

ABANDONO E NEGLIGÊNCIA DE IDOSOS: O PAPEL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

**ELDERLY ABANDONMENT AND NEGLECT: THE ROLE OF PRE-HOSPITAL
CARE IN IDENTIFYING AND MANAGING SITUATIONS OF VULNERABILITY**

Ciências da Saúde • 21/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792106013](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792106013)

Hugo Santos Ribeiro¹

Marcos Henrique do Nascimento Soares²

Marta Maria Farias Rodrigues³

Francijara Araújo da Silva⁴

RESUMO

O abandono e a negligência contra a pessoa idosa constituem formas de violência que podem comprometer sua saúde, segurança, autonomia e dignidade, sobretudo quando há dependência funcional e necessidade contínua de cuidados. O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) possui posição estratégica nesse processo, pois a equipe pode ter acesso ao ambiente domiciliar e observar sinais clínicos, comportamentais, ambientais e sociais de vulnerabilidade. Este estudo teve como objetivo analisar o papel do APH na identificação e no manejo de situações de abandono e negligência contra pessoas idosas em condição de vulnerabilidade. Trata-se de revisão bibliográfica, descritiva e de abordagem qualitativa, realizada nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Google Acadêmico, com publicações de 2016 a 2026, em português, inglês ou espanhol, além de documentos oficiais e legislação brasileira. Os estudos foram selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e organizados em categorias temáticas. A literatura indica que desidratação, desnutrição, higiene inadequada, lesões sem explicação compatível, ausência de medicamentos, falta de alimentos, condições insalubres e alterações comportamentais podem constituir sinais de alerta. Contudo, a identificação é limitada por lacunas na capacitação profissional, insuficiência de protocolos e dificuldades de articulação com a rede de proteção. Conclui-se que o APH pode contribuir para o reconhecimento precoce dessas situações quando associa avaliação contextualizada, registro adequado, notificação, encaminhamento e articulação intersetorial.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Negligência; Abandono; Atendimento Pré-Hospitalar; Violência.

ABSTRACT

Elder abandonment and neglect are forms of violence that can

compromise older people's health, safety, autonomy, and dignity, especially when functional dependence and ongoing care needs are present. Prehospital care plays a strategic role because emergency teams may access the home environment and observe clinical, behavioral, environmental, and social signs of vulnerability. This study aimed to analyze the role of prehospital care in identifying and managing abandonment and neglect among vulnerable older people. This descriptive, qualitative bibliographic review was conducted in SciELO, LILACS, PubMed, and Google Scholar, including publications from 2016 to 2026 in Portuguese, English, or Spanish, as well as official documents and Brazilian legislation. Studies were selected according to predefined inclusion and exclusion criteria and organized into thematic categories. The literature indicates that dehydration, malnutrition, poor hygiene, unexplained injuries, absence of medications, lack of food, unsanitary conditions, and behavioral changes may be warning signs. However, identification remains limited by gaps in professional training, insufficient protocols, and difficulties in coordination with protection networks. It is concluded that prehospital care can contribute to early recognition when combined with contextualized assessment, adequate documentation, notification, referral, and intersectoral coordination.

Keywords: Older Person; Neglect; Abandonment; Prehospital Care; Violence.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional amplia a demanda por serviços de saúde, assistência social e proteção de direitos. Embora o aumento da expectativa de vida represente uma conquista social, viver mais não garante envelhecimento com autonomia, segurança e

qualidade de vida. Nesse contexto, os serviços de saúde devem estar preparados para reconhecer não apenas agravos clínicos, mas também situações de vulnerabilidade, violência, abandono e negligência que possam comprometer a dignidade da pessoa idosa (BRASIL, 2018; Moura et al., 2021; WORLD Health Organization, 2024).

A violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública e de direitos humanos. Entre suas formas estão a violência física, psicológica, sexual e financeira, além da negligência e do abandono. A negligência caracteriza-se pela omissão ou insuficiência de cuidados necessários, enquanto o abandono envolve a ausência de assistência diante de necessidade de apoio. Ambas podem ocorrer de forma silenciosa, progressiva e no ambiente domiciliar, dificultando sua identificação (BRASIL, 2003; Antequera et al., 2021; Moura et al., 2021).

A vulnerabilidade da pessoa idosa pode ser ampliada por doenças crônicas, limitações físicas, alterações cognitivas, dependência funcional, isolamento social e dificuldades socioeconômicas. A dependência funcional não constitui, por si, evidência de violência, mas pode aumentar a necessidade de apoio de familiares ou cuidadores. Quando não há suporte adequado, necessidades básicas relacionadas à alimentação, higiene, medicamentos, acompanhamento clínico e segurança podem deixar de ser atendidas (Santos et al., 2020; Ribeiro et al., 2021).

A identificação dessas situações é desafiadora porque muitos episódios ocorrem no domicílio e podem estar associados a medo, vergonha, dependência emocional ou financeira, comprometimento cognitivo e dificuldade de comunicação. Além disso, explicações fornecidas por cuidadores podem não corresponder aos achados

observados. Por isso, a observação do contexto em que a pessoa idosa vive é relevante para o reconhecimento de possíveis situações de risco (Antequera et al., 2021; Ribeiro et al., 2021).

O APH apresenta características que favorecem essa identificação, pois atua em residências, vias públicas, instituições e outros espaços. Além de avaliar e estabilizar o quadro clínico, a equipe pode observar condições ambientais, disponibilidade de alimentos e medicamentos, higiene, presença de cuidadores e interação entre a pessoa idosa e seus acompanhantes. Namboodri et al. (2018) destacam que os serviços médicos de emergência possuem oportunidade diferenciada para reconhecer abuso e negligência, mas apontam limitações relacionadas à ausência de protocolos, à falta de treinamento e à insegurança quanto aos encaminhamentos.

No Brasil, a proteção da pessoa idosa é respaldada pelo Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741/2003 e atualizado pela Lei nº 14.423/2022. A legislação assegura direitos fundamentais e estabelece proteção contra negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2003; BRASIL, 2022). Profissionais de saúde têm papel relevante na identificação, no registro, na notificação e no encaminhamento de situações que possam representar violação de direitos.

Diante desse contexto, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: qual é o papel do Atendimento Pré-Hospitalar na identificação e no manejo de situações de abandono e negligência contra pessoas idosas em condição de vulnerabilidade?

O objetivo geral foi analisar o papel do Atendimento Pré-Hospitalar na identificação e no manejo de situações de abandono e

negligência contra pessoas idosas em condição de vulnerabilidade. Como objetivos específicos, buscou-se: descrever as características do abandono e da negligência contra a pessoa idosa; identificar sinais e indicadores de vulnerabilidade observáveis durante o atendimento pré-hospitalar; analisar as ações dos profissionais diante de situações suspeitas ou confirmadas de violência; e discutir a importância da capacitação, da notificação e da articulação com a rede de atenção à saúde e proteção social.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Envelhecimento, Vulnerabilidade e Proteção da Pessoa Idosa

O envelhecimento constitui processo natural, progressivo e multidimensional, marcado por transformações biológicas, psicológicas e sociais. Embora faça parte do ciclo vital, suas experiências não são uniformes: as condições de vida, o acesso aos serviços de saúde, a renda, a escolaridade, o suporte familiar e o ambiente em que a pessoa idosa está inserida influenciam diretamente sua saúde e sua qualidade de vida. Por isso, a compreensão do envelhecimento não deve se limitar à presença de doenças ou ao declínio funcional, mas considerar a pessoa idosa em sua integralidade, com sua história, autonomia, desejos, direitos e vínculos sociais (BRASIL, 2018; WORLD Health Organization, 2024).

O aumento da expectativa de vida amplia a demanda por cuidados continuados, especialmente diante da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças osteomusculares e transtornos cognitivos. Essas condições podem exigir uso regular de medicamentos, acompanhamento clínico, mudanças no estilo de

vida e apoio para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Quando a pessoa idosa apresenta limitações de mobilidade, alterações cognitivas ou dependência para alimentação, higiene, locomoção e administração de medicamentos, aumenta a necessidade de apoio de familiares, cuidadores formais ou serviços de saúde (BRASIL, 2018).

A vulnerabilidade surge da interação entre características individuais e condições sociais. Uma pessoa idosa com limitação funcional pode viver com segurança quando possui rede de apoio adequada, acesso a medicamentos, alimentação, moradia digna e acompanhamento profissional. Entretanto, quando há isolamento social, sobrecarga do cuidador, conflitos familiares, dificuldades financeiras ou ausência de serviços próximos, a necessidade de cuidado pode não ser atendida de forma adequada. Nesse cenário, aumentam as possibilidades de ocorrência de negligência e abandono, ainda que esses fatores, isoladamente, não comprovem a existência de violência (Santos et al., 2020).

É fundamental reconhecer que dependência funcional não é sinônimo de incapacidade de decisão nem justificativa para retirada da autonomia. A pessoa idosa deve ser tratada como sujeito de direitos, participante do próprio cuidado e merecedora de respeito em suas escolhas, dentro dos limites de sua capacidade de compreensão e decisão. O cuidado adequado busca proteger sem infantilizar, garantir segurança sem restringir desnecessariamente a liberdade e promover a participação da pessoa idosa nas decisões que lhe dizem respeito (BRASIL, 2003).

A proteção da pessoa idosa exige atuação intersetorial. O setor saúde é responsável pela identificação de agravos, promoção da

saúde, reabilitação e acompanhamento clínico; a assistência social atua diante de situações de vulnerabilidade e risco social; os órgãos de defesa de direitos e o sistema de justiça possuem atribuições quando há suspeita ou confirmação de violação de direitos. A articulação entre esses setores é essencial, pois situações de negligência e abandono frequentemente envolvem dimensões clínicas, familiares, econômicas, sociais e jurídicas (BRASIL, 2018).

O Estatuto da Pessoa Idosa estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa direitos fundamentais, incluindo vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária. A lei também veda a negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão contra a pessoa idosa (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, a prevenção deve ocorrer antes do agravamento das situações de risco. A identificação precoce de sinais de vulnerabilidade, o fortalecimento das redes de apoio, a qualificação dos profissionais e a articulação entre serviços podem evitar que dificuldades iniciais evoluam para abandono, negligência grave ou outras formas de violência. A Organização Mundial da Saúde reforça que a prevenção e a resposta ao abuso contra pessoas idosas exigem estratégias estruturadas, participação comunitária e fortalecimento dos serviços de saúde e proteção social (WORLD Health Organization, 2024).

Essa perspectiva é especialmente relevante para o Atendimento Pré-Hospitalar, pois a equipe atua frequentemente no ambiente domiciliar e pode observar, além do quadro clínico, as condições concretas de vida da pessoa idosa. A avaliação do ambiente, da

disponibilidade de recursos e das relações de cuidado complementa a avaliação clínica e pode contribuir para o reconhecimento precoce de situações que exigem proteção (Namboodri et al., 2018).

A análise da vulnerabilidade também deve considerar o processo de transição do cuidado. Em muitos casos, a pessoa idosa deixa de ser atendida apenas pela família e passa a necessitar de apoio formal, seja por meio de cuidados domiciliares, serviços da atenção básica, reabilitação, acompanhamento farmacoterapêutico ou instituições de longa permanência. Essa transição pode gerar dúvidas, insegurança e sobrecarga para familiares, especialmente quando não há orientação clara sobre como realizar os cuidados necessários. A ausência de orientação, o desconhecimento sobre a doença e a dificuldade de acesso aos serviços podem comprometer a continuidade da assistência e aumentar o risco de negligência (BRASIL, 2018).

A sobrecarga do cuidador merece atenção específica. Cuidar de uma pessoa idosa dependente pode exigir disponibilidade constante, investimento financeiro, organização da rotina familiar e enfrentamento de situações de sofrimento, fadiga e isolamento. Quando o cuidador não recebe apoio, orientação ou possibilidade de revezamento, a qualidade do cuidado pode ser prejudicada. Entretanto, a sobrecarga não justifica negligência ou abandono; ela deve ser reconhecida como fator que exige intervenção da rede de saúde e assistência social, com oferta de apoio, orientação e encaminhamento adequado (Santos et al., 2020).

O isolamento social é outro elemento relevante para a compreensão da vulnerabilidade. Pessoas idosas com poucos vínculos familiares, comunitários ou sociais podem ter menor oportunidade de relatar

dificuldades, receber ajuda ou ser observadas por profissionais. O isolamento também pode dificultar o acesso à informação, ao transporte, aos serviços de saúde e às atividades de promoção da saúde. Em situações de abandono, esse isolamento tende a se agravar, pois a ausência de contato com outras pessoas reduz as possibilidades de identificação precoce do problema (Moura et al., 2021).

A promoção do envelhecimento saudável deve considerar não apenas a prevenção de doenças, mas também a garantia de condições dignas de vida. Isso inclui moradia segura, alimentação adequada, acesso à água, medicamentos, transporte, lazer, convivência social, respeito à autonomia e participação na comunidade. As políticas públicas e os serviços de saúde devem reconhecer que a saúde da pessoa idosa é influenciada por determinantes sociais e que a proteção de direitos é parte essencial do cuidado (BRASIL, 2018; WORLD Health Organization, 2024).

Nesse sentido, a atuação dos profissionais de saúde deve ser orientada pelo princípio da integralidade. Avaliar a pessoa idosa significa considerar suas necessidades clínicas, funcionais, emocionais, sociais e familiares. A escuta qualificada, o respeito à história de vida e o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos são fundamentais para construir um plano de cuidado seguro e coerente com sua realidade. Essa abordagem também favorece a identificação precoce de situações de risco e contribui para a prevenção da violência (Antequera et al., 2021).

A proteção da pessoa idosa, portanto, não se limita à resposta após a ocorrência de um agravo. Ela envolve ações contínuas de promoção, prevenção, vigilância, cuidado e articulação intersetorial. O

fortalecimento das redes de apoio, a educação permanente dos profissionais, a orientação das famílias e a organização dos serviços são estratégias fundamentais para reduzir vulnerabilidades e garantir que o envelhecimento ocorra com dignidade, autonomia e segurança (WORLD Health Organization, 2024).

2.2. Abandono, Negligência e Violência Contra a Pessoa Idosa

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno complexo que pode ocorrer no ambiente doméstico, institucional ou comunitário. Frequentemente envolve pessoas próximas, familiares, cuidadores ou indivíduos dos quais a pessoa idosa depende para cuidados, apoio financeiro ou proteção. Essa proximidade pode dificultar o reconhecimento do problema, pois a pessoa idosa pode temer represálias, sentir vergonha, depender emocional ou financeiramente do agressor ou acreditar que a situação não poderá ser modificada (Antequera et al., 2021; Moura et al., 2021).

As manifestações da violência são diversas. A violência física pode se expressar por hematomas, cortes, queimaduras, fraturas, lesões inexplicadas ou explicações incompatíveis com o evento relatado. A violência psicológica pode ocorrer por meio de ameaças, humilhações, intimidações, isolamento, controle excessivo e desrespeito à autonomia. A violência financeira ou patrimonial envolve apropriação indevida de aposentadorias, benefícios, bens, documentos ou recursos. Também existem formas de violência sexual, negligência e abandono (BRASIL, 2003; WORLD Health Organization, 2024).

A negligência caracteriza-se pela omissão ou insuficiência de cuidados necessários à manutenção da saúde, segurança, conforto e

dignidade da pessoa idosa. Pode envolver falta de alimentação, hidratação, higiene, roupas adequadas, medicamentos, acompanhamento clínico, cuidados com lesões, mobilidade e segurança no domicílio. Em casos mais graves, pode resultar em desnutrição, desidratação, infecções, úlceras por pressão, agravamento de doenças crônicas, perda progressiva da capacidade funcional e necessidade de atendimento de urgência (Moura et al., 2021; Ribeiro et al., 2021).

O abandono, por sua vez, refere-se à ausência de assistência diante da necessidade de cuidado ou suporte. Pode ocorrer quando a pessoa idosa é deixada sozinha por períodos prolongados sem condições de atender às próprias necessidades básicas, quando há ausência de cuidador responsável ou quando a família deixa de garantir acesso a alimentos, medicamentos, higiene e serviços de saúde. Em situações extremas, o abandono pode comprometer gravemente a saúde e colocar a vida da pessoa idosa em risco (BRASIL, 2003).

É importante diferenciar a negligência de dificuldades socioeconômicas ou de limitações do próprio cuidador. A ausência de recursos financeiros, a sobrecarga de cuidados, o desconhecimento sobre como prestar assistência ou a falta de acesso a serviços podem contribuir para inadequação do cuidado, sem configurar necessariamente omissão deliberada. Por isso, a avaliação profissional deve considerar o contexto familiar, social e econômico, evitando julgamentos precipitados e buscando compreender as condições reais em que a pessoa idosa vive (Santos et al., 2020).

Os sinais de negligência e abandono frequentemente são inespecíficos e podem ser confundidos com consequências do envelhecimento ou de doenças crônicas. Perda de peso, fraqueza, desidratação, mau odor corporal, roupas sujas, lesões de pele, úlceras, queda da mobilidade, descompensação de doenças e ausência de medicamentos podem ter múltiplas causas. Contudo, quando esses achados ocorrem associados à falta de alimentos, ausência de água, ambiente insalubre, ausência de acompanhamento clínico ou contradições entre o relato e as condições observadas, aumenta a necessidade de atenção ampliada (Ribeiro et al., 2021).

No APH, esses elementos podem ser observados durante o atendimento. Uma pessoa idosa atendida por desidratação pode viver em ambiente sem água disponível; um paciente com descompensação de doença crônica pode não ter acesso aos medicamentos prescritos; uma pessoa com úlcera por pressão pode apresentar sinais de permanência prolongada na mesma posição e ausência de cuidados de mobilidade. Tais situações não confirmam isoladamente negligência, mas indicam a necessidade de avaliação mais cuidadosa, registro objetivo e possível encaminhamento à rede de proteção (Namboodri et al., 2018).

A proteção contra negligência e abandono é dever coletivo. O Estatuto da Pessoa Idosa determina que nenhuma pessoa idosa deve ser submetida a negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e estabelece mecanismos de proteção dos seus direitos. Assim, profissionais de saúde, serviços públicos, familiares e comunidade possuem responsabilidade no reconhecimento, na prevenção e no enfrentamento dessas situações (BRASIL, 2003).

A identificação precoce é essencial porque a negligência pode evoluir de forma gradual e silenciosa. Uma situação inicial de dificuldade no cuidado pode agravar-se progressivamente, resultando em comprometimento clínico, isolamento, perda de autonomia e maior risco de internação. Por isso, a observação atenta do profissional, a escuta qualificada da pessoa idosa e a articulação com a rede de atenção e proteção são estratégias fundamentais para interromper ciclos de violência e garantir cuidado adequado (Antequera et al., 2021; WORLD Health Organization, 2024).

A identificação da negligência exige atenção às condições concretas de vida da pessoa idosa. Além dos sinais clínicos, o profissional deve observar a disponibilidade de alimentos e água potável, as condições de higiene do domicílio, a existência de roupas adequadas, a organização e disponibilidade dos medicamentos, a presença de dispositivos de apoio, a segurança do ambiente e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Esses elementos não devem ser analisados de forma isolada, mas em conjunto com a história clínica, o estado funcional e as informações fornecidas pela pessoa idosa e pelos acompanhantes (Ribeiro et al., 2021).

A negligência pode assumir formas diferentes conforme o contexto. A negligência física relaciona-se à ausência de cuidados básicos, como alimentação, hidratação, higiene, mobilização e tratamento de lesões. A negligência médica envolve a falta de acesso a consultas, exames, medicamentos ou acompanhamento de doenças crônicas. A negligência emocional pode se manifestar por isolamento, indiferença, humilhação ou ausência de apoio afetivo. Já a negligência educacional ou informativa ocorre quando a pessoa idosa não recebe orientações necessárias para compreender sua

condição de saúde e participar do próprio cuidado (Moura et al., 2021).

O abandono pode ocorrer de forma total ou parcial. No abandono total, a pessoa idosa é deixada sem qualquer apoio ou responsável pelo cuidado. No abandono parcial, pode haver presença eventual de familiares ou cuidadores, mas sem garantia de assistência contínua, segurança e atendimento das necessidades básicas. Em ambas as situações, a pessoa idosa pode permanecer exposta a riscos, especialmente quando apresenta dependência funcional, alterações cognitivas, limitações de mobilidade ou necessidade de uso regular de medicamentos (BRASIL, 2003).

As consequências da negligência e do abandono podem ser imediatas ou progressivas. Entre as consequências imediatas estão desidratação, hipoglicemia, hipotensão, infecções, traumas, piora do estado geral e necessidade de atendimento emergencial. Entre as consequências progressivas estão desnutrição, perda de massa muscular, úlceras por pressão, agravamento de doenças crônicas, depressão, isolamento, perda de autonomia e maior risco de institucionalização. Essas repercussões demonstram que a violência contra a pessoa idosa não se limita a danos físicos, mas compromete sua saúde mental, seus vínculos sociais e sua qualidade de vida (Moura et al., 2021; Ribeiro et al., 2021).

A identificação dessas situações exige que o profissional evite interpretações precipitadas. Um ambiente com condições inadequadas pode estar relacionado à pobreza, à falta de acesso a serviços, ao desconhecimento do cuidador ou à sobrecarga familiar, e não necessariamente à intenção de prejudicar a pessoa idosa. Da mesma forma, alterações clínicas podem decorrer de doenças,

efeitos de medicamentos ou do próprio envelhecimento. Por isso, a avaliação deve ser cuidadosa, contextualizada e baseada em informações objetivas (Santos et al., 2020).

A escuta da pessoa idosa é fundamental nesse processo. Sempre que possível, o profissional deve criar um ambiente seguro para que ela possa expressar suas necessidades, dificuldades e sentimentos. Perguntas abertas, linguagem simples, respeito ao ritmo da conversa e garantia de privacidade podem favorecer a comunicação. Contudo, é necessário reconhecer que medo, vergonha, dependência emocional ou comprometimento cognitivo podem limitar a revelação espontânea da situação, o que reforça a importância da observação atenta do contexto (Antequera et al., 2021).

A proteção legal da pessoa idosa é um elemento central no enfrentamento da negligência e do abandono. O Estatuto da Pessoa Idosa estabelece que a família, a sociedade e o poder público têm o dever de assegurar dignidade, respeito e proteção à pessoa idosa. A legislação também prevê mecanismos para a apuração e o enfrentamento de situações de violência, reforçando que a omissão de cuidados pode configurar violação de direitos (BRASIL, 2003).

Diante disso, os profissionais de saúde devem compreender que a identificação de sinais de risco não significa acusar familiares ou resolver isoladamente a situação. Significa reconhecer uma possível necessidade de proteção, registrar as informações relevantes, prestar a assistência cabível e acionar os serviços responsáveis. Essa conduta contribui para que a pessoa idosa receba acompanhamento adequado e para que a situação de vulnerabilidade não permaneça invisível (Ribeiro et al., 2021).

2.3. Atendimento Pré-Hospitalar e Identificação de Vulnerabilidade

O Atendimento Pré-Hospitalar constitui componente essencial da rede de atenção às urgências e emergências, oferecendo assistência antes da chegada do paciente ao hospital. Sua atuação ocorre em residências, vias públicas, locais de trabalho, instituições de longa permanência e outros espaços. Essa característica confere à equipe uma perspectiva diferenciada sobre as condições em que a pessoa idosa vive, permitindo observar elementos que dificilmente seriam identificados apenas no ambiente hospitalar (Namboodri et al., 2018).

No atendimento à pessoa idosa, a avaliação não deve se restringir à queixa principal. Além de identificar sinais vitais, dor, alterações neurológicas, traumatismos, dificuldades respiratórias ou descompensações clínicas, a equipe pode observar o ambiente domiciliar, a disponibilidade de alimentos e água, a presença e organização dos medicamentos, as condições de higiene, a existência de equipamentos necessários ao cuidado e a interação entre a pessoa idosa, familiares e cuidadores (Namboodri et al., 2018; Rosen et al., 2018).

Durante uma ocorrência por queda, por exemplo, a equipe pode avaliar não apenas a lesão, mas também as condições do ambiente que possam ter contribuído para o evento, como pisos escorregadios, iluminação inadequada, ausência de dispositivos de apoio ou presença de obstáculos. Diante de uma descompensação de doença crônica, pode ser observado se há medicamentos disponíveis, se estão sendo utilizados corretamente e se a pessoa idosa possui acompanhamento adequado. Essas informações

ajudam a compreender o contexto do agravo e a planejar encaminhamentos mais seguros.

A observação do ambiente não substitui a avaliação clínica, mas a complementa. O objetivo não é transformar o profissional do APH em investigador, mas ampliar sua capacidade de reconhecer fatores que possam indicar risco, necessidade de acompanhamento ou vulneração de direitos. A avaliação deve ser contextualizada, considerando a história clínica, o estado funcional, as condições socioeconômicas e a rede de apoio disponível (Rosen et al., 2018).

Namboodri et al. (2018) destacam que os serviços médicos de emergência possuem oportunidade relevante para identificar abuso e negligência contra pessoas idosas, especialmente pelo acesso ao ambiente domiciliar. Entretanto, os autores identificaram variações e lacunas nos protocolos estaduais, o que pode comprometer o reconhecimento e o manejo adequado dos casos. Rosen et al. (2018) reforçam que a identificação deve ser estruturada e que a intervenção deve envolver avaliação, documentação, encaminhamento e articulação multidisciplinar.

Entre os principais desafios está a diferenciação entre sinais de violência e manifestações decorrentes de doenças, quedas acidentais, uso de medicamentos ou do próprio processo de envelhecimento. Hematomas, por exemplo, podem resultar de traumas acidentais, alterações da coagulação ou agressões. Perda de peso pode estar relacionada a doenças, depressão, dificuldades econômicas ou ausência de alimentação adequada. Por isso, nenhum achado deve ser interpretado isoladamente; é necessário confrontar a história, o exame físico, o ambiente e as informações fornecidas pela pessoa idosa e pelos acompanhantes.

A comunicação com a pessoa idosa exige respeito, paciência e atenção à privacidade. Sempre que possível e seguro, a equipe deve permitir que a pessoa se manifeste sem a presença do cuidador, pois isso pode favorecer a revelação de situações que não seriam relatadas diante de familiares ou responsáveis. A abordagem deve evitar acusações, julgamentos e confrontos, priorizando a segurança, a dignidade e o bem-estar da pessoa atendida (Rosen et al., 2018).

Em situações de urgência, a estabilização clínica permanece prioritária. Contudo, a assistência não deve se encerrar no transporte ou na resolução imediata do agravo. Informações relevantes devem ser registradas de forma objetiva no prontuário ou ficha de atendimento, incluindo lesões observadas, condições clínicas, características do ambiente, presença de medicamentos e alimentos, relatos da pessoa idosa e dos acompanhantes, além das condutas realizadas.

O registro adequado possui importância assistencial, ética e legal. Ele permite que outros profissionais compreendam a situação, favorece a continuidade do cuidado e pode subsidiar encaminhamentos posteriores. A notificação das situações de violência, quando indicada, contribui para a vigilância, para a organização dos serviços e para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e proteção (BRASIL, 2003; BRASIL, 2022).

O encaminhamento deve considerar a gravidade e as necessidades de cada caso. Algumas situações podem demandar acompanhamento pela atenção básica; outras podem exigir serviços especializados, assistência social, órgãos de defesa dos direitos da pessoa idosa, Ministério Público ou autoridades competentes. A articulação da rede é fundamental porque o APH pode identificar a

situação, mas a proteção efetiva depende da continuidade do cuidado e da comunicação entre os serviços (BRASIL, 2018; Namboodri et al., 2018).

Assim, o APH pode constituir importante porta de entrada para o reconhecimento de situações de abandono e negligência. Contudo, sua atuação depende de capacitação permanente, protocolos claros, registros adequados, notificação quando cabível e articulação efetiva com a rede de atenção à saúde e proteção social. Sem esses elementos, sinais importantes podem ser interpretados apenas como consequências do envelhecimento ou de doenças crônicas, contribuindo para a subidentificação dos casos (Namboodri et al., 2018; Rosen et al., 2018).

A atuação do APH diante de pessoas idosas exige integração entre competências clínicas, habilidades de comunicação, conhecimento legal e compreensão do contexto social. A equipe frequentemente é acionada em situações de urgência, mas muitas dessas ocorrências podem estar relacionadas a condições crônicas de vida, falta de suporte, dificuldade de acesso aos serviços ou inadequação do cuidado domiciliar. Por isso, a avaliação pré-hospitalar deve considerar tanto a gravidade imediata do quadro quanto os fatores que podem ter contribuído para a situação (Namboodri et al., 2018).

A observação do ambiente domiciliar pode fornecer informações relevantes para a segurança da pessoa idosa. A presença de obstáculos, pisos escorregadios, iluminação insuficiente, ausência de corrimãos, camas altas, falta de dispositivos de apoio e acúmulo de objetos pode aumentar o risco de quedas. Da mesma forma, a ausência de alimentos, água, medicamentos, fraldas, curativos ou equipamentos necessários pode indicar dificuldade no cuidado.

Esses achados devem ser registrados de forma objetiva, sem interpretações conclusivas, e utilizados para orientar a assistência e os encaminhamentos necessários (Rosen et al., 2018).

A relação entre a pessoa idosa e seus acompanhantes também deve ser observada com sensibilidade. Atitudes de impaciência, desinteresse, hostilidade, controle excessivo ou impedimento da comunicação podem chamar a atenção da equipe. Contudo, tais comportamentos não comprovam, isoladamente, a existência de violência. Podem estar relacionados a cansaço, preocupação, sobrecarga ou desconhecimento. Por isso, a avaliação deve considerar o conjunto das informações, evitando julgamentos precipitados e preservando a segurança da pessoa idosa (Antequera et al., 2021).

A comunicação com a pessoa idosa deve ser clara, respeitosa e adequada às suas condições clínicas e cognitivas. O profissional deve utilizar linguagem acessível, manter contato visual quando possível, falar em tom calmo e dar tempo para que a pessoa responda. Sempre que seguro, a conversa deve ocorrer sem a presença do possível agressor ou cuidador, pois a presença de terceiros pode inibir a comunicação. Essa conduta respeita a autonomia da pessoa idosa e pode favorecer a identificação de situações de risco (Rosen et al., 2018).

O registro das informações é uma etapa essencial do atendimento. Devem ser anotados, de forma objetiva, os achados clínicos, as lesões observadas, as condições do ambiente, a presença ou ausência de medicamentos e alimentos, os relatos da pessoa idosa e dos acompanhantes, as condutas realizadas e os encaminhamentos efetuados. O registro deve evitar juízos de valor e concentrar-se em

informações verificáveis, pois poderá subsidiar a continuidade do cuidado e eventuais encaminhamentos à rede de proteção (BRASIL, 2003; BRASIL, 2022).

A notificação das situações de violência é um instrumento importante de proteção e vigilância. Quando houver suspeita ou confirmação de negligência, abandono ou outra forma de violência, o profissional deve seguir os fluxos institucionais e as normas vigentes. A notificação não substitui a assistência clínica, mas complementa o cuidado ao possibilitar que outros serviços conheçam a situação e possam atuar na proteção da pessoa idosa (BRASIL, 2022).

O encaminhamento deve ser planejado conforme a gravidade e as necessidades identificadas. Situações de risco iminente podem exigir transporte hospitalar e comunicação imediata à unidade receptora. Situações de vulnerabilidade sem risco imediato podem demandar encaminhamento à atenção básica, ao serviço social, aos órgãos de defesa de direitos ou a outros serviços da rede de proteção. A definição do encaminhamento deve considerar a segurança, a continuidade do cuidado e a realidade territorial da pessoa idosa (BRASIL, 2018).

A articulação entre os serviços é decisiva para a efetividade da resposta. O APH pode identificar a situação e prestar os primeiros cuidados, mas a proteção da pessoa idosa depende de acompanhamento posterior. A comunicação entre o atendimento pré-hospitalar, a unidade hospitalar, a atenção básica, a assistência social e os órgãos de proteção reduz o risco de perda de informações e favorece a construção de um plano de cuidado mais completo (Namboodri et al., 2018).

A capacitação da equipe é condição essencial para qualificar essa atuação. A educação permanente deve abordar sinais de alerta, comunicação com pessoas idosas, aspectos éticos e legais, preenchimento adequado dos registros, fluxos de notificação e recursos disponíveis no território. Profissionais preparados tendem a reconhecer melhor as situações de risco, agir com maior segurança e encaminhar os casos de forma mais adequada (Rosen et al., 2018).

Dessa forma, o APH deve ser compreendido como um espaço estratégico de identificação precoce de vulnerabilidades. Sua atuação não se limita ao atendimento da urgência, mas pode contribuir para a proteção da pessoa idosa quando associa avaliação clínica, observação contextualizada, registro adequado, comunicação efetiva e articulação com a rede de atenção e proteção social (Namboodri et al., 2018; WORLD Health Organization, 2024).

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica, descritiva e de abordagem qualitativa, desenvolvida para reunir e analisar evidências científicas sobre abandono e negligência contra pessoas idosas e o papel do Atendimento Pré-Hospitalar na identificação e no manejo dessas situações.

As buscas foram realizadas nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores “pessoa idosa”, “violência contra a pessoa idosa”, “abandono”, “negligência”, “atendimento pré-hospitalar”, “serviços médicos de emergência” e “maus-tratos”, bem como seus

equivalentes em inglês: “older adults”, “elder abuse”, “elder neglect”, “prehospital care” e “emergency medical services”.

As estratégias de busca foram adaptadas à sintaxe de cada base. Foram empregados os operadores booleanos AND e OR, com as seguintes combinações principais: (“pessoa idosa” OR “idoso”) AND (“negligência” OR “abandono”); “violência” AND “pessoa idosa” AND “atendimento pré-hospitalar”; (“elder abuse” OR “elder neglect”) AND (“prehospital” OR “emergency medical services”); e “older adults” AND “abuse” AND “prehospital care”. No Google Acadêmico, foram utilizadas buscas por título, resumo e palavras-chave.

Foram incluídos artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem pessoas idosas e apresentassem relação direta com violência, abandono, negligência, vulnerabilidade ou atendimento pré-hospitalar. Também foram incluídos documentos oficiais e legislação brasileira indispensáveis à contextualização jurídica e assistencial do tema.

Foram excluídos registros duplicados, publicações sem relação direta com o objetivo do estudo, resumos isolados, textos incompletos, estudos voltados exclusivamente a outras populações e materiais sem contribuição analítica para a discussão proposta.

A seleção ocorreu em três etapas: (1) leitura de títulos e resumos; (2) recuperação e leitura integral dos estudos potencialmente elegíveis; e (3) aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Ao final do processo, sete produções atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídas na síntese da revisão, sendo seis artigos científicos e um documento técnico da Organização Mundial da Saúde.

Os estudos selecionados foram lidos integralmente e analisados por meio de análise temática. Inicialmente, foram extraídas informações sobre autores, ano, objetivo, método, população, principais resultados e contribuições para o APH. Em seguida, os conteúdos foram comparados e agrupados nas categorias: características do abandono e da negligência; vulnerabilidade da pessoa idosa; sinais identificáveis no APH; ações, limitações e desafios profissionais; e notificação, encaminhamento e articulação da rede de proteção.

Por se tratar de pesquisa bibliográfica baseada exclusivamente em publicações científicas, documentos públicos e legislação, não houve coleta direta de dados com seres humanos nem utilização de informações pessoais identificáveis.

Quadro 1. Síntese dos Estudos Incluídos na Revisão

Autor/ano	Tema principal	Principais achados	Contribuição para o APH
Namboodri et al. (2018)	Identificação de abuso contra pessoas idosas no cenário pré-hospitalar	Analisaram protocolos estaduais de serviços médicos de emergência nos Estados Unidos e identificaram variações e lacunas quanto ao reconhecimento, registro e manejo do abuso de idosos.	Demonstra a necessidade de protocolos padronizados, capacitação e definição clara de fluxos de encaminhamento no APH.
Rosen et al. (2018)	Identificação e intervenção diante de abuso e negligência	Destacam a necessidade de reconhecimento estruturado dos sinais de abuso e negligência, bem	Fundamenta a avaliação contextualizada, o registro objetivo e a articulação com

	em serviços de emergência	como de intervenção multidisciplinar e encaminhamento adequado.	serviços de proteção.
Santos et al. (2020)	Fatores associados à violência contra o idoso	Revisão sistemática que identificou fatores individuais, familiares e sociais associados à violência, como renda baixa, suporte social insuficiente, solidão, depressão, dependência funcional e doenças crônicas.	Auxilia a equipe do APH a reconhecer contextos de maior vulnerabilidade, sem estabelecer relação causal automática.
Antequera et al. (2021)	Rastreamento de violência contra pessoas idosas	Investigou o rastreamento de violência em pessoas idosas hospitalizadas e sua associação com estresse percebido e sintomas depressivos.	Reforça a importância de estratégias estruturadas de rastreamento e da escuta qualificada da pessoa idosa.
Moura et al. (2021)	Violência contra pessoas idosas	Revisão integrativa que evidenciou repercussões físicas, psicológicas e sociais da violência e fatores associados à sua ocorrência.	Sustenta a necessidade de olhar ampliado para consequências clínicas e sociais durante o atendimento.
Ribeiro et al. (2021)	Evidências científicas sobre violência contra a pessoa idosa	Revisão integrativa que identificou dificuldades de profissionais no reconhecimento, registro, notificação e manejo da violência.	Evidencia a necessidade de capacitação, protocolos e articulação entre os serviços.

World Health Organization (2024)	Prevenção e resposta ao abuso de pessoas idosas	Apresenta base de intervenções promissoras para prevenção e resposta ao abuso contra pessoas idosas, com ênfase em ações intersetoriais.	Fundamenta estratégias de prevenção, capacitação, registro e articulação da rede de proteção.
----------------------------------	---	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos estudos indicou que o abandono e a negligência contra a pessoa idosa são fenômenos multifatoriais, resultantes da interação entre condições individuais, familiares, sociais e estruturais. Santos et al. (2020) identificaram associação entre violência e fatores como renda baixa, insuficiente suporte social, solidão, depressão, dependência funcional e doenças crônicas. Esses achados ampliam a compreensão da vulnerabilidade, mas não permitem concluir que a presença de qualquer um desses fatores configure negligência.

No contexto do APH, a possibilidade de acesso ao ambiente domiciliar constitui uma vantagem assistencial. Namboodri et al. (2018) demonstraram que os serviços médicos de emergência podem reconhecer situações de abuso por estarem presentes no local da ocorrência; entretanto, os autores identificaram heterogeneidade e lacunas nos protocolos estaduais. Esse resultado dialoga com Rosen et al. (2018), que defendem a identificação estruturada e a intervenção multidisciplinar em serviços de emergência. Em conjunto, os estudos indicam que o acesso ao domicílio é necessário, mas insuficiente: a identificação depende de

preparo profissional, instrumentos padronizados e fluxos definidos de encaminhamento.

Os sinais passíveis de observação no APH incluem desidratação, desnutrição, higiene inadequada, lesões sem explicação compatível, ausência de medicamentos, falta de alimentos, condições insalubres e comportamento de medo ou retraimento. Esses elementos devem ser interpretados como indicadores de alerta, e não como prova isolada de negligência. A análise deve considerar a história clínica, o estado funcional, as condições socioeconômicas, a disponibilidade de rede de apoio e a coerência entre o relato dos acompanhantes e os achados observados.

Antequera et al. (2021) reforçam a relevância do rastreamento estruturado, especialmente por associarem violência a estresse percebido e sintomas depressivos em pessoas idosas hospitalizadas. Esse achado é relevante para o APH porque alterações emocionais podem passar despercebidas quando a atenção se restringe à queixa clínica imediata. A escuta respeitosa, a preservação da privacidade e a observação da interação com o cuidador podem favorecer a identificação de situações que não seriam reveladas espontaneamente.

Moura et al. (2021) evidenciam repercussões físicas, psicológicas e sociais da violência, enquanto Ribeiro et al. (2021) apontam dificuldades profissionais no reconhecimento e manejo desses casos. A convergência entre os estudos sugere que a subidentificação não decorre apenas da complexidade clínica, mas também da falta de capacitação, da insegurança quanto à notificação e do desconhecimento dos serviços disponíveis. Assim, a atuação do APH deve ser orientada por protocolos que definam

quais sinais observar, como registrar as informações e para onde encaminhar o caso.

A resposta ao abandono e à negligência exige articulação intersetorial. O atendimento pré-hospitalar pode estabilizar a condição clínica e identificar sinais de risco, mas não resolve, isoladamente, as causas familiares, sociais e estruturais do problema. A notificação, o registro adequado e o encaminhamento à atenção básica, aos serviços especializados, à assistência social ou aos órgãos de proteção são indispensáveis para assegurar continuidade do cuidado. Essa compreensão é coerente com as recomendações da World Health Organization (2024), que destacam a necessidade de respostas estruturadas, qualificação profissional e fortalecimento dos serviços.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu concluir que o Atendimento Pré-Hospitalar possui papel relevante na identificação e no manejo inicial de situações de abandono e negligência contra pessoas idosas em condição de vulnerabilidade. Por atuar no ambiente em que a pessoa idosa vive, a equipe pode observar sinais clínicos, ambientais, comportamentais e sociais que ultrapassam a queixa inicial e que podem indicar necessidade de proteção.

Os principais achados indicam que desidratação, desnutrição, higiene inadequada, lesões sem explicação compatível, ausência de medicamentos, falta de alimentos, ambiente insalubre e alterações comportamentais constituem elementos de alerta. Esses sinais, contudo, devem ser analisados de forma contextualizada, em

conjunto com a história clínica, as condições funcionais e a rede de apoio da pessoa idosa, evitando julgamentos precipitados.

A efetividade dessa identificação depende de capacitação permanente, protocolos específicos, registro objetivo, notificação e encaminhamento adequado. A articulação com a atenção básica, os serviços especializados, a assistência social e os órgãos de proteção é essencial para que a intervenção não se encerre no atendimento emergencial e para que a pessoa idosa receba acompanhamento contínuo.

Como limitação, trata-se de revisão bibliográfica, cujos resultados dependem das bases consultadas, dos descritores utilizados e dos critérios de seleção adotados. Além disso, a escassez de estudos especificamente voltados à atuação do APH brasileiro diante de abandono e negligência limita generalizações. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas empíricas e de protocolos institucionais voltados à identificação, ao registro, à notificação e ao encaminhamento dessas situações no contexto pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTEQUERA, Isabela Granado et al. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, e20200167, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Sds5bQptDDkL5Y47vmTkYdj/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2026.[scielo](https://www.scielo.br/j/ean/a/Sds5bQptDDkL5Y47vmTkYdj/?lang=pt)

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

MOURA, C. B. M. et al. Violência contra pessoas idosas: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 18, n. 3, e13544, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v18i3.13544>.

NAMBOODRI, B. L. et al. Elder abuse identification in the prehospital setting: an examination of state EMS protocols. Journal of the American Geriatrics Society, v. 66, n. 5, p. 962-968, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15329>.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza et al. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 34, eAPE00403, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00403>.

ROSEN, Tony et al. Identifying and initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. Clinics in Geriatric Medicine, v. 34, n. 3, p. 435-451, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>.

SANTOS, Maria Angélica Bezerra dos et al. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO releases database of promising interventions to prevent and respond to abuse of older people. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-06-2024-who-releases-database-of-promising-interventions-to-prevent-and-respond-to-abuse-of-older-people>. Acesso em: 05 out. 2026.

¹ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Instituto Fametro Campus Parintins. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso Superior de Enfermagem do Instituto Fametro Campus Parintins. [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Tutora do Ensino Superior do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (Parintins-Am). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Orientadora do Ensino Superior do curso de enfermagem do Centro Universitário Fametro (Manaus-AM), Doutora em Genética, Conservação e Biologia Evolutiva pela INPA-AM. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#) ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6187-4863>