



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ciências da Saúde - FS
Departamento de Saúde Coletiva - DSC

MARCOS DA SILVA SANTOS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIAS-SAMU/DF: Atendimentos
relacionados aos acidentes de motocicletas

BRASILIA-DF
2017

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIAS-SAMU/DF: Atendimentos
relacionados aos acidentes de motocicletas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB como requisito para obtenção do título de Graduação em Saúde Coletiva e Bacharel Sanitarista, sob a orientação do Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant.

BRASÍLIA

2017

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIAS-SAMU/DF: Atendimentos relacionados aos acidentes de motocicletas.

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva e Bacharel Sanitarista da Universidade de Brasília – UnB, do estudante Marcos da Silva Santos.

Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant (Orientador)

Prof.Dr. Mauro Sanchez – DSC/UnB

Prof. - DSC/UnB

Prof.(Examinador Externo)

Brasília- DF, 03 de Julho de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus. Agradeço à minha família, que sempre me deu seu apoio em meus estudos, em especial à minha mãe Estelita da Silva Santos e meu pai Manoel Barbosa dos Santos, minha esposa Elis Regina e meus filhos Mayanna, Marcos Junior e Murilo, pelas horas de paciência e auxílio nos momentos difíceis durante estes cinco anos de curso, bem como meus irmãos. Agradeço ao meu professor orientador Jonas Lotufo Brant pelo apoio e dedicação prestados e a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica. Agradeço a todo corpo docente do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, bem como a todos os colegas.

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU tem desempenhado um importante papel no atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências. Os pilotos desses tipos de veículos são as principais vítimas de acidentes no trânsito, levando a um grande número de mortes prematuras e incapacidades físicas e psicológicas. O trabalho tem por objetivo descrever por pessoa, tempo e lugar os atendimentos de acidentes por motocicleta atendida pelo SAMU no Distrito Federal nos anos 2015 e 2016. Nesse contexto espera-se descrever a estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, identificar sexo, faixa etária, dias da semana, horários e principais tipos de ocorrências registradas. Trata-se de um estudo de abordagem descritiva usando análise quantitativa de dados, relacionada aos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, dados secundários obtidos e coletados no banco de registro de procedimentos e atendimentos do SAU- Sistema de Atendimento de Urgências Distrito Federal nos anos 2015 e 2016. Nestes anos, foram registrados 9.908 acidentes envolvendo motocicletas, sendo 87% das pessoas envolvidas do sexo masculino e na faixa de 20 a 40 anos, respectivamente. Os sábados são os dias que registraram 16% dos acidentes. Cerca de 86% dos acidentes ocorreram em Taguatinga e Ceilândia. A colisão entre moto e carro e queda de moto são tipos de acidentes predominantes, com 48% e 42%. No ano de 2016 há um aumento dos acidentes até o mês de junho quando uma importante queda é registrada, possivelmente devido ao aumento da fiscalização do DETRAN. Conscientizar a população é fundamental visando à redução e prevenção dos acidentes, além disso, é necessário adotar medidas socioeducativas que ajudem a melhorar o comportamento do indivíduo no trânsito.

Palavras-chave: SAMU; Atendimento pré-hospitalar; acidentes envolvendo motocicletas.

ABSTRACT

The Mobile Emergency Service - SAMU has played an important role without prehospital emergency and emergency care. Pilots of the types of vehicles are as main victims of accidents in the transit, taking a great number of premature deaths and physical and psychological incapacities. The purpose of this study is to describe the person and time and place of motorcycle accidents attended by SAMU in the Federal District in the years 2015 and 2016. In this context, it is expected to describe the structure of the Mobile Emergency Care Service, to identify gender, Age, days of the week, times and main types of occurrences recorded. This is a descriptive approach using quantitative analysis of data related to traffic accidents involving motorcycles, secondary data obtained and collected without a bank of attendance record and consultations of the SAU- Federal Emergency Department Attention in the years 2015 and 2016. In these years, 9,908 accidents involving motorcycles have been registered, with 87% of those involved being males and 20 to 40 years respectively. Saturdays are the days that record 16% of accidents. About 86% of the accidents occurred in Taguatinga and Ceilândia. A collision between motorcycle and truck and motorcycle crash are predominant types of accidents, with 48% and 42%. In the year of 2016 there is an increase of the accidents until the month of June when a significant fall is registered, possibly due to the increase of the control of the DETRAN. Awareness of the population is fundamental to reduce and prevent accidents, in addition, it is necessary to adopt socio-educational measures that help to improve the behavior of the individual without traffic.

Keywords: SAMU; Prehospital care; Accidents involving motorcycles.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
3.1. Definições de “Urgências” e “Emergências”.....	12
3.2. Política de Atenção às Urgências e Emergências.....	12
4.3 Aspectos Históricos sobre atendimento Pré-Hospitalar.....	14
4.4 Sistema Americano de atendimento Pré-Hospitalar.....	16
4.5 Sistema Francês de atendimento Pré-Hospitalar.....	16
4.6 Evolução Histórica Pré-Hospitalar no Brasil.....	18
4.7 A estruturação e criação do SAMU no Brasil.....	19
4.8 Conceitos Básicos e Técnicos.....	23
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Objetivo Geral.....	25
4.2. Objetivos Específicos:.....	25
5. METODOLOGIA.....	26
5.1 Fontes de Dados.....	26
5.2 Plano de Análises.....	26
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSSÕES E CONCLUSÕES.....	37
8. REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

Acidente de trânsito é o resultado de qualquer evento relacionado a veículo em movimento em estrada, ou seja, via terrestre, que envolvem na maioria das vezes pessoas, animais e outros veículos. Os acidentes de trânsito representam um grande problema para a saúde pública em virtude do grande impacto na morbidade e mortalidade, principalmente em população jovem do sexo masculino.

Segundo estimativas da OMS-Organização Mundial da Saúde, por ano são registrados no mundo cerca de 1,2 milhões de mortes no trânsito, o que representa um total de três mil mortes por dia. O Brasil está entre os dez países que concentram mais de 60% dos óbitos por acidentes de trânsito no mundo e o primeiro em mortes de trânsito por habitante da América do Sul (Organização Mundial da Saúde, 2016).

O Ministério da Saúde do Brasil aponta que em 2013, aproximadamente 45 mil pessoas morreram em acidentes de trânsito no país. Os casos de mortes envolvendo motos corresponderam 12.040, sendo que esses números representam 28% de mortes no trânsito (BRASIL). Em relação às internações nos hospitais públicos do (SUS) Sistema Único de Saúde envolvendo os acidentes com motociclistas, houve um aumento de 115% no ano de 2016 em comparação com 2006 e conseqüentemente a elevação dos custos que aumentaram em torno de 170% (BRASIL, 2017).

A motocicleta nestes últimos anos tem sido um dos meios de transporte mais usados no País, seja para o deslocamento para o trabalho ou na prestação de serviços formais e informais. Por tanto os acidentes envolvendo motocicletas são cada vez mais frequentes visto que a cada ano aumenta o percentual de compras de motos em relação aos outros automóveis (DETRAN-DF, 2015).

Os motociclistas são as principais vítimas de acidentes no trânsito, também onde

constata grande numero de mortes prematuras e incapacidades físicas e psicológicas provenientes dos acidentes. Estes agravos também contribuem para o aumento dos custos para os serviços de saúde, pois o impacto financeiro pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar. Estes reflexos também se estendem para previdência social, pois a maiorias das vitimas apresentam sequelas temporárias, ou permanentes limitando a produtividade no trabalho (BRASIL, 2006).

Os SAU-Serviços de Atenção de Urgência e os atendimentos pré- hospitalares (APH) no mundo, vem sofrendo ao longo dos séculos transformações no perfil dos agravos e de morbimortalidades. Pois o aumento da violência urbana e os acidentes de transito, principalmente com motocicletas vem crescendo, causando impacto social e no sistema de saúde (SILVA, 2017).

No Distrito Federal o SAMU é principal responsável nos atendimentos Pré-Hospitalares nos acidentes de transito envolvendo motocicletas. O atendimento pré-hospitalar prestado engloba a chegada e a intervenção, ou seja, assistência o transporte para uma Unidade de Saúde referência de modo eficaz, cujo objetivo e prevenir futuros agravos, sequelas temporárias e permanentes até mesmo mortes precoces consideradas evitáveis, caso as vítimas não recebam o atendimento necessário naquele primeiro momento.

Acidentes motociclísticos são responsáveis pela terceira causa de óbito no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares e neoplásicas, diante deste quadro e suma importância trabalhar o enfrentamento desse problema de saúde pública, na tentativa de minimizar esse quadro e consequentemente diminuir os traumas físicos, psicológicos e os altos custos dos serviços de saúde (REZENDE et al. 2012).

Vários autores convergem que: “Os fatores que influenciam essa escolha são muitas vezes culturais até mesmo socioeconômicos, as motocicletas trazem a

vantagem de serem mais baratas, as manutenções se torna mais fácil, transitam melhor em meio a congestionamentos e levam vantagem no quesito estacionamento” (MUNIZ; GONÇALVES; BATISTA, 2016).

O Brasil registra 12 mil mortes por acidentes motociclísticos a cada ano, por tanto um levantamento demonstra que, em dez anos, o número de mortes provocadas por acidentes de moto aumentou 280%. Segundo, Ministério da Saúde em 2014, os acidentes envolvendo motos representou no aumento de 115% em comparação aos últimos 10 anos levantados, no número de internações em hospitais públicos em rela. Por ano essas internações custam quase R\$ 30 milhões para o SUS (BRASIL, 2015).

No Distrito Federal, as estatísticas de acidentes com motocicletas comparados os demais veículos de transito tem aumentado ano após anos, pois devido o crescimento desordenados e falta de um projeto urbanístico na expansão da cidade, as constantes mudanças e transformações das vidas das pessoas, tem contribuído para o aumento da violência e os acidentes de transito contribuindo para o índice de mortes (DETRAN-DF).

2. JUSTIFICATIVA

Aumento nos últimos anos no número de acidentes relacionados a motocicletas no Distrito Federal.

Elevado número de acidentes motociclísticos no país, especialmente nos centros urbanos como no Distrito Federal e diante dos impactos na saúde pública, tendo em vista que esses acidentados por motocicletas necessita permanecer mais tempo internados para tratamentos, além das sequelas temporárias ou permanentes.

Tal cenário demanda mais estudo para possibilitar medidas que contribuam para melhorias nos atendimentos aos envolvidos nesses acidentes, assim como diminuir e prevenir mortes precoces e subsidiar ações do poder público frente a essa questão, o que inclui medidas educativas, preventivas e fiscalizatórias no trânsito.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. Definições de “Urgências” e “Emergências”

Segundo, GIGLIO-JACQUEMOT, A (2005), podemos definir urgências, como: “Um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente”. Tornando o atendimento imediato do agravo, sendo uma situação que não pode ser adiada, como também não demorada, pois necessita ser revolvida de forma rápida e eficiente, pois se houver demora o agravo/morbidade pode evoluir para complicações graves ou até mesmo de morte. Representa situações como fraturas, feridas lacerocontusa sem grande hemorragia, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Para PAIM (1994), “Emergência é quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo; incidente; imprevisto”. Podemos dizer que na emergência os agravos necessitam, ou seja, exigem uma intervenção imediata da equipe médica, sendo que alguns destes atendimentos/procedimentos quando não são prestados de maneira rápida e eficiente poderão levar o paciente a sequelas graves ou até mesmo a morte.

3.2. Política de Atenção às Urgências e Emergências

A PNAU-Política Nacional de Atenção às Urgências surgiu frente à necessidade de reduzir os altos índices de mortalidade por causa externa, com destaque aos relacionados à violência urbana suicídios, homicídios e os acidentes automobilísticos (BRASIL, 2003). As mudanças ocorridas ao longo dos anos no país, principalmente com a urbanização desordenadas nos grandes centros, transformaram a vida das pessoas e conseqüentemente os hábitos que foram fatores relevantes na mudança do perfil dos agravos e da morbimortalidades da população (BRASIL, 2003).

Considerando a necessidade de mudança no quadro dos agravos e morbimortalidades relacionadas ao trauma e o aumento das doenças por complicação cardiovascular, doenças crônicas e o crescimento da violência e de outras causas externas o Ministério da Saúde, publicou a portaria Nº 1863 de 29 de Setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2003).

O SAMU foi denominado como a porta de entrada dos casos graves que necessitam de atendimento mediato e imediato e acesso dos serviços especializados de apoio e diagnóstico das morbidades como insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio, quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, atropelamentos, parto prematuro ferimentos por arma de fogo e tantos outros (BRASIL, 2004).

A estrutura da política de urgências visou implementar uma nova estrutura de serviços de redes de regulação da atenção às urgências e garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção, a fim de garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios (BRASIL, 2003).

Conforme o Ministério da Saúde (2011), as portarias que regulam as redes de urgências e emergências são:

- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, também estabelece diretrizes para a implantação do componente: Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011, que aprova as diretrizes para implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, como componente de Rede de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

4.3 Aspectos Históricos sobre atendimento Pré-Hospitalar

Considera-se Atenção Pré-Hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis. Esse tipo de atendimento pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência onde haja pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O atendimento Pré-Hospitalar dos agravos traumáticos no local da ocorrência iniciou-se nas guerras, aproximadamente no século XVIII, no campo de batalha, onde os soldados eram transportados em carroças com tração animal para receber atendimentos pelos médicos ao longo dos conflitos, principalmente no período Napoleônico (RAMOS; SANNA, 2005). Aponta RAMOS; SANNA, 2005, que em 1792, o

cirurgião e chefe militar Dominique Larrey, iniciou “os primeiros cuidados médico”, aos soldados feridos, no próprio campo de batalha, a fim de prevenir possíveis complicações.

Estes atendimentos aos soldados no campo de batalha foram se ampliando ao longo dos séculos, em 1863 o Suíço Henry Dunant fundou a Cruz Vermelha Internacional, “organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos”, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX (RAMOS; SANNA, 2005). No decorrer do mesmo século, os soldados envolvidos nos combates nas guerras foram treinados para prestar os primeiros atendimentos das lesões no campo de batalha e os cuidados durante o transporte até o hospital de guerra para assistência médica qualificada.

A proposta e organização de serviços dessa natureza cresceram durante as guerras do século XX e fez cair substancialmente o tempo de remoção das vítimas até o atendimento definitivo, de 4 horas na Segunda Guerra Mundial, para 27 minutos na guerra do Vietnã (LADEIRA; BARRETO, 2008).

Percebendo que o atendimento imediato dos agravos e a diminuição do tempo para levá-lo ao local para receber o tratamento de forma rápida, adequada e segura em guerras, constatou uma queda na mortalidade por traumas advindos dos soldados em batalha, estes procedimentos foram expandidos, para vítimas de lesões por causas externas em grandes centros urbanos anos depois.

Estes atendimentos no local da ocorrência, ao longo do tempo foram padronizados e qualificados por profissionais treinados com suporte mais específico para cada caso. Esse atendimento denominou-se atendimento pré-hospitalar (ORTIGA, 2014).

4.4 Sistema Americano de atendimento Pré-Hospitalar

Nos Estados Unidos o atendimento pré-hospitalar comparados aos outros países tem um histórico que evoluiu com as guerras, principalmente com a do Vietnã, onde milhares de soldados feridos nos campos de batalha recebiam os primeiros cuidados seguindo alguns protocolos de atendimentos com medidas de estabilização no local e no transporte reduzindo 20% a mortalidade dos feridos.

O Atendimento Pré-Hospitalar, nos Estados Unidos com as experiências trazidas das guerras, em 1968 o governo Americano desenvolveu suas ações para diminuir as estatísticas de mortes por traumas relacionadas causas externas como violência, acidentes, doenças cardiovasculares, respiratórias dentre outras (SILVA; TIPPLE; SOUZA; BRASIL, 2010).

O modelo Americano de atendimento é realizado por Técnico em Emergência Médica, treinados e habilitados para o suporte Básico de vida com função de paramédico regulado por um médico supervisor e outros profissionais da saúde. Estes atendimentos pré-hospitalares, geralmente eram centrados nos chamados de emergências pelo telefone (911), onde os profissionais da área transmitiam as demandas para o envio de equipes de paramédicos, que consistiam em profissionais treinados para este fim, cuja semelhança do Corpo de Bombeiros (LOPES, FERNANDES, 1999).

4.5 Sistema Francês de atendimento Pré-Hospitalar

Na França, os primeiros atendimentos fora do ambiente hospitalar iniciaram-se em 1955 com equipes móveis de primeiro socorro às vítimas de acidentes de trânsito. O intuito dessas equipes era manter a vítima viva, ou seja, com a reanimação até o

hospital para receber assistência de acordo às necessidades do quadro clínico.

Diante das experiências no decorrer dos atendimentos em meados de 1960, os médicos perceberam que necessitava de aperfeiçoar a assistência prestada às vítimas. Então iniciou uma reestruturação da equipe, com treinamentos, elaboração de protocolos e a figura do médico passaram a fazer parte dos atendimentos prestados, assim às chances de sobrevivência dos pacientes aumentaram. Assim criaram oficialmente os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR).

Conforme relata, LOPES, FERNANDES, 1999, que as equipes das Unidades Móveis de Urgência (UHM), iniciaram suas atividades nos domicílios dos pacientes fazendo intervenções, claramente com princípios pré-hospitalar, a seguir:

- O auxílio médico urgente é uma atividade sanitária;
- As intervenções sobre o terreno devem ser rápidas, eficazes e com meios adequados;
- A abordagem de cada caso deve ser simultaneamente, médica, operacional e humana;
- As responsabilidades de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente;
- A qualidade dos resultados depende, em grande parte, do nível de competência dos profissionais;
- A ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência.

Uns dos primeiro Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências foi

desenvolvido e implementado em 1986 na França, como o *Service d'Aide Médicale d'Urgence* que faz uso da mesma sigla "SAMU", cuja responsabilidade de assistência nas emergências, onde foram incorporados médicos especialistas em áreas específicas como cardiologista, psiquiatras, enfermeiros técnicos de enfermagem, motoristas de ambulância. Este modelo tinha uma central de regulação e coordenação de todo sistema responsável diretamente pela a ordenação das emergências. (SILVA; TIPPLE; SOUZA; BRASIL, 2010).

4.6 Evolução Histórica Pré-Hospitalar no Brasil

Os registros acerca dos primeiros atendimentos pré-hospitalares no Brasil foram, quando o Senado República aprovou uma lei em 1893, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, capital do país (RAMOS; SANNA, 2005).

Estes atendimentos foram prestados pelo CB - Corpo de Bombeiros à partir de 1899, onde realizavam os primeiros socorros e transportavam as pessoas acometidas de agravos, ou traumas em carroças de tração animal para as urgências dos hospitais. Nos anos 50, instala-se o SAMDU-Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, na cidade de São Paulo, órgão da então Secretaria Municipal de Higiene (RAMOS; SANNA, 2005).

As discussões sobre o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel começam a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contando, porém, diferentemente do modelo francês, também com a

participação de profissionais da enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade (BRASIL, 2006).

O modelo proposto pelo Ministério da Saúde consistia no SIATE-Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência, implantado em 1990 o atendimento era realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros e médicos dentro do sistema regulador. O SIATE serviu de modelo para uma reestruturação do atendimento pré-hospitalar em nível nacional (RAMOS; SANNA, 2005).

No Brasil a cidade de Campinas interior de São Paulo, inspirado no modelo Francês, em 1995 iniciou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as ambulâncias foram equipadas com estrutura semelhante à que hoje definimos como ambulância de suporte básico, com equipe compostas por motoristas treinados e enfermeiros especializados em atendimentos em urgências. Essas equipes contavam também com central de regulação médica instalada, cujo atendimento se dava pelo número de telefone 192, onde definia as características de clínica Médica, Traumática, Obstétrica e Psiquiátrica.

Somente em 24 de junho de 1999 foi apresentada a primeira Portaria Ministerial nº 824. Em 2 de junho de 2001, onde ocorreu uma atualização e transformada em Portaria Ministerial nº 814 de em onde definia a função de cada profissional e suas atribuições, mas não definia ainda o número de Postos de Trabalho ou número de ambulâncias.

4.7 A estruturação e criação do SAMU no Brasil

Os registros acerca dos primeiros atendimentos pré-hospitalar no Brasil foram, quando o Senado República aprovou uma lei em 1893, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, capital do país (RAMOS; SANNA, 2005).

Estes atendimentos foram prestados pelo CB-Corpo de Bombeiros em 1899, onde realizavam os primeiros socorros e transportavam as pessoas acometidas de agravos, ou traumas em carroças de tração animal para as urgências dos hospitais. Nos anos 50, instala-se o SAMDU-Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, na cidade de São Paulo, órgão da então Secretaria Municipal de Higiene (RAMOS; SANNA, 2005).

As discussões sobre o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel começa a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contando, porém, diferentemente do modelo francês, também com a participação de profissionais da enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade (BRASIL, 2006).

O modelo proposto pelo Ministério da Saúde consiste no SIATE-Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência, implantado em 1990 o atendimento era realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros e médicos dentro do sistema regulador. O SIATE serviu de modelo para uma reestruturação do atendimento pré-hospitalar em nível nacional (RAMOS; SANNA, 2005).

No Brasil a cidade de Campinas interior de São Paulo, inspirado no modelo Francês, em 1995 iniciou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as ambulâncias foram equipadas de maneira semelhante à de suporte básico com equipe de motoristas treinados e enfermeiros especializados em atendimentos em urgências que contava com central de regulação médica instalada, cujo atendimento se dava pelo numero de telefone 192, onde definia as características de clinica Médica, Traumática, Obstétrica e Psiquiátrica.

Somente em 24 de junho de 1999 foi apresentada a primeira Portaria Ministerial nº 824. Em 2 de junho de 2001, onde ocorreu uma atualização e transformada em Portaria Ministerial nº 814 de em onde definia a função de cada profissional e suas atribuições, mas não definia ainda o número de Postos de Trabalho ou número de ambulâncias.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1864/GM, em setembro de 2003, iniciou a implantação do componente móvel de urgência com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU-192. É responsável pela Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região e pelas transferências de pacientes graves da região (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 1864/GM, de setembro de 2003, também define os objetivos do SAMU-Sistema de Atendimento Móvel de Urgência- 192:

- Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- Realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- Realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos

de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;

- Promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário;
- Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macrorregional e estadual, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes;
- Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes;
- Manter, diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;
- Prover banco de dados e estatísticos atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, a dados médicos e a dados de situações de crise e de transferência inter-hospitalar de pacientes graves, bem como de dados administrativos;
- Realizar relatórios mensais e anuais sobre os atendimentos de urgência, transferências inter-hospitalares de pacientes graves e recursos disponíveis na rede de saúde para o atendimento às urgências;

- Servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino;
- Identificar, através do banco de dados da Central de Regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros.
- Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;
- Estabelecer regras para o funcionamento das centrais regionais.

4.8 Conceitos Básicos e Técnicos

Serão apresentados conceitos básicos de Acidentologia- Ciência que estuda os acidentes, os seus nexos de causalidade e dinâmicas e constam na norma da ABNT n. 10.697/89, no CTB e no Manual de Instrução Básica de Estatística de Trânsito do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN):

- **ACIDENTE DE TRÂNSITO.** É todo evento danoso envolvendo veículos, pessoas e ou animais nas vias públicas. Para caracterizar-se, e necessário à presença de dois fatores, geralmente ocorre involuntariamente, como todo acontecimento desastroso, casual ou não.
- **ATROPELAMENTO** – acidente em que pedestre ou animal sofre impacto de um veículo. Acidente em que o(s) pedestre(s) ou animal (is)

sofre(m) o impacto de um veículo, estando pelo menos uma das partes em movimento.

- **QUEDA DE MOTO** – Acidente em que há impacto em razão de queda livre do veículo seja o condutor ou passageiro estava sobre o veículo automotor em movimento em via pública.
- **COLISÃO** – choque entre dois ou mais veículos. Acidente em que um veículo em movimento sofre o impacto de outro veículo, também em movimento. A colisão poderá ser frontal, lateral ou traseira.
- **COLISÃO DE MOTO COM PEDESTES E/OU ANIMAL** – É o acidente em que o pedestre ou animal é atingido por um veículo sobre duas rodas em movimento tem um impacto em uma via pública, envolvendo um pedestre ou animal, este impacto se caracteriza como atropelamento.
- **COLISÃO DE MOTO COM BICICLETA:** É o acidente que envolve o motociclista em movimento em uma via pública entre uma pessoa conduzindo uma bicicleta seja ela parada ou em movimento, onde as consequências são danosas na maioria das vezes o condutor do veículo de propulsão humana, dotado de duas rodas.
- **COLISÃO ENTRE MOTO VERSUS CARRO, CAMINHÃO E ÔNIBUS:** É a choque entre dois veículos automotor em movimento em via pública, sendo a moto um veículo automotor de duas rodas e o carro um veículo automotor com (4) quatro ou mais rodas, como caminhão e ônibus destinado ao transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro, exclusive o condutor.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Descrever por pessoa, tempo e lugar os evento relacionados aos acidentes por motocicleta atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Distrito Federal nos anos 2015 e 2016.

4.2. Objetivos Específicos:

- a) Apresentar a estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal;
- b) Especificar os acidentes de motocicleta por regiões de saúde e administrativa atendidas pelo SAMU, no Distrito federal nos anos 2015 e 2016;
- c) Relatar os envolvidos por sexo e faixa etária os acidentes de motocicleta atendidos pelo SAMU, no Distrito federal nos anos 2015 e 2016;
- d) Identificar os dias da semana e horários com maior ocorrência de acidentes por motocicleta nos anos 2015 e 2016;
- e) Especificar as ocorrências dos acidentes de motocicletas por tipos de colisão, atropelamentos e queda atendidos pelo SAMU.

5. METODOLOGIA

Estudo de abordagem descritiva usando análise quantitativa de dados secundários. Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica que apresentou contribuições importantes para entender os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas. Além disso, foi a partir da consulta a outras publicações que se definiram os objetivos gerais e específicos.

5.1 Fontes de Dados

Dados secundários obtidos e coletados no banco de registro de procedimentos e atendimentos do SAU-Sistema de Atendimento de Urgências do Distrito Federal.

5.2 Plano de Análises

A partir dos dados coletados, foram realizadas análises dos resultados e descrição das variáveis que mais destacaram nos registros dos acidentes motociclístico, bem como identificação do perfil dos acidentes atendidos pelo SAMU.

Foram utilizadas informações contidas no banco de dados da central de Registro de Ocorrências do SAU-Sistema de Atendimento de Urgências do Distrito Federal, no formato de Planilha *Microsoft Office Excel*, usado para o filtro e mensuração dos dados dos atendimentos e procedimentos realizados pelo SAMU. Posteriormente esses dados foram analisados com o auxílio de ferramentas desse mesmo sistema por meio de estatística descritiva simples com definição das variáveis. Os resultados, por sua vez, geram informações que foram apresentadas em forma de tabelas e gráficos por meio de frequência absoluta e relativa.

6. RESULTADOS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-(SAMU-DF 192), foi criado no Distrito Federal no dia 28 de agosto de 2005. Conforme a portaria Nº 2003-MS, onde preconiza uma quantidade de ambulâncias por localidade, proporcional ao número de habitantes. No Distrito Federal foram disponibilizadas um frota de 38 (trinta e oito) ambulâncias, sendo 30 (trinta) viaturas equipadas como suporte básico, 7 (sete) com suporte avançado, sendo disponibilizadas para cada Região de Saúde do DF. Também foi readaptada uma ambulância de suporte avançado, que havia sofrido acidente, para os casos que necessitam de atendimento ou orientação psicológica.

A composição das equipes e estruturas preconizada conforme a portaria Nº 2003-MS, segundo tipo de suporte e intervenção, agilidade, eventos e ocorrências em massa são as seguintes (BRASIL, 2003):

- Unidade de Suporte Básico (USB), tripulada por condutor de emergência e dois técnicos em enfermagem;
- Unidade de Suporte Avançado (USA), composta por um médico, um enfermeiro e o condutor de emergência;
- Motolâncias são utilizadas em chamados que necessitam de maior agilidade para transpor o trânsito e casos mais urgentes;
- Posto Móvel de Regulação-Veículo utilizado como uma extensão da central de regulação médica, utilizado em eventos de massa e ocorrências com múltiplas vítimas;
- Unidade de Suporte a Múltiplas Vítimas-Veículo utilizado em ocorrências com múltiplas vítimas e eventos de massa;

- Veículo de Intervenção Médica-Veículo mais rápido que a ambulância, destinado a um atendimento mais ágil.

De acordo com dados obtidos no *site* oficial do SAMU, no ano de 2009, as motolâncias foram incorporadas ao sistema sendo com 22 (vinte e duas) motos equipadas e de início, 9 (nove) equipes habilitadas para esse tipo de serviço. No momento somente estão em funcionamento 5 (cinco) equipes com 10 (dez) motos que são disponibilizadas nos serviços diurnos. Quando o trânsito está engarrafado e os chamados necessitam de resposta imediata, as motolâncias são acionadas, garantindo rapidez de acesso para iniciar os primeiros atendimentos.

O helicóptero Aeromédico, que presta Atendimento Pré-Hospitalar a população do Distrito Federal pertence à PRF-Polícia Rodoviária Federal, que por meio de uma parceria com o Ministério da Saúde, garante retaguarda para casos onde esse equipamento é necessário. O helicóptero possui estrutura de suporte avançado composto por piloto, tripulante operacional, médico e enfermeiro.

Ao todo o SAMU/DF conta com 962 servidores, compondo equipes multidisciplinares com psicólogos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, condutores de emergência, técnicos, analistas administrativos e administradores.

De acordo a Decreto Nº 37.037 de 14 de janeiro de 2016, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, instituiu a criação de 7(sete) Regiões de Saúde com a estrutura administrativa de superintendência. Portanto os Núcleos das Centrais de Atendimento Móvel de Urgência foram habilitados de acordo às áreas de cada Superintendência de Saúde, com as seguintes estruturas de coberturas nas Regiões de Saúde:

- Região 1: Paranoá, Planaltina e Sobradinho;

- Região 2: Gama e Santa Maria;
- Região 3: Águas Claras e Taguatinga;
- Região 4: Recanto das Emas, Riacho Fundo II e Samambaia;
- Região 5: Brazlândia e Ceilândia;
- Região 6: Brasília, Cruzeiro, Jardim Botânico, Largo Norte e Sul e São Sebastião;
- Região 7: Candangolândia, Guará, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e Park Way.

A Central de Regulação Médica de Urgência do Distrito Federal, está localizada no SIA Trecho 03 Lotes 2090/2100. A Equipe da central de regulação é composta de equipe multiprofissional com médicos reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica e controladores de frota e radio operadores que recebe as demandas, ou seja, as ligações pelo telefone 192. A meta dessa central é identificar e pré-avaliar os chamados para tomada de decisão quanto ao envio de uma equipe especializada. Se possível, de acordo com a complexidade da situação, a equipe tenta orientar o usuário sobre como proceder para evitar o deslocamento desnecessário de uma equipe ou remoção do paciente. Quando acionada, uma viatura com sua equipe de suporte realiza a assistência imediata e logo após, remove ao o hospital mais próximo, com leito disponível e com os aparelhos tecnológicos adequados à necessidade e à gravidade do caso.

A Central de Regulação é, portanto, uma das medidas essenciais para otimizar o fluxo de usuários que, se mal organizado, pode culminar nas longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias tão comuns nos grandes centros urbanos

brasileiros. “A central faz o ordenamento da fila, avalia a necessidade de cada caso e prioriza as demandas”.

Foram registrados 9.908 acidentes no Distrito Federal nos anos de 2015 e 2016, sendo 8.636 (87%) atendimentos a pessoas do sexo masculino. Por ano, o sexo masculino representou cerca de 94% (4.476) e 81% (4.160) dos acidentes respectivamente. Em 2016, 10% das vítimas socorridas não tiveram sexo identificado ou registrado.

Tabela 1. Sexo das vítimas atendidas pelo SAMU em 2015 e 2016.

Sexo	2015	%	2016	%
Feminino	273	6%	474	9%
Masculino	4476	94%	4160	81%
Não Identificado	26	1%	499	10%
Total Geral	4775	100%	5133	100%

Fonte: SAMU-DF, 2017

Quanto à faixa etária das pessoas acidentadas, pode-se verificar que a maioria, ou seja, 87% (4.172) não tiveram suas informações especificadas.

Tabela 2. Faixa etária das vítimas atendidas pelo SAMU/DF em 2015 e 2016.

Faixa Etária	2015		2016		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	
Não Especificado	4172	87%	4004	78%	8176
1-10	9	0%	14	0%	23
11-20	78	2%	127	2%	205
21-30	258	5%	481	9%	739
31-40	163	3%	321	6%	484
41-50	59	1%	127	2%	186
51-60	27	1%	44	1%	71

61-70	5	0%	9	0%	14
71-80	3	0%	5	0%	8
>81	1	0%	1	0%	2
Total	4775	100%	5133	100%	9908

Fonte: SAMU-DF, 2017

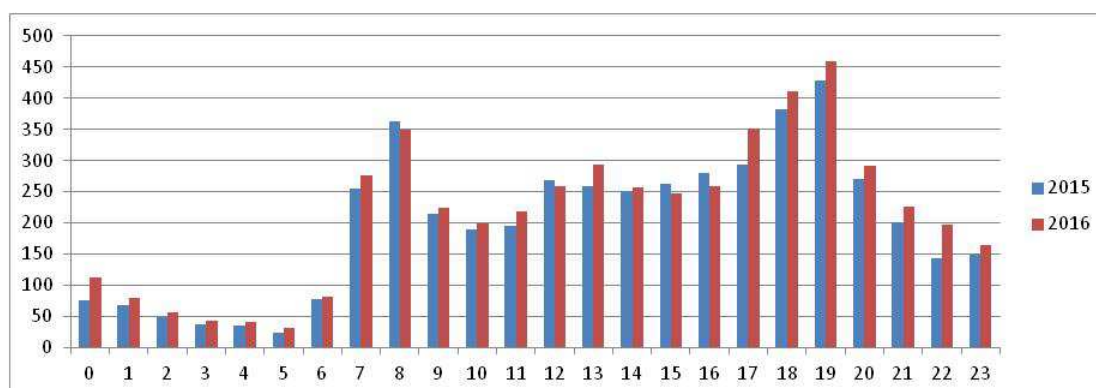
Quanto ao tipo de acidente, as colisões de moto e carro, se destacaram com 49% das ocorrências e as quedas com 42%.

Tabela 3. Tipos de acidentes envolvendo motocicletas nos anos de 2015 e 2016.

Tipos de Acidentes	2015		2016	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Atropelamento por Moto	262	5	215	4
Colisão Carro X Moto	2299	48	2499	49
Colisão Moto X Animal	5	0	12	0
Colisão Moto X Caminhão	48	1	51	1
Colisão Moto X Moto	127	3	129	3
Colisão Ônibus X Moto	50	1	61	1
Queda de Moto	1984	42	2166	42
Total	4775	100	5133	100

Fonte: SAMU-DF, 2017.

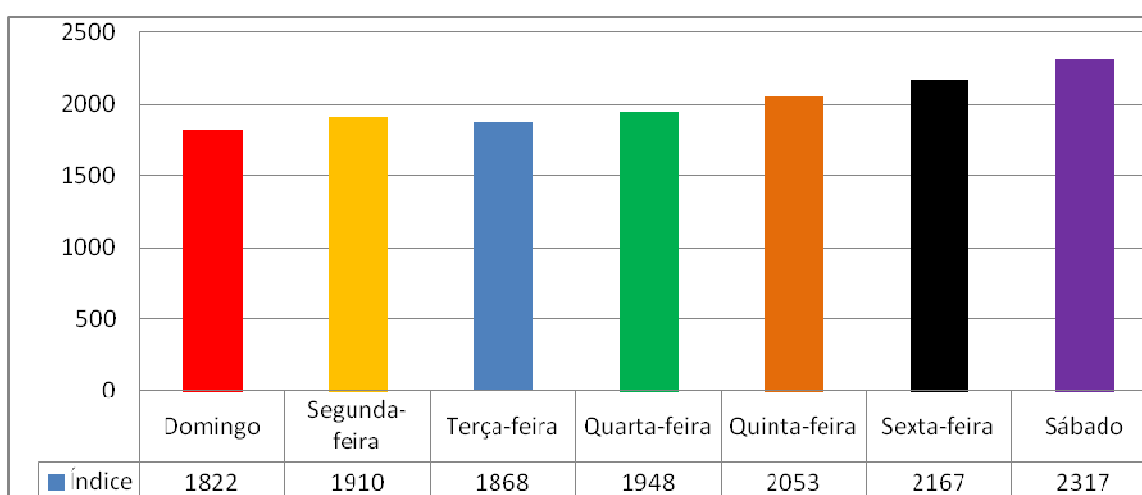
Gráfico 1. Horários com ocorrências de acidentes motociclistas em 2015 e 2016.



Fonte: SAMU-DF, 2017

As faixas horárias com maior ocorrência de acidentes motociclísticos foram entre 18h00 e 19h59 com 1.683 casos registrados, ou seja, 17% e em segundo lugar destacaram os horários entre 07h00 e 08h59, com 1.245 casos registrados, ou seja, 12%. Por outro lado os menores índices registrados são das 03h00min às 04h59min, com 155 casos registrados.

Gráfico 2. Índice de ocorrências por dias da semana nos anos de 2015 e 2016.

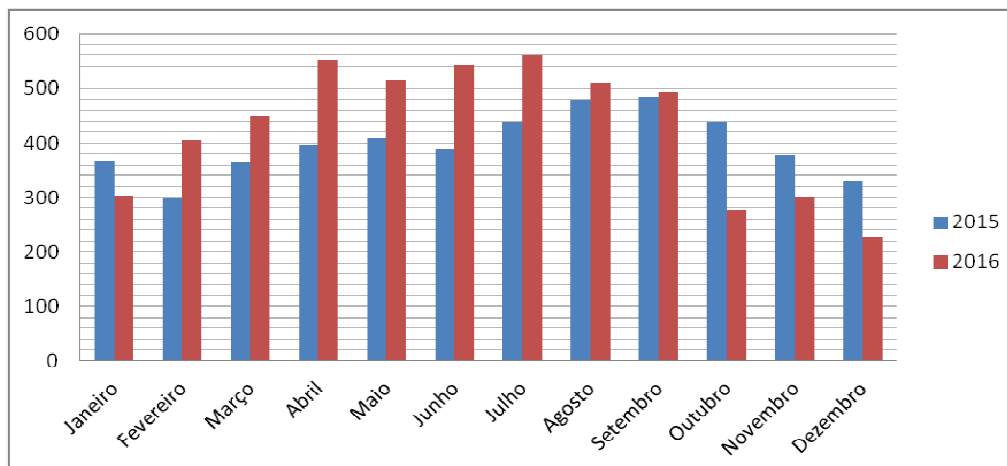


Fonte: SAMU-DF, 2017.

Conforme os dados apresentados no gráfico 2, cerca de 16% dos acidentes envolvendo motocicletas, aos sábados podem estar relacionados a fatores como participação de festas e cansaço, aumento na ingestão de bebidas alcoólicas que às vezes motivam para participação de rachas, aumento de velocidade e sobre tudo o avanço de sinal fechado.

As sexta-feiras aparecem como o segundo dia em ordem de frequência, com 15% dos acidentes, tal fato pode estar relacionado também a fatores como, por ser o último dia útil da semana, cansaço, ansiedade onde as pessoas tentam chegar em casa mais cedo, assim como participação em festas e encontro entre amigos/colegas culminando com ingestão de bebidas alcoólicas.

Gráfico 3. Índice de ocorrências por meses do ano-Comparativo 2015 e 2016.



Fonte: SAMU-DF, 2017.

As ocorrências de acidentes envolvendo motocicletas, quando comparados aos anos analisados podemos observar que em 2016, houve aumento de 7% em relação à 2015.

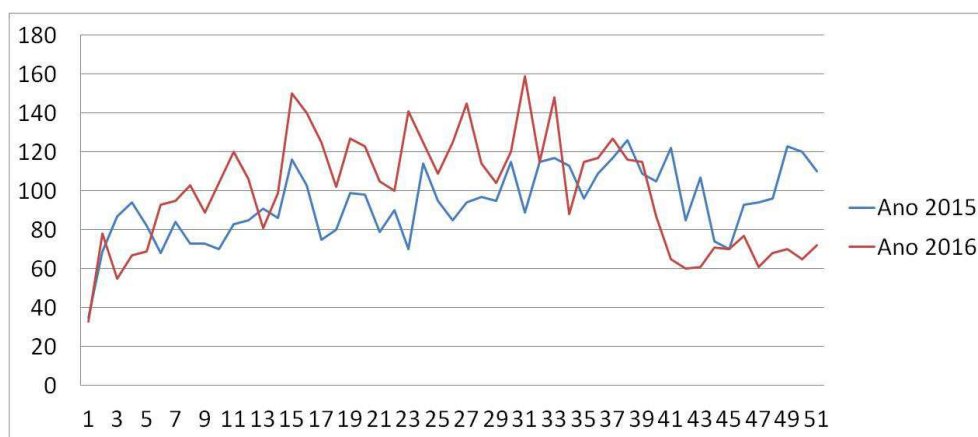
Quanto às ocorrências mensais dos acidentes com motocicletas, tivemos no mês de janeiro de 2016, uma redução de 18% em relação a 2015. Esta queda pode estar relacionada a vários fatores como a diminuição de motociclistas trafegando nas vias do Distrito Federal, pelo período de férias escolares e de muitos servidores público.

Também vale destacar que no referido mês, segundo o IMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia, choveu 47% a mais que a média para o período, quando o esperado para o período são 247,4mm, foram registrados 365,5 milímetros. Tal volume de chuvas acarretou alagamento de vias e transbordamento de córregos.

É importante salientar a redução nas ocorrências de acidentes em 2016, nos meses de outubro 37%, novembro 20% e dezembro 31%. Estas quedas, segundo DETRAN do DF, nestes três meses foram adotadas a intensificação da fiscalização pelos órgãos de trânsito como operações da Lei Seca, presença de agentes de trânsito nas proximidades das vias e em pontos que têm registrado mais acidentes e autuações por alcoolemia nestes períodos.

Vale ressaltar que nos meses de fevereiro, março, abril, maio, junho e julho de 2016, foram registrados um aumento significativo de acidentes com motos de 36%, 23%, 39%, 26%, 39% e 39%, respectivamente, contabilizando aumento média nos (6) seis meses de 32%.

Gráfico 4. Ocorrências de acidentes motociclistas por semana epidemiológica.



Fonte: SAMU-DF, 2017.

Quanto às ocorrências dos acidentes motociclistas por semana epidemiológica destaca-se as semanas 31 e 16, apresentando nos dados analisados 159 e 150 atendimentos, respectivamente do total de 5.133 acidentes registrados em 2016 pelo SAMU.

Enquanto no ano de 2015, dos 4.775 acidentes registrados, destaca-se a semana epidemiológica 38, com 126 atendimentos realizado pelo SAMU/DF. Em segundo lugar a semana 49, com 123 das ocorrências dos acidentes atendidos. Portanto na semana epidemiológica 1, ocorreram nos anos 2016 e 2015 respectivamente 33 e 35 atendimentos. Vale destacar que semana epidemiológica 1 ficou comprometida por iniciar em no dia 04 de Janeiro de 2015 e 03 de janeiro de 2016.

Tabela 4. Incidências de ocorrências por Região de saúde e administrativas em 2015 e

2016.

Região de Saúde e Administrativa	2015	%	2016	%
Região 03	941	20%	1032	20%
AGUAS CLARAS	124	13%	141	14%
TAGUATINGA	817	87%	891	86%
Região 06	911	19%	899	18%
BRASILIA	515	57%	503	56%
CRUZEIRO	69	8%	82	9%
JARDIM BOTANICO	24	3%	23	3%
LAGO NORTE	39	4%	42	5%
LAGO SUL	92	10%	82	9%
SÃO SEBASTIÃO	172	19%	167	19%
Região 05	817	17%	838	16%
BRAZLANDIA	85	10%	76	9%
CEILANDIA	732	90%	762	91%
Região 04	608	13%	773	15%
RECANTO DAS EMAS	190	31%	245	32%
RIACHO FUNDO II	43	7%	50	6%
SAMAMBAIA	375	62%	478	62%
Região 01	564	12%	568	11%
PARANOIA	116	21%	140	25%
PLANALTINA	201	36%	204	36%
SOBRADINHO	247	44%	224	39%
Região 02	469	10%	588	11%
GAMA	240	51%	247	42%
SANTA MARIA	229	49%	341	58%
Região 07	464	10%	435	8%
CANDANGOLANDIA	20	4%	22	5%
GUARA	253	55%	256	59%
NUCLEO BANDEIRANTE	64	14%	51	12%
PARK WAY	62	13%	58	13%
RIACHO FUNDO	65	14%	48	11%
Total Geral	4775	100%	5133	100%

Fonte: SAMU-DF, 2017.

Das regiões com maior número de ocorrências, destacam-se as seguintes:

A Região de Saúde 3, registraram 1.973 acidentes envolvendo motociclista com a média dos 2 anos avaliados de 20% dos casos, sendo que a região administrativa de Taguatinga destacou em 1º lugar na incidência com 1.708 eventos, equivalente a 86,5% dos acidentes motociclistas atendidos pelo SAMU na Região 3.

A Região de Saúde 6 registrou 1.810 acidentes envolvendo motociclista nos 2 anos avaliados, com média de 18,5% dos casos, vale ressaltar que a região de Brasília registrou 1.018 dos acidentes, destacou-se em 3º lugar na incidência dos acidentes

motociclísticos da Região com a média de 56,5%, pois vale destacar que esta região além de Brasília, o núcleo administrativo e composto de uma USA-Unidade de Suporte Avançado e demais Região de Saúde dispõe de USB - Unidade de Suporte Básico em mais 5 regiões administrativas.

A Região de Saúde 5 registraram 1.655 acidentes envolvendo motociclista nos 2 anos avaliados, com média de 16,5 % dos casos, sendo que a região administrativa de Ceilândia destaca-se em 2º lugar na incidência com 1.494 eventos, equivalente a 90,5% dos acidentes desta região.

Sabe bem, que alguns fatores contribuem para Taguatinga, apresentar grande ocorrência de acidentes envolvendo motociclista, considera-se por ser uma das regiões administrativas mais antigas do Distrito Federal, além do número de habitantes serem maior em relação às outras cidades, também podemos levar em conta vias públicas em má conservação, estreita e mal sinalizada, uma vez que existem vários órgãos públicos em funcionamento e comércio diversos, tornando as vias públicas com trânsito intenso o dia todo, com pouca fiscalização.

Em relação à Região Administrativa da Ceilândia podemos destacar em segundo lugar nas ocorrências de acidentes motociclísticos atendidos pelo SAMU. Podemos destacar vários fatores que possivelmente, que podemos destacar.

A expansão habitacional da região da Ceilândia de forma desorganizada e sem planejamento urbanístico, onde as invasões/ocupações de terrenos são constantes que proporcionam construções ilegais, tornando os aluguéis mais baratos, vias públicas mal sinalizadas, grande fluxo de automóvel e pedestre, além disso, vale ressaltar que na região funciona grande comércio, hospitais públicos e privados, universidades, serviços públicos diversos e dentre outros empreendimentos que absorvem grande parte de mão de obra local e de outras regiões administrativas vizinhas.

7. DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

Nos últimos anos ocorreu um aumento significativo de motocicletas em circulação, por se tratar de um meio de transporte ágil, fácil acesso ao estacionamento, econômico e de custo reduzido, além de aumento da linha de crédito oferecida à população por empresas privadas que tiveram alguns benefícios da do governo visando o acelerar o crescimento do país.

Casos de acidentes envolvendo motocicletas contribuem para o aumento da estatística de agravos e a mortalidade no âmbito das “causas externas” no Brasil, perdendo somente para as doenças cardiovasculares e oncológicas. No Distrito Federal as motocicletas constituem o fator impulsor de nossa violência cotidiana nas ruas, fato que deve ser enfrentado com medidas estratégicas adequadas à magnitude do problema, já que incide prioritariamente sobre indivíduos jovens.

Com a oferta de linha de crédito e consórcios de veículos disponíveis no mercado no brasileiro, a expansão da frota de motocicletas nestes 10 dez anos a frota cresceu em torno de 246%, podendo chegar aproximadamente 18,5 milhões de unidades. Segundo SENA (2014) a frota de carros em circulação cresceu equivalente, ou seja, 65,3%, chegando em 37,2 milhões de veículos.

Diante do crescimento da frota de veículo circulando nas vias públicas, tendo como consequência os engarrafamentos gigantesco, culminado com grande rotatividade de mercadorias e serviços, as maiorias das empresas criaram vínculo empregatício informal com motociclistas para prestação de serviços como: farmácias, lojas de autopeças, floriculturas, restaurantes, copiadoras, bancos, malotes de empresas distribuidoras de gás de cozinha, supermercados, bancos e dentre outras.

A predominância do sexo masculino apontado no levantamento como principais vítimas o resultado se dá pelos mesmos serem mais “agressivos” no trânsito, pilotando

em maior velocidade, ultrapassando outros veículos na pista e até mesmo não respeitando o limite de distância de um veículo para o outro, também vale ressaltar que a motocicleta para as pessoas do sexo feminino, é considerada um meio de transporte perigoso e quanto às ofertas de serviço utilizando esse tipo de veículo, há uma preferência dos empregadores por pessoas do sexo masculino até mesmo pelo relatado acima, o hábito de pilotar em maior velocidade.

Mesmo sabendo que as maiorias dos registros de acidentes de motocicletas não estão especificadas, os dados pelo censo comum a predominância e entre faixa etária de pessoas de 20 a 40 anos de idade. Geralmente, estes acidentes nesta faixa etária podem estar relacionados a fatores de serviços como motoboy que sofre pressão por pontualidade da entrega necessitando de deslocamento rápido, longa jornada de trabalho.

Neste contexto, os acidentes envolvendo moto-carro e queda de moto aparecem em destaque, pois há muitos fatores que contribuem para esta realidade dentre eles há o aumento de veículos em circulação, alta de velocidade, disputa das vias por espaços chamados corredores onde os motociclistas preferencialmente pilotam para evitar os congestionamentos, a precariedade das vias, a má sinalização, a falta fiscalização, embriagado e impunidade para os indivíduos envolvidos nos acidentes.

Segundo dados do Departamento de Trânsito do DF (DETRAN-DF), em 2016 no Distrito Federal. Os óbitos por acidentes envolvendo motocicletas em 2015 foram aproximadamente 123, enquanto em 2016 foram 125 acidentes registrados com mortes, geralmente as vítimas tinha a faixa etária de 20 a 39 anos, nos anos estudados, representando 45% das vítimas mortas em cada ano e a maioria de sexo masculino

É nítida a necessidade de melhorar a qualidade dos registros de informações, pois são elementos para o monitoramento do perfil dos atendimentos do serviço, determinantes da ocorrência e distribuição dos eventos de saúde. Sabemos que a prioridade da equipe e prestar uma assistência rápida, efetiva e resolutiva ao paciente.

Segundo, aponta MOTA; ALMEIDA; VIACAVA, 2011, Os dados registrados como não identificados poderão causar impacto na informação epidemiológica, cuja finalidade de descrever, acompanhar e comparar características de populações, grupos de indivíduos e coletividades humanas no que afeta a saúde, bem estar e qualidade de vida, bem como determinantes da ocorrência e distribuição dos eventos de saúde.

Vale destacar alguns fatores que contribui para as ocorrências de acidentes motociclísticos nos horários entre 18h00 e 19h00 podem estar relacionado ao aumento da frota de veiculo nas vias publicas cansaço e stress, pois a maiorias das pessoas estão retornando dos seus trabalhos após o dia exaustivo de serviços. Nestes horários algumas pessoas também inicia sua jornada de trabalho como os motoboys que neste período inicia sua jornada de trabalho formal e informal fazendo entregas de farmácias, pizzarias e dentre outros.

No período matutino entre 07h00 e 08h59, podemos relacionar fatores como oferta de transporte público de baixa qualidade, aumento da frota de veiculo em circulação nas vias publica, culminando com a ida das pessoas ao trabalho, onde o congestionamento é grande e muitas pessoas utilizam motos como meio de transporte, por ser rápido, econômico, fácil de estacionar.

No ano de 2015 a semana epidemiológica 38 se destaca com um numero maior de atendimento realizado pelo SAMU, que pode estar relacionado à greve de transporte público. Já na semana 49 as ocorrências podem estar relacionadas com chuvas no período, ou até mesmo pelo agravante de transporte público.

Em 2016 as ocorrências da semana epidemiológica 31 podem estar relacionadas ao período do inicio das aulas do segundo semestre e na semana 16, pode-se verificar no calendário, um feriado prolongado nesse período, neste feriado geralmente as

peças fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas dentre outras infrações que contribuem para o aumento de ocorrência de acidentes nas vias públicas.

Geralmente os serviços como motoboy são mais comuns, agregado os despreparo dos condutores, ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas, grande imprudência no trânsito que contribui para a incidência de grande parte dos acidentes envolvendo motocicletas atendidas pelo SAMU do Distrito Federal nos anos de 2015 e 2016.

Diante destes fatores podemos concluir a predominância da maioria dos habitantes são pessoas com renda per capita e nível de escolaridade baixo, sendo que a maioria da população tem optado pela aquisição de motocicleta, que além de meio transporte, contribuir para subsistências e prestação serviços informal sendo sua principal fonte de renda.

Recomenda-se manter o investimento em campanhas educativas e preventivas, que tenham por objetivo conscientizar a população dos perigos iminentes de acidentes envolvendo veículos automotores, bem como uma maior fiscalização por parte dos órgãos regulatórios a fim de inibir a ocorrência de imprudências. Por parte do SAMU, pode ser aprimorado o treinamento da equipe que atende as ocorrências para que os dados tenham cada vez mais informações que sirvam de base para os gestores terem mais informações e trabalhem mais efetivamente com a prevenção de acidentes.

8. REFERÊNCIAS

Almeida PMV et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, jun. 2016.

Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>>. Acesso em 15 de Maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1864/GM de 29 de setembro de 2003: **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às Urgências**. Brasília, 2006.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisas.php>>. Acesso em 14 de Maio de 2017.

BRASÍLIA, Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Anuário Estatístico do Sistema de Gerenciamento de Ocorrências – SGO/SSPDF**. 2015.

DETRAN-DF. **Boletim Anual de Acidentes de Trânsito com Vítimas Fatais Distrito Federal 2016**. Disponível em: <http://www.detran.df.gov.br/images/2016_boletim_anual.pdf> Acesso em 14 de Maio de 2017.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Definições de urgência e emergência: critérios e limitações**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

Ladeira RM; Barreto MS. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008.

Lopes SLB; Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**. Ribeirão Preto, v. 32, out./dez. 1999. Disponível

em: <<http://www.journals.usp.br/rmrp/article/view/7740/9278>>. Acesso em: 17 de Maio de 2017.

Machado CV; Salvador FGF; O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da Política Brasileira. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, 2011.

Minayo MCS; Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008.

MOTA E; ALMEIDA MFA; VIACAVAL F- **O dado epidemiológico, estrutura, fontes, propriedades e instrumentos**. in ALMEIDA FILHO N; BARRETO ML – Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011:pp85-94.

O'Dwyer G; Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, jan./mar. 2013.

Oliveira DSM; Araújo DS. Atendimento de Urgência e Emergência na Rede de Atenção Básica de Saúde: Análise do papel do Enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Interdisciplinar**. Salvador, v. 6, n. 12, 2013.

ORTIGA, Angela. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina**. 241p. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

PITTERI, Jessimira. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantis. Tese (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, 2010.

PORTAL DA SAÚDE. **O que é o SAMU 192?**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>> Acesso em 12 de Maio de 2017.

Ramos VO; Sanna MC. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 03, mai./jun. 2005.

Rezende DS et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 6, nov./dez. 2012.

SENA, Neidson. **ACIDENTES DE MOTOCICLETA**: Características das vítimas e dos acidentes dos usuários de um hospital da Paraíba-PB. TCC (Especialização) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SERRA, Rodrigo. **Dor, qualidade de vida e saúde dos profissionais do SAMU-192**. 169 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.

Silva EAC; Tipple AFV; Souza JT; Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, set. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>>. Acesso em 10 de Maio de 2017.

SILVA Paim (Org.). **Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

Tavares RF; Sousa JN; Espíndula MB. Acidentes de motocicleta: Os cuidados de enfermagem em situações de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. Goiânia, v. 3, n. 3, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em 20 de Maio de 2017.

Veloso ISC; Araújo MT; Alves M. Práticas de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 33, n. 4, 2012.

Vieira CMS; Mussi FC. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador-BA: Panorama e Desafios. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 42, n.4, 2008.

Zabeu JLA; Zovico JRR; Pereira Junior WNP; Tucci Neto PF. Perfil de vítima de acidente motociclístico na emergência de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Campinas, v. 48, 2013.

Zapparolo AS; Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 1, 2006.