



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PERFIL DOS ATENDIMENTOS TRAUMÁTICOS REALIZADOS EM BRASÍLIA-DF

INGRID DE SOUZA PEREIRA

Brasília, DF

2018

INGRID DE SOUZA PEREIRA

PERFIL DOS ATENDIMENTOS TRAUMÁTICOS REALIZADOS EM BRASÍLIA-DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Bertonha Machado.

Brasília, DF

2018

INGRID DE SOUZA PEREIRA

PERFIL DOS ATENDIMENTOS TRAUMÁTICOS REALIZADOS EM BRASÍLIA-DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Brasília, 25 de junho de 2018.

Comissão Examinadora

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Bertonha Machado

Membro Efetivo: Prof^a Dr^a Elaine Barros Ferreira

Membro Efetivo: Prof. Me. Marcelo Nunes de Lima

Membro Suplente: Prof. Dr. Alisson Fernandes Bolina

Agradecimentos

Agradeço à Deus, por ter me guiado, protegido e iluminado, por toda a minha vida. Aos meus pais e irmãos, pela compreensão, amor, confiança e apoio incondicional, por sempre me incentivarem a correr atrás dos meus sonhos e estarem sempre comigo em todos os momentos, apesar da distância e das dificuldades;

Ao meu namorado, Luis Claudio, pela paciência, amor, companheirismo e por confiar no meu potencial em todos os momentos;

Aos meus amigos de antes da graduação, por estarem presentes, mesmo que distantes. Aos amigos que fiz na Universidade de Brasília, por terem feito a caminhada até aqui mais leve e divertida;

Aos professores que contribuíram dividindo seus conhecimentos e experiências, a graduação não teria sido a mesma sem vocês, proporcionaram grande amadurecimento pessoal e profissional. Especialmente à professora Dr^a Margarete Marques Lino por me orientar e não me desamparar mesmo nos momentos difíceis de sua vida, minha gratidão, carinho e respeito; à professora Dr^a Valéria Bertonha Machado por assumir a orientação do meu Trabalho de Conclusão de Curso já em andamento e contribuir tão ricamente; à professora Dr^a Dirce Bellezi Guilhem pela oportunidade de ingresso na iniciação científica com todo o suporte e atenção;

Agradeço a Liga Acadêmica de Enfermagem em Trauma e Emergência por todas as oportunidades e pela confiança no meu trabalho; aos parceiros Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, pela oportunidade de realizar meu trabalho no Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar; ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-DF, Hospital de Base do Distrito Federal, por terem me acolhido e me ensinado tanto.

Sou muito grata por cada vivência proporcionada pela Enfermagem.

Normatização Adotada

O Trabalho de Conclusão de Curso segue as recomendações da Biblioteca Central da Universidade de Brasília para formatação, cumprindo às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas para Informação e Documentação, vigentes no momento da publicação:

- NBR 14724 (2011) – Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação;
- NBR 6024 (2012) – Informação e documentação – Numeração progressiva das seções de um documento – Apresentação;
- NBR 6028 (2003) – Informação e documentação – Resumo – Apresentação;
- NBR 6023 (2002) – Informação e documentação – Referências – Elaboração;
- NBR 6027 (2012) – Informação e documentação – Sumário – Apresentação;
- NBR 10520 (2002) – Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação.

RESUMO

Introdução: De acordo com o Ministério da Saúde, os acidentes traumáticos têm grande influência na morbidade e mortalidade da população brasileira, representando um importante problema de saúde pública repercutindo diretamente na sociedade. **Objetivo:** Caracterizar as vítimas de acidentes traumáticos, os mecanismos de trauma mais comuns e os principais agravos, dos atendimentos realizados pelo 1º Grupamento de Bombeiros Militar (GBM) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), que atende a região do Plano Piloto em Brasília-DF. **Método:** O estudo tem abordagem retrospectiva, quantitativa, exploratória, documental, de base populacional. Incluiu todas as vítimas de acidentes traumáticos atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, de 01 de julho de 2015 à 31 de dezembro de 2015. Os dados foram coletados das Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar no arquivo do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar. **Resultados:** Foram atendidas 379 vítimas, dentre elas 62,5% com idade entre 21 e 40 anos com predominância do sexo masculino, correspondendo à 65,17% do total de atendimentos; Os acidentes de trânsito foram responsáveis por 52% dos atendimentos prestados; Os agravos mais comuns foram fraturas, entorses, luxações, ferimentos e contusões, independentemente da localização, somando 53,5%. **Conclusão:** Faz-se necessária a implantação de ações e políticas voltadas à prevenção de acidentes traumáticos, com ênfase nas populações e faixas etárias mais representativas na caracterização das vítimas, e valorização das medidas já implantadas, pelos Departamentos de Trânsito. Além de proposta de implantação da educação no trânsito como disciplina obrigatória nas escolas das redes públicas e privadas, no território nacional.

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar. Trauma. Epidemiologia. Emergência. Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: According to the Ministry of Health, traumatic accidents have a great influence on the morbidity and mortality of the Brazilian population, representing an important public health problem with a direct repercussion on society. **Objective:** To characterize the victims of traumatic accidents, the most common trauma mechanisms and the main injuries, of the care provided by the 1st Military Fire Brigade Group of the Military Fire Brigade of the Federal District, which serves the region of the Plano Piloto in Brasília-DF. **Method:** The study has a retrospective, quantitative, exploratory, documentary, population-based. It included all victims of traumatic accidents attended by the 1st Military Fire Brigade Group of the Military Fire Brigade of the Federal District, from July 1, 2015 to December 31, 2015. The data were collected from Pre-Hospital Care Records in the Pre-Hospital Emergency Care Grouping. **Results and Discussion:** A total of 379 victims were treated, 62.5% of whom were between 21 and 40 years old, with a predominance of males, corresponding to 65.17% of the total number of visits; being the traffic accidents responsible for 52% of the services rendered; the most common injuries were fractures, sprains, dislocations, injuries and bruises, regardless of location, accounting for 53.5%. **Conclusion:** It is necessary to implement actions and policies aimed at the prevention of traumatic accidents, with emphasis on the most representative populations and age groups in the characterization of the victims, and valuation of the measures already implemented by the Transit Departments. In addition to the proposal to implement education in traffic as a compulsory subject in public and private schools, in the national territory.

Descriptors: Pre-hospital care. Trauma. Epidemiology. Emergency. Public Health.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Classificação segundo sexo e faixas etárias das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 17
- Gráfico 2** - Relação entre os dias da semana e os turnos dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 19
- Gráfico 3** - Distribuição dos acidentes automobilísticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 21
- Gráfico 4** - Distribuição dos acidentes com motocicletas atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 22
- Gráfico 5** - Distribuição de quedas da própria altura atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 22
- Gráfico 6** - Distribuição das agressões atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 23
- Gráfico 7** - Relação entre a gravidade e sexo das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 24
- Gráfico 8** - Classificação percentual dos mecanismos mais comuns geradores dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015. 25
- Gráfico 9** - Relação entre mecanismos geradores de trauma e sexo das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015. 26
- Gráfico 10** - Relação percentual entre o turno de ocorrência e os mecanismos geradores dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015. 27
- Gráfico 11** - Classificação percentual dos agravos mais comuns nos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015. 28
- Gráfico 12** - Classificação percentual dos locais de atendimento dos acidentes traumáticos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015. 29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição do número de ocorrências por mecanismos de trauma mais comuns pelos dias da semana, através dos registros nas FAPH dos atendimentos traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, no período de julho a dezembro de 2015. 20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar

C.I.P.E.: Crítico, Instável, Potencialmente Instável e Estável

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBMDF: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

DATASUS/SIM: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/ Sistema de Informação sobre Mortalidade

DEA: Desfibrilador Externo Automático

DF: Distrito Federal

ECG: Escala de Coma de Glasgow

EPIA: Estrada Parque Indústria e Abastecimento

FAPH: Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GAEPH: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar

GBM: Grupamento de Bombeiros Militar

OMS: Organização Mundial de Saúde

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

UnB: Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	MATERIAIS E MÉTODOS	14
3.1	Tipo de estudo	14
3.2	Local de estudo	14
3.3	Aspectos éticos	15
3.4	Material de estudo	15
3.5	Período, operacionalização e instrumento de coleta de dados	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6	REFERÊNCIAS	32
	ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP	34
	ANEXO 2 – Termo de consentimento de uso de informações	36
	ANEXO 3 - Ficha de atendimento pré-hospitalar GAEPH-CBMDF	37

1 INTRODUÇÃO

Segundo as diretrizes da linha de cuidado ao trauma do Ministério da Saúde a palavra trauma, semanticamente, vem do grego cujo significado é ferida. Pode ser entendido como ferimento causado por intervenções lesivas ou hostis, ou pela incorporação de matéria tóxica no organismo, podendo levar a dano psicológico ou emocional. O trauma é um agravo que pode gerar diversas complicações, e representa um importante problema de saúde pública no Brasil, provocando forte impacto na morbimortalidade dos cidadãos, com profundas consequências nas estruturas sociais, econômicas e políticas de nossa sociedade (BRASIL, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o trauma “é um desafio internacional para os sistemas de saúde pública, e sugere que no ano de 2020 os acidentes de trânsito serão a segunda causa externa de mortalidade no mundo” (SANTOS *et al.*, 2012).

As causas externas têm sido um crescente e importante problema na saúde pública e implicam diretamente a assistência prestada pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) – Saúde Toda Hora, sendo um desafio incorporar as ações de vigilância, prevenção e promoção nesta rede. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Constituem-se na primeira causa de óbito em homens de 1 a 39 anos. Em 2010, houve 143.256 (DATASUS/SIM) mortes por causas externas, sendo preponderantes os homicídios (36,5%) e os acidentes de trânsito (30%) (BRASIL, 2013).

As causas externas podem ter como origem os acidentes de trânsito, o afogamento, o envenenamento, as quedas, as queimaduras e as violências que incluem agressões/homicídios, suicídios, tentativa de suicídio, automutilação, abusos físicos, sexuais e psicológicos, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

De acordo com Martins (2004), Jean Larrey foi o primeiro a identificar a imprescindibilidade de uma avaliação primária a fim de melhorar o prognóstico do paciente exposto a situação de trauma e reduzir os danos. A partir dos artifícios criados por ele, basearam-se os modelos do cuidado de emergência atualmente usados, caracterizados pela atenção rápida ao paciente por profissionais capacitados, intervenção e estabilização ainda no cenário e assistência médica durante o transporte.

Os primeiros registros sobre a prática assistencial de saúde no local da ocorrência de urgência/emergência pré-hospitalar – hoje comumente denominada de Atendimento Pré-Hospitalar -, remontam as batalhas de Napoleão Bonaparte, na Prússia, no final do século XVIII, na Europa. Consta que por volta de 1792, o cirurgião de guerra Dr. Baron Dominique Jean Larrey idealizou a ambulância voadora – uma carroça

puxada por cavalos para transportar os feridos (BRINK *et al.*, 1993). Após a avaliação e primeiro atendimento, a vítima traumatizada era conduzida para os “hospitais de campanha”, na retaguarda, onde era realizado o atendimento definitivo. Larrey ficou conhecido como o precursor da ideia de ambulâncias e o meio de transporte mais utilizado, naquela época, era a ambulância voadora, idealizada por ele (MARTINS, 2004, p. 60).

Atendimento pré-hospitalar (APH) é, para Minayo e Deslandes (2008), qualquer amparo realizado no meio extra-hospitalar promovido com os recursos disponíveis. Compreende desde uma recomendação médica, até o despacho de uma viatura de suporte básico ou avançado de vida ao local do incidente, onde possua pessoas que foram acometidas por algum agravo de saúde, priorizando a manutenção da vida e a minimização de sequelas.

O atendimento ao traumatizado deve ser o mais breve possível, resultando numa melhor consistência entre o atendimento prestado no local, a assistência durante o transporte e o tratamento definitivo intra-hospitalar. O tratamento inicial pode sentenciar a estimativa de sobrevivência do paciente, inicia-se no cenário com uma rápida avaliação e as condutas tomadas para estabilização dos agravos que colocam em risco a vida, estabelecendo assim as prioridades da assistência. O cuidado do paciente vítima de trauma exige que o profissional tenha uma visão integralizada de toda a cena e se envolva na dinâmica do atendimento (SANTOS *et al.*, 2012).

O estudo do perfil das ocorrências traumáticas, caracterização da população, dos mecanismos e dos agravos, através dos registros das Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar do arquivo do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), geraram dados precisos e confiáveis para subsidiar o aprimoramento da gestão de recursos e melhorar o atendimento das demandas da população assistida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar os atendimentos traumáticos realizados pelo 1º Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), de julho a dezembro de 2015.

2.2 Específicos

- Identificar os mecanismos de trauma e os agravos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF.
- Identificar o perfil demográfico nos agravos traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF.
- Identificar os grupos de risco.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo tem abordagem retrospectiva, quantitativa, exploratória, documental, de base populacional. Incluiu todas as vítimas de acidentes traumáticos atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, de 01 de julho de 2015 à 31 de dezembro de 2015. É um estudo descritivo que segundo Lima-Costa *et. al.* (2003), tem como finalidade determinar a incidência de eventos relacionados a determinantes socioculturais, identificando os grupos de risco.

Em consentimento com Bonita *et. al.* (2010), o primeiro passo em uma investigação epidemiológica é a simples descrição do estado de saúde de uma comunidade a partir de dados rotineiramente coletados ou coletados diretamente através de questionários específicos.

3.2 Local de estudo

O trabalho é procedente de uma pesquisa, denominada “Perfil dos Atendimentos Pré-Hospitalares realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal”. A pesquisa é realizada no Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar, do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, DF.

O local de abrangência do estudo é a região do Plano Piloto, segundo definição da Administração Regional do Governo de Brasília (2018), o nome Plano Piloto, era o nome do projeto urbanístico da cidade que foi criado por Lúcio Costa, ganhador do concurso para projetá-la e o título passou a nomear a área construída.

Segundo o decreto 10 829/87, os limites do Plano Piloto são definidos pelo lago Paranoá, a leste; pelo córrego Vicente Pires, ao sul; pela Estrada Parque Indústria e Abastecimento (EPIA), ao oeste; e pelo córrego Bananal, ao norte. Dessa forma, abrange áreas das regiões administrativas do Cruzeiro, do Sudoeste/Octogonal e da Candangolândia (GOVERNO DE BRASÍLIA, 2018).

O Plano Piloto é também denominado de Região Administrativa I do Distrito Federal, e dentro dos limites estabelecidos, as áreas compreendidas nessa região são:

A Região Administrativa I é formada pela Asa Norte, Asa Sul, Setor Militar Urbano, Setor de Clubes, Setor de Garagens e Oficinas, Setor de Indústrias Gráficas, Área de Camping, Eixo Monumental, Esplanada dos Ministérios, Setor de Embaixadas Sul e Norte, Vila Planalto, Granja do Torto, Vila Telebrasilândia, Setor de áreas Isoladas Norte e sedia os três poderes da República: Executivo, Legislativo e Judiciário (GOVERNO DE BRASÍLIA, 2018).

A coleta de dados foi realizada no Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH), do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, localizado na QE 38, Área Especial 6B do Guará II, Brasília, DF. Local onde são armazenadas as Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) realizadas pelos quartéis (GBM) do Distrito Federal.

3.3 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS-DF), em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e obteve sua aprovação, sob CAAE nº 56437316.2.0000.5553 e parecer nº 1.757.394 (Anexo 1).

O Termo de Consentimento de Utilização de Informações (Anexo 2) autorizou a coleta de dados, sob responsabilidade, do dever de manutenção do sigilo, da confidencialidade dos dados e da proteção da imagem da população estudada, foi autorizada pelo responsável do GAEPH do CBMDF.

3.4 Material de estudo

Foram coletados os dados dos atendimentos traumáticos, a partir das fichas de Atendimento Pré-Hospitalar (Anexo 3) dos arquivos do GAEPH do CBMDF, utilizadas nas ocorrências do período de 01 de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2015, pelo 1º GBM, localizado no Setor de Garagens e Manutenção Norte-DF. Inclusas todas as fichas de atendimentos traumáticos do período descrito.

O instrumento é próprio do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e ainda não é validado. Constam itens desatualizados como as condutas de atendimento à Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e a Escala de Coma de Glasgow (ECG). O estudo apresenta uma das primeiras evidências de validade do instrumento.

3.5 Período, operacionalização e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2017, no arquivo do GAEPH e foi conduzida pela acadêmica. As informações foram agrupadas, e inseridas em uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*), que reuniu os dados relacionados à população, aos mecanismos dos traumas e aos agravos gerados pelos acidentes, nos atendimentos prestados pelo 1º GBM do CBMDF, segundo os aspectos listados:

- (1) Data: dia da semana, dia do mês, mês e ano;
- (2) Horário: diurno e noturno.
- (3) Horários de saída da viatura, do início da atuação na ocorrência, do deslocamento para o hospital, da chegada ao hospital, do término do atendimento e término da operação.
- (4) Local da ocorrência: residência, via pública, trabalho ou outros;
- (5) Sexo da vítima: masculino ou feminino;
- (6) Idade: em anos, meses ou dias;

- (7) Sinais vitais: pulso, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, temperatura, perfusão periférica, reações das pupilas e foto reação.
- (8) Gravidade: crítico, instável, potencialmente instável ou estável;
- (9) Tipo de trauma: acidente automobilístico, acidente com motocicleta, afogamento, agressão, atropelamento, choque elétrico, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, mordida/picada, queda da própria altura, queda de altura, queimadura, estrutura colapsada ou outros;
- (10) Agravos relacionados ao trauma: problemas em cabeça, pescoço, abdômen, dorso, pelve e/ou tórax (afundamento, avulsão, contusão, encravamento, escoriações, fratura, hemorragia, incisão, laceração e/ou queimadura);
- (11) Problemas em membros superiores e/ou inferiores (amputação, avulsão, encravamento, escoriações, esmagamento, ferimento, fratura/entorse/luxação, hemorragia, laceração e/ou queimadura);
- (12) Outros problemas: evisceração, hipotermia, insuficiência respiratória, parada respiratória, parada cardiorrespiratória, suspeita de estado de choque, suspeita de traumatismo crânio encefálico, suspeita de traumatismo raquimedular, vias aéreas obstruídas e/ou outros;
- (13) Se houve procedimento de ressuscitação cardiopulmonar;
- (14) Utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- (15) Hospital de destino;

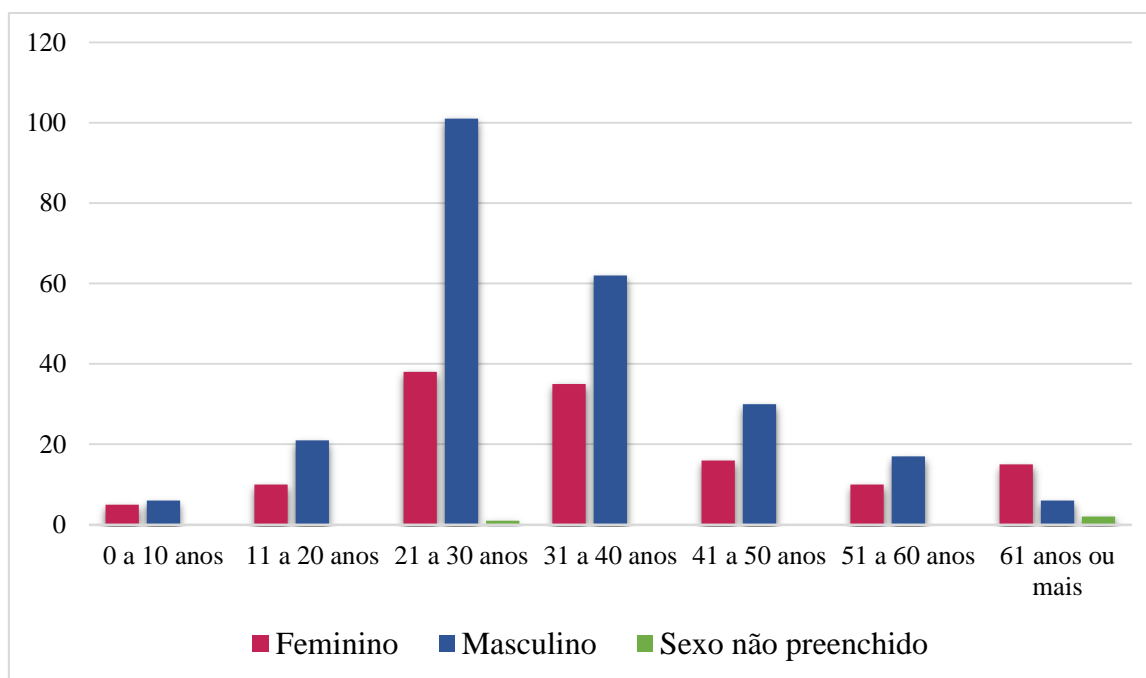
Realizada análise estatística descritiva (porcentagem e média), que de acordo com Silvestre (2007) busca caracterizar os elementos da população, com a finalidade de obtenção de um valor preciso dos parâmetros com base nas observações feitas. Aplicadas as ferramentas disponíveis no programa utilizado para armazenamento dos dados, *Microsoft Excel*® 2016. Foram atribuídos os filtros para cruzamentos de dados relevantes e cálculos de frequência para obtenção dos dados usados na formatação dos gráficos apresentados posteriormente, nos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de 379 FAPH foram coletados, correspondentes às ocorrências originadas por mecanismos traumáticos, e 79,68% dos atendimentos realizados foram na 1ª Região Administrativa do DF (Brasília) devido à sua proximidade do Grupamento. A porcentagem não atinge totalidade devido a flexibilização de atuação das Unidades de Resgate nos atendimentos de outras Regiões Administrativas de acordo com a necessidade.

A partir dos documentos, e da análise dos dados, foi identificada a população mais acometida, a faixa etária mais envolvida, os mecanismos mais comuns, os locais, dias e horários que mais frequentemente são cenários para os atendimentos de urgência e emergência do 1º GBM do CBMDF. É relevante mencionar que das 379 fichas analisadas, apenas cinco estavam devidamente preenchidas, com todos os dados solicitados.

Gráfico 1- Classificação segundo sexo e faixas etárias das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Conforme observado no gráfico 1, 65,17% (n=247) atendimentos foram a pacientes do sexo masculino, 34,03% (n=129) a pacientes do sexo feminino e três FAPH não estavam devidamente preenchidas no campo destinado a identificação do sexo do paciente. A quantidade de vítimas do sexo feminino corresponde a praticamente metade da quantidade de vítimas do sexo masculino.

Trata-se do mesmo padrão encontrado nos estudos de Sousa *et. al.* (2017) referente a região da Amazônia brasileira, Silva *et. al.* (2016) referente ao município de Itajubá – MG, Passos *et. al.* (2015) referente ao estado de Sergipe e Medeiros *et. al.* (2015) referente ao município de Jataí – GO, onde o perfil encontrado também mostra a predominância de homens adultos. Porém a incidência apresentada pelo sexo masculino, no estudo de Silva *et. al.* (2016), chama atenção, pela porcentagem muito expressiva (97% dos atendimentos).

Apenas quatro fichas não tinham o campo correspondente à idade dos pacientes atendidos. As faixas etárias foram analisadas de 10 em 10 anos, a idade entre 21 a 30 anos e a

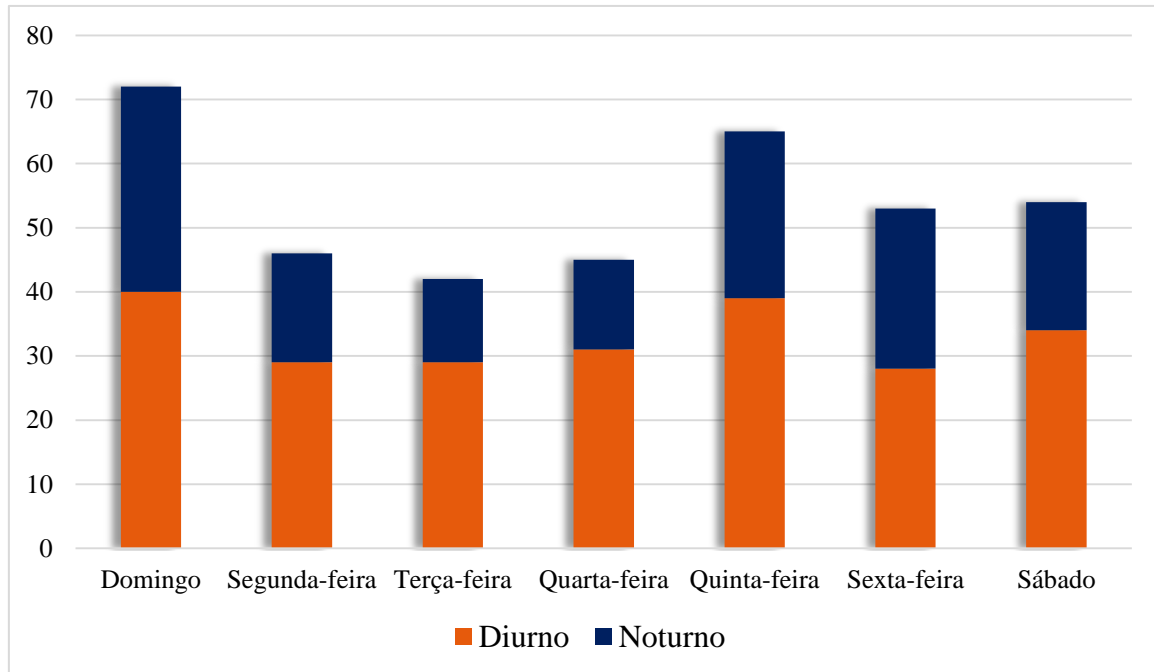
de 31 a 40 anos são as que mais tiveram registros entre julho e dezembro de 2015, somando um total de 237 pacientes atendidos, correspondendo à 62,5% dos atendimentos realizados.

Os resultados obtidos neste estudo assemelham-se aos de Silva *et. al.* (2016), referente ao município de Itajubá – MG, porém apresentam divergências com as faixas etárias mais atendidas por acidentes traumáticos, onde a prevalência é de pacientes entre 30 e 50 anos. Apresenta semelhança relativa ao estudo de Medeiros *et. al.* (2015) onde a principal faixa etária das vítimas é a mesma, mas a subsequente é divergente. Em Medeiros *et. al.* (2015) a maior parte é representada por pessoas de 21 a 30 anos (22,25%), seguido por 11 a 20 anos (19,50%) e de 31 a 40 anos (15,94%). Já em Brasília, as faixas etárias que mais foram atingidas foram de 21 a 30 anos (36,93%) e de 31 a 40 anos (25,59%), enquanto a faixa etária que aparece como segunda maior incidência no município de Jataí no Goiás, em Brasília representa apenas 8,17% (11 a 20 anos). Isso pode estar relacionado principalmente com as características gerais da região de Brasília, por ser altamente comercial e administrativa, habitualmente as pessoas que circulam fazem parte das faixas etárias mais acometidas, por serem economicamente mais ativas, que a faixa etária apresentada no estudo de Medeiros *et. al.* (2015).

Até a faixa etária de 51 a 60 anos, os pacientes de sexo masculino são predominantes, e apenas após os 61 anos, os acidentes envolvendo mulheres supera a quantidade dos acidentes envolvendo homens. Dos acidentes envolvendo pessoas de 61 anos ou mais, 56,5% (n=13) são quedas da própria altura e em 69,2% (n=9) dos casos a vítima era do sexo feminino. Entre os acidentes com pessoas maiores de 60 anos, assim como no presente estudo, em Freitas *et. al.* (2015) e Franklin *et. al.* (2018) o sexo mais incidente é o feminino e a maior parte dos acidentes traumáticos é ocasionado por quedas da própria altura.

Os dados encontrados sobre a distribuição das vítimas por sexo e idade é semelhante com o estudo de Sousa *et. al.* (2017), na região da Amazônia brasileira, onde até a faixa etária de 60 anos, os pacientes de sexo masculino são predominantes, e apenas após essa idade, os acidentes envolvendo mulheres supera a quantidade dos acidentes envolvendo homens. O que pode ser justificado com a exposição de Medeiros *et. al.* (2015) que, a partir de estudos, conclui que a mortalidade masculina ainda supera a feminina em praticamente todo o território brasileiro, o que interfere, na expectativa de vida do gênero masculino, consequentemente aumentando o número de mulheres que chegam às idades mais avançadas.

Gráfico 2 - Relação entre os dias da semana e os turnos dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Os maiores números de ocorrências foram registrados no domingo com 18,9% dos atendimentos, seguido de quinta-feira com 17,1% dos atendimentos, sábado com 14,2% dos atendimentos, sexta-feira com 13,9% dos atendimentos, segunda-feira com 12,1% dos atendimentos, quarta-feira com 11,8% dos atendimentos e terça-feira com 11% dos atendimentos. Duas Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar não tinham o campo correspondente ao dia da semana preenchido, porém todas estavam preenchidas quanto ao turno que o atendimento foi realizado.

As ocorrências no turno diurno representam 60,95% (n=231), enquanto as ocorrências no turno noturno representam 39,05% (n=148). O período de ocorrência dos acidentes é compatível com o perfil da região, que é essencialmente comercial, podendo ainda algumas ocorrências do período noturno estarem relacionadas com o deslocamento dos profissionais para o trabalho.

Enquanto em Brasília o dia da semana com mais atendimentos pelo 1º GBM é domingo, em Itajubá o dia que apresenta mais ocorrências é o sábado. Em relação ao dia da semana em que ocorreram os acidentes com motocicletas, em Brasília, a maior parte foi registrada durante a semana, o que leva a interpretação de que estão muito ligados às atividades laborais e/ou deslocamento para o trabalho. A relação do uso de motocicletas para deslocamentos ao trabalho e atividades remuneradas também foi observada no estudo de Mascarenhas *et. al.* (2016). A distribuição por dia da semana diverge com o encontrado na

cidade de Rio Branco-AC. Em Rocha *et. al.* (2013) e Mascarenhas *et. al.* (2016), onde a incidência de acidentes com motocicletas é maior nos finais de semana, muitas vezes também relacionadas a atividades recreativas e aos hábitos ligados a elas, como por exemplo o consumo de álcool.

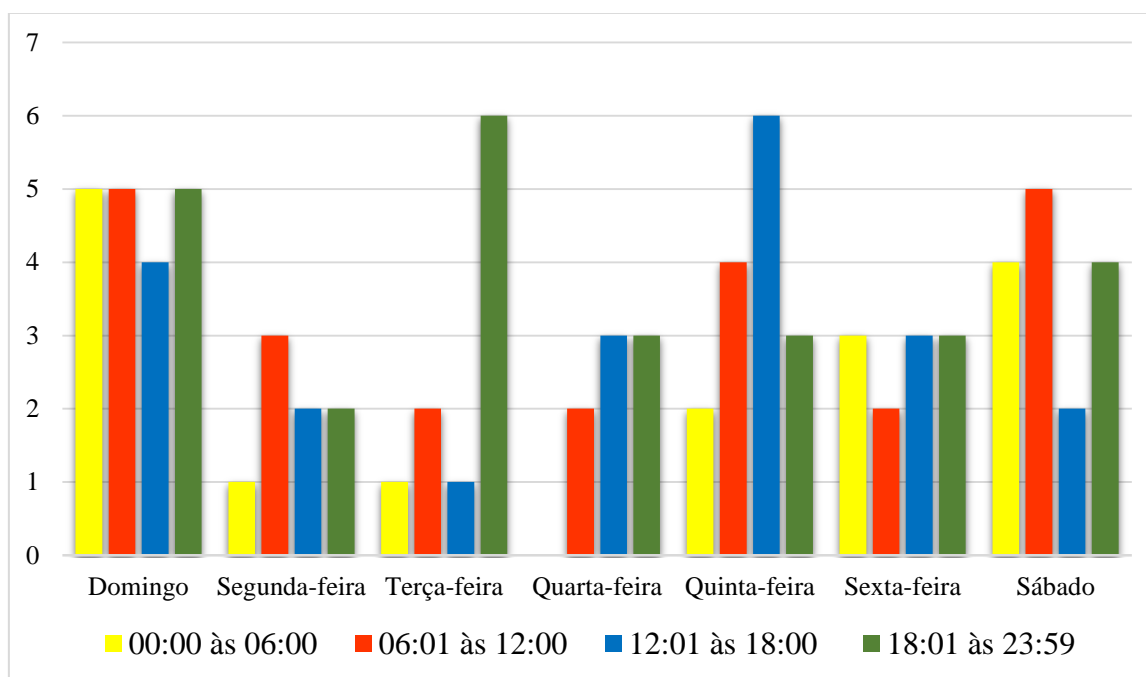
Tabela 1- Distribuição do número de ocorrências por mecanismos de trauma mais comuns pelos dias da semana, através dos registros nas FAPH dos atendimentos traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, no período de julho a dezembro de 2015.

	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
<i>Acidente automobilístico</i>	20	9	11	8	17	13	17
<i>Acidente entre carro e moto</i>	2	1	1	4	2	2	1
<i>Acidente com motocicleta</i>	4	10	9	11	14	7	6
<i>Agressão</i>	11	1	4	2	3	1	3
<i>Atropelamento</i>	0	2	4	3	4	4	3
<i>Ferimento por arma branca</i>	2	1	0	1	2	4	0
<i>Queda da própria altura</i>	12	7	6	3	8	7	7
<i>Queda de altura</i>	1	2	2	2	1	4	2
<i>Acidente com bicicleta</i>	3	0	0	1	3	2	2

Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Os acidentes automobilísticos, com bicicletas e quedas da própria altura têm um aumento significativo com a aproximação do final de semana, assim como os mecanismos relacionados à violência, como agressão e ferimentos por arma branca. Em contra partida, os acidentes envolvendo motocicletas, atropelamentos e quedas de alturas são mais comuns durante a semana.

Gráfico 3 - Distribuição dos acidentes automobilísticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.

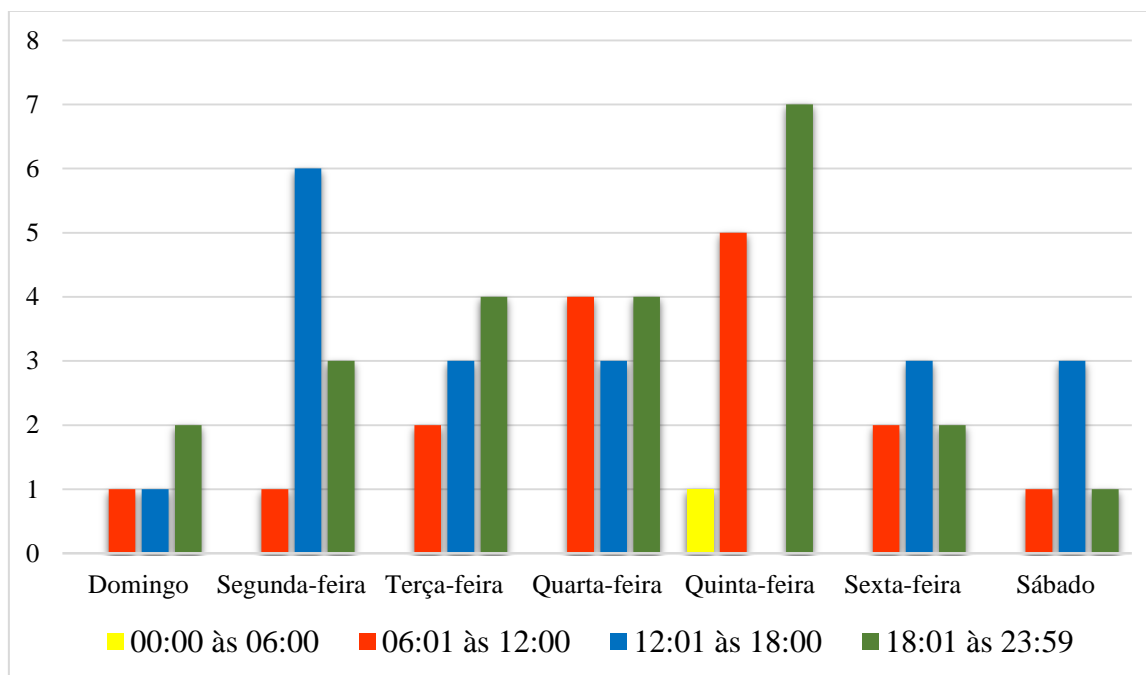


Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Domingo é o dia com mais ocorrências de acidentes automobilísticos registrados e a distribuição por horários é proporcional em todos os turnos. Com a aproximação do final de semana o número de ocorrências aumenta gradativamente, assim como os acidentes de motocicleta registrados nesses dias em outras regiões do país.

Os dados encontrados também são condizentes com os dados do Boletim Anual de Acidentes com vítimas fatais de 2015 do Governo do Distrito Federal (2016), em que foi registrado aumento do número de acidentes com a aproximação do final de semana. Possivelmente são relacionados com as atividades de lazer que são oferecidas aos finais de semana e que geram uma maior movimentação como bares, restaurantes e casas de festas. De acordo com o Boletim de 2015, os acidentes com morte foram predominantemente no sábado, representando 18% e no período da noite (das 18h às 23h59) em 34% dos acidentes. A incidência dos acidentes com vítimas fatais, tem uma distribuição diferente dos acidentes com as vítimas de trauma atendidas pelo CBMDF, uma das principais razões é a particularidade da região com relação às atividades desenvolvidas e o Boletim ser referente a todo o Distrito Federal.

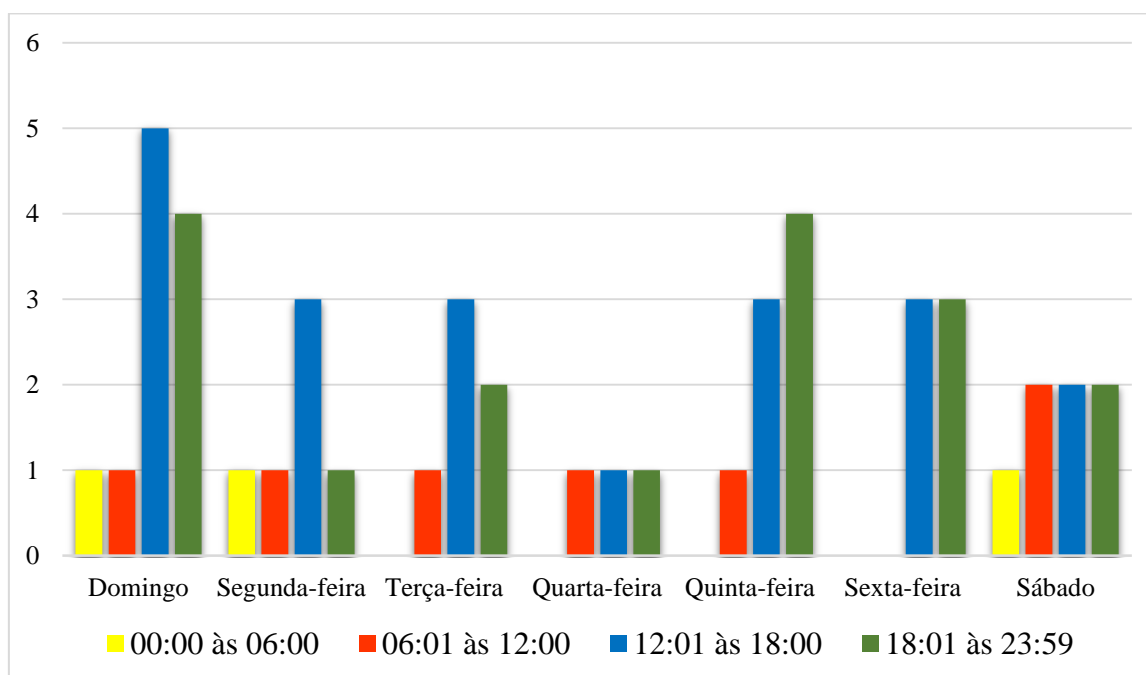
Gráfico 4 - Distribuição dos acidentes com motocicletas atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Os acidentes envolvendo motocicletas tem uma frequência consideravelmente maior durante a semana, e nos horários correspondentes ao horário comercial ou logo após, registrando apenas um caso entre 00:00 e 06:00.

Gráfico 5 - Distribuição de quedas da própria altura atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.

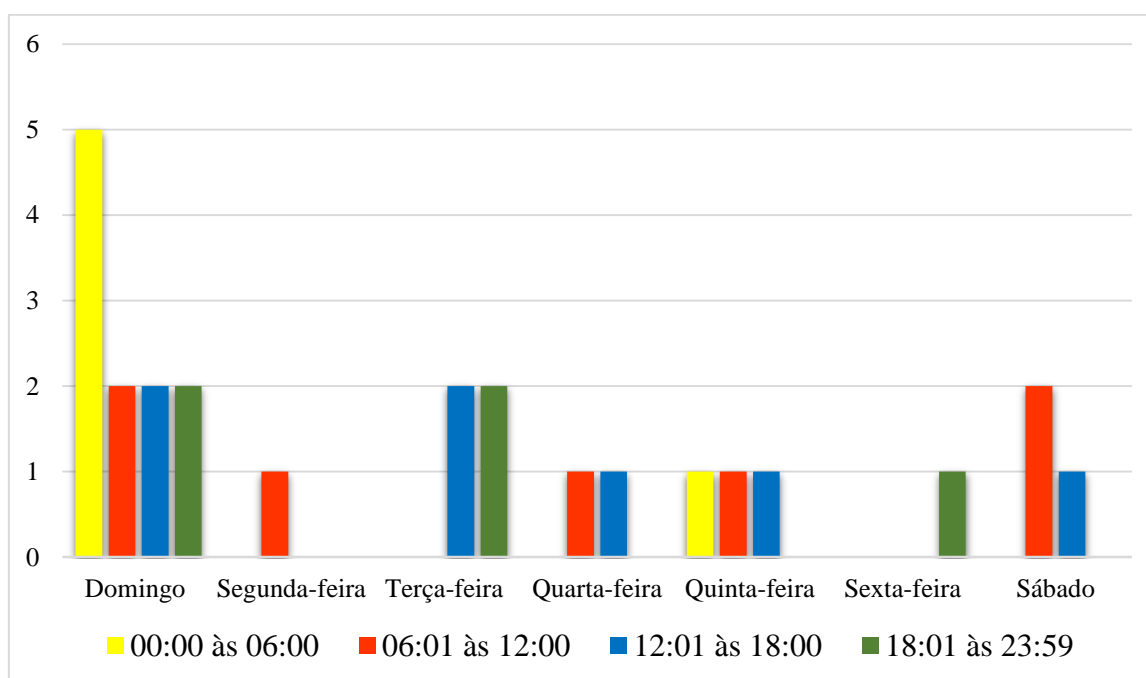


Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Ao analisar as distribuições das quedas da própria altura, pelos horários, percebe-se que a maior parte dos acidentes acontecem no período da tarde e da noite. Das 50 ocorrências por queda da própria altura, em 26% dos casos, a vítima tinha mais de 61 anos de idade. Porém para essa faixa etária, a queda da própria altura, representa 56,52% (n=13) do total dos acidentes em que estão envolvidos.

Esses dados se assemelham a Freitas *et. al.* (2015) onde 65,1% dos acidentes envolvendo idosos foram devido a quedas da própria altura, a maioria envolvendo mulheres, com baixo grau escolaridade. Freitas *et. al.* (2015) destaca também a necessidade de identificar as circunstâncias que podem levar às quedas, como uso de medicações, hipotensão ortostática, demência, depressão, alterações musculares e de equilíbrio, além dos fatores ambientais, como pisos, escadas, banheiros e iluminação inadequados. E a partir desses fatores traçar intervenções individualizadas para cada paciente e condições apresentadas.

Gráfico 6 - Distribuição das agressões atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, por dia da semana e por horários, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

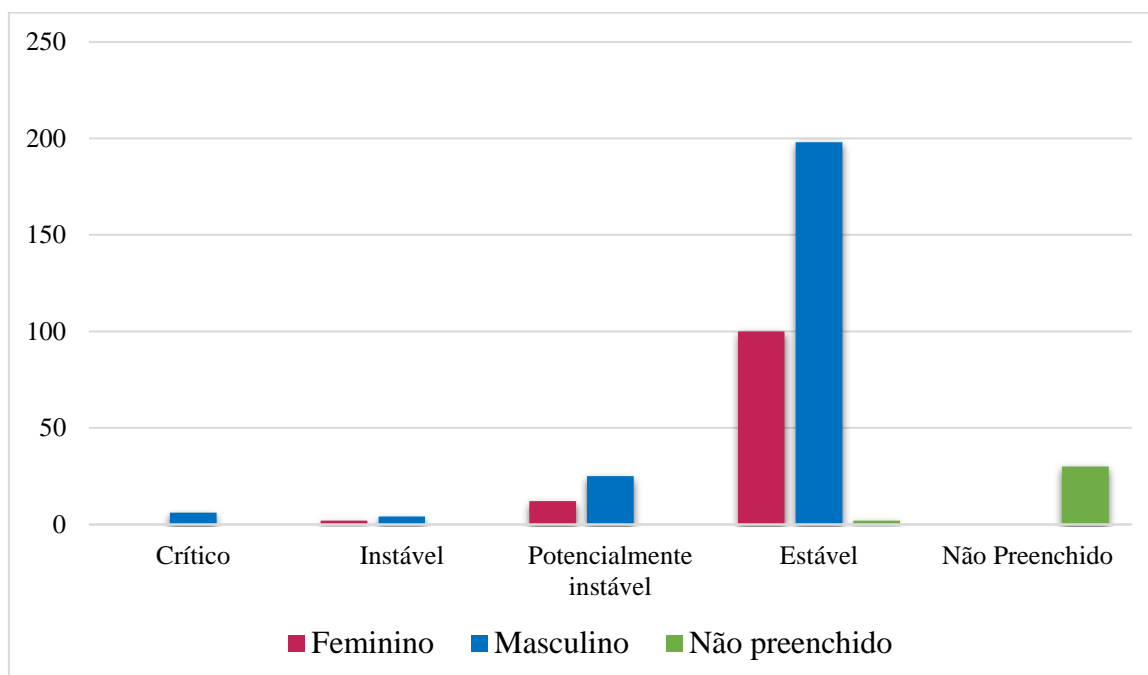
É discrepante a quantidade de agressões atendidas no domingo, em relação aos outros dias da semana, assim como a distribuição entre as faixas etárias observadas. Em 80,7% (n=20) dos casos de agressão, a vítima possui idade entre 21 e 40 anos, sendo que nos outros 19,3% (n=5) estão compreendidas todas as outras faixas etárias e as vítimas sem documentação da idade.

Em Souto *et. al.* (2017), um estudo dos atendimentos de vítimas de violência de hospitais das capitais do Brasil no ano de 2014, a maior prevalência foi em pessoas entre 20 e 39 anos (50,2%), o que condiz com a realidade da faixa etária encontrada em Brasília no segundo semestre de 2015.

No estudo de Souto *et. al.* (2017), aproximadamente 32% das vítimas relataram ter ingerido bebida alcoólica nas 6 horas que antecederam a agressão, essas vítimas representaram um aumento das ocorrências aos finais de semana, enquanto as vítimas que não consumiram álcool mantiveram números estáveis de agressões durante a semana. Em Brasília as agressões apresentam uma maior incidência no domingo, em especial durante a madrugada, e possivelmente está ligada aos hábitos de ingestão de álcool nas atividades de lazer dos finais de semana, e permanece constante durante o restante da semana, assim como observado em Souto *et. al.* (2017). Logo, é possível inferir que a região segue o padrão geral encontrado no país com relação à distribuição dos números de agressões.

Os dados dos gráficos com base em horários foram obtidos através do horário de início de atuação na ocorrência, pois apenas 20 não continham a hora documentada. Enquanto 75 Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar não tinham o horário de saída da viatura informado.

Gráfico 7 - Relação entre a gravidade e sexo das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.



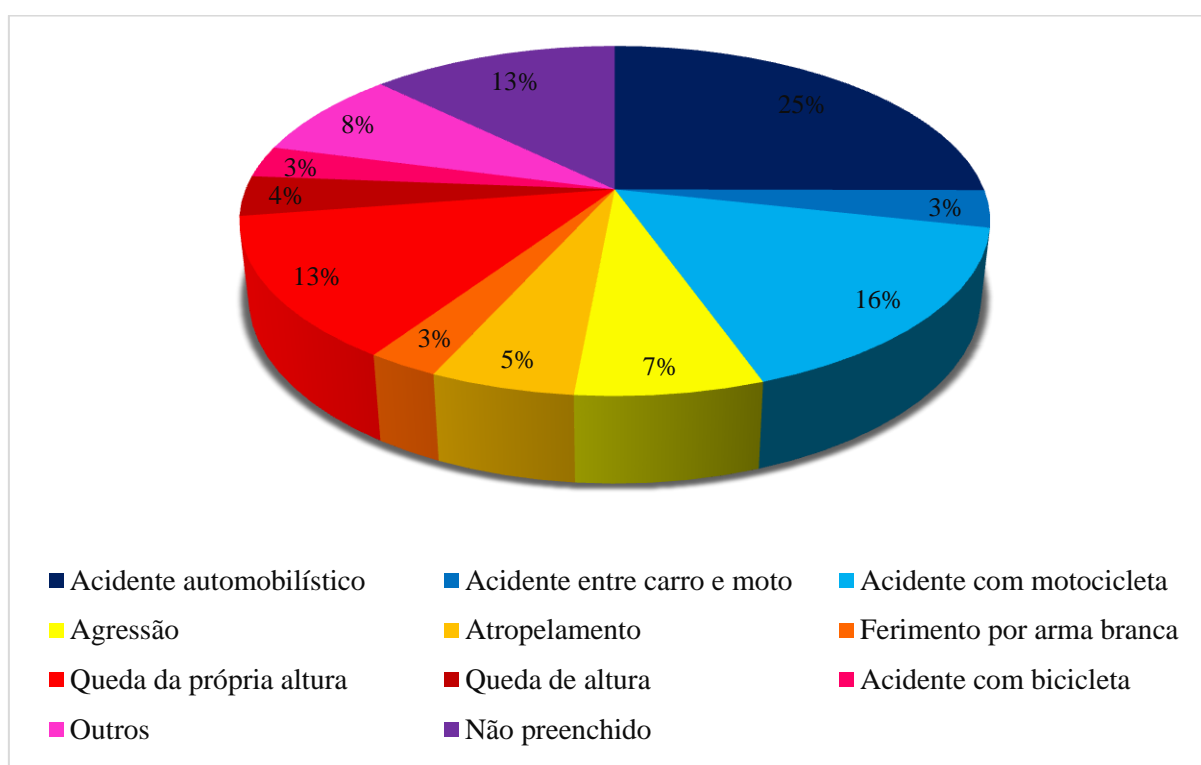
Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Seis pacientes foram identificados como pacientes críticos, todos do sexo masculino, um entre 11 e 20 anos, três entre 21 e 30 anos e dois entre 31 e 40 anos. Outros seis foram

identificados como instáveis, dentre eles quatro homens e duas mulheres, dois entre 11 e 20 anos, dois entre 31 e 40 anos e dois entre 41 e 50 anos. Dos pacientes identificados como potencialmente instáveis 32,4% (n=12) são mulheres e 67,6% (n=25) são homens. Dos 300 pacientes considerados estáveis, 33,3% (n=100) são mulheres, 66% (n=198) são homens e 0,7% (n=2) não tiveram o sexo identificado na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar. Dentre os 379 atendimentos realizados, 30 não foram classificados quanto a gravidade.

Como exposto em Sousa *et. al.* (2017) os homens costumam demonstrar mais hostilidade que as mulheres, e ainda hoje são mais presentes no mercado de trabalho, e isso consequentemente os expõe a maiores riscos de acometimento por algum acidente. O que justifica também o fato de todos os pacientes atendidos em estado grave, segundo classificação pela escala C.I.P.E., serem do sexo masculino, de acordo com os dados de Brasília.

Gráfico 8 - Classificação percentual dos mecanismos mais comuns geradores dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

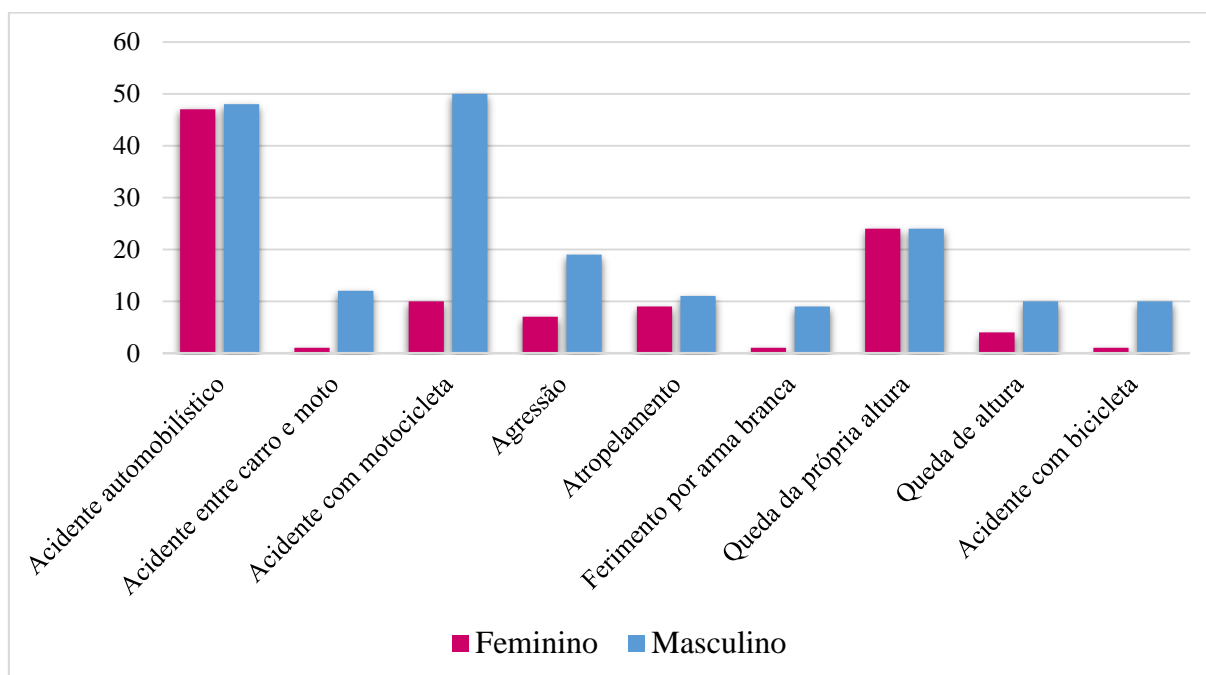
No gráfico, estão os mecanismos que mais foram registrados como causa dos atendimentos nas Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar. Os mecanismos de trauma que mais geraram ocorrências foram os acidentes de trânsito, que somam 52% (n=197) dos atendimentos prestados. “Considera-se trânsito a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada,

estacionamento e operação de carga ou descarga” (Código de Trânsito Brasileiro, 1997). De acordo com a definição, acidentes automobilísticos, acidentes entre carros e motos, acidentes com motocicletas, atropelamentos e acidentes com bicicletas, fazem parte desse grupo (Código de Trânsito Brasileiro, 1997). Dentre as 379 FAPH analisadas, 48 não tinham o campo correspondente ao mecanismo gerador do trauma preenchido, o que confere 13% dos atendimentos prestados. O campo representado por “outros” no gráfico representa os mecanismos que não alcançaram a porcentagem de 1%, quando isolados na análise dos dados.

Quanto aos tipos de mecanismos de trauma, os acidentes de trânsito são os mais frequentes causadores de ocorrências para o 1º GBM, representando 52% (n=197) das ocorrências atendidas, os dados, assemelham-se aos encontrados na região de Itajubá-MG, sendo responsáveis por 55% das ocorrências traumáticas, em Silva *et. al.* (2016).

Entre os mecanismos mais documentados e levando em consideração o turno de atendimento da ocorrência e o local de cobertura do 1º GBM, que é responsável por Brasília - DF, é possível inferir que muitos dos acidentes atendidos, estão relacionados com o trabalho e/ou locomoção, visto que, ocorrem com maior frequência no período diurno e na região comercial.

Gráfico 9 - Relação entre mecanismos geradores de trauma e sexo das vítimas dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, em valores absolutos, entre julho e dezembro de 2015.

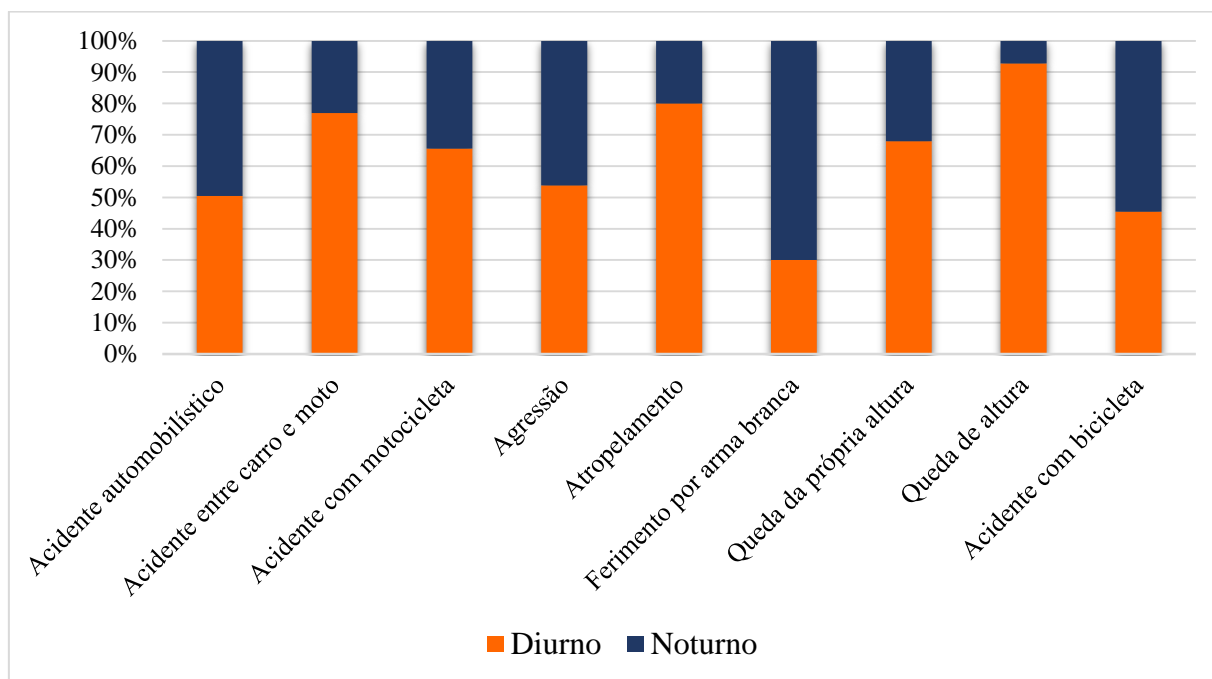


Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

Ao relacionar os mecanismos de trauma com o sexo dos pacientes, é perceptível que os homens quase sempre superam as mulheres drasticamente, em números de acidentes.

Apenas em acidentes automobilísticos, atropelamentos e em quedas da própria altura as mulheres se aproximam e/ou se igualam aos homens, em números.

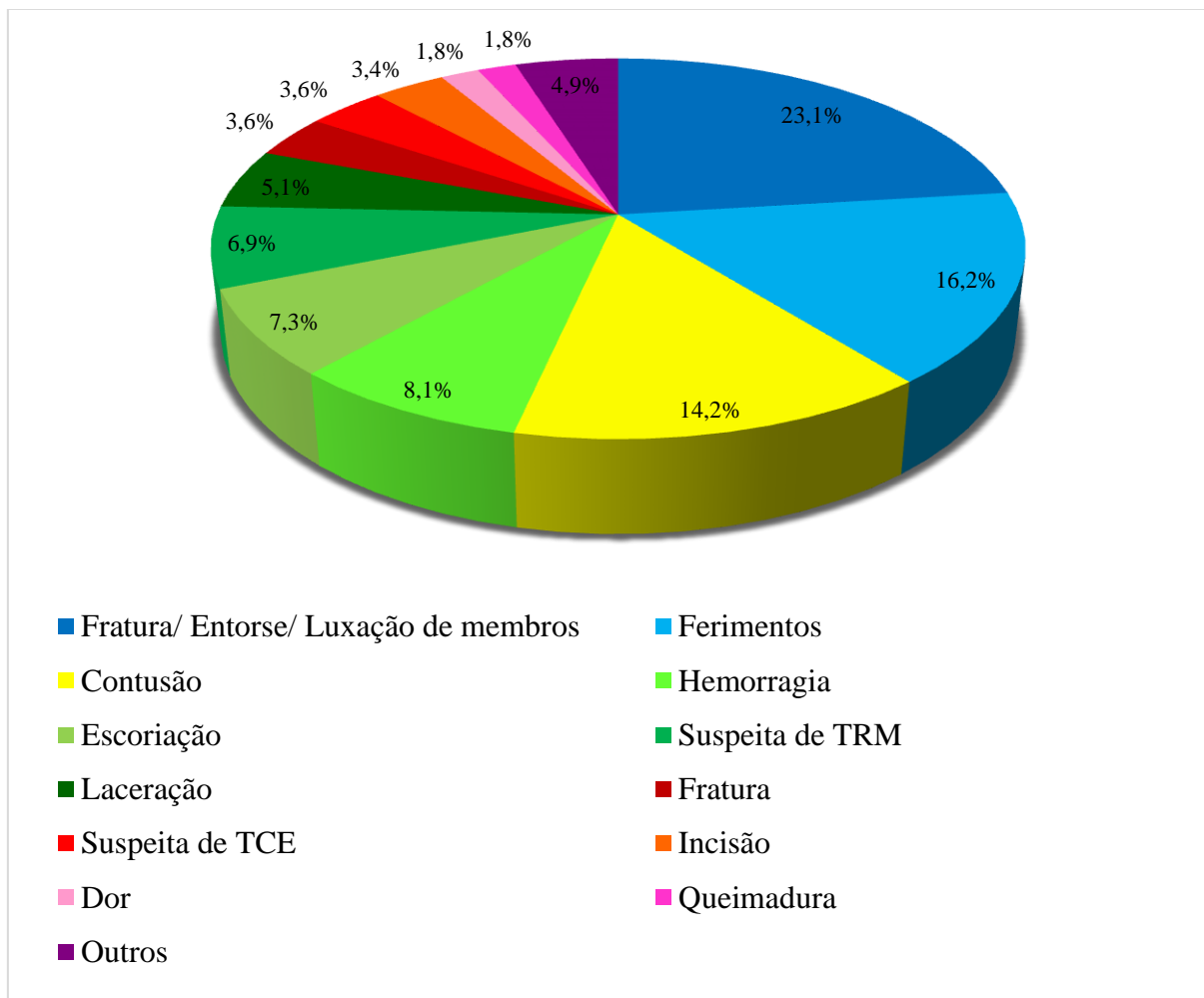
Gráfico 10 - Relação percentual entre o turno de ocorrência e os mecanismos geradores dos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

No turno das ocorrências atendidas analisadas, o período diurno é predominante sobre o período noturno para praticamente todos os tipos de agravos, exceto ferimentos por arma branca e acidentes com bicicletas, onde predominam as ocorrências atendidas em período noturno.

Gráfico 11 - Classificação percentual dos agravos mais comuns nos acidentes traumáticos atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

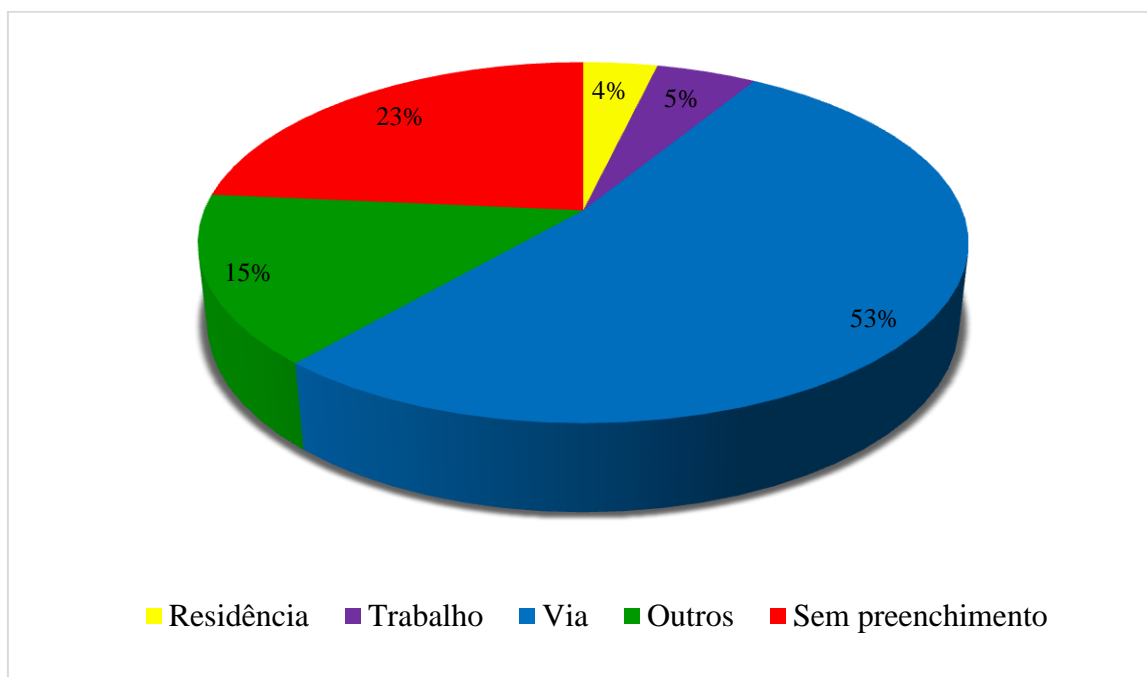
Na representação dos agravos mais comuns registrados pelos Bombeiros, em 93 das 379 FAPH, não havia nenhum registro de agravo, o que diz respeito a 24,5% das ocorrências atendidas. O gráfico representa todos os agravos documentados nas FAPH, logo, podem haver pacientes que apresentaram mais de um agravo. O campo representado por “outros” no gráfico diz respeito aos agravos que não alcançaram a porcentagem de 1%, quando isolados na análise dos dados.

As fraturas, entorses e luxações de membros, onde são compreendidos membros inferiores e superiores; os ferimentos e contusões em geral, sejam em membros, cabeça ou torso; representam juntos 53,5% dos agravos atendidos pelo Grupamento, podendo ser considerados, os agravos mais frequentes como resultado dos acidentes traumáticos.

Na região da Amazônia, de acordo com Sousa *et. al.* (2017), as fraturas também representam importante agravo em comparação com a incidência de outros tipos de

consequências traumáticas. Assim como no estudo de Mattos *et. al.* (2012), que tem as fraturas, ferimentos e hemorragias como principais eventos decorrentes de traumas.

Gráfico 12 - Classificação percentual dos locais de atendimento dos acidentes traumáticos pelo 1º GBM do CBMDF, entre julho e dezembro de 2015.



Fonte: Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar - GAEPH, 2017 – originada da pesquisa.

De acordo com o preenchimento das FAPH, 89 das ocorrências não continham o dado do local onde a ocorrência foi atendida, o que diz respeito a 23% das ocorrências atendidas. Das ocorrências com locais especificados, mais da metade ocorreram em vias públicas. E somadas as ocorrências atendidas em residências e nos ambientes de trabalho, não alcançam nem 10% do total.

De todas as Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar, apenas em um atendimento foi documentada a realização da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), com utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA), onde a guarnição não obteve sucesso em reverter a parada cardiorrespiratória. Foi realizada em um paciente crítico, com três pontos na classificação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), vítima de um acidente entre carro e moto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do perfil das ocorrências traumáticas, através dos registros das fichas de Atendimento Pré-Hospitalar do arquivo do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), possibilitou a organização de dados precisos e confiáveis que poderão ser aplicados para aprimorar a gestão de recursos, bem como melhorar o atendimento da demanda da população. Entretanto, o não preenchimento completo das fichas pode representar limitações para o estudo, seja superestimando ou subestimando alguns dados encontrados. Outra limitação importante é o não uso de estatística inferencial para análise dos dados.

Essa compreensão particularizada das vítimas pode refletir diretamente na melhoria do atendimento às vítimas de acidentes traumáticos, em todas as fases, além de subsidiar políticas de promoção e prevenção desses mecanismos prevalentes. Dessa forma, poderá contribuir para decisões na gestão do trânsito e da saúde pública.

Faz-se necessária a implantação de ações e políticas voltadas à prevenção de acidentes traumáticos, com ênfase nas populações e faixas etárias mais representativas. Deve-se valorizar as medidas já implantadas, pelos Departamentos de Trânsito, visto ser o trânsito responsável por mais da metade dos acidentes traumáticos. Ações como as realizadas no Maio Amarelo de acordo com o Departamento de Trânsito do Distrito Federal (2018a), onde há campanhas em vias públicas e instituições, diariamente, além das ações de rotina de fiscalização, que tem como principal objetivo essa conscientização da população sobre os altos índices de mortalidade e morbidade e minimização das infrações, principalmente a condução sob efeitos de bebidas alcoólicas.

Além das ações voltadas para o público adulto, já habilitado, destaca-se a importância da educação nas faixas etárias que os antecedem. No Distrito Federal há um programa do Detran que visa a capacitação de profissionais de magistério da Secretaria de Educação para implantação do programa; inclusão da Educação para o trânsito no Projeto Político Pedagógico das escolas; implantação da proposta da Resolução nº265/2007 do Conselho Nacional de Trânsito que prevê a formação teórico-técnica como atividade extracurricular para as escolas interessadas; disponibilização de informações de interesse educacional e materiais didáticos e paradidáticos para alunos da rede pública de ensino (DETRAN-DF, 2018b).

A proposta é que haja uma ampliação para um programa nacional, como disciplina obrigatória na grade curricular, com o intuito da conscientização das atitudes e consequências, tendo início antes mesmo de se obter a licença para dirigir. Incluindo não apenas as escolas da rede pública como acontece no Distrito Federal, mas também as privadas, uma vez que no

geral os alunos têm um maior poder aquisitivo, possibilitando o acesso e condução de veículos prontamente após atingir a idade mínima. Deve-se também, implementar mais faixas para pedestre, o que poderá contribuir para que os pedestres possam transpor as vias públicas com mais segurança.

6 REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Amostragem aleatória estratificada. 2011. Disponível em: < <https://sondagenseestudosdeopiniao.wordpress.com/amostragem/amostras-probabilisticas-e-nao-probabilisticas/amostragem-aleatoria-estratificada/> > Acesso em: 26 de junho de 2017.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; JELLSTROM, T. Epidemiologia Básica. 2ª edição. Ed. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda. 2010.

BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Lei Nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Diretrizes da Linha de Cuidado ao Trauma. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf>> Acesso em: 29 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf> Acesso em: 31 de maio de 2017.

DETRAN DF, Departamento de Trânsito do Distrito Federal. Detran-DF inicia ações do Maio Amarelo 2018. Disponível em: < <http://detran.df.gov.br/noticias/item/3599-detran-df-inicia-a-a%C3%A7%C3%B5es-do-maio-amarelo-2018.html> >. Acesso em: 07 de junho de 2018a.

DETRAN DF, Departamento de Trânsito do Distrito Federal. Programa Detran nas Escolas. Disponível em: <<http://www.detran.df.gov.br/educacao/programa-detran-nas-escolas.html>> Acesso em: 31 de maio de 2018b.

FRANKLIN T. A., *et al.* Caracterização do atendimento de um serviço pré-hospitalar a idosos envolvidos em queda. Rev Fund Care Online, 10(1): p. 62-67. 2018.

FREITAS M. G., *et al.* Idosas atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. Ciências & Saúde Coletiva, 20(3): p. 701-712. 2015.

GOVERNO DE BRASÍLIA. Administração Regional do Plano Piloto – Conheça a RA. Disponível em: < <http://www.planopiloto.df.gov.br/category/sobre-a-ra/conheca-a-ra/> >. Acesso em: 03 de junho de 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL-GDF. Boletim Anual de Acidentes com vítimas fatais - Distrito Federal, 2015. 2016. Disponível em: < http://www.detran.df.gov.br/images/Boletim_anual_2015.pdf >. Acesso em: 03 de junho de 2018.

LIMA-COSTA M. F., BARRETO S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 12(4): p. 189 – 201. 2003.

MARTINS P. P. S. Atendimento pré-hospitalar: Atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. UFSC. Florianópolis. 2004.

MASCARENHAS M. D. M., *et al.* Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. *Ciências & Saúde Coletiva*, 21(12): p. 3661-3671. 2016.

MATTOS L. S., SILVÉRIO M. R. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 25(2): p. 182-191. 2012.

MEDEIROS C. M., *et al.* Perfil epidemiológico das ocorrências registradas pelo corpo de bombeiros de um município de Goiás, Brasil central, 2012. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 06(01): p. 291-07. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13736/9670>>. Acesso em: 01 de maio de 2018.

MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8): p. 1877-1886. 2008.

PASSOS M. S. C., *et al.* Perfil clínico e sociodemográfico de vítimas de traumatismo cranioencefálico atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, 34(4): p. 274–279. 2015.

ROCHA G. S., SCHOR N. Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(3): p. 721-731. 2013.

SANTOS V. E. P., *et al.* Atendimento pré-hospitalar a vítima de acidente automobilístico. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*. 4(2): p. 2932-37. 2012.

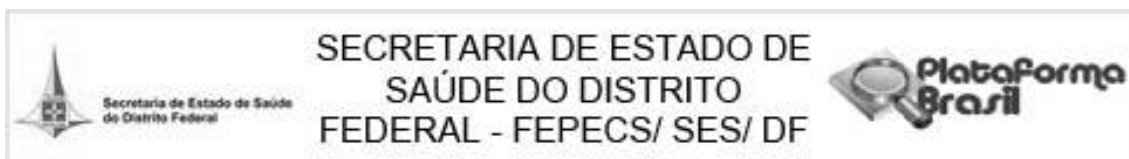
SILVA M. R. B., *et al.* Distribuição Sazonal, Espacial e Caracterização dos Traumas em uma Cidade do Sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde* 6(2). 2016.

SILVESTRE A. L. Análise de dados e estatística descritiva. 1ed. Lisboa: Escolar Editora, 2007.

SOUSA L. R. B., *et al.* Injury accident reporting at a public hospital in the Brazilian Amazon. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 30(1): p. 64-71. 2017.

SOUTO M. R. C. V., *et al.* Epidemiological profile of care for violence in public urgency and emergency services in Brazilian capital, *Viva* 2014. *Ciênc. saúde colet.* 22 (9). 2017.

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES REALIZADOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL.

Pesquisador: André Rodrigues de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56437316.2.0000.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.394

Apresentação do Projeto:

já descrito anteriormente

Objetivo da Pesquisa:

já descrito anteriormente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

já descrito anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

já descrito anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

já descrito anteriormente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador solicitou a retirada do projeto da plataforma Brasil devido à inexistência de vínculos com a SES/DF.

Solicitação acima deferida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904


UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955


Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF**



Continuação do Parecer: 1.757.394

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_705152.pdf	16/08/2016 16:22:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_digitalizado.pdf	16/08/2016 16:22:32	André Rodrigues de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_resposta.pdf	16/08/2016 16:21:39	André Rodrigues de Andrade	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Acoes_tomadas_resposta.pdf	16/08/2016 16:20:02	André Rodrigues de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_reformulado_resposta.docx	16/08/2016 16:19:33	André Rodrigues de Andrade	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Solicitacao_retirada_CEPFS.pdf	19/05/2016 15:54:11	André Rodrigues de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/04/2016 17:17:37	André Rodrigues de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Outubro de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO 2 – Termo de consentimento de uso de informações



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
COMANDO OPERACIONAL
COMANDO ESPECIALIZADO
GRUPAMENTO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR




TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE INFORMAÇÕES

Pesquisa: PERFIL DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES REALIZADOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL.

Pesquisadores responsáveis: André Rodrigues de Andrade, Margarete Marques Lino e Luciana Neves da Silva Bampi.

Eu, **Alexandre Costa Guedes de Lima**, Tenente Coronel do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) e comandante do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH), autorizo a utilização das fichas de atendimento pré-hospitalar oriundas de atendimentos realizados no serviço de atendimento pré-hospitalar realizado por esta corporação, para que delas sejam coletadas informações sobre o perfil epidemiológico dos atendimentos. Há o compromisso dos pesquisadores de que será assegurado o sigilo, a confidencialidade e a proteção da imagem, garantindo-se que as informações obtidas com a pesquisa serão utilizadas no âmbito acadêmico, para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria do serviço prestado pelo CBMDF.

Brasília – DF, 28 de março de 2016.


ALEXANDRE COSTA GUEDES DE LIMA – Ten-Cel QOBM/Comb.
 Comandante do GAEPH
 Matr. 1399981
 CPF: 603.266.891-68



ANEXO 3 - Ficha de atendimento pré-hospitalar GAEPH-CBMDF

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR GAEPH - CBMDF					
OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO OBM: _____ VIATURA: _____ <input type="checkbox"/> SERV. DIURNO <input type="checkbox"/> SERV. NOT. DATA: ____/____/____ <input type="checkbox"/> DOM <input type="checkbox"/> SEG <input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> QUA <input type="checkbox"/> QUI <input type="checkbox"/> SEX <input type="checkbox"/> SÁB <input type="checkbox"/> NÃO HOUVE ATUAÇÃO SAÍDA: ____:____ INIC.: ____:____ DESL. P/ HOSP.: ____:____ CHEG. HOSP.: ____:____ TÉRM. AT.: ____:____ TÉRM. OP.: ____:____							
QTO N.º: _____ LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> VIA (_____)							
NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA OBM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> OUTROS (_____)							
END. PARCIAL (QTO): _____ CIDADE: _____							
NOME: _____ IDENTIFICADO P/ DOCUMENTO OFICIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data de Nasc.: ____/____/____ IDADE: _____ <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias TELEFONE: (____) _____							
END. RESIDENCIAL: _____							
FILIAÇÃO: _____							
SINAIS VITAIS/DIAGNÓSTICOS	PULSO: _____ BPM		RESPIRAÇÃO: _____ VPM				
	PA: _____ X _____ mmHg		SPO2: _____ %				
	PELE/TEMP.: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL _____						
	PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> LENTA (MAIOR QUE 2 SEG.)						
	PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> ANISOCORIA						
	FOTORREAÇÃO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM						
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM _____							
USA MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM _____							
ESCALA: <input type="checkbox"/> CRÍTICO <input type="checkbox"/> INSTÁVEL							
<input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE INSTÁVEL <input type="checkbox"/> ESTÁVEL							
ESCALA DE COMA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL			
		ORIENTADO 5	OBEDECE COMANDOS 6	13 A 15 LEVE			
	ESPONTÂNEA 4	CONFUSO 4	RETRADA À DOR 4	DE 9 A 12 MODERADO			
	A VOZ 3	PALAVRAS DESCONEX. 3	FLEXÃO ANORMAL 3	IGUAL OU MENOR QUE 8 GRAVE			
	A DOR 2	SONS INCOMPREE 2	EXTENSÃO ANORMAL 2				
	AUSENTE 1	AUSENTE 1	AUSENTE 1				
TOTAL							
TRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA (± _____ m) <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL ()E ()D <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ESTRUTURA COLAPSADA <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> FERIMENTO ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> OUTROS (_____) <input type="checkbox"/> EJEÇÃO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> FERIMENTO ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ACIDENTE COM MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> MORDIDA/PICADA (_____)						
PROBLEMAS/TRAUMA	PRINCIPAIS	CABEÇA	PESCOÇO	TRONCO	LESÕES	MEMBROS	OUTROS PROBLEMAS
		CRÂNIO FACE		ABDOMEN DORSO PELVE TÓRAX		INF SUP	
						D E D E	<input type="checkbox"/> EVISCERAÇÃO <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> PARADA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> PARADA CARDIORRESP. <input type="checkbox"/> SUSP. ESTADO DE CHOQUE <input type="checkbox"/> SUSPEITA TCE <input type="checkbox"/> SUSPEITA TRM <input type="checkbox"/> VIAS AÉREAS OBSTRUÍDAS <input type="checkbox"/> OUTROS (_____)
	<input type="checkbox"/> FUNDAMENTO <input type="checkbox"/> AVULSÃO <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENCRAVAMENTO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> INCISÃO <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA				<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO <input type="checkbox"/> AVULSÃO <input type="checkbox"/> ENCRAVAMENTO <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO <input type="checkbox"/> FERIMENTO <input type="checkbox"/> FRAT./ENT./LUX. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA		
CLÍNICO/TIPO	<input type="checkbox"/> ABDOME AGUDO <input type="checkbox"/> DESMAIO <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/> REMOÇÃO HOSPITALAR <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO/INTOX. <input type="checkbox"/> COMPLICAÇÃO <input type="checkbox"/> BM/DEPENDENTE <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> PARTO NA VTR OU RESID. <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVA <input type="checkbox"/> PATOLOGIA CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> OUTROS (_____) <input type="checkbox"/> CRISE NERVOSA <input type="checkbox"/> PATOLOGIA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO						
PROB. CLÍNICO	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL) <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> PARADA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> BRONQUITE <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> PRINCÍPIO DE ABORTO <input type="checkbox"/> CRISE RENAL <input type="checkbox"/> IAM (INFARTO AGUDO MIOCÁRDIO) <input type="checkbox"/> SINAIS DE MORTE EVIDENTE <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> METORRAGIA <input type="checkbox"/> OUTROS (_____) <input type="checkbox"/> GASTRITE <input type="checkbox"/> NÁUSEAS / DIARRÉIA / VÔMITO						
PREENCHER NO CASO DE USO DO DEA: CHEGADA AO LOCAL: <input type="checkbox"/> APOS 4 MIN (RCP 30x2 POR 2 MIN + DEA) <input type="checkbox"/> ATÉ 4 MIN (DEA IMEDIATO + RCP 30x2 POR 2 MIN) RETORNO DA CIRCULAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
COMPLEMENTO (SE NECESSÁRIO UTILIZE O VERSO):							
HOSP./DEST.: _____ GAE N.º: _____ QTO PERTINENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
MÉDICO REGULADOR: _____ CRM: _____							
GUARNIÇÃO: CHEFE: _____ AUXILIAR: _____ MOTORISTA: _____							
MAT.: _____ MAT.: _____ MAT.: _____							
_____ ASSINATURA DO CHEFE							