes categorias: 1) Compreensão sobre violência doméstica contra o idoso; 2) Hierarquização das ações frente à situação de violência doméstica contra o idoso.

A questão da violência abarca não apenas o idoso, mas também os familiares e os profissionais de saúde responsáveis por ele. De uma forma um pouco mais sutil o sistema de saúde como um todo, uma vez que tratará do idoso, vítima de violência, bem como das consequências que originam dessa situação.¹¹

A identificação de situações de maus tratos e violência é fundamental para a manutenção da saúde da vítima e para prevenção de agravos. No Brasil é possível identificar a presença de instrumentos legais que podem ser utilizados no enfrentamento dos casos de violência. Contudo, apenas a existência desses mecanismos não é suficiente para modificar essa situação. É preciso que a sociedade se conscientize sobre o tema, que os profissionais estejam devidamente qualificados para as situações de enfrentamento e que o Governo esteja disposto a fazer valer as leis criadas.¹²

CATEGORIA 1: COMPREENSÃO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O IDOSO

Durante a análise das entrevistas pudemos perceber que para sete dos profissionais, a violência doméstica contra o idoso estava relacionada a violência física, negligência e violência verbal. Podendo ser evidenciado nas seguintes falas:

“É qualquer ato que vai levar ao sofrimento, tanto maus tratos físicos quanto a negligência e a agressão verbal (Entrevistado 9)

“Bom, é tudo aquilo que lesa né o idoso, é não só violência física como maus tratos, falta de cuidados pessoais, e até mesmo uma palavra, uma falta de carinho é uma forma de agressão e gera violência né, porque o idoso é muito dependente às vezes.” (Entrevistado 12)

Cinco dos entrevistados se limitaram a violência física e psicológica:

“Qualquer tipo de violência por..., não somente agressão, é violência que a pessoa limita o idoso de fazer as coisas, não com ameaça direta, mas ele sabe que está sendo ameaçado por ameaças indiretas né. E também agressão por, por... Agressão mesmo, tá batendo. A gente não vê o que está acontecendo, mas a gente percebe pelo jeito de falar as coisas, então a gente denuncia, pessoas que tem medo de dizer as coisas, pessoas que é obrigado a fazer aquilo, de certo modo até uma ameaça, às vezes uma obrigação ‘você é obrigado a fazer aquilo, se não fizer eu vou te bater, ou vou te isso ou vou te aquilo!’, mas o próprio modo que a pessoa solicita aquele idoso ele já tá sendo acuado e obrigado a fazer o que outro diz, esquisito demais!” (Entrevistado 10)

“É aquela violência que pode ser tanto física quanto psicológica, e que afeta o idoso de alguma forma, deixando ele triste, acuado. (Entrevistado 4)

Um dos entrevistados apresentou uma definição mais completa de violência:

“É... Pra mim, é... Tem três tipos de violência né: a violência física, que é agressão mesmo; tem aquela violência, por exemplo, vamos supor de pegar o que da pessoa, é... se apropriar dos bens, e deixar ela sem cuidado; e tem a violência psicológica, que é a pessoa gritar com a outra, é, maltratar mesmo, fazer ela se sentir menor, fazer ela se sentir dependente emocionalmente, de... é isso.” (Entrevistado 3)

Divergente dos achados identificados nesta pesquisa, em que foi destacada a violência física e a psicológica como principais tipos de violência contra o idoso, em pesquisa desenvolvida com profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Curitiba-PR, os tipos de violência mais citados foram a negligência e a violência econômica.¹³ Essa divergência pode estar relacionada a diferenças culturais das localidades investigadas e ao diferente preparo dos profissionais para identificação dos casos.

Destaca-se que estudo realizado em Ribeirão Preto-SP verificou que 47% dos profissionais de saúde entrevistados referiram não terem sido preparados quanto essa temática enquanto cursavam a faculdade e 66% disseram não se considerarem preparados para identificar situações de maus tratos contra idosos.¹⁴ É possível, embora não investigado, que entre os entrevistados da presente pesquisa a temática da violência doméstica contra idosos também tenha sido foco de poucas discussões na formação acadêmica. Ademais, é importante destacar que alguns profissionais que compõem a ESF não possuem formação universitária, como pode ser o caso de alguns ACS. Talvez por esses motivos tenham enfatizado a violência doméstica voltada aos maus tratos físicos e psicológicos, tendo como base o conhecimento empírico.

A formação universitária e a capacitação dos profissionais de saúde podem ser ferramentas úteis para a identificação dos casos de violência doméstica. Em estudo conduzido com professores de faculdades de medicina e enfermagem, nas cidades de Cuiabá-MT e Rio de Janeiro-RJ, foi possível constatar que quase todos os docentes consideram relevante a temática da violência doméstica. Porém, uma proporção bastante inferior relatou discutir essa temática em suas disciplinas.¹⁵ Inserir a discussão sobre a violência doméstica contra idosos nos currículos universitários pode favorecer a melhor qualificação dos profissionais que adentrarão o mercado de trabalho, tornando-os mais aptos a prepararem junto à equipe ações efetivas de proteção à saúde dos idosos sobre sua responsabilidade, bem como dos familiares e cuidadores formais.

No âmbito da ESF as visitas domiciliares devem ser valorizadas como ferramenta útil na identificação de casos de violência contra o idoso, principalmente pelos ACS. Por outro lado, as consultas individuais prestadas pelos profissionais nas unidades de saúde e no NASF possibilitam a avaliação clínica e podem favorecer que o idoso sintam-se mais seguro para expor o problema. A utilização de instrumentos padronizados para a avaliação do idoso no que se refere à questão da violência também poderia ajudar no reconhecimento dos casos.

Cabe ressaltar que a defesa dos direitos do idoso não deve ser apenas responsabilidade dos serviços de saúde, mas deve incluir os serviços de proteção social, lideranças comunitárias, ministério público, conselhos de saúde¹³, além do próprio idoso, familiares e comunidade.

CATEGORIA 2: HIERARQUIZAÇÃO DAS AÇÕES FRENTE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O IDOSO

Observou-se que, geralmente quem identifica o problema é o ACS devido ao grande acesso ao núcleo familiar, que ao detectá-lo comunica ao “responsável”, sendo este, na maioria das vezes a enfermeira e a assistente social. Ambas contactam os órgãos responsáveis, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), além de entrarem em contato com a família e acompanhar a mesma com frequência, realizando um trabalho em conjunto.

Isso pode ser constatado pelas seguintes afirmações:

“Primeiro eu passo pra enfermeira né, aí depois a gente vai atrás com a enfermeira e ela vê também a violência e a gente aciona o conselho, só isso.” (Entrevistado 1)

“[...]Jo que a gente pode fazer como ACS é repassar o caso, porque a gente não tem autoridade nenhuma pra tomar uma atitude. A gente tem que passar o caso pra frente, por exemplo, pra enfermeira chefe, que também passa pra assistente social, pra ela tá atuando, indo na casa da pessoa e agindo. [...] aí a gente tá levando pro CRAS.” (Entrevistado 2)

“Eu comunico com a enfermeira, pra poder tomar as providências né, e agora que a gente tem conhecimento sobre o CREAS a gente tá informando o CREAS né, e a gente tá vendo que realmente tem solução.” (Entrevistado 4)

“Olha, primeiro a gente tentou de todas as formas notificar os filhos né, tentar fazer eles ficarem cientes de que ela não poderia ser tratada daquela forma. Ela foi chamada a Unidade, a enfermeira chefe falou com ela, nós colocamos a assistente social pra tá orientando [...].” (Entrevistado 5)

Os ACS representam figuras importantes na identificação de situações de vulnerabilidade, prevenção e intervenção, por terem contato direto com as famílias a partir das visitas domiciliares e dos processos educativos para sensibilizar a população¹⁸. Em relação à questão da abordagem da vítima pelo ACS, estudo sobre a atuação profissional nessas circunstâncias verificou que para abordar as famílias é preciso ir “com jeito”, “aprendendo a conquistar”, para que se sintam confiantes para falarem sobre o que realmente acontece no ambiente familiar e quais os fatores desencadeantes da violência.¹⁶ No mesmo estudo os ACS referiram, ainda, que nos agravos relacionados à violência é essencial a participação dos demais membros da ESF e dos órgãos responsáveis que fazem parte da rede de assistência¹⁶, reforçando os dados obtidos neste pesquisa.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de uma equipe preparada para identificação e acompanhamento dos casos na atenção básica de forma integrada com a rede de atenção especializada. Ressalta-se que é preciso atender não apenas o idoso, mas também os familiares ou vitimizadores, pois apenas a punição não seria o suficiente para a reintegração social, porém isso ainda se constitui como um entrave para o sistema de saúde.

É preciso considerar que nem sempre a família encontra-se preparada ou em condições ideais para assumirem os cuidados. Ademais, as responsabilidades do dia-a-dia, às vezes, podem ser um fator que dificulta à família a dispensar uma atenção integral ao idoso. Essa situação poderia contribuir para a violação dos direitos da pessoa idosa.¹⁷

Observou-se nesse estudo que os ACS normalmente acionam o enfermeiro quando identificam situações de violência contra o idoso. Possivelmente isso ocorra porque o enfermeiro é o profissional responsável pela equipe de enfermagem e dos ACS nas ESF, sendo assim solicitado nas situações prioritárias.

Assim, torna-se importante que esse profissional esteja ciente sobre a legislação vigente, de forma a compreender como pode ocorrer a violência e quais as consequências para a vítima, agressores e para os próprios profissionais em situações de omissão. Na conduta profissional é relevante a discussão junto à equipe dos casos encontrados, a fim de compartilhar as informações e buscar a melhor alternativa em conjunto.¹⁸

Certamente também é necessário o conhecimento da equipe sobre os órgãos que atuam na rede de apoio a situações de violência contra o idoso, conhecendo o papel de cada uma delas, o que facilitaria os encaminhamentos. Os profissionais entrevistados referiram realizar os encaminhamentos ao CREAS e CRAS, mas percebeu-se que depois de encaminhados os casos a equipe, muitas vezes, não toma mais ciência das ações tomadas, eximindo-se do acompanhamento dos casos. Discutir sobre essa temática, de forma clara e esclarecedora, entre os diversos setores vinculados aos serviços de saúde e sociais, além da elaboração de um protocolo de atendimentos poderia ajudar no processo de tomada de decisões e na prevenção de agravos a saúde da pessoa idosa.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa apontam para as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF e NASF em compreender e identificar as diversas formas de violência e a forma mais adequada na conduta frente aos casos.

Diante do exposto, frente às diversas questões que envolvem essa temática reforça-se a necessidade de mecanismos que incentivem cada vez mais as denúncias de violência contra idosos, utilizando meios já existentes tais como: Disque Idoso, Delegacias e Promotorias da Defesa da Pessoa Idosa, e outros, para incentivar as notificações oficiais de violência e maus tratos. Além disso, faz-se essencial o acompanhamento dos casos notificados e o apoio da equipe multiprofissional de saúde que atua nas ESF e NASF aos idosos violentados e também a seus familiares.

Para tanto, configura-se como primordial a capacitação dos profissionais para a leitura da violência nos sinais e comportamentos expressos pelo idoso. É necessário estar atento na aparência do idoso, ao fato de que procura seguidamente pelos cuidados para um mesmo diagnóstico, as ausências nas consultas agendadas, os sinais físicos e as explicações improváveis para determinadas lesões e traumas. A partir de tais evidências pode-se favorecer o estabelecimento de estratégias de acompanhamento eficazes dos casos suspeitos, possibilitando ações preventivas.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais das equipes da ESF e NASF que prontamente aceitaram a participar do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bork AMT. *Enfermagem de Excelência: Da Visão à Ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Dochterman M, Bulechek GMB. *Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008
3. Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG* [periódico online]. 2003 [Acesso em 2012 November 23]; 5 (2). Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html
4. Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv*. 1976; 6 (3): 493-508.
5. Katz S, Stroud MW. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37 (3): 267-71.

6. Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Berg K, Maki B, Williams J. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Arch Phys Med Rehabil 1992; 73 (4): 1073-80.
8. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas Públicas de Saúde do Idoso: Revisão Sistemática. Rev. Bras. Enferm [periódico online]. 2010 [Acesso em 2012 November 23]; 63 (2): 279-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17.pdf>
9. Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. Rev Gaúcha Enferm [periódico online]. 2011 [Acesso em 2012 November 23]; 32 (3): 561-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/18.pdf>
10. White-Chu EF, Reddy M. Wound care in short-term rehabilitation facilities and long-term care: special needs for a special population. Skinmed [periódico online]. 2012 [Acesso em 2012 November 23]; 10 (2): 75-81. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22545321>
11. Martins J de J, Silva RM da, Nascimento ERP do et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. Rev. Enferm. UERJ [periódico online]. 2008 [Acesso em 2012 November 23]; 16 (3): 319-25. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a04.pdf>
12. Silva FAA da, Freitas CHA de, Jorge MSB et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. Rev. Bras. Enferm [periódico online]. 2009 [Acesso em 2012 November 23]; 62 (6): 889-893. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf>
13. Amorim LOG, Silva RCL, Schutz V. The use of sugar in venous ulcers infected by pseudomonas aeruginosa an experience report. R. pesq.: cuid. fundam. online [periódico online]. 2011 [Acesso em 2012 January 23]; 2 (4): 1450-1455. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/55440_6398.PDF

Recebido em: 04/02/2013
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 03/10/2010
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do autor correspondente:
Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Praça Manoel Terra, 330, Centro, Uberaba-MG, Brasil. CEP: 38015-050.
Telefone: (34) 3318-5710. E-mail: juremaluiz@hotmail.com