

BMJ Best Practice

Negligência e abuso de idosos

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Jan 02, 2025

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Definição	3
Teoria	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Caso clínico	5
Diagnóstico	7
Abordagem	7
História e exame físico	9
Fatores de risco	10
Investigações	11
Diagnósticos diferenciais	13
Tratamento	15
Abordagem	15
Visão geral do algoritmo de tratamento	16
Algoritmo de tratamento	17
Prevenção primária	19
Prevenção secundária	20
Discussões com os pacientes	20
Acompanhamento	21
Monitoramento	21
Complicações	22
Prognóstico	23
Diretrizes	24
Diretrizes diagnósticas	24
Diretrizes de tratamento	25
Recursos online	27
Referências	28
Aviso legal	34

Resumo

O abuso de idosos é um fenômeno comum e crescente em todo o mundo à medida que as populações vivem mais.

Existem muitas formas diferentes de abuso, incluindo negligência; abuso físico, psicológico, sexual ou financeiro; e autonegligência.

A chave para o diagnóstico é manter um alto índice de suspeita em cada encontro com o paciente idoso.

Algumas características do paciente e do cuidador podem ajudar a identificar o alto risco de abuso.

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

Há um consenso crescente sobre os principais componentes que constituem o abuso e a negligência de idosos (também conhecido como abuso de idosos) e sobre os tipos de maus-tratos envolvidos. Atualmente, não há uma definição mundialmente aceita de abuso de idosos, o que dificulta que os pesquisadores estudem, determinem tendências e avaliem os benefícios das intervenções.

De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC): "Abuso de idosos é um ato intencional ou ausência de ato que causa ou cria risco de danos a um idoso. Idoso é um adulto com 60 anos de idade ou mais".^[1]

A Organização Mundial da Saúde afirma: "O abuso de idosos é um ato único ou repetido, ou a falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que há expectativa de confiança, e que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa."^[2] [WHO: abuse of older people factsheet] (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>)

O abuso de idosos é frequentemente considerado como algo cometido por um cuidador ou indivíduo de confiança. O uso generalizado da tecnologia e o aumento da separação geográfica das famílias também aumentaram o risco de adultos idosos serem vítimas de esquemas fraudulentos por parte de estranhos. A fraude financeira é uma das formas de abuso de idosos que cresce em ritmo mais acelerado. A tutela, destinada a proteger os idosos incapazes de cuidar de si mesmos, também tem sido usada de maneira inadequada para vitimizar idosos com ativos.

Epidemiologia

A incidência e prevalência de abuso de idosos não estão claras, sobretudo devido às várias definições e à falta de estudos nacionais.[8]

Dados de revisão de 28 países sugerem que a taxa de prevalência conjunta para abuso de idosos global no cenário comunitário 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.[2] [8] 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%.[4] No Reino Unido, a frequência de abuso de idosos foi estimada em 2.6%.[9] A expectativa é de que o número de casos de abuso de idosos aumente, uma vez que as pessoas estão vivendo mais. A prevalência real de abuso é subestimada.[1] Estudos mostraram que, para cada incidente de abuso relatado, há cerca de 24 casos não relatados.[10] É importante observar que o abuso de idosos não é exclusivo de nenhum ambiente de assistência específico. É comum no cenário comunitário e em ambientes de cuidados de longo prazo.[11] Revisões sistemáticas constataram uma taxa de abuso muito maior em ambientes institucionais que em ambientes comunitários.[8] [12] Mesmo com relatos variados, o consenso geral é o de que o abuso é igualmente comum em homens e mulheres em países ocidentais, mas os índices são maiores entre mulheres em países orientais.[8] [13] [14] [15] Há algumas evidências de que o abuso em homens idosos é pouco reconhecido.[16] Estima-se que a prevalência de abuso de idosos tenha aumentado 10 vezes durante a pandemia de COVID-19.[17]

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:[18]

- 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 gerado pela prestação de cuidados 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 experiencie problemas de saúde física e mental que aquelas que não passaram por um abuso.[19]

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 indignação, desnutrição e incapacidade de pagar os medicamentos.

Classificação

Declaração de Toronto sobre a prevenção global de abuso de idosos^[3]

O abuso de idosos é definido pela 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".

Tipos de abuso e negligência de idosos

Atualmente, há consenso de que existem cinco tipos principais de abuso e negligência de idosos.^{[1] [4] [5]}

- 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 fundos ou outros ativos, esquemas fraudulentos e uso indevido da tutela.
- Negligência: descaso com as necessidades básicas e segurança do idoso e falta de cuidados ou de supervisão.

Definição da Organização Mundial da Saúde

O abuso de idosos, também conhecido como abuso de idosos, é um ato único ou repetido, ou a falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que há expectativa de confiança, o que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa.^[2] [WHO: abuse of older people factsheet] (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>)

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 85 anos que vive em uma unidade de cuidados de longa permanência é atendido para um exame de rotina. Nota-se que ele apresenta história de hipertensão, comprometimento cognitivo leve 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 15 lb (7 kg) de peso. Ele não dá informações facilmente e geralmente fica quieto durante a consulta. O exame físico não apresenta nada digno de nota. Ao ser questionado, ele revela que seus medicamentos nem sempre são administrados e que um dos membros da equipe tem sido maldoso e verbalmente abusivo com ele.

Caso clínico #2

Uma mulher de 76 anos que mora com sua filha é levada ao consultório do médico de atenção primária para um acompanhamento de rotina. Ela apresenta história significativa de demência de Alzheimer com labilidade humoral e hospitalização em decorrência de uma queda há 3 meses. Desde a última hospitalização, ela apresenta incontinência, mas se recusa a usar fralda geriátrica. Sua filha, que é sua única cuidadora, relata preocupação com o fato de que ela tem ficado acordada à noite e tenta usar o fogão. Durante a consulta, a filha aparenta estar cansada, frustrada e, repetidamente, contradiz o relato de eventos da mãe; ela se recusa a permitir que sua mãe seja entrevistada sozinha. No exame físico, a idosa apresenta múltiplos hematomas de diferentes períodos e uma pequena queimadura no braço direito.

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 AVC. Novas questões, como problemas de sono, ansiedade e depressão podem ser decorrentes do fato do idoso ter sido vítima de fraude financeira, um problema cada vez mais comum. Alguns sinais podem auxiliar os profissionais da 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 uma aparência geral negligenciada ou desleixada.[6] [7]

Abordagem

O abuso de idosos geralmente é um processo contínuo. Se o diagnóstico for equivocado, os indivíduos podem continuar sofrendo abusos mais graves, que podem ser fatais. Podem estar presentes problemas médicos e psicossociais e, portanto, a condição requer uma avaliação abrangente e multifacetada.[36] Algumas dificuldades na identificação do abuso de idosos derivam das variações em sua definição.[37]

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.[37] [38] [39]

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; uso indevido 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 de idosos.[40] 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 avaliação deve incluir uma história social detalhada, a capacidade funcional do idoso, a organização de vida e o apoio social. Devido às restrições de tempo nas unidades básicas de saúde, isso pode ser conseguido durante a consulta de rotina anual ou por meio de profissionais da saúde associados para atualizar essas informações regularmente. 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 esquema terapêutico, 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.[37] 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 e testadas várias medidas de rastreamento em diferentes ambientes, incluindo pronto-socorro, clínicas e em casa.[41] Se os testes de rastreamento não indicarem abuso, não será necessária nenhuma ação imediata.[37] [42] [43] [44] [45] No entanto, devido à baixa sensibilidade de alguns testes de rastreamento, recomenda-se um monitoramento contínuo. Por outro lado, um exame positivo não significa necessariamente que haja abuso, mas indica a necessidade de avaliação mais aprofundada.

Consulte Rastreamento .

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. Eles incluem:[5] [24] [46]

- 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.
- Mudanças nos padrões de sono ou hábitos alimentares.
- 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 uso indevido 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.[39]

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

presença de fatores de risco (comuns)

- 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 diagnósticos

autorrelato (comuns)

- 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 (comuns)

- 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 esquema terapêutico, os valores laboratoriais ou as condições de vida são causas de preocupação.

estado agitado (comuns)

- 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.[5][40]

isolamento social (comuns)

- Fator de risco para abuso emocional/psicológico ou autoinfligido.[5]

lesões físicas (comuns)

- A presença de lesões físicas (hematomas, cortes, punções, marcas de repressão, fraturas) pode ser um indicativo de abuso físico.[5] [40]

desnutrição e depleção de volume (comuns)

- Podem ser causados por privação nutricional e são um sinal de alerta de negligência e abandono.[5]

uso inadequado de medicamentos (comuns)

- O idoso estar sub ou supermedicado pode indicar abuso.[39]

uso indevido de substâncias (comuns)

- A presença de substâncias para as quais o paciente não recebeu prescrição pode indicar abuso.[39]

dominância do cuidador (comuns)

- 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.[5]

úlceras por pressão (comuns)

- Várias feridas não tratadas sugerem abuso.[5]

aparência geral negligenciada ou desleixada (comuns)

- Odor de urina e fezes do paciente, ou aparência geral negligenciada ou desleixada, sugerem abuso de idosos.[5]

sangramento ou ferida genital (incomuns)

- A presença de qualquer sangramento genital, sobretudo quando acompanhado de hematomas ou outros sinais de violência, é um indicativo de abuso sexual.[5]

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.[20] [21] [22] [23] [24]

comprometimento cognitivo

- O comprometimento cognitivo é um forte fator de risco para o abuso de idosos.[24] Os idosos com comprometimento cognitivo têm maior probabilidade de sofrerem abusos que aqueles cognitivamente intactos.[25] Isso pode estar relacionado a um aumento da dependência dos cuidadores ou a uma menor probabilidade de buscar ajuda.[20] [23]

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.[15][26][27]

depressão ou outro transtorno mental no cuidador

- A presença de depressão ou outra doença psiquiátrica no cuidador aumenta a probabilidade de abuso de idosos.[28] [29] [30]

uso indevido de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador

- O uso indevido de substâncias pelo idoso ou pelo cuidador é um fator de risco para o abuso de idosos.[28] [29] [30]

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.[18]

isolamento social ou solidão

- O isolamento social e a solidão percebidos ou objetivos são fatores de risco para abuso de idosos e outros desfechos de saúde.[24] O isolamento social e os efeitos associados à saúde foram intensificados durante a pandemia da COVID-19.[31]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	normal
estudos da função plaquetária <ul style="list-style-type: none"> • Excluem anormalidades da função plaquetária. 	normal
perfil metabólico básico (incluindo ureia e creatinina) <ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades eletrolíticas inexplicadas e presença de depleção de volume podem sugerir abuso. 	níveis de eletrólito, ureia e creatinina normais ou anormais
fotografia clínica <ul style="list-style-type: none"> • É útil registrar a extensão e o local dos hematomas ou feridas. 	registro de hematomas ou feridas
radiografias <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se tirar radiografias das partes do corpo relevantes para detectar quaisquer fraturas. • Múltiplas fraturas ou fraturas em vários estágios de cura podem significar abuso. 	fraturas recentes ou antigas

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) do crânio <ul style="list-style-type: none"> Os testes devem se basear na história e em outros achados no exame físico. É improvável que os testes de rotina sejam úteis.[47] 	normal ou positiva para anormalidades, como hematoma subdural na cabeça
tomografia computadorizada (TC) abdominal <ul style="list-style-type: none"> Os testes devem se basear na história e em outros achados no exame físico. É improvável que os testes de rotina sejam úteis.[47] 	normal ou positiva para anormalidades, como hematomas, lesão em órgão sólido ou perfuração intestinal
níveis séricos de medicamentos relevantes <ul style="list-style-type: none"> Para testar se os níveis dos medicamentos prescritos estão adequados e para investigar a presença de outros medicamentos não prescritos. 	podem ser positivos ou negativos
análise toxicológica (urina e sangue) <ul style="list-style-type: none"> Uma análise toxicológica pode determinar se álcool ou substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. 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. 	pode ser positiva se o álcool ou drogas ilícitas forem fatores contribuintes

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Demência	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem apresentar delírio ou paranoia e retardo do crescimento pômbero-estatural. 	<ul style="list-style-type: none"> Uma avaliação adicional com o envolvimento de uma home health agency e psiquiatra pode auxiliar no diagnóstico. É preciso ter cautela com pacientes com demência com paranoia que podem acusar falsamente um cuidador de roubo ou abuso.
Quedas em idosos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as circunstâncias que envolvem a queda e os sintomas associados a ela ajuda a determinar a causa subjacente. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.
Falta de adesão a medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Características de ressurgimento de doença subjacente (por exemplo, hipertensão, doença tireoidiana, diabetes mellitus). 	<ul style="list-style-type: none"> Os exames podem indicar um controle insatisfatório de doença subjacente. Uma história pregressa sugerindo a falta de adesão é útil para delinear esta questão. Há grande potencial de uso indevido de opioides e tranquilizantes.
Uso indevido de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas comportamentais são causados por efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou como resultado da supressão da substância. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de sangue e urina para substâncias ilícitas.
Depression	<ul style="list-style-type: none"> Pode apresentar um transtorno cognitivo grave (deficits de memória) como resultado da depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> Uma avaliação adicional com o envolvimento de uma home health agency e psiquiatra pode auxiliar no diagnóstico. Recomenda-se que os médicos usem exames diagnósticos específicos para idosos (por exemplo, a Escala de Depressão Geriátrica) ou para idosos com comprometimento cognitivo (por exemplo, a Escala Cornell de Depressão na Demência). [Cornell

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
		Scale for Depression in Dementia] (https://dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/06/CSDD.pdf)

Rastreamento

Foram desenvolvidas e testadas várias medidas de rastreamento em diferentes ambientes, incluindo pronto-socorro, clínicas e em casa.[41] Não existe uma única ferramenta de rastreamento aceita globalmente para abuso de idosos; no entanto, há diversas ferramentas validadas em uso. Se os testes de rastreamento não indicarem abuso, não será necessária nenhuma ação imediata.[37] [42] [43] [44][45] No entanto, devido à baixa sensibilidade de alguns testes de rastreamento, recomenda-se um monitoramento contínuo. Por outro lado, um exame positivo não significa necessariamente que haja abuso, mas indica a necessidade de avaliação mais aprofundada.

No Simpósio sobre Maus-tratos a Idosos, convocado pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid em 2013 nos EUA, três ferramentas de rastreamento foram identificadas para uso crescente na prática para rastreamento de abuso de idosos. Esses foram o Índice de Suspeita de Abuso de Idosos (EASI), o Teste de Rastreamento de Abuso de Idosos Hwalek-Sengstock (H-S/EAST) e a Escala de Rastreamento de Vulnerabilidade ao Abuso (VASS).[41]

Índice de Suspeita de Abuso de Idosos

O EASI foi elaborado para ser preenchido por um profissional da saúde em relação a idosos cognitivamente intactos. Ele consiste em 6 perguntas e leva menos de 5 minutos para ser respondido. Se positivo, o paciente deve ser encaminhado para o Adult Protective Services ou agência equivalente. O EASI demonstrou validade em oito países e foi validado para uso em clínicas de família e ambulatoriais.[41] [48]

Teste de Rastreamento de Abuso de Idosos de Hwalek-Sengstock

O H-S/EAST é preenchido por autorrelato ou por um profissional da saúde. Ele possui boa adaptação transcultural e pode ser utilizado em ambiente de emergência ou ambulatorial.[41] [49]

Escala de Rastreamento de Vulnerabilidade ao Abuso

O VASS é usado para identificar mulheres idosas em risco de abuso. É um questionário de autoavaliação de dependência, desânimo, coerção e vulnerabilidade.[50]

Abordagem

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] (<https://ncea.acl.gov>) [University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE)] (<https://www.nsvrc.org/organizations/133>) [Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002] (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>) [Nursing Home Abuse Guide: elder abuse] (<https://nursinghomeabuseguide.com/elder-abuse>)

Informar às autoridades

Um desafio para muitos médicos é a falta de familiaridade com os requisitos e procedimentos de relatos.[36] 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 o abuso de idosos. Nos EUA, quando casos de abuso são confirmados, a maioria dos estados exige que os profissionais da saúde relatem o caso aos Adult Protective Services.[24] 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.[40] [51] Assistentes sociais e o Adult Protective Services se responsabilizam pelos aspectos dos relatos quando estão envolvidos.

Estratégias de intervenção

Elas são melhor realizadas por meio de uma abordagem de equipe multidisciplinar e devem ser individualizadas para cada idoso.[36] Em locais com recursos limitados, onde não há equipes multidisciplinares disponíveis, uma abordagem em equipe pode ser estabelecida por meio de parcerias com recursos da comunidade local, como cuidados domiciliares e serviços a idosos. 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.[52] No entanto, se o paciente tiver a capacidade de decisão e entender as escolhas oferecidas, sua decisão deve ser respeitada, e ele poderá voltar para casa após a educação adequada.[36] Recomenda-se oferecer educação adequada e acompanhamento rigoroso.

Deve-se considerar o seguinte:[36][53]

- 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.[54] 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.[47] [55] 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 algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

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

Aguda (Resumo)	
abuso de idoso confirmado	
1a.	informe às autoridades
	associado a estratégias de intervenção
■ abuso físico	associado a tratamento das lesões

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

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 o 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.

Aguda

abuso de idoso confirmado

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.[40] [51]

» Mesmo os procedimentos exatos podendo ser diferentes, todas as cidades e países têm requisitos de relatório obrigatórios.

associado a estratégias de intervenção

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Elas são melhor realizadas por meio de uma abordagem multidisciplinar e devem ser individualizadas para cada idoso.[36]

» Deve-se considerar o seguinte:[53]

» 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, sua decisão deve ser respeitada, e ele poderá voltar para casa após a educação adequada.[36]

» Recomenda-se oferecer educação adequada e acompanhamento rigoroso.

■ abuso físico

associado a tratamento das lesões

Aguda

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

- » Lesões individuais devem ser tratadas conforme adequado, sem considerar se elas são causadas por abuso ou acidente.[47] [55]
- » No entanto, quando se considera abuso, o médico deve garantir que uma busca adequada por lesões adicionais ou ocultas também seja realizada.
- » Pacientes com demência, depressão ou desorientação precisarão de consulta psiquiátrica para determinar problemas 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.

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. [Action on Elder Abuse] (<http://www.elderabuse.org.uk>) [National Center on Elder Abuse] (<https://ncea.acl.gov>) [International Network for the Prevention of Elder Abuse] (<http://www.inpea.net>) 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] (<https://ovc.ojp.gov/directory-crime-victim-services>) Campanhas de educação comunitária melhoram o conhecimento e a consciência sobre o abuso de idosos e o envelhecimento. O Dia Mundial de Conscientização contra o Abuso de Idosos (World Elder Abuse Awareness Day, WEAAD), celebrado desde 2006, atua como uma plataforma global anual para ressaltar esse problema importante. 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 entender como reconhecer e denunciar abusos e ajudar parceiros estaduais e locais a planejar, implementar e avaliar programas de prevenção. [CDC: abuse of older persons] (<https://www.cdc.gov/elder-abuse/about>) [1]

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.[32] Uma revisão Cochrane de 2016 encontrou poucas evidências de intervenções eficazes para prevenir o abuso em idosos.[33]

Foram observados benefícios como resultado da educação em sala de aula de alunos do Ensino Médio ao Ensino Superior sobre o envelhecimento.[34] Descobriu-se que programas entre gerações melhoram a conscientização e reduzem a discriminação e o viés da idade.[35]

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.^[58] A familiaridade com o idoso ao manter uma parceria contínua de cuidados ajuda a identificar precocemente qualquer alteração no estado normal. 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. A educação e o treinamento dos profissionais da saúde e outros profissionais relacionados é uma intervenção essencial.

Discussões com os pacientes

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.

Monitoramento

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] (<http://www.elderabuse.org.uk>) [National Center on Elder Abuse] (<https://ncea.acl.gov>) [University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE)] (<https://www.nsvrc.org/organizations/133>)

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
úlceras por pressão	variável	alta
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.		
fraturas do quadril	variável	alta
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
fraturas do tornozelo	variável	alta
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
fraturas do punho	variável	alta
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
fraturas por compressão vertebral	variável	alta
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
fraturas das costelas	variável	alta
Podem ocorrer após o abuso de idosos.		
lesão cerebral	variável	alta
Traumatismos cranioencefálicos podem causar danos cerebrais.		
depressão	variável	alta
O abuso pode resultar em agravamento do estado cognitivo, incluindo depressão. ^[57]		
delirium	variável	alta
O abuso pode resultar em agravamento do estado cognitivo, incluindo delirium.		
transtorno do estresse pós-traumático	variável	alta
O abuso em longo prazo pode resultar em estresse pós-traumático e padrões conhecidos de desamparo.		
morte	variável	alta
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		

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
uma taxa de sobrevida de 17%. ^[56] Por outro lado, o grupo-controle que não sofreu abusos teve uma sobrevida 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 sobrevida de 9%, enquanto os que foram observados por autonegligência tiveram uma taxa de sobrevida de 17%.^[56] Por outro lado, o grupo-controle que não sofreu abuso teve uma taxa de sobrevida de 40%.

Idosos que sofrem abusos tendem a serem suscetíveis às consequências de longo prazo do abuso, como depressão.^[57]

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Safeguarding adults in care homes (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng189>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2021

Domestic violence and abuse: multi-agency working (<http://www.nice.org.uk/guidance/ph50>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2014
(re-affirmed 2018)

Internacional

Abuse of older people (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets>)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação: 2022

América do Norte

Abuse of older persons (<https://www.cdc.gov/health-topics.html>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2024

Elder abuse and women's health (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/03/elder-abuse-and-womens-health>)

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2021
(re-affirmed 2024)

Domestic family violence (<https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/domestic-family-violence>)

Publicado por: American College of Emergency Physicians

Última publicação: 2019

Best practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults (<https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/div-classtitlebest-practice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adultsdiv/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9>)

Publicado por: Canadian Association on Gerontology

Última publicação: 2016

Oceania

Elder abuse: understanding issues, frameworks and responses (<https://aifs.gov.au/publications/elder-abuse>)

Publicado por: Australian Institute of Family Studies

Última publicação: 2016

Family violence intervention guidelines: elder abuse and neglect (<http://www.health.govt.nz/publication/family-violence-intervention-guidelines-elder-abuse-and-neglect>)

Publicado por: Ministry of Health (New Zealand)

Última publicação: 2007

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Domestic violence and abuse: multi-agency working (<http://www.nice.org.uk/guidance/ph50>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2014
(re-affirmed 2018)

Safeguarding adults: the role of health services (<https://www.gov.uk/government/publications/safeguarding-adults-the-role-of-health-services>)

Publicado por: Department of Health

Última publicação: 2011

Internacional

Madrid international plan of action on ageing (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>)

Publicado por: United Nations Programme on Ageing

Última publicação: 2002

América do Norte

Best practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults (<https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillissement/article/div-classtitlebest-practice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adultsdiv/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9>)

Publicado por: Canadian Association on Gerontology

Última publicação: 2016

Oceania

Elder abuse: understanding issues, frameworks and responses (<https://aifs.gov.au/publications/elder-abuse>)

Publicado por: Australian Institute of Family Studies

Última publicação: 2016

Family violence intervention guidelines: elder abuse and neglect (<http://www.health.govt.nz/publication/family-violence-intervention-guidelines-elder-abuse-and-neglect>)

Publicado por: Ministry of Health (New Zealand)

Última publicação: 2007

Recursos online

1. WHO: abuse of older people factsheet (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>) (*external link*)
2. Action on Elder Abuse (<http://www.elderabuse.org.uk>) (*external link*)
3. National Center on Elder Abuse (<https://ncea.acl.gov>) (*external link*)
4. International Network for the Prevention of Elder Abuse (<http://www.inpea.net>) (*external link*)
5. Directory of Crime Victim Services (<https://ovc.ojp.gov/directory-crime-victim-services>) (*external link*)
6. CDC: abuse of older persons (<https://www.cdc.gov/elder-abuse/about>) (*external link*)
7. Cornell Scale for Depression in Dementia (<https://dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/06/CSDD.pdf>) (*external link*)
8. University of Delaware: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE) (<https://www.nsvrc.org/organizations/133>) (*external link*)
9. Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>) (*external link*)
10. Nursing Home Abuse Guide: elder abuse (<https://nursinghomeabuseguide.com/elder-abuse>) (*external link*)

Principais artigos

- Centers for Disease Control and Prevention. About abuse of older persons. Nov 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/elder-abuse/about\)](https://www.cdc.gov/elder-abuse/about)
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women. Elder abuse and women's health: ACOG Committee Opinion No 824. *Obstet Gynecol.* 2021 Mar 1;137(3):e89-93. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/03000/elder_abuse_and_women_s_health__acog_committee.32.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/03000/elder_abuse_and_women_s_health__acog_committee.32.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33595254?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33595254?tool=bestpractice.bmj.com)
- Hirst SP, Penney T, McNeill S, et al. Best-practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults. *Can J Aging.* 2016 Jun;35(2):242-60. [Texto completo \(https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/bestpractice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adults/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9\)](https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/bestpractice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adults/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086668?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086668?tool=bestpractice.bmj.com)
- National Institute for Health and Care Excellence. Safeguarding adults in care homes. Feb 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng189\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng189)

Referências

- Centers for Disease Control and Prevention. About abuse of older persons. Nov 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/elder-abuse/about\)](https://www.cdc.gov/elder-abuse/about)
- World Health Organisation. Abuse of older people. 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1\)](https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1)
- World Health Organization. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO, 2002. [Texto completo \(https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/09/toronto_declaration_en.pdf\)](https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/09/toronto_declaration_en.pdf)
- Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med.* 2015 Nov 12;373(20):1947-56. [Texto completo \(http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404688\)](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404688) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26559573?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26559573?tool=bestpractice.bmj.com)
- U.S. Department of Justice. Red flags of elder abuse. Nov 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.justice.gov/elderjustice/red-flags-elder-abuse\)](https://www.justice.gov/elderjustice/red-flags-elder-abuse)
- 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6715763?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6715763?tool=bestpractice.bmj.com)

8. 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 \(http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext\)](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184?tool=bestpractice.bmj.com)
9. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197619?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197619?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2020 Jan–Feb; 50; 101339. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178918303471?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178918303471?via%3Dihub)
11. Lindbloom EJ, Brandt J, Hough LD, et al. Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *J Am Med Direc Assoc*. 2007 Nov;8(9):610-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17998119?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17998119?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, et al. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019 Feb 1;29(1):58-67. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1093/eurpub/cky093\)](https://www.doi.org/10.1093/eurpub/cky093) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29878101?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29878101?tool=bestpractice.bmj.com)
13. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9279035?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9279035?tool=bestpractice.bmj.com)
14. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1427252?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1427252?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988 Feb;28(1):51-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3342992?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3342992?tool=bestpractice.bmj.com)
16. 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 \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718635\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718635) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26784897?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26784897?tool=bestpractice.bmj.com)
17. World Health Organization. Addressing violence against children, women and older people during the covid-19 pandemic: Key actions. June 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Violence_actions-2020.1\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Violence_actions-2020.1)
18. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9337366?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9337366?tool=bestpractice.bmj.com)

19. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040066?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040066?tool=bestpractice.bmj.com)
20. 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 \(https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf\)](https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf)
21. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15673349?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15673349?tool=bestpractice.bmj.com)
22. 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.
23. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:1214-1238. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13454/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13454/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26096395?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26096395?tool=bestpractice.bmj.com)
24. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women. Elder abuse and women's health: ACOG Committee Opinion No 824. *Obstet Gynecol*. 2021 Mar 1;137(3):e89-93. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/03000/elder_abuse_and_women_s_health__acog_committee.32.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/03000/elder_abuse_and_women_s_health__acog_committee.32.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33595254?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33595254?tool=bestpractice.bmj.com)
25. World Health Organisation. Abuse of older people factsheet. Jun 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse)
26. Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. 2nd ed. New York, NY: Springer; 1997:9-10.
27. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, et al. Care of the elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1986;15:529-533. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3963531?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3963531?tool=bestpractice.bmj.com)
28. 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.
29. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995;332:437-443. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7632211?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7632211?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Steiner RP, Vansickle K, Lippmann SB. Domestic violence: do you know when and how to intervene? *Postgrad Med*. 1996;100:103-116. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8668610?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8668610?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Han SD, Mosqueda L. Elder abuse in the COVID-19 era. *J Am Geriatr Soc*. 2020 Jul;68(7):1386-7. [Texto completo \(https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16496\)](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16496) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32311078?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32311078?tool=bestpractice.bmj.com)

32. 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 \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994260?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994260?tool=bestpractice.bmj.com)
33. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, et al. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD010321. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528431?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528431?tool=bestpractice.bmj.com)
34. Ginschel F, Schlüter K. Education on old age and ageing in school: An analysis of students' conceptions of old age and ageing and implications for teaching. *Education Sciences* 2020;10:307. [Texto completo \(https://www.mdpi.com/2227-7102/10/11/307\)](https://www.mdpi.com/2227-7102/10/11/307)
35. Aguilera-Hermida P. Fighting ageism through intergenerational activities, a transformative experience. *Journal of Transformative Learning*. 2020;7(2), 6–18. [Texto completo \(https://jotl.uco.edu/index.php/jotl/article/view/276\)](https://jotl.uco.edu/index.php/jotl/article/view/276)
36. Hirst SP, Penney T, McNeill S, et al. Best-practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults. *Can J Aging*. 2016 Jun;35(2):242-60. [Texto completo \(https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/bestpractice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adults/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9\)](https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/bestpractice-guideline-on-the-prevention-of-abuse-and-neglect-of-older-adults/4874C6F5BCCDDA87AFEC5BFE0E64F0E9) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086668?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086668?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med*. 1993 Apr;2(4):371-88. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8130916?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8130916?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Rathbone-McCuan E. Elderly victims of family violence and neglect. *Soc Casework*. 1980;61:296-304.
39. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015061?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015061?tool=bestpractice.bmj.com)
40. American College of Emergency Physicians. Policy statement: management of elder abuse and neglect. *Ann Emerg Med*. 1998 Jan;31(1):149-50. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9437366?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9437366?tool=bestpractice.bmj.com)
41. National Center for Elder Abuse. Elder abuse screening tools for healthcare professionals. 2016 [internet publication]. [Texto completo \(https://pfs2.acl.gov/strapib/assets/Elder_Abuse_Screening_Tools_for_Healthcare_Professionals_d12f7089bd.pdf\)](https://pfs2.acl.gov/strapib/assets/Elder_Abuse_Screening_Tools_for_Healthcare_Professionals_d12f7089bd.pdf)
42. Rathbone-McCuan E, Voyles B. Case detection of abused elderly parents. *Am J Psychiatry*. 1982 Feb;139(2):189-92. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7055289?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7055289?tool=bestpractice.bmj.com)

43. Fulmer T, Birkenhauer D. Elder mistreatment assessment as a part of everyday practice. *J Gerontol Nurs*. 1992 Mar;18(3):42-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556397?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556397?tool=bestpractice.bmj.com)
44. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17621366?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17621366?tool=bestpractice.bmj.com)
45. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534841?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534841?tool=bestpractice.bmj.com)
46. National Institute for Health and Care Excellence. Safeguarding adults in care homes. Feb 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng189\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng189)
47. Levy DB, Hanlon DP, Townsend RN. Geriatric trauma. *Geriatr Emerg Care*. 1993 Aug;9(3):601-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8374860?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8374860?tool=bestpractice.bmj.com)
48. McGill: Department of Family Medicine. Elder Abuse Suspicion Index © (EASI). Feb 2006 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.mcgill.ca/familymed/research/resources/funding/elder\)](https://www.mcgill.ca/familymed/research/resources/funding/elder)
49. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, et al. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *J Appl Gerontol*. 1991 Dec;10(4):406-18.
50. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia study. *Gerontologist*. 2003 Feb;43(1):110-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604752?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604752?tool=bestpractice.bmj.com)
51. Capezuti E, Brush BL, Lawson WT 3rd. Reporting elder mistreatment. *J Gerontol Nursing*. 1997 Jul;23(7):24-32. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9287603?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9287603?tool=bestpractice.bmj.com)
52. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827326?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827326?tool=bestpractice.bmj.com)
53. American College of Emergency Physicians. Recognition and management of elder abuse. January 1999 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/recognition-and-management-of-elder-abuse\)](https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/recognition-and-management-of-elder-abuse)
54. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827325?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827325?tool=bestpractice.bmj.com)
55. Jacobs DG. Special considerations in geriatric injury. *Curr Opin Crit Care*. 2003 Dec;9(6):535-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14639075?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14639075?tool=bestpractice.bmj.com)
56. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998;280:428-432. [Texto completo \(http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/280/5/428\)](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/280/5/428) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9701077?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9701077?tool=bestpractice.bmj.com)

57. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10682951?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10682951?tool=bestpractice.bmj.com)
58. 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 \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337405/pdf/cmaj00058-0038.pdf\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337405/pdf/cmaj00058-0038.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7954135?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7954135?tool=bestpractice.bmj.com)

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Josephine P. Gomes, MD

Associate Professor

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

Declarações: JPG declares that she has no competing interests.

// Agradecimentos:

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

Declarações: JGOB, ARW, and SRM declared that they had no competing interests.

// Pares revisores:

Kay Mitchell, MD, MS, FACP

Assistant Professor

Mayo Medical School, Jacksonville, FL

Declarações: 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

Declarações: 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

Declarações: DON declares that he has no competing interests.