

Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil)

Scenario of the service to damage provoked by accidents and violence against elderly at SUS in Manaus (AM, Brazil)

Edinilza Ribeiro dos Santos¹
 Edinilsa Ramos de Souza²
 Adalgisa Peixoto Ribeiro²
 Ana Maria Medeiros de Souza¹
 Rodrigo Tobias de Sousa Lima¹

Abstract *The aim of this article is to describe the public service of Manaus to elderly, either victims of accidents or violence, on three levels of service (32 pre-hospital, 5 hospital and 5 rehabilitation). It is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, where 42 health units were investigated. The results reveal that the emergency services department presents a better physical structure. The organization concerning these matters is still incipient in Manaus. It was detected scarcity in the number of hospital beds and vacancies in the intensive care unit to offer the continuity of the treatment. There's a need for professional qualifications and medical specialties to attend elderly admitted due to injury. Very little has been done in the prevention area. Data entry and notification appear as one of the weakest points on the three levels of attention. The most critical point is related to hospitalization, being this level of attention largely mentioned by managers and health professionals as in great need for re-structuring.*

Key words *Violence against elderly, Accidents, Public health services*

Resumo *O objetivo deste artigo é descrever o atendimento na rede SUS de Manaus ao idoso vítima de acidente ou violência nos três níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, sendo investigadas 42 unidades de saúde (32 do pré-hospitalar, cinco do hospitalar e cinco da reabilitação). Os resultados revelam que os serviços de pronto atendimento apresentam a melhor estrutura física. A organização do fluxo de atendimento a esses agravos ainda é incipiente em Manaus. Verificou-se escassez de leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva para continuidade do tratamento do idoso. Foi evidenciada a necessidade de capacitação dos profissionais e de especialidades médicas para o acompanhamento de idosos internados por traumas. Pouco tem sido feito no campo da prevenção. O registro de dados e a notificação aparecem como um dos pontos mais frágeis nos três níveis de atenção. O cenário do atendimento ao idoso vítima de acidente e violência tem o seu ponto mais crítico no âmbito hospitalar, sendo este nível de atenção largamente apontado pelos gestores e profissionais como necessidade de reestruturação.*

Palavras-chave *Violência contra idosos, Acidentes, Rede SUS*

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas. Av. Carvalho Leal 1.777, Bairro Cachoeirinha. 69065-001 Manaus AM. edinilzar@yahoo.com.br

² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Os acidentes e violências são um problema de causas e consequências que dizem respeito aos diversos setores da organização social e também constituem-se como objeto de atenção dos profissionais de saúde^{1,2}. A violência se torna um tema do setor saúde ***pele impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares***³.

As estatísticas sobre as causas de mortalidade revelam que os acidentes e violências afetam predominantemente a população jovem e adulta. Entretanto, alguns estudos^{2,4,5} evidenciam que essas causas também merecem atenção entre as pessoas idosas. As taxas de mortalidade mostram-se crescentes à medida que avança a idade⁶, possivelmente pela fragilidade adquirida com o ganho de mais anos de vida. Isso, porém, não significa que traumas e lesões sejam consequências inevitáveis da idade. ***A premissa fundamental da saúde pública de que as causas externas podem ser previsíveis e, portanto, evitáveis, vale para todas as idades***².

Estudos desenvolvidos em âmbito de cidades^{5,6} e de abrangência nacional² mostram que os coeficientes de mortalidade de idosos por causas externas são muito próximos aos do grupo de 15 a 29 anos, tradicionalmente reconhecido como o mais afetado. Entretanto, em relação aos tipos de causas, os idosos diferem bastante da população geral. O componente não intencional é preponderante entre os idosos; as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito são mais altas e as de homicídios são mais baixas. Assim, os idosos têm riscos peculiares, por isso requerem abordagens específicas sobre esse tema.

Em estudo que analisou os números da morbimortalidade no Brasil por acidentes e violência entre maiores de 60 anos no ano 2000, com base em dados provenientes dos Sistemas de Informações de Mortalidade e de Internação Hospitalar do Ministério da Saúde, verificou-se que a população idosa teve taxa de mortalidade por essas causas de 92,1 por 100.000 habitantes². Essa taxa em Manaus (AM), calculada com base na mesma fonte de dados e para o mesmo período (2000), corresponde a 86,7 por 100.000 habitantes⁷.

Políticas públicas, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, buscam assegurar a esse grupo populacional a manutenção da saúde por meio do atendimento adequado mediante disponibilidade de profissionais capacitados e ações de prevenção de acidentes no

domicílio e nas vias públicas, bem como o combate à violência doméstica e institucional^{8,9}.

O objetivo deste artigo é descrever o atendimento na rede SUS de Manaus ao idoso em situação de acidente e violência, no ano de 2007, analisando nos três níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) a estrutura dos serviços, os recursos humanos, as ações desenvolvidas e a situação dos registros de atendimento e notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra idosos aos órgãos competentes.

Material e método

Caracterização do local do estudo

Manaus é o principal polo de desenvolvimento econômico da região Norte e a cidade com maior número de habitantes dessa região. A população estimada para 2006 era de 1.688.524 habitantes. Os maiores de 60 anos de idade representavam 4,6% da população geral, com predominância feminina. A expectativa de vida ao nascer era de 67 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o ano 2000 foi de 0,774; trata-se de uma das cidades brasileiras de médio desenvolvimento humano^{10,11}.

Com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de dezembro de 2007, a rede SUS de Manaus é composta por 235 unidades básicas de saúde, oito clínicas especializadas, 13 hospitais especializados, cinco hospitais gerais, 18 policlínicas, três prontos-socorros especializados, 11 prontos-socorros gerais, três unidades de serviços de apoio de diagnóstico e terapia, quatro unidades móveis (três terrestres e uma fluvial) e uma unidade de vigilância em saúde. Quanto à gestão, do total de serviços cadastrados 266 são municipais, 57 estaduais e quatro federais¹².

Das 18 policlínicas, três são Centros de Atenção Integral da Melhor Idade (Caimi). Esses serviços são ambulatoriais de especialidades que atendem exclusivamente a idosos (60 anos ou mais) e têm por finalidade oferecer atenção interdisciplinar com ênfase nas doenças prevalentes nesse grupo etário e o desenvolvimento de ações preventivas de doença e promoção da qualidade de vida dos idosos.

Instrumentos, procedimentos de coleta e análise dos dados

O presente estudo exploratório, de caráter descritivo com abordagem quantitativa e quali-

tativa, é parte de uma investigação intitulada *Análise Diagnóstica de Sistemas Locais de Saúde para Atender aos Agravos Provocados por Acidentes e Violências contra Idosos*, realizada no período de 2006-2007 em cinco capitais (Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Recife e Manaus), com o objetivo de desenvolver um instrumento de análise diagnóstica dos serviços de saúde que fazem atendimento aos agravos provocados por acidente e violência contra idosos.

Os instrumentos de coleta de dados (questionários e roteiros de entrevistas) foram elaborados com base nas políticas públicas dirigidas ao segmento populacional de idosos (Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso)^{8,9} e na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹³.

A pesquisa se constituiu de duas fases: a primeira objetivou mapear e caracterizar os serviços que efetivamente atendiam aos idosos vítimas de acidentes e violências no município. A segunda fase buscou qualificar o atendimento prestado nos serviços de saúde identificados. Cada uma dessas etapas teve uma abordagem quantitativa (aplicação de questionários) e qualitativa (aplicação de entrevistas). Na primeira fase, foram realizadas entrevistas com três gestores dos distintos níveis da atenção (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) e dois coordenadores de áreas programáticas da atenção básica (saúde do idoso e saúde mental), cuja finalidade era obter informações e opiniões sobre a estrutura da rede SUS e identificar os serviços de atendimento a idosos vítimas de acidentes e violência existentes na cidade de Manaus. Assim, foram identificados 42 serviços da rede SUS.

Os gerentes desses serviços responderam a um primeiro questionário, com o objetivo de caracterizar a instituição ou o programa: nível de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação), competência administrativa (governos municipal e estadual, federal ou conveniado), objetivos do serviço e atividades desenvolvidas.

Posteriormente, na segunda fase do estudo que visou qualificar o atendimento, os gerentes dos 42 serviços responderam a um segundo questionário estruturado em quatro partes: (1) dados de identificação do serviço, tais como: tipo (no nível pré-hospitalar: Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, unidade de atenção básica ampliada, ambulatório especializado e pré-hospitalar móvel; no nível hospitalar: hospital geral, de emergência e de referência; no nível da reabilitação: primário, intermediário e de referência); (2) estrutura existente (número de leitos, número de atendimentos no período de

um ano e recursos tecnológicos e humanos) – o instrumento contou também com um campo para os participantes atribuírem uma nota (escala de zero a dez) a algumas ações e componentes da estrutura; (3) ações desenvolvidas; (4) registro de dados (diagnóstico dos casos atendidos por acidente e violência, notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra idosos, existência de ficha de notificação e de capacitação de profissionais para o atendimento de idosos vítimas de acidente ou violência).

Foram também realizadas entrevistas com alguns atores dos serviços: quatro diretores e cinco profissionais (gerontólogo, médico e enfermeiro socorristas, ortopedista e fisioterapeuta) de cada um dos níveis da atenção. Não se pretendia uma representatividade numérica e sim o aprofundamento das seguintes questões: fluxo do atendimento, características específicas do atendimento a idosos, principais problemas, interação da equipe com a família, interação do serviço com a rede de proteção social, percepção e avaliação do entrevistado sobre a qualidade do atendimento a idosos vítimas de acidentes e violências na cidade.

Os critérios de inclusão dos serviços para essas entrevistas foram: (1) um serviço de cada nível de atendimento e um serviço de referência ao idoso, independentemente de sua classificação quanto ao nível de atendimento; (2) a especificidade do atendimento, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e um hospital de emergência como serviços da rede pré-hospitalar e hospitalar, respectivamente; (3) na presença de mais de um serviço por categoria (hospital de emergência, serviço de referência do idoso e serviço de reabilitação), optou-se pelo primeiro serviço cujo gestor e cujos profissionais aceitassem ser entrevistados.

Quanto à análise, os dados quantitativos (extraídos das respostas aos questionários) foram agregados por nível de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). O pré-hospitalar, por reunir diferentes modalidades de atendimento, teve seus dados agregados também por tipo de serviço: Estratégia Saúde da Família (ESF), unidade básica de saúde (UBS), policlínicas, serviço de pronto atendimento (SPA) e Samu. As variáveis de interesse foram agrupadas em cinco categorias de análise: (1) caracterização das instituições; (2) estrutura existente (recursos materiais e humanos); (3) idosos atendidos por acidente ou violência; (4) ações desenvolvidas; e (5) registro e notificação.

Todo o material quantitativo e qualitativo foi processado em meio digital e organizado em ban-

cos de dados distintos. As informações quantitativas do questionário foram analisadas em termos de frequências absolutas e relativas. As entrevistas, inicialmente gravadas e transcritas, foram analisadas usando o referencial de análise de conteúdo adaptado de Bardin¹⁴ por Minayo¹⁵. Os conteúdos trabalhados nas entrevistas foram agrupados nos seguintes temas: (1) caracterização e especificidades do atendimento ao idoso; (2) família e redes de proteção social; e (3) avaliação do atendimento. A análise buscou triangular os métodos quantitativo e qualitativo.

Considerações éticas

Em respeito à Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, sob o Parecer nº 85/06, e foi autorizada pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde de Manaus, conforme ofícios nº 0025/07 e nº 0031/07, respectivamente.

Resultados e discussão

Caracterização das instituições

Das 42 unidades de saúde analisadas, 32 são do nível pré-hospitalar, cinco do hospitalar e cinco de reabilitação. No pré-hospitalar são oito serviços de pronto atendimento (SPA), 18 unidades da atenção básica (14 unidades básicas de saúde/UBS e quatro unidades da Estratégia Saúde da Família/ESF), cinco policlínicas (ambulatórios de especialidades) e o Samu. Segundo Minayo e Deslandes¹⁶, os serviços do nível de atendimento pré-hospitalar podem variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma ambulância de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência de acidentes ou violência com vítimas. Dos cinco hospitais, dois fazem atendimento de emergência, um hospital geral oferece atendimento social específico dirigido à população idosa e outros dois oferecem atendimento a vítimas de violência sexual. Dos cinco serviços de reabilitação, dois atendem exclusivamente a idosos, dois estão vinculados ao atendimento ambulatorial de hospitais e um integra uma policlínica.

Das 42 unidades analisadas, 21 são municipais, 18 estaduais e três federais, sendo 9%, 31,5% e 75%, respectivamente, em relação ao número de serviços cadastrados no CNES em dezembro de 2007. Do total de serviços analisados do nível

pré-hospitalar (N=32), 62,5% são municipais e 37,5% estaduais; do nível hospitalar (N=5), 20% são municipais, 40% estaduais e 40% federais; e do nível de reabilitação (N=5), 20% são federais e 80% estaduais.

Estrutura existente

Na Tabela 1 é apresentada a estrutura física dos serviços do nível de atendimento pré-hospitalar. Os recursos necessários para o atendimento destacados nessa investigação foram selecionados com base nas recomendações da Política Nacional de Atenção Básica¹⁷ e na Política Nacional de Saúde do Idoso. Na primeira são estabelecidos a infraestrutura e os recursos necessários para o atendimento; na segunda, entre as diretrizes, encontra-se a orientação sobre o provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso⁹. Os resultados mostram que as unidades do pré-hospitalar dispõem com maior frequência de consultórios médicos, odontológicos e de serviço social, sendo poucos os serviços que contam com consultório de psicologia. A distribuição dos dados por tipo de serviços desse nível de atendimento (ESF, UBS, policlínicas, SPA e Samu) mostra que as UBS e policlínicas têm a maioria dos itens avaliados; os SPA possuem todos os componentes avaliados, com exceção de consultório de psicologia;

Tabela 1. Proporção de unidades do pré-hospitalar (N=32), segundo alguns itens da infraestrutura. Manaus, 2007.

Estrutura	%
Sala de observação de pacientes até oito horas	28,1
Sala de recepção e espera	90,6
Sala de arquivo e prontuário	84,3
Sala de triagem do risco	34,3
Sala para serviço social	84,3
Consultório psicológico	21,8
Consultório médico	93,7
Consultório odontológico	84,3
Laboratório de radiologia	31,2
Laboratório de patologia clínica	62,5
Sala de sutura	37,5
Sala de curativos contaminados	53,1
Sala de inaloterapia/medicação	84,3
Sala de gesso	12,5
Sala de reanimação e estabilização (urgência)	28,1
Farmácia	93,7
Cadeira de rodas	71,8
Acesso diferenciado para ambulâncias	40,6

as unidades da ESF contam com nove dos 19 itens avaliados, e dos itens existentes, apenas sala de recepção e espera foi referida pelos gerentes das quatro unidades da ESF analisadas. O Samu, cuja estrutura é diversa dos outros serviços desse nível de atendimento, é constituído de sete bases distribuídas em diferentes pontos da cidade.

Sendo os SPA as unidades que apresentam a melhor estrutura, cabe mencionar que as políticas de governo adotadas para Manaus têm priorizado o atendimento de urgência. Mesmo sendo esse atendimento paliativo, é nele que a população encontra “resolutividade” imediata do problema. Por esse motivo, tem-se de um lado o aumento da demanda e, de outro, mais investimentos nesse tipo de atendimento em detrimento da atenção básica e do modelo de vigilância em saúde.

Verificou-se ausência de estrutura mínima preconizada pela política de atenção básica nas unidades da ESF. Essa situação pode ser explicada pela ação de cunho político partidário que apostou na ampliação rápida da rede de atenção básica na cidade de Manaus nos anos 90, com a instalação de um modelo de atendimento centrado no médico (médico de família), para o qual foram construídas 160 unidades, denominadas de “casinhas” por

suas dimensões e características físicas. Essas “casinhas” foram posteriormente convertidas em local de atendimento das equipes da ESF.

Quanto à estrutura do Samu para o resgate das vítimas de acidente e violência, os depoimentos mostram que não basta a infraestrutura do próprio serviço. A malha viária da cidade é apontada como um fator que limita e retarda o socorro, como mostra este depoimento: ***A gente tem três, quatro ruas com o mesmo nome em bairros diferentes. A gente tem ruas intrafegáveis*** (gestor/Samu).

Nos serviços do âmbito hospitalar, os recursos tecnológicos foram analisados segundo a existência, a adequação e a suficiência para o atendimento da demanda. Os itens submetidos a essa avaliação e o padrão de respostas afirmativas em termos percentuais são apresentados no Gráfico 1. Foi considerado como padrão de adequação e suficiência a percepção do participante, já que não há um modelo prévio estabelecido que permita comparações. Os resultados mostram que somente a radiologia convencional foi considerada adequada e suficiente em todos os hospitais. Serviços essenciais para assistência adequada às vítimas de acidente e violência, como laboratório de análises clínicas, ultrassonografia, cirurgia geral e

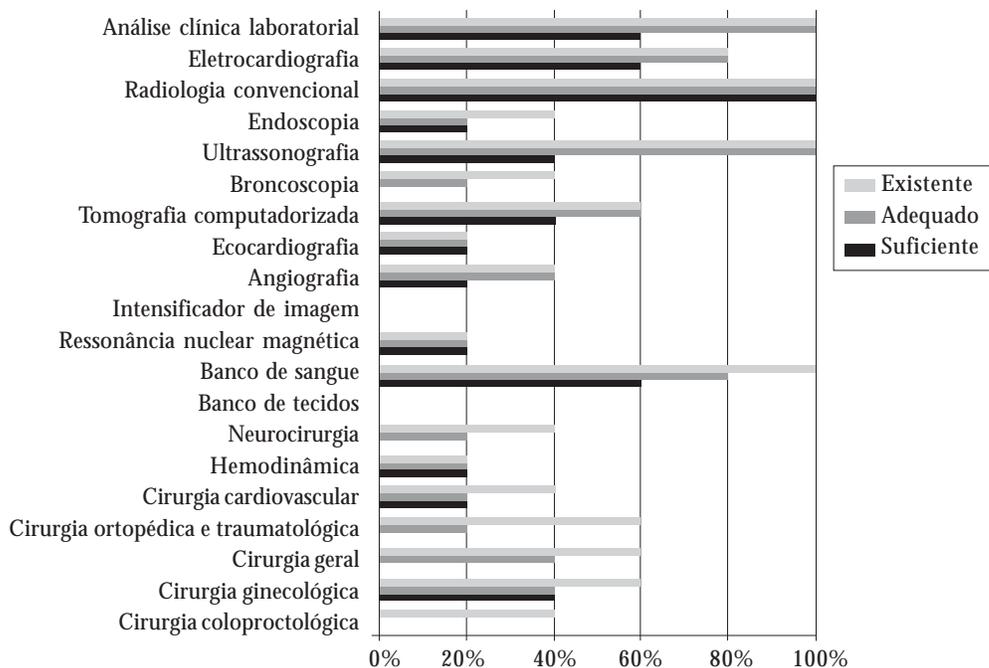


Gráfico 1. Proporção de serviços do nível hospitalar (N=5) segundo existência, adequação e suficiência dos recursos tecnológicos e procedimentos. Manaus, 2007.

ortopédica, neurocirurgia e broncoscopia, foram considerados adequados, entretanto insuficientes para o atendimento da demanda.

Averiguou-se também o número de leitos para adultos (geral, repouso/observação para urgências, UTI e psiquiátrico). Do total de 505 leitos disponíveis nos cinco hospitais investigados, 36,4% são de observação e 10,6% de unidade de tratamento intensivo (UTI), não havendo leitos psiquiátricos. Segundo dados do CNES referentes a dezembro de 2007¹², a rede SUS de Manaus contava com 13,4% de leitos de observação em relação ao total de leitos disponíveis (incluindo pediátricos). Como não há política pública que estabeleça a proporção de leitos de observação por habitantes ou leitos totais, o número de leitos de observação fica a critério dos gestores. Em relação aos leitos de UTI adulto, também com base em informações do CNES referentes ao período já citado, Manaus contava com 1.884 leitos totais de adulto, sendo 2,5% de leitos de UTI, estando esse percentual abaixo do preconizado na Portaria GM nº 1.101/02¹⁸ (4% a 10% em relação ao número total de leitos). A ausência de leito psiquiátrico nos hospitais investigados está na contramão da Política Nacional de Saúde Mental, a qual incentiva a criação de leitos destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais nos hospitais gerais¹⁹. Cabe assinalar que, com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares ficaram ainda mais escassos; por conseguinte, tem-se um número insuficiente de profissionais, de leitos de UTI e de outros serviços de diagnóstico como laboratório e imagem¹³, o que interfere na qualidade de atendimento ao idoso. Essa constatação é descrita por um profissional nos seguintes termos: ***se eles [os hospitais] têm um leito com ventilador mecânico e têm duas pessoas, uma pessoa nova e uma idosa, então a prioridade é para a mais jovem*** (méd./Samu).

Os depoimentos dos gerentes e profissionais entrevistados permitem apreender que em razão da ênfase nos serviços de urgência, sem a devida atenção em ações de prevenção e promoção de saúde, a consequência de maior impacto na qualidade dos serviços prestados no âmbito hospitalar é a insuficiência de leitos, culminando em grande número de internações nos SPA e nos setores de urgência dos hospitais. Nesse contexto os idosos, em geral com múltiplas patologias, são prejudicados, uma vez que em tais setores os pacientes são avaliados diariamente por plantonistas, cuja rotatividade de profissionais é alta, não garantindo a atenção integral e continuada que os idosos requerem.

Nos serviços de reabilitação também foram avaliados os recursos tecnológicos (análise clínica laboratorial, radiologia convencional, urodinâmica, ultrassonografia e audiometria), segundo a existência, a suficiência e a adequação. Os resultados mostram que somente a análise clínica laboratorial está ao alcance de todas as unidades, sendo considerada adequada para 80% delas e suficiente para 60%. A radiologia, existente em 80% das unidades, foi considerada adequada em todas elas e suficiente para 40%. A ultrassonografia, disponível em 60% dos serviços, foi considerada adequada para 40% delas e suficiente para 20%.

A estrutura física dos serviços de reabilitação foi considerada boa pelos informantes. Entretanto, segundo os próprios gerentes, as vagas são insuficientes e a barreira geográfica é um fator que dificulta o acesso, uma vez que os serviços destinados à população geral concentram-se numa mesma área geográfica da cidade. Nesse caso, os idosos estão em situação privilegiada em relação à população geral, porque os três Caimi oferecem atendimento de reabilitação e estão localizados em diferentes pontos da cidade.

Os resultados relativos aos recursos humanos mostram a inexistência de psiquiatra e geriatra nos serviços investigados do pré-hospitalar e hospitalar. Nos serviços de reabilitação, das categorias profissionais elencadas não há terapeuta ocupacional, e das especialidades médicas não há fisiatra. A assistência a idosos orientada por profissional gerontólogo ou geriatra é um direito assegurado ao idoso por lei⁸. Para Mathias *et al.*⁶, a escassez de profissionais de saúde com conhecimento gerontogeriátrico é um obstáculo que pode comprometer a qualidade da assistência prestada a idosos.

Idosos vítimas de acidente e violência

Com o número de atendimentos, fornecido pelos gerentes com base em registros e estatísticas do próprio serviço, buscou-se conhecer a proporção de idosos vítimas de acidentes e violência atendidos no ano de 2006. As informações se referem ao número total de casos atendidos e a sua distribuição por idade. Entretanto, na maioria dos serviços não havia informações por tipo de agravo ou segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), como era esperado.

Os resultados relativos ao pré-hospitalar mostram que 19,3% (2.778) do atendimento nas unidades da ESF foram de pessoas idosas. Destas, 2,8% foram vítimas de acidentes e 1,4% de

violência. Nas UBS, 5,5% (27.765) foram idosos, sendo desconhecidos os números relativos a acidente e violência. Nos ambulatórios de especialidades, a proporção de idosos atendidos foi de 59,8% (256.771). Este elevado percentual se deve à inclusão dos três Caimi, os quais atendem exclusivamente a idosos. Nesses serviços, segundo o informante, não houve atendimento a agravos provocados por acidente e violência no período investigado. Os SPA forneceram apenas os dados do atendimento à população geral, não sendo possível conhecer o percentual de idosos atendidos nem daqueles vítimas de acidentes e violência. Já o Samu, com base em planilhas sistematizadas de registros, informou que do total de atendimento em 2006 16,8% foram idosos (7.078 casos). Destes, 6,5% (467) foram por acidentes e 2,5% (177) por violência.

Nesses resultados, destacam-se as diferenças entre as quatro categorias de serviços (ESF, UBS, policlínicas, SPA e Samu). Resguardadas as características das assistências de cada tipo de serviço, merece atenção a ausência de informação sobre o número de idosos vítimas de acidente e violência atendidos, especialmente nos ambulatórios de especialidades, considerando que três deles atendem exclusivamente a idosos. Uma das causas da ausência de casos de idosos atendidos por violência nesses ambulatórios pode ser explicada por este depoimento: ***As maiores vítimas são principalmente os idosos com alta dependência, principalmente os portadores de alguma doença que deixa o idoso completamente fora da sua autonomia. Este, em geral, não frequenta o serviço*** (psic./Caimi).

Nos serviços hospitalares, apenas um forneceu o número de atendimento relativo à população geral e nenhum deles informou o número de idosos atendidos – o que impossibilitou o conhecimento do total de idosos atendidos nos hospitais e daqueles vítimas de acidente ou violência. Talvez a ausência dessa informação se dê porque os gerentes de unidades desconhecem os instrumentos de registros de informações.

O atendimento à população geral em reabilitação no período averiguado foi de 112.461. Destes, 35,4% (39.852 atendimentos) correspondem à população idosa. Nenhum dos serviços de reabilitação tem registros relativos aos idosos vítimas de acidente ou violência. Desse modo, não se dispõe de dados que possam contribuir para o dimensionamento do número de idosos com sequelas por esses agravos. A ausência de informações sobre idosos com incapacidades atendidos nos serviços de saúde retrata o que já é observado em âmbito nacional¹³.

Ações desenvolvidas

Na Tabela 2 são apresentadas as ações averiguadas quanto a sua execução por nível de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). Em dissonância com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹³, os serviços do nível hospitalar não realizam ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, bem como ações de prevenção de violências. Em uma revisão crítica da literatura, Schraiber *et al.*²⁰ verificaram a ausência de estudos que analisassem com profundidade a questão da prevenção de violência pelos profissionais de saúde.

Além das ações elencadas na Tabela 2, nos serviços de reabilitação foram observadas a indicação, a prescrição e a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, assim como o treinamento e o acompanhamento aos pacientes que fazem uso desses dispositivos. Em geral, as unidades executam todas as ações relativas ao uso de meios auxiliares de locomoção. A indicação de órteses é feita por 100% dos serviços, mas somente 80% deles prescrevem, treinam, fazem o acompanhamento; e 40% a dispensação. Quanto ao uso de próteses, um número menor de serviços faz prescrição (20%), indica e dispensa (40%). Considerando que o acesso a medicamentos, a próteses, órteses e outros recursos inerentes ao tratamento ou reabilitação é assegurado ao idoso por lei⁸, pode-se afirmar que o atendimento de reabilitação na rede SUS de Manaus está aquém dos parâmetros recomendados.

Também foi investigado nos três níveis de atendimento o uso de testes de avaliação individual para identificação de distúrbios cognitivos, visuais, auditivos, funcionalidade, depressão, isolamento social e distúrbios nutricionais, com a finalidade de identificação precoce de alterações associadas à ocorrência de quedas, atropelamentos e outros acidentes, bem como de violência^{21,22}. No atendimento pré-hospitalar, os testes mais utilizados são para detecção do isolamento social (44%), depressão (40%) e distúrbios da funcionalidade e nutricionais (37,5% cada). O uso de algum teste com a finalidade de identificar depressão é pouco utilizado nos níveis pré-hospitalar e reabilitação, e chama a atenção o fato de que nenhum dos testes seja utilizado pelos hospitais analisados. Todos os serviços de reabilitação realizam avaliação do comprometimento da funcionalidade.

Estudos brasileiros indicam a existência de incapacidade entre idosos que variam de 2% a

45%, dependendo da idade e do sexo⁹. Os idosos mais vulneráveis a acidentes e violência são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, representam os principais acidentes entre os idosos¹³.

Indivíduos idosos, mesmo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas ati-

vidades de vida diária, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e merecem, por isso, maior atenção dos profissionais de saúde. Reconhecida a condição de fragilidade, os profissionais de saúde devem apontar as medidas necessárias, de modo a facilitar o cuidado no domicílio ou na instituição⁹.

Em vista da qualificação do atendimento oferecido, os gerentes dos serviços analisados atribuíram uma nota de zero a dez a algumas ações previamente selecionadas. A média das notas de

Tabela 2. Proporção de unidades por nível de atendimento, segundo as ações desenvolvidas. Manaus, 2007.

Ações desenvolvidas	Nível de atendimento		
	P-hosp.	Hosp.	Reab.
	(N=32) %	(N=5) %	(N=5) %
Atendimento grupal	65,5	x	80
Visitas e atendimento domiciliar	65,5	x	40
Atividades comunitárias	46,8	x	x
Atendimento e orientação familiar	56,2	x	80
Atividades em oficinas terapêuticas	21,8	x	X
Atendimento geriátrico e gerontológico	9,4	x	20
Suporte básico à vida	34,3	x	x
Suporte avançado à vida	25	x	x
Atendimento traumato-ortopédico	18,7	x	x
Desintoxicação	25	x	x
Ações para o autocuidado/preparo para a alta	65,6	x	100
Ação de promoção da atividade física	65,6	x	x
Estímulo à reinserção na vida comunitária	75	x	60
Informações/cursos de capacitação de cuidadores de idosos	28,1	x	x
Identificação da rede de suporte social à pessoa idosa	56,2	x	20
Informações sobre o direito dos idosos	84,3	x	40
Atendimento de urgência	31,2	x	x
Transferência e transporte de pacientes	37,5	100	40
Suporte ininterrupto para laboratório de radiologia	x	80	x
Suporte ininterrupto para laboratório de patologia clínica	x	100	x
Diagnóstico de idosos vítimas de acidentes e violência	25,8	40	40
Prevenção de acidentes de idosos no domicílio e nas vias públicas	59,4	-	x
Prevenção de violências contra idosos	x	-	x
Oferece estrutura adequada para a permanência de acompanhante	x	40	x
Possui equipe para internação/assistência domiciliar	x	20	x
Prevenção de sequelas e incapacidades secundárias	x	x	80
Estimulação neuropsicomotora	x	x	100
Atendimento em fisioterapia, psicologia, enfermagem	x	x	80
Atendimento em terapia ocupacional e fonoaudiologia	x	x	20
Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas	x	x	60
Atendimento em serviço social	x	x	100
Atendimento nutricional	x	x	60
Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios	x	x	60
Diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados	x	x	-
Avaliação urodinâmica	x	x	-

(x): a ação correspondente não foi avaliada para o respectivo nível de atendimento; (-): a ação correspondente não era realizada pelo respectivo nível de atendimento.

todos os serviços por nível de atendimento é apresentada na Tabela 3. As menores notas foram atribuídas pelos gestores do atendimento hospitalar para vagas em outros serviços e para o fluxo de referência e contrarreferência. Média também baixa é observada no pré-hospitalar para o item comunicação com a central de regulação. Já o atendimento de reabilitação atribuiu as maiores notas para oferta de medicamentos, e o pré-hospitalar para registros do atendimento.

A menor média é condizente com a ausência de sistema de referência e contrarreferência em Manaus. Nesse sentido, pode ser entendida a dificuldade de se fazerem transferências e encaminhamentos, sobretudo em se tratando de pessoas idosas. Na opinião de um profissional do nível hospitalar, o fato de ser idoso interfere negativamente nas transferências do setor de urgências para o serviço de continuidade do tratamento: *Tenho dificuldade para encaminhar o idoso ao tratamento definitivo. Faço o tratamento de urgência, mas se precisar transferir para o tratamento definitivo, é muito deficitário na cidade de Manaus. O principal problema é como continuar o procedimento. Eu não tenho pra onde encaminhar. O idoso não pode esperar muito tempo pra fazer a cirurgia definitiva, não pode ficar muito tempo imobilizado, muito tempo na tração. Então eu tenho que ter uma maneira de transferir esse idoso logo pro hospital de apoio com os exames já prontos e ele ser operado pelo menos na primeira semana* (méd./hospital).

Registro e notificação

Na Tabela 4 são apresentados os resultados relacionados a diagnóstico, notificação, ficha de notificação, instituições que recebem a notificação e a capacitação de profissionais. O diagnóstico, conforme a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças, é feito com maior frequência nos hospitais e serviços de reabilitação. Para um profissional do pré-hospitalar, a questão da violência é pouco abordada no serviço de saúde; entretanto, na fala dos idosos são identificadas histórias veladas de violência. *Essa questão da violência e dos abusos é uma questão muito pouco falada aqui no setor. A gente percebe assim que, na maior parte dos casos, os problemas são de ordem social e familiar e aí na fala deles, velada ou não muito aberta, a gente realmente percebe maus-tratos. Na prática, muito mais no sentido de negligência, o abuso financeiro, o abuso psicológico, aquela violência psicológica de pressionar o idoso, de discriminar, de insultar e por aí vai* (psic./Caimi).

Quanto à notificação dos casos de violência, verifica-se que grande parte dos serviços não notifica. Em relação aos registros dos casos atendidos, poucos serviços possuem ficha de notificação e nenhum deles envia os dados para serviços de vigilância epidemiológica.

Os resultados mostram ainda a falta de ficha de notificação padronizada em toda a rede. As respostas referentes à origem das fichas distribuem-se entre o próprio serviço, as Secretarias de Saúde (municipal e estadual) e o Ministério

Tabela 3. Média das notas (0-10) atribuídas a ações e serviços avaliados por níveis de atendimento. Manaus, 2007.

Aspectos selecionados	Níveis de atendimento		
	Pré-hospitalar	Hospitalar	Reabilitação
Comunicação com a central de regulação	4,5	7,3	NSA
Transporte de pacientes	5,7	7,3	5,0
Equipamentos	6,9	7,0	7,5
Medicamentos (variedade)	7,2	7,2	9,0
Medicamentos (abastecimento)	7,5	6,8	8,5
Número de profissionais para o atendimento	6,8	7,2	7,5
Capacitação da equipe para atender idosos	6,5	6,7	6,0
Serviço de apoio diagnóstico	7,7	7,8	NSA
Vagas em outros serviços	6,6	3,7	NSA
Vagas na própria unidade	5,4	5,8	NSA
Instalações físicas do serviço	5,8	5,8	7,6
Registros do atendimento	8,7	7,2	8,3
Fluxos de referência e contrarreferência	6,3	4,5	5,3

NSA = não se aplica.

da Saúde. Quanto às instituições que recebem as notificações, o Ministério Público e o Conselho Municipal do Idoso foram as mais referidas.

Embora a violência seja um problema que pode e deve ser abordado pelo setor saúde², observa-se que a notificação de casos suspeitos ou confirmados ainda é uma prática incipiente nos serviços de saúde de Manaus. De acordo com o Estatuto do Idoso, os casos de maus-tratos contra esse grupo devem ser obrigatoriamente comunicados pelos

profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público e Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde^{8,23}. Também contrariando o que preconiza a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹³ e o Estatuto do Idoso⁸, a capacitação dos profissionais para a investigação, o atendimento e o registro de informações ainda não é realizada pela totalidade dos serviços nos três níveis de atendimento.

Tabela 4. Proporção de unidades por nível de atendimento, segundo tipo de registro, notificação e capacitação profissional. Manaus, 2007.

Tipos de registro, notificação e capacitação profissional	Nível de atendimento		
	Pre-hospitalar (N=32)(%)	Hospitalar (N=5)(%)	Reabilitação (N=5)(%)
Quanto ao diagnóstico (CID-10)			
Realiza diagnóstico	31,2	60	60
Quanto à notificação de casos de violência			
Sistematicamente	15,6	-	60
Dependendo do profissional	37,5	20	-
Não notifica	46,9	60	40
Quanto aos registros de atendimento em caso de acidentes ou violência			
Possui ficha de notificação	25	60	20
Analisa sistematicamente os registros	18,8	40	20
Utiliza essas análises no planejamento	9,4	40	20
Envia os dados à vigilância epidemiológica	21,9	60	-
Recebe os dados consolidados do serviço	18,8	20	-
Quanto à ficha de notificação de violência contra idosos			
Criada pelo serviço	3,1	20	20
Criada pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde	18,8	-	-
Criada pelo Ministério da Saúde	18,8	20	20
Notifica de outra forma (telefone)	18,8	20	-
Não notifica	46,9	20	60
Quanto à instituição que recebe as notificações de violência contra idosos			
Autoridade policial	12,5	20	-
Ministério Público	12,5	40	40
Conselho Municipal do Idoso	21,9	20	40
Conselho Estadual do Idoso	6,3	20	-
Secretaria Municipal de Saúde	9,4	20	20
Secretaria Estadual de Saúde	6,3	-	-
Secretaria de Desenvolvimento/Assistência/Ação Social	6,3	20	-
Outros	12,5	-	20
Não notifica	43,8	-	-
Quanto ao conteúdo da capacitação oferecida aos profissionais			
Para identificação de casos	21,9	60	40
Para atendimento às vítimas	18,8	60	40
Para registro sistemático da informação	28,1	60	40

Os conteúdos das entrevistas foram agrupados em três categorias temáticas: especificidade do atendimento ao idoso, família e rede de proteção, avaliação do atendimento. Quanto à **especificidade do atendimento ao idoso**, os depoimentos permitiram identificar que, na prática, o encaminhamento aos órgãos de defesa e proteção dos idosos com agravos provocados por violência é muito difícil. De um lado, o encaminhamento seria facilitado porque as instituições (Ministério Público e Delegacia do Idoso) estão preparadas e fazem o acompanhamento adequado; de outro, nas palavras de uma participante, **a coisa é muito mais complicada**. Por isso, encaminham-se apenas os casos mais graves e a equipe busca solucionar os casos no âmbito do próprio serviço, por meio da sensibilização do idoso e da família.

As situações relatadas mostram que no pré-hospitalar móvel o socorro é solicitado por quedas, atropelamentos e causas clínicas. Segundo um dos entrevistados do Samu, quando um idoso é vítima de violência familiar geralmente o pedido de socorro é retardado. Além disso, os profissionais relatam que um idoso vítima de violência familiar é acometido de sentimentos de vergonha e medo. Essa situação, somada à ausência de capacitação gerontológica dos profissionais, pode ser a razão de tantos casos ocultos de violência. Outra questão apontada como especificidade do atendimento ao idoso em todos os níveis de atendimento é a família falar por ele, mesmo quando este é capaz de fazê-lo. Diante desse cenário, a capacitação dos profissionais é referida como um problema a ser enfrentado, pois, de modo geral, os profissionais não têm paciência nem tempo para ouvir.

Em relação à **família e rede de proteção**, foi verificado que no pré-hospitalar móvel a interação da equipe de saúde com a família tem por foco a investigação da história do paciente. No Caimi, apesar dos esforços, essa interação ainda não foi estabelecida. Os depoimentos revelam que quando a identificação do caso de violência é feita durante uma visita domiciliar, o envolvimento da equipe com a família é melhor se comparado aos casos identificados no serviço. No serviço hospitalar, as referências à família foram feitas como críticas, dando-se ênfase ao baixo envolvimento desta durante a internação. No serviço de reabilitação, a participação da família foi descrita como condição para o atendimento do idoso. A razão disso é a necessidade de continuidade das manobras fisioterápicas no domicílio. De modo geral, a rede de proteção social é descrita como muito boa, visto que Manaus conta com

Secretaria Municipal do Idoso, Conselho Municipal do Idoso, Fórum Permanente do Idoso, Delegacia do Idoso, Parque do Idoso e os Centros de Referência Social e de Saúde. Entretanto, as ações são segmentadas e não há intercâmbio entre os serviços de saúde e essa rede, faltando, portanto, compreensão e prática ampliadas no que diz respeito aos agravos provocados por acidente e violência contra idosos.

Sobre a **avaliação do atendimento** na ótica dos entrevistados, os serviços de urgências e de defesa dos direitos dos idosos são considerados um avanço na cidade de Manaus. Os impasses identificados dizem respeito ao pouco conhecimento da população sobre o papel do Samu, às condições precárias das vias públicas que dificultam e retardam o socorro em muitos pontos da cidade, às condições dispensadas para o tratamento clínico do idoso no âmbito hospitalar, à falta de registro e notificação dos casos de violência e de capacitação de profissionais para identificar e notificar os casos suspeitos e confirmados.

Considerações finais

Os resultados dessa investigação evidenciaram obstáculos que dificultam o devido atendimento às vítimas de acidente e violência nos três níveis de atendimento da rede SUS de Manaus. A incipiência na hierarquização do sistema local de saúde, somada à priorização do atendimento de urgência, resulta na superlotação dos SPA e serviços de urgência de hospitais, os quais convivem com invasão de demanda ambulatorial e falta de leitos de retaguarda. Além disso, o sistema não dispunha, na época da pesquisa de campo, de central de regulação de leitos, o que dificultava e retardava as transferências de pacientes já atendidos nos serviços de urgência, especialmente idosos, causando-lhes prejuízos ao tratamento e à reabilitação dos casos de vítimas de acidente e violência em todos os níveis de atenção à saúde.

No que tange à estrutura dos serviços, destacam-se a infraestrutura inadequada das unidades da ESF, a escassez de leitos hospitalares e de UTI para o idoso, bem como a escassez de vagas nos serviços de reabilitação. Tais inadequações podem ser superadas com a redefinição de prioridades, redirecionamento das ações e estabelecimento de fluxo de atendimento a idosos em situação de violência.

O registro de dados e a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência aos órgãos competentes aparecem como um dos pon-

tos mais frágeis do atendimento às vítimas. Melhorar a qualidade de notificação desses agravos é condição básica para o dimensionamento desse problema e estabelecimento de medidas de prevenção.

Colaboradores

ER Santos, ER Souza e AP Ribeiro participaram da concepção, da análise, da interpretação dos dados e da redação; AMM Souza participou da redação; RSL Tobias participou da tabulação dos dados.

Referências

- Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(3):268-272.
- Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1):97-103.
- Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):646-647.
- Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):783-791.
- Paim JS, Costa MCN, Mascarenhas JCS, Silva LMV. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 16(5):321-332.
- Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Rev Lat Am Enferm* 2006; 14(1):17-24.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Óbitos por causas externas – Amazonas, 2000. [site da Internet] [acessado 2009 jul]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
- Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
- IBGE. População e indicadores sociais. [site da Internet] [acessado 2007 15 nov]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- PNUD. Tabelas de *ranking* do IDH-M; 2003. [site da Internet] [acessado 2008 jul]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2007. [site da Internet] [acessado 2009 jul]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saude Publica* 2008; 24(8):1877-1886.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N.Esp.):112-120.
- Christofolletti G, Oliani MM, Gobbi LTB, Stella F. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Rev Bras Fisioter* 2006; 10(4):429-433.
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica* 2002; 36(6):709-716.
- Saliba O, Garbin CAS, Garbin AII, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):472-477.

Artigo apresentado em 02/10/2009

Aprovado em 24/05/2010

Versão final apresentada em 10/08/2010