

# BMJ Best Practice

## Abuso de idosos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	11
Exames diagnóstico	13
Diagnóstico diferencial	14
<b>Tratamento</b>	<b>16</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	17
Opções de tratamento	18
<b>Acompanhamento</b>	<b>21</b>
Recomendações	21
Complicações	21
Prognóstico	22
<b>Diretrizes</b>	<b>23</b>
Diretrizes de diagnóstico	23
Diretrizes de tratamento	23
<b>Recursos online</b>	<b>25</b>
<b>Referências</b>	<b>26</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>30</b>

## Resumo

- ◇ Fenômeno comum e crescente ao redor do mundo conforme a população vive mais.
- ◇ Existem muitas formas diferentes de abuso de idosos, incluindo negligência; abuso físico, psicológico, sexual ou financeiro; e autonegligência.
- ◇ O principal aspecto para o diagnóstico é manter um alto índice de suspeita em cada encontro com o paciente geriátrico.
- ◇ Algumas características do paciente e do cuidador podem ajudar a identificar o alto risco de abuso de idosos.
- ◇ Recomenda-se conhecer quais são os procedimentos de relatos locais, já que eles podem diferir de um país e de um estado para o outro.
- ◇ O manejo requer uma abordagem multidisciplinar e inclui cuidados imediatos, avaliação em longo prazo e cuidado, educação e prevenção.

## Definição

O abuso de idosos pode ser definido como a falha de um cuidador (ou do próprio idoso) em prover as necessidades básicas e de segurança de um idoso, resultando em danos ou alta probabilidade de danos.

## Epidemiologia

A incidência e prevalência de abuso de idosos não estão claras, sobretudo devido às várias definições e à falta de estudos nacionais. [\[WHO: elder abuse factsheet\]](#)

Dados de revisão de 28 países sugerem que a taxa de prevalência conjunta para abuso de idosos global é de 15.7% (IC de 95% 12.8 a 19.3), equivalente a 1 em cada 6 idosos sofrendo algum tipo de abuso no ano anterior.[\[6\]](#) A revisão mostrou que a estimativa de prevalência foi maior para abuso psicológico em 11.6% (IC de 95% 8.1 a 16.3), seguido por abuso financeiro, negligência, abuso físico e, por fim, abuso sexual em 0.9% (IC de 95% 0.6 a 1.4).

Dados dos EUA sugerem que a prevalência de abuso de idosos é de aproximadamente 10%.[\[2\]](#) No Reino Unido, a frequência de abuso de idosos foi estimada em 2.6%.[\[7\]](#) A expectativa é de que o número de casos de abuso de idosos aumente, uma vez que as pessoas estão vivendo mais. É importante observar que o abuso de idosos não é exclusivo a um ambiente de cuidado em particular. É comum no cenário comunitário e em ambientes de cuidados de longo prazo.[\[8\]](#) Mesmo com relatos variados, o consenso geral é o de que o abuso de idosos é igualmente comum em homens e mulheres.[\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) Existem algumas evidências de que o abuso de idosos nos homens é pouco reconhecido.[\[12\]](#)

## Etiologia

A etiologia do abuso de idosos é multifacetada. Ele tende a resultar de uma interação complexa de fatores relacionados ao paciente idoso, àquele que comete o abuso e a diversas questões sociais e familiares.

Várias teorias foram propostas:[\[13\]](#)

- Declínio físico e cognitivo: pacientes idosos estão predispostos a abusos, mas os dados observacionais não mostraram nenhuma correlação direta.
- Anormalidades psicossociais na pessoa que comete o abuso: essa teoria tem como base a premissa de que o abuso ocorre quando a pessoa que comete o abuso tem um desequilíbrio psicológico e também pode ter outros fatores influenciando seu comportamento, como abuso de drogas ou álcool.
- Estresse do cuidador: essa teoria tenta relacionar o estresse do cuidador e outros fatores ambientais com o abuso de idosos.

O abuso de idosos também pode ser uma violência doméstica que aumenta com a idade. Uma relação entre cônjuges que sempre foi abusiva torna-se mais manifesta quando eles envelhecem e um depende do outro. A violência doméstica tem um impacto significativo no estado de saúde da mulher, já que é mais provável que ela experimente problemas de saúde física e mental que aquelas que não passaram por um abuso.[\[14\]](#)

## Fisiopatologia

Lesões causadas por abuso físico pode incluir hematomas, fraturas, traumatismos cranioencefálicos, lesões abdominais e queimaduras. O abuso mental pode causar depressão, transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade e ataques de pânico. A fisiopatologia depende do tipo individual de lesão. O abuso financeiro pode causar indignidade, desnutrição e incapacidade de pagar os medicamentos.

## Classificação

### Declaração de Toronto sobre a prevenção global de abuso de idosos<sup>[1]</sup>

O abuso de idosos é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "um ato único ou repetido ou a falta de ação apropriada, ocorrendo dentro de qualquer relação na qual haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou sofrimento a um idoso. Ele pode ocorrer de várias formas: física, psicológica/emocional, sexual, financeira ou simplesmente refletir uma negligência intencional ou não intencional".

### Definições de abuso de idosos

Atualmente, há um consenso de que existem cinco tipos principais de abuso de idosos.<sup>[2]</sup>

- Abuso físico: uso de força física que pode resultar em lesão ou dor corporal.
- Abuso emocional ou psicológico: uma situação na qual atos verbais ou não verbais causam intimidação e dor.
- Abuso sexual: qualquer contato sexual não consensual.
- Abuso financeiro: uso indevido ou apropriação de dinheiro ou outros recursos.
- Negligência: descaso com as necessidades básicas e segurança do idoso e falta de cuidados ou de supervisão.

### Definições de abuso<sup>[3]</sup>

A infligência deliberada de lesão, confinamento excessivo, intimidação ou punição cruel, resultando em danos físicos, dor ou angústia mental ou a privação deliberada, por um guardião, de bens ou serviços necessários para se evitar danos físicos, angústia mental ou transtorno mental.

## Prevenção primária

Garantir o acesso dos idosos aos cuidados de saúde e ao monitoramento de rotina para problemas físicos, cognitivos e funcionais ajudará na prevenção do abuso de idosos. [Action on Elder Abuse] [National Center on Elder Abuse] [International Network for the Prevention of Elder Abuse] Caso seja adequado, seria benéfico instruir os idosos sobre ser cuidadoso com seus recursos e finanças, ajudá-los a entender seus direitos e se certificar de que eles sabem como acessar os recursos úteis. [Directory of Crime Victim Services] O treinamento do cuidador também é importante. Deve-se tentar educar os cuidadores sobre os desafios de tomar conta de idosos com deficiências. Eles também precisam reconhecer suas próprias limitações e ser capazes de pedir a ajuda de amigos e familiares quando a situação ficar insustentável. Muitas vezes está disponível um serviço de amparo e descanso aos cuidadores. Além disso, fazer parte de grupos de apoio pode ajudar os cuidadores a entender e a lidar melhor com as questões. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA fornece orientação sobre como evitar a ocorrência de abuso. O aconselhamento inclui documentar a extensão do problema e ajudar os parceiros estaduais e locais a planejar, implementar e avaliar programas de prevenção. [CDC: elder abuse]

Uma revisão de escopo revelou que os programas com o maior potencial de prevenir o abuso de idosos forneceram o seguinte: linhas de ajuda para possíveis vítimas; gestão financeira para idosos em risco de exploração financeira; intervenções de suporte para cuidadores; abrigo de emergência para as vítimas; e suporte de uma equipe multidisciplinar.[24] Uma revisão Cochrane de 2016 encontrou poucas evidências de intervenções eficazes para prevenir o abuso em idosos.[25]

## Rastreamento

Foram desenvolvidas e testadas várias medidas de rastreamento em diferentes ambientes, incluindo pronto-socorro, clínicas e em casa.[27] As medidas comumente usadas incluem as diretrizes da American Medical Association (AMA),[26] a ferramenta Rathbone-McCuan and Voyles[28] e o Elder Assessment Instrument.[29] [31] [32]

### Diretrizes da AMA

Em caso de resposta positiva a quaisquer dessas perguntas, há necessidade de avaliação adicional imediata:[26]

- Alguém já o tocou sem o seu consentimento?
- Alguém já lhe fez coisas que você não queria?
- Alguém já pegou algo seu sem pedir?
- Alguém já o machucou?
- Alguém já o repreendeu ou o ameaçou?
- Você já assinou algum documento que você não compreendia?
- Você tem medo de alguém em casa?
- Você fica muito tempo sozinho(a)?
- Alguém já deixou de ajudá-lo(a) a se cuidar quando você precisava de ajuda?

### Ferramenta Rathbone-McCuan and Voyles

Desenvolvida para avaliar o abuso em casa.[28] Ela considera a situação da vida atual, a presença ou ausência de recursos domiciliares e o estado psicológico do idoso em casa.

### Elder Assessment Instrument

Desenvolvido mais de acordo com as questões de pronto-socorro.[29] [31] [32] Inclui uma breve avaliação geral, exames físicos e avaliação funcional e social.

## Prevenção secundária

A melhor ação preventiva que o médico pode oferecer é o monitoramento rigoroso de idosos vulneráveis e a identificação precoce de sinais de abuso.<sup>[46]</sup> Quando o abuso é reconhecido, é preciso fazer encaminhamentos o quanto antes e organizar o acompanhamento adequado. Além disso, o estresse do cuidador é uma importante preocupação e precisa ser tratado. Os cuidados de saúde em casa, o descanso e a internação temporária podem ser úteis na prevenção de abuso em curto e longo prazo.



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 83 anos de idade, que mora com seu filho, é trazido ao clínico geral para um acompanhamento. Nota-se que ele apresenta história de hipertensão, demência e hiperlipidemia. O acompanhamento tem sido errático no último ano, com inúmeras faltas nas consultas, e o controle da pressão arterial (PA) e dos lipídios que havia sido estabelecido piorou. Sua PA é de 190/110 mmHg, e ele perdeu 7 kg (15 lb) de peso. Ele não é honesto com as informações e geralmente fica quieto durante a consulta. O exame físico não apresenta nada digno de nota. Ao ser questionado separadamente de seu filho, ele concorda que não tem tomado os medicamentos e que seu filho controla suas finanças e tem sido maldoso e verbalmente abusivo com ele.

### Caso clínico #2

Uma mulher de 90 anos de idade com demência avançada é trazida ao pronto-socorro pela sobrinha, que é sua principal cuidadora. A idosa vem apresentando febre alta (40 °C [104 °F]) nos últimos 3 dias. A sobrinha relata que a tia está saudável e tem recebido bons cuidados. Durante o exame físico, a paciente parece emaciada e com depleção de volume. Ela apresenta úlceras por pressão em cima do sacro e dos calcanhares, que estão em estágio 3 e infeccionadas.

### Outras apresentações

A apresentação do abuso de idosos geralmente é sutil, e a evolução é prolongada, o que dificulta o diagnóstico durante uma única consulta. Embora sinais óbvios de lesão (por exemplo, hematomas ou outras feridas) sugiram abuso físico, o diagnóstico de outras formas de abuso geralmente é complicado pela presença de comorbidade, como demência ou acidente vascular cerebral (AVC). No entanto, existem alguns sinais que podem auxiliar os profissionais de saúde a diagnosticar o abuso de idosos. Eles incluem: a presença de marcas de repressão; o idoso estar sub ou supermedicado; a recusa do cuidador em deixar o paciente responder qualquer pergunta durante a entrevista; a recusa do cuidador em deixar o idoso ser entrevistado separadamente; um paciente retraído que não faz contato visual; a presença de agitação ou outro comportamento não apropriado para o nível de demência; múltiplas úlceras por pressão; um paciente que exala odor de urina ou fezes; desnutrição e depleção de volume e aparência desgastada.[4] [5]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O abuso de idosos muitas vezes é um processo contínuo. Se o diagnóstico for equivocado, os indivíduos podem continuar sofrendo abusos mais graves, que podem ser fatais. Problemas clínicos e psicossociais podem estar presentes e, assim, a condição requer uma avaliação abrangente. Algumas dificuldades na identificação do abuso de idosos derivam das variações em sua definição.[26]

A presença de fatores de risco combinados com uma história detalhada e exame físico devem determinar se há uma necessidade de usar ferramentas de rastreamento adicionais. Existem várias ferramentas de avaliação disponíveis para rastrear possíveis vítimas de abuso.[26] [27] [28] [29]



## História

A American Medical Association (AMA) recomenda que os médicos perguntem sempre aos pacientes geriátricos acerca de abuso, mesmo na ausência de sinais. Os principais fatores de risco para abuso de idosos incluem: idade >75 anos; demência; dependência de um cuidador para os cuidados pessoais; depressão ou outro transtorno mental do cuidador; abuso de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador e dependência financeira do cuidador em relação ao idoso.

Medo inexplicável, atitude retraída, incapacidade de fazer contato visual, presença de agitação ou comportamento não adequado para o nível de demência ou depressão às vezes podem ser sinais de abuso do idoso.[30] Deve-se perguntar aos pacientes se eles estão felizes em casa e se eles têm experienciado quaisquer mudanças recentes nos padrões de humor, sono ou alimentação. O isolamento social é um fator de risco para o abuso autoinfligido. A recusa do cuidador em deixar o paciente responder as perguntas durante uma entrevista ou a recusa do cuidador em deixar o idoso ser entrevistado separadamente pode identificar abuso. Inconsistências na história do paciente, seja entre o paciente e o cuidador ou entre os cuidadores, devem levantar uma suspeita de abuso do idoso. Da mesma forma, as inconsistências entre as histórias e os achados físicos, o regime médico, os valores laboratoriais ou as condições de vida são causas de preocupação.

Qualquer relato de abuso pelo idoso deve ser considerado preciso e deve ser investigado como tal. Uma história detalhada deve incluir explicações para quaisquer lesões presentes.

A prevalência de abuso de idosos é alta e não pode ser facilmente discernida de outras questões médicas, de forma que a AMA recomenda uma série de perguntas de rastreamento.[26] Em caso de resposta positiva a quaisquer dessas perguntas, há a necessidade de avaliação adicional imediata.

- Alguém já o tocou sem o seu consentimento?
- Alguém já lhe fez coisas que você não queria?
- Alguém já pegou algo seu sem pedir?
- Alguém já o machucou?
- Alguém já o repreendeu ou o ameaçou?
- Você já assinou algum documento que você não compreendia?
- Você tem medo de alguém em casa?
- Você fica muito tempo sozinho(a)?
- Alguém já deixou de ajudá-lo(a) a se cuidar quando você precisava de ajuda?

Foram desenvolvidas outras medidas de rastreamento para ambientes diferentes (por exemplo, casa, hospital, pronto-socorro).[27] Duas medidas comumente usadas são a ferramenta Rathbone-McCuan and Voyles[28] e o Elder Assessment Instrument.[29] [31] [32] Outra ferramenta de rastreamento é o Elder Abuse Suspicion Index, para ser usado por médicos para rastrear idosos cognitivamente intactos no ambiente de cuidados ambulatoriais.[33] Se os testes de rastreamento não indicarem abuso, não será necessária nenhuma ação imediata.[26] [34] [35] [36] [37] No entanto, devido à baixa sensibilidade de alguns testes de rastreamento, recomenda-se um monitoramento contínuo.

## Exame físico

Em caso de suspeita de abuso, o paciente deve ser cuidadosamente examinado. O tamanho, o formato e a localização de qualquer lesão devem ser registrados. Qualquer lesão deve ser fotografada. Vários achados clínicos fazem do abuso de idosos uma forte possibilidade, mas não são necessariamente confirmatórios. Elas incluem:

- Lesões inexplicadas.
- Demora em buscar tratamento.
- Lesões inconsistentes com a história.
- Explicações contraditórias dadas pelo paciente e pelo cuidador.
- Hematomas, vergões, lacerações, marcas de corda, queimaduras.
- Doenças venéreas ou infecções genitais.
- Depleção de volume, desnutrição, úlceras por pressão, má higiene.
- Sinais de supressão, depressão, agitação, comportamento infantil.

## Investigações

Deve-se avaliar a presença de depleção de volume, anormalidades eletrolíticas, desnutrição, administração inadequada de medicamentos e abuso de substâncias.

Investigações iniciais para todos os pacientes:

- Hemograma completo com contagem plaquetária e um coagulograma, principalmente se o idoso tiver hematomas ou evidência de sangramento.
- Fotografia clínica: é importante que fotografias clínicas adequadas sejam tiradas de hematomas e feridas.

Suspeita de traumatismos cranioencefálicos:

- A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica pode identificar hemorragia subdural, com ou sem hemorragia subaracnoide ou (raramente) hemorragia extradural.
- Também pode haver a presença de lesão parenquimal com ou sem edema cerebral.
- A TC cranioencefálica deve ser considerada em adultos com sintomas ou sinais neurológicos e em todas as pessoas com traumatismo cranioencefálico.

Suspeita de lesão esquelética:

- Deve-se tirar radiografias para detectar quaisquer fraturas.

Lesões abdominais:

- Testes da função hepática e amilase sérica.
- A TC abdominal também deve ser considerada em caso de lesão abdominal violenta. Ela delinea qualquer ruptura de órgão oco e detecta hematomas subcapsulares, rupturas do fígado ou baço e lesão renal.

Intoxicação:

- Uma análise toxicológica pode revelar a presença de substâncias para as quais o paciente não recebeu prescrição ou ausência de medicamentos que o paciente deveria estar tomando, ambos indicativos de abuso.<sup>[29]</sup>

## Fatores de risco

### Fortes

**idade >75 anos**

- A idade é o principal fator de risco para o abuso de idosos. Quanto mais idosa e mais frágil for a pessoa, maior a probabilidade de ela depender de um cuidador, e isso aumenta a possibilidade de abuso.[15] [16] [17] [18]

**demência**

- Os idosos com demência têm maior probabilidade de sofrerem abusos que aqueles cognitivamente intactos. Isso pode estar relacionado a um aumento da dependência dos cuidadores ou a uma menor probabilidade de buscar ajuda.[15] [18]

**dependência de um cuidador para cuidados pessoais**

- A capacidade física geral diminui e, assim, a dependência de outras pessoas para obter cuidados pessoais tende a estar associada a taxas mais elevadas de abuso.[19] [11] [20]

**depressão ou outro transtorno mental no cuidador**

- A presença de depressão ou outra doença psiquiátrica no cuidador aumenta a probabilidade de abuso de idosos.[21] [22] [23]

**abuso de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador**

- O abuso de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador é um fator de risco para o abuso de idosos.[21] [22] [23]

**dependência financeira no idoso por parte do cuidador**

- A dependência excessiva do cuidador no idoso para assistência financeira, acomodação e outros itens materiais aumenta o risco de abuso de idosos.[13]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco para abuso de idosos incluem: idade >75 anos; demência; dependência de um cuidador para os cuidados pessoais; depressão ou outro transtorno mental do cuidador; abuso de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador e dependência financeira do cuidador em relação ao idoso.

### Outros fatores de diagnóstico

**autorrelato (comum)**

- Qualquer relato de abuso pelo idoso deve ser considerado preciso e deve ser investigado como tal. A explicação do idoso sobre a situação deve ser questionada em caso de demência subjacente ou outro declínio cognitivo.

**história inconsistente (comum)**

- Inconsistências na história do paciente, seja entre o paciente e o cuidador ou entre os cuidadores, devem levantar uma suspeita de abuso do idoso. Da mesma forma, as inconsistências entre as

histórias e os achados físicos, o regime médico, os valores laboratoriais ou as condições de vida são causas de preocupação.

### **estado agitado (comum)**

- Medo inexplicável, atitude retraída, incapacidade de fazer contato visual, presença de agitação ou comportamento não adequado para o nível de demência ou depressão às vezes podem ser sinais de abuso do idoso.[30]

### **isolamento social (comum)**

- Fator de risco para abuso autoinfligido.

### **lesões físicas (comum)**

- A presença de lesões físicas (hematomas, cortes, punções, marcas de repressão, fraturas) pode ser um indicativo de abuso físico.[30]

### **desnutrição e depleção de volume (comum)**

- Sugere abuso.

### **uso inadequado de medicamentos (comum)**

- O idoso estar sub ou supermedicado pode indicar abuso.[29]

### **abuso de substâncias (comum)**

- A presença de substâncias para as quais o paciente não recebeu prescrição pode indicar abuso.[29]

### **dominância do cuidador (comum)**

- A recusa do cuidador em deixar o paciente responder as perguntas durante uma entrevista ou a recusa do cuidador em deixar o idoso ser entrevistado separadamente pode identificar abuso.

### **úlceras por pressão (comum)**

- Várias feridas sugerem abuso.

### **aparência desgastada (comum)**

- O paciente exalar odor de urina ou fezes ou estar com uma aparência desgastada sugere abuso do idoso.

### **sangramento ou ferida genital (incomum)**

- A presença de qualquer sangramento genital, sobretudo quando acompanhado de hematomas ou outros sinais de violência, é um indicativo de abuso.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxilia na avaliação de outras causas de petéquias ou sangramento. Exclui anormalidades plaquetárias como causa de hematomas. Identifica outras anormalidades hematológicas (por exemplo, leucemia) e destaca a presença de anemia.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>estudos da função plaquetária</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Excluem anormalidades da função plaquetária.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>perfil metabólico básico (incluindo ureia e creatinina)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anormalidades eletrolíticas inexplicadas e presença de depleção de volume podem sugerir abuso.</li> </ul>	<b>níveis de eletrólito, ureia e creatinina normais ou anormais</b>
<b>fotografia clínica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>É útil registrar a extensão e o local dos hematomas ou feridas.</li> </ul>	<b>registro de hematomas ou feridas</b>
<b>radiografias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve-se tirar radiografias das partes do corpo relevantes para detectar quaisquer fraturas.</li> <li>Múltiplas fraturas ou fraturas em vários estágios de cura podem significar abuso.</li> </ul>	<b>fraturas recentes ou antigas</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>tomografia computadorizada (TC) do crânio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os testes devem se basear na história e em outros achados no exame físico.</li> <li>É improvável que os testes de rotina sejam úteis.[38]</li> </ul>	<b>normal ou positiva para anormalidades, como hematoma subdural na cabeça</b>
<b>tomografia computadorizada (TC) abdominal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os testes devem se basear na história e em outros achados no exame físico.</li> <li>É improvável que os testes de rotina sejam úteis.[38]</li> </ul>	<b>normal ou positiva para anormalidades, como hematomas, lesão em órgão sólido ou perfuração intestinal</b>
<b>níveis séricos de medicamentos relevantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para testar se os níveis dos medicamentos prescritos estão adequados e para investigar a presença de outros medicamentos não prescritos.</li> </ul>	<b>podem ser positivos ou negativos</b>
<b>análise toxicológica (urina e sangue)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uma análise toxicológica pode determinar se álcool ou substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico.</li> <li>Nessa situação, a análise toxicológica geralmente envolve o rastreamento de álcool na urina e no sangue, mas também pode incluir o rastreamento de substâncias ilícitas.</li> </ul>	<b>pode ser positiva se o álcool ou drogas ilícitas forem fatores contribuintes</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Demência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes podem apresentar delírio ou paranoia e retardo do crescimento pômbero-estatural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma avaliação adicional com o envolvimento de uma home health agency e psiquiatra pode auxiliar no diagnóstico. É preciso tomar cuidado com um paciente demente com paranoia, que pode acusar falsamente um cuidador de roubo ou abuso.</li> </ul>
<b>Quedas em idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as circunstâncias que envolvem a queda e os sintomas associados a ela ajuda a determinar a causa subjacente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A avaliação das questões neurológicas e outros sistemas sensoriais pode ajudar na avaliação das quedas recorrentes. A lesão deve ser consistente com o tipo de queda.</li> </ul>
<b>Falta de adesão a medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características de ressurgimento de doença subjacente (por exemplo, hipertensão, doença tireoidiana, diabetes mellitus).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os exames podem indicar um controle insatisfatório de doença subjacente.</li> <li>Uma história pregressa sugerindo a falta de adesão é útil para delinear esta questão. Há um grande potencial de abuso de narcóticos e tranquilizantes.</li> </ul>
<b>Abuso de substâncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas comportamentais são causados por efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou como resultado da supressão da substância.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame de sangue e urina para substâncias ilícitas.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Depression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode apresentar um transtorno cognitivo grave (deficits de memória) como resultado da depressão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma avaliação adicional com o envolvimento de uma home health agency e psiquiatra pode auxiliar no diagnóstico.</li> <li>Recomenda-se que os médicos usem exames diagnósticos específicos para idosos (por exemplo, a Escala de Depressão Geriátrica)</li> </ul> <p><b>[VIDEO: Escala de Depressão Geriátrica ]</b></p> <p>ou, para idosos com comprometimento cognitivo (por exemplo, a Escala Cornell de Depressão em demência). <a href="#">[Cornell Scale for Depression in Dementia]</a></p>



## Abordagem passo a passo do tratamento

O abuso de idosos muitas vezes é um processo contínuo. Se o diagnóstico de abuso estiver sendo considerado, os cuidadores deverão ser informados de todas as investigações e encaminhamentos relevantes. O manejo inclui cuidado imediato, avaliação e cuidado em longo prazo, orientação e prevenção. [\[National Center on Elder Abuse\]](#) [\[University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly \(CANE\)\]](#) [\[Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002\]](#) [\[Nursing Home Abuse Guide: elder abuse\]](#)

### Informar às autoridades

Um desafio para muitos médicos é a falta de familiaridade com os requisitos e procedimentos de relatos. Os requisitos geralmente são diferentes de uma cidade para outra, ou de um país para outro, embora nem todas as regiões requeiram um relatório obrigatório para confirmar abuso de idosos. Nos EUA, alguns estados, como a Califórnia, incentivam as pessoas e exigem que os médicos e todos os funcionários de cuidados de saúde relatem até casos de suspeita de abuso. Exige-se que os médicos compartilhem informações com outras agências (assistentes sociais, órgãos de cumprimento da lei e profissionais da lei) para garantir que as necessidades do idoso sejam atendidas e que o paciente esteja protegido contra lesões.[\[30\]](#) [\[39\]](#) Assistentes sociais e Adult Protective Services se responsabilizam pelos aspectos dos relatos quando estão envolvidos.

### Estratégias de intervenção

A melhor forma de realizá-las é usando uma abordagem de equipe. Para o manejo de idosos que sofreram abuso, é importante garantir a segurança e respeitar a dignidade do paciente. Dependendo de onde o paciente está sendo avaliado, pode haver várias opções: hospitalização temporária, obtenção de uma medida judicial de proteção ou colocar o paciente em uma residência segura na comunidade. Ocasionalmente, o paciente deseja voltar para casa e recusa a intervenção. Esse tipo de recusa pode causar dilemas éticos complexos para os profissionais.[\[40\]](#) No entanto, se o paciente tiver a capacidade de decisão e entender as escolhas oferecidas, então ele poderá voltar para casa após a educação adequada.

Deve-se considerar o seguinte:[\[41\]](#)

- Ligações com os recursos apropriados, como serviços de saúde domiciliar, assistência diurna para adultos ou descanso ao cuidador. Assistência com o desenvolvimento de sistemas de suporte informais. Tutela.
- Encaminhamento a grupos de aconselhamento e de suporte interdisciplinar.
- Assistência financeira ou jurídica.
- Assistência domiciliar. Colocação em uma casa de repouso.
- Respostas emergenciais para cuidados com a casa, alimentação e saúde física e mental. Assistência alimentar.
- Resolução de problemas de disposição resultantes de exaustão do cuidador. Aconselhamento à pessoa que comete os abusos.

Os dados que avaliam a eficácia das intervenções para abuso de idosos são limitados. Uma revisão da literatura indicou que as intervenções não conseguiram reduzir e podem até ter aumentado a probabilidade de recorrência.[\[42\]](#) É importante observar que os estudos revisados têm limitações metodologicamente significativas e são necessárias pesquisas adicionais para validar esse achado.

## Manejo da lesão e consulta com especialista

Lesões individuais devem ser tratadas conforme adequado, sem considerar se elas são causadas por abuso ou acidente.[38] [43] No entanto, quando se considera abuso, o médico deve garantir que uma busca adequada por lesões adicionais ou ocultas também seja realizada.

Os pacientes com demência, depressão ou desorientação irão necessitar de consulta com um psiquiatra ou uma ampla avaliação por um geriatra a fim de determinar questões de capacidade. Os que tiverem fraturas irão precisar de consulta ortopédica, e aqueles com sinais de lesão neurológica irão precisar de avaliação neurológica ou neurocirúrgica. Quaisquer sinais de depleção de volume, infecção, desnutrição, úlceras por pressão ou lesões genitais decorrentes de abuso sexual precisam ser tratados.

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Inicial ( resumo )		
suspeita de abuso de idosos		
.....	1a	avaliação pelo serviço social

  

Agudo ( resumo )		
confirmação de abuso de idosos		
.....	1a	informe às autoridades
.....	mais	estratégias de intervenção
..... ■ abuso físico	mais	tratamento das lesões

# Opções de tratamento

## Inicial

### suspeita de abuso de idosos

#### 1a

#### avaliação pelo serviço social

- » Para o manejo de idosos que sofreram abuso, é importante garantir a segurança e respeitar a dignidade do paciente. As preferências do paciente em um indivíduo competente devem ser respeitadas mesmo em situações que colocam a pessoa em risco.
- » Dependendo de onde o paciente está sendo avaliado, pode haver várias opções: hospitalização temporária, obtenção de uma medida judicial de proteção ou colocar o paciente em uma residência segura na comunidade.
- » Mesmo os procedimentos exatos podendo ser diferentes, a maioria das cidades e países tem requisitos de relatório obrigatórios para confirmar abuso de idosos. Nos EUA, alguns estados, como a Califórnia, incentivam as pessoas e exigem que os médicos e todos os funcionários de cuidados de saúde relatem até casos de suspeita de abuso.
- » Assistentes sociais e Adult Protective Services se responsabilizam pelos aspectos dos relatos quando estão envolvidos.
- » O abuso de idosos muitas vezes é um processo contínuo. Se o diagnóstico de abuso estiver sendo considerado, os cuidadores deverão ser informados de todas as investigações e encaminhamentos relevantes.

## Agudo

### confirmação de abuso de idosos

#### 1a

#### informe às autoridades

- » Exige-se que os médicos compartilhem informações com outras agências (por exemplo, órgãos de cumprimento da lei e profissionais da lei) para garantir que as necessidades do idoso sejam atendidas e que o paciente esteja protegido contra lesões.[30] [39]
- » Mesmo os procedimentos exatos podendo ser diferentes, todas as cidades e países têm requisitos de relatório obrigatórios.

## Agudo

mais

### estratégias de intervenção

- » A melhor forma de realizá-las é usando uma abordagem multidisciplinar.
- » Deve-se considerar o seguinte:[41]
- » Ligações com os recursos apropriados, como serviços de saúde domiciliar, assistência diurna para adultos ou descanso ao cuidador. Assistência com o desenvolvimento de sistemas de suporte informais. Tutela.
- » Encaminhamento a grupos de aconselhamento e de suporte interdisciplinar.
- » Assistência financeira ou jurídica.
- » Assistência domiciliar. Colocação em uma casa de repouso.
- » Respostas emergenciais para cuidados com a casa, alimentação e saúde física e mental. Assistência alimentar.
- » Resolução de problemas de disposição resultantes de exaustão do cuidador. Aconselhamento à pessoa que comete os abusos.
- » Ocasionalmente, o paciente deseja voltar para casa e recusa a intervenção. Se o paciente tiver a capacidade de decisão e entender as escolhas oferecidas, então ele poderá voltar para casa após a educação adequada.

### abuso físico

mais

### tratamento das lesões

- » Lesões individuais devem ser tratadas conforme adequado, sem considerar se elas são causadas por abuso ou acidente.[38] [43]
- » No entanto, quando se considera abuso, o médico deve garantir que uma busca adequada por lesões adicionais ou ocultas também seja realizada.
- » Os pacientes com demência, depressão ou desorientação irão necessitar de consulta com um psiquiatra a fim de determinar questões de capacidade. Os que tiverem fraturas irão precisar de consulta ortopédica, e aqueles com sinais de lesão neurológica irão precisar de avaliação neurológica ou neurocirúrgica.
- » Quaisquer sinais de depleção de volume, infecção, desnutrição, úlceras por pressão ou lesões genitais decorrentes de abuso sexual precisam ser tratados.



## Recomendações

### Monitoramento

O acompanhamento e o monitoramento devem ser individualizados. Consultas clínicas frequentes e acompanhamento de saúde domiciliar de rotina podem permitir o acompanhamento rigoroso dos pacientes idosos. [\[Action on Elder Abuse\]](#) [\[National Center on Elder Abuse\]](#) [\[University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly \(CANE\)\]](#)

### Instruções ao paciente

Os pacientes capazes de tomar suas próprias decisões devem receber instruções claras sobre para quem devem ligar e que recursos eles podem acessar em caso de emergência. No entanto, é desejável que eles não retornem à situação que pode ter agravado o abuso.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>úlceras por pressão</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Lesões físicas, como úlceras por pressão, podem ter consequências de longo prazo. Elas podem gerar danos extensos à pele e causar infecções com risco de vida, como sepse e gangrena.		
<b>fraturas do quadril</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
<b>fraturas do tornozelo</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
<b>fraturas do punho</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
<b>fraturas por compressão vertebral</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
<b>fraturas das costelas</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
<b>lesão cerebral</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Traumatismos cranioencefálicos podem causar danos cerebrais.		
<b>depressão</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>

Complicações	Período de execução	Probabilidade
O abuso pode resultar em agravamento do estado cognitivo, incluindo depressão.[45]		
<b>delirium</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
O abuso pode resultar em agravamento do estado cognitivo, incluindo delirium.		
<b>transtorno do estresse pós-traumático</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
O abuso em longo prazo pode resultar em estresse pós-traumático e padrões conhecidos de desamparo.		
<b>morte</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Os dados de um estudo de 1998, que monitorou 176 casos de maus-tratos, abuso ou negligência com idosos por um período de acompanhamento de 13 anos, relataram que os pacientes que sofreram abuso tiveram uma taxa de sobrevivência de 9%, enquanto os que foram observados por autonegligência tiveram uma taxa de sobrevivência de 17%.[44] Por outro lado, o grupo-controle que não sofreu abusos teve uma sobrevivência de 40%.		

## Prognóstico

Existe uma escassez de dados quanto ao prognóstico de abuso de idosos. No entanto, os dados de um estudo de 1998, que monitorou 176 casos de maus-tratos, abuso ou negligência com idosos por um período de acompanhamento de 13 anos, relataram que os pacientes que sofreram abuso tiveram uma taxa de sobrevivência de 9%, enquanto os que foram observados por autonegligência tiveram uma taxa de sobrevivência de 17%.[44] Por outro lado, o grupo-controle que não sofreu abuso teve uma taxa de sobrevivência de 40%.

Idosos que sofrem abusos tendem a serem suscetíveis às consequências de longo prazo do abuso, como depressão.[45]



## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Domestic violence and abuse: multi-agency working

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2014

### América do Norte

#### Elder abuse

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2016

#### Best practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults

**Publicado por:** Canadian Association on Gerontology

**Última publicação em:**  
2016

#### Domestic family violence

**Publicado por:** American College of Emergency Physicians

**Última publicação em:**  
2007

### Oceania

#### Elder abuse: understanding issues, frameworks and responses

**Publicado por:** Australian Institute of Family Studies

**Última publicação em:**  
2016

#### Family violence intervention guidelines: elder abuse and neglect

**Publicado por:** Ministry of Health (New Zealand)

**Última publicação em:**  
2007

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Domestic violence and abuse: multi-agency working

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2014

#### Safeguarding adults: the role of health services

**Publicado por:** Department of Health

**Última publicação em:**  
2011

## Internacional

### Madrid international plan of action on ageing

**Publicado por:** United Nations Programme on Ageing

**Última publicação em:**  
2002

## América do Norte

### Elder abuse

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2016

### Best practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults

**Publicado por:** Canadian Association on Gerontology

**Última publicação em:**  
2016

## Oceania

### Elder abuse: understanding issues, frameworks and responses

**Publicado por:** Australian Institute of Family Studies

**Última publicação em:**  
2016

### Family violence intervention guidelines: elder abuse and neglect

**Publicado por:** Ministry of Health (New Zealand)

**Última publicação em:**  
2007

## Recursos online

1. [WHO: elder abuse factsheet](#) (*external link*)
2. [Action on Elder Abuse](#) (*external link*)
3. [National Center on Elder Abuse](#) (*external link*)
4. [International Network for the Prevention of Elder Abuse](#) (*external link*)
5. [Directory of Crime Victim Services](#) (*external link*)
6. [CDC: elder abuse](#) (*external link*)
7. [Cornell Scale for Depression in Dementia](#) (*external link*)
8. [University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly \(CANE\)](#) (*external link*)
9. [Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002](#) (*external link*)
10. [Nursing Home Abuse Guide: elder abuse](#) (*external link*)

## Artigos principais

- World Health Organization. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO, 2002. [Texto completo](#)

## Referências

- World Health Organization. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO, 2002. [Texto completo](#)
- Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015 Nov 12;373(20):1947-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Jones J, Dougherty J, Schelble D, et al. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. Ann Emerg Med. 1988 Oct;17(10):1006-15. [Resumo](#)
- McCreadie C. Introduction: the issues, practice and policy. In: Eastman M, ed. Old age abuse: a new perspective. London: Chapman & Hall; 1994:3-22.
- O'Malley TA, O'Malley HC, Everitt DE, et al. Categories of family mediated abuse and neglect of elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1984;32:362-369. [Resumo](#)
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb;5(2):e147-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, et al. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first National Prevalence Study. J Elder Abuse Negl. 2009 Jan-Mar;21(1):1-14. [Resumo](#)
- Lindbloom EJ, Brandt J, Hough LD, et al. Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. J Am Med Assoc. 2007 Nov;298(9):610-6. [Resumo](#)
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. Gerontologist. 1997 Aug;37(4):469-74. [Resumo](#)
- Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. Gerontologist. 1992 Aug;32(4):493-7. [Resumo](#)
- Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist. 1988 Feb;28(1):51-7. [Resumo](#)
- Melchiorre MG, Di Rosa M, Lamura G, et al. Abuse of older men in seven European countries: a multilevel approach in the framework of an ecological model. PLoS One. 2016 Jan 19;11(1):e0146425. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. Am J Emerg Med. 1997;15:579-583. [Resumo](#)

14. McGarry J, Simpson C, Hinchliff-Smith K. The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2011;19:3-14. [Resumo](#)
15. Tatara T, Kuzmeskus LB, Duckhorn E, et al. The national elder abuse incidence study: final report. September 1998. <http://www.aoa.gov> (last accessed 24 March 2016). [Texto completo](#)
16. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, et al. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:255-261. [Resumo](#)
17. Buri H, Daly JM, Hartz AJ, et al. Factors associated with self-reported elder mistreatment in Iowa's frailest elders. *Res Aging*. 2006;28:562-581.
18. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:1214-1238. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. 2nd ed. New York, NY: Springer; 1997:9-10.
20. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, et al. Care of the elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1986;15:529-533. [Resumo](#)
21. Kosberg JI, Nahmiash D. Characteristics of victims and perpetrators and milieus of abuse and neglect. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD: Health Professions Press; 1996:31-49.
22. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995;332:437-443. [Resumo](#)
23. Steiner RP, Vansickle K, Lippmann SB. Domestic violence: do you know when and how to intervene? *Postgrad Med*. 1996;100:103-116. [Resumo](#)
24. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016 Apr;56(suppl 2):S194-205. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, et al. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD010321. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, et al; American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med*. 1993 Apr;2(4):371-88. [Resumo](#)
27. Applegate WB. Use of assessment instruments in clinical settings. *J Am Geriatr Soc*. 1987 Jan;35(1):45-50. [Resumo](#)
28. Rathbone-McCuan E. Elderly victims of family violence and neglect. *Soc Casework*. 1980;61:296-304.
29. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, et al. Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2000 Oct;26(5):436-43. [Resumo](#)
30. American College of Emergency Physicians. Policy statement: management of elder abuse and neglect. *Ann Emerg Med*. 1998 Jan;31(1):149-50. [Resumo](#)

31. Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly: screening and detection. J Emerg Nurs. 1984 May-Jun;10(3):131-40. [Resumo](#)
32. Fulmer T, Wetle T. Elder abuse screening and intervention. Nurse Pract. 1986 May;11(5):33-8. [Resumo](#)
33. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, et al. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). J Elder Abuse Negl. 2008;20(3):276-300. [Resumo](#)
34. Rathbone-McCuan E, Voyles B. Case detection of abused elderly parents. Am J Psychiatry. 1982 Feb;139(2):189-92. [Resumo](#)
35. Fulmer T, Birkenhauer D. Elder mistreatment assessment as a part of everyday practice. J Gerontol Nurs. 1992 Mar;18(3):42-5. [Resumo](#)
36. Cooper C, Manela M, Katona C, et al. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Mar;23(3):283-8. [Resumo](#)
37. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, et al. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. J Am Geriatr Soc. 2003 Jan;51(1):24-31. [Resumo](#)
38. Levy DB, Hanlon DP, Townsend RN. Geriatric trauma. Geriatr Emerg Care. 1993 Aug;9(3):601-20. [Resumo](#)
39. Capezuti E, Brush BL, Lawson WT 3rd. Reporting elder mistreatment. J Gerontol Nursing. 1997 Jul;23(7):24-32. [Resumo](#)
40. Killick C, Taylor BJ. Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. J Elder Abuse Negl. 2009 Jul-Sep;21(3):211-38. [Resumo](#)
41. American College of Emergency Physicians. Recognition and management of elder abuse. January 1999 [internet publication]. [Texto completo](#)
42. Ploeg J, Fear J, Hutchison B, et al. A systematic review of interventions for elder abuse. J Elder Abuse Negl. 2009 Jul-Sep;21(3):187-210. [Resumo](#)
43. Jacobs DG. Special considerations in geriatric injury. Curr Opin Crit Care. 2003 Dec;9(6):535-9. [Resumo](#)
44. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 1998;280:428-432. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, et al. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. J Am Geriatr Soc. 2000;48:205-208. [Resumo](#)

46. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1994 update: 4. secondary prevention of elder abuse and mistreatment. CMAJ. 1994;151:1413-1420. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Josephine P. Gomes, MD**

Assistant Professor

Department of Family and Geriatric Medicine, School of Medicine, University of Louisville, Louisville, KY

DIVULGAÇÕES: JPG declares that she has no competing interests.

---

**James G. O'Brien, MD, FRCPI**

Professor Emeritus in Geriatrics

Department of Family and Geriatric Medicine, School of Medicine, University of Louisville, Louisville, KY

DIVULGAÇÕES: JGOB declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Josephine P. Gomes and Professor James O'Brien would like to gratefully acknowledge Dr Angela R. Wetherton and Dr Senthil R. Meenrajan, previous contributors to this topic. ARW and SRM declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Kay Mitchell, MD, MS, FACP**

Assistant Professor

Mayo Medical School, Jacksonville, FL

DIVULGAÇÕES: KM has been paid as a speaker at the American College of Physicians annual meeting.

KM has also been paid for consultation for the physician excellence program.

---

**Cari Levy, MD**

Assistant Professor of Medicine

University of Colorado School of Medicine and the Denver Veterans Affairs Medical Center, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: CL declares that she has no competing interests.

---

**Desmond O'Neill, MA, MD, FRCPI, AGSF, FRCP(Glasg)**

Associate Professor of Medical Gerontology

Department of Medical Gerontology, School of Medicine, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

DIVULGAÇÕES: DON declares that he has no competing interests.