

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

MARINA MENEZES SANTOS

PERFIL DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES TRAUMÁTICOS
REALIZADOS PELO 1º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO
FEDERAL

Brasília/DF

2016.

MARINA MENEZES SANTOS

PERFIL DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES TRAUMÁTICOS
REALIZADOS PELO 1º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO
FEDERAL

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 Margarete Marques Lino.

MARINA MENEZES SANTOS

**PERFIL DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES TRAUMÁTICOS
REALIZADOS PELO 1º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO
FEDERAL**

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, 02 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarete Marques Lino

Membro Efetivo: Prof.^a Dr.^a Luciana Neves da Silva Bampi

Membro Efetivo: Prof.^a M.^a Jade Fonseca Ottoni de Carvalho

Membro Suplente: Prof.^a Dr.^a Keila Cristianne Trindade da Cruz

Normalização Adotada

O presente trabalho obedeceu às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas quanto à Informação e Documentação, vigentes no momento desta publicação, segundo recomendações da Biblioteca Central da Universidade de Brasília:

- NBR 14724 (2011) Trabalhos acadêmicos - Apresentação;
- NBR 6023 (2002) Referências - Elaboração;
- NBR 6027 (2012) Sumário; e
- NBR 10520 (2002) Citações em documentos – Apresentação.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos atendimentos pré-hospitalares traumáticos realizados pelo 1º Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal entre os meses de Janeiro e Junho de 2015. Possui abordagem descritiva, exploratória, documental e de base populacional. Em concordância com outros estudos, vítimas do sexo masculino superaram as do sexo feminino. Os acidentes mais frequentes foram automobilísticos seguidos por acidentes com motocicletas. O tempo médio de atendimento da equipe de APH em trânsito e em cena foi de 28 minutos. Com base na análise estatística dos dados, é possível realizar estudos acerca do tema para que estes venham a contribuir com a adequação dos serviços frente às demandas e ao Governo para planejamento e implementação de políticas públicas que culminem na diminuição desses índices.

Palavras-chave: Atendimento pré-hospitalar, Emergência, Epidemiologia, Saúde pública, Trauma.

ABSTRACT

The main purpose of this study is to characterize the epidemiological profile of trauma pre-hospital care conducted by Distrito Federal's military firefighters between January and June of 2015. This is a descriptive, exploratory, documental with populational basis study. In agreement with other studies, male victims committed by traumatic events were more frequent than female. The most frequent accidents were car accidents, followed by those with motorcycles. The average handling time of the team in transit and on the scene, was of approximately 28 minutes. Through data statistical analysis, it is possible to carry out studies about this subject so in order to contribute for governmental planning and implementation of public policies that may result in the reduction of these numbers.

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

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

CIADe: Centro Integrado de Atendimento e Despacho

DF: Distrito Federal

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

HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal

LCT: Linha de Cuidado ao Trauma

PAB: Perfuração por Arma Branca

PAF: Perfuração por Arma de Fogo

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RA: Região Administrativa

SAIN: Setor de Áreas Isoladas Norte

SES-DF: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

SIG: Setor de Indústrias Gráficas

SMU: Setor Militar Urbano

SOF: Setor de Garagens e Oficinas

UnB: Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição percentual de preenchimento dos Sinais Vitais nas FAPH dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.....	8
---	---

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição percentual do Local dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.	9
Figura 2 – Distribuição percentual do Turno dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.	9
Figura 3 – Distribuição percentual conforme o Sexo da vítima dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.	10
Figura 4 – Distribuição percentual da Faixa etária das vítimas acometidas por traumas, atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.	11
Figura 5 – Distribuição percentual da relação entre Faixa etária e Sexo das vítimas acometidas por traumas, atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.....	12
Figura 6 – Distribuição percentual da Gravidade das vítimas do trauma atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.	12
Figura 7 – Distribuição percentual dos Agravos traumáticos sofridos pelas vítimas atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.....	14
Figura 8 – Distribuição percentual vinculada à relação entre Turno e Dia da semana dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015.....	15

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	4
2.1. Geral.....	4
2.2. Específico.....	4
3. Métodos.....	4
3.1. Aspectos éticos.....	5
3.2. Material de estudo.....	5
3.3. Instrumento de coleta de dados.....	5
3.4. Operacionalização da coleta de dados.....	6
3.5. Análise estatística	7
4. Resultados.....	8
5. Discussão.....	16
6. Conclusões.....	19
7. Referências Bibliográficas.....	20
Apêndice.....	25
Anexos.....	26

1. INTRODUÇÃO

Condições de risco para a vida das pessoas sempre existiram e junto com esses riscos, pelo instinto de preservação da vida, o ser humano teve a preocupação de buscar o mais precocemente possível, um suporte para manter as condições vitais do indivíduo (SILVA et. al., 2010).

Tem sido enfatizado como fator crítico para a sobrevivência da vítima (retorno às atividades habituais sem sequelas), o tempo gasto até que o tratamento definitivo seja instalado (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno, o Ministério da Saúde, através da Portaria no 1.600, de 07 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2014b).

Nas últimas décadas existe um crescimento constante das causas externas como causa da morte. Ocorre distribuição desigual da população atingida, acometendo mais homens, na faixa etária de um a 39 anos. No Brasil as causas externas estão em terceiro lugar nas causas de morte na população geral. Na faixa etária de um a 39 anos assumem o primeiro lugar (BRASIL, 2014a).

A Linha de Cuidado ao Trauma (LCT) propõem reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e através da implantação da LCT, a fim de incrementar e implementar a RUE e estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado (BRASIL, 2014b).

As causas externas podem ser relacionadas ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras, bem como as violências que incluem agressões/homicídios, suicídios, tentativa de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos (BRASIL, 2014a).

Entre as causas de trauma, incluem-se os acidentes e a violência, que configuram um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual fazem parte as causas ditas acidentais e as intencionais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID 10, sob denominação de Causas Externas (Capítulo XX) (BRASIL, 2014a).

Define-se como atendimento pré-hospitalar (APH) qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do meio hospitalar, valendo-se dos meios e métodos disponíveis. Dessa forma, APH compreende desde um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado de vida ao local da ocorrência onde haja pessoas que sofreram algum agravo de saúde, priorizando a manutenção da vida e a minimização de sequelas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

No Brasil, no final dos anos 80, diversas corporações de bombeiros militares criaram seus serviços de APH móvel. De acordo com Ciconet (2009) os corpos de bombeiros militares (CBM) tiveram atuação histórica nesta área, cobrindo uma lacuna deixada pelo Estado na área da saúde em relação à organização e responsabilidade da atividade de atendimento pré-hospitalar.

Técnicas e protocolos foram aprimorados à medida que novas situações de emergência apareciam. Uma dessas contribuições foi, por exemplo, a introdução do uso de helicópteros no resgate de vítimas, a partir de 1970. Observa-se então a incorporação militar nos serviços de emergência, como o Corpo de Bombeiros Militar, integrando o sistema de segurança pública do Distrito Federal (BRASIL, 1991, 2002; SILVA et al., 2010).

No Brasil, o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituído em setembro de 2003 (BRASIL, 2006). Esse serviço teve como base o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências (Centrais de Regulação Médica), a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente e a necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplantes da população brasileira (BRASIL, 2006).

Em 1994 foi iniciado no DF o serviço de atendimento Pré-Hospitalar, coordenado e executado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

(CBMDF). Mesmo com todas as dificuldades encontradas durante este período, como a carência de recursos materiais e financeiros destinados à prestação destes serviços, não houve queda na qualidade do atendimento prestado ao cidadão. Não obstante a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal, houve um aumento na demanda deste tipo de serviço. Além de confirmar o caráter crescente da demanda, as estatísticas de atendimentos confirmam, inegavelmente, o CBMDF como um importante componente da assistência pública a saúde da população do Distrito Federal e Entorno, fato reconhecido pelo Governo Federal através de Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010, que regulamenta, entre outras competências do CBMDF:

- Prestar socorro nos casos de sinistros, sempre que houver ameaça de destruição de haveres, vítimas ou pessoas em iminente perigo de vida; e
- Executar ações de emergência médica em atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência (BRASIL, 2010).

Em 2011 foi instituída Cooperação Técnica e de apoio na realização de Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar em Emergência, a ser efetivado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) na área do DF, que atua através da Secretaria de Segurança Pública, pela publicação de Portaria Conjunta nº 04/2011 entre a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e o CBMD. A Portaria torna a participação do CBMDF fundamental na implantação efetiva do APH na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), atuando conjuntamente com o SAMU-DF, que atua através da SES-DF, utilizando o conceito de regulação médica das urgências, disponibilizando Unidades de Suporte Básico e Avançado e Aeromédico para o atendimento à população do Distrito Federal e entorno (BRASIL, 2011a).

Frente ao exposto, o estudo justifica-se por traçar o perfil da população vítima de trauma que recebe Atendimento Pré-Hospitalar pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, que poderão subsidiar a criação e implementação de políticas preventivas e protetivas.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Caracterizar o perfil dos atendimentos pré-hospitalares traumáticos realizados pelo 1º Grupamento (GBM) do CBMDF.

2.2. Específico

- Descrever as variáveis sócio demográficas dos atendimentos traumáticos realizados pelo CBMDF; e
- Caracterizar os tipos de agravos mais frequentes nos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF.

3. MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório, documental de base populacional. Foi realizado um censo, que é a coleção de dados relativos a todos os elementos a serem estudados (CORREA, 2003).

As Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) são encaminhadas pelos quartéis (GBM) de origem para arquivamento no Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH). Isso significa que a coleta de dados, sob aspectos técnicos, é documental. Por se tratar de um estudo exploratório, não são propostas hipóteses.

O estudo é derivado de uma pesquisa ampla, intitulada “Perfil dos Atendimentos Pré-Hospitalares realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal”. A pesquisa está sendo realizada no GAEPH, do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, localizado na QE 38 Área Especial 6B do Guará II, Brasília, DF.

3.1. Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, 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) e o estudo foi iniciado mediante sua aprovação, sob CAAE nº 56437316.2.0000.5553 (Anexo A).

A coleta dos dados foi autorizada pelo Comandante do GAEPH do CBMDF, através da assinatura do Termo de Consentimento de Utilização de Informações (Apêndice A), assumindo-se o compromisso de manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados da população estudada.

3.2. Material de estudo

Composto pelas Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar (Anexo B) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, que foram acessadas, fisicamente, no arquivo do Grupamento de Emergência Pré-Hospitalar.

Foram incluídas no estudo as FAPH dos atendimentos de natureza traumática, no intervalo de 01 de Janeiro a 31 de Junho de 2015, nos casos em que houve atuação do 1º GBM do CBMDF, situado no Setor de Garagens e Manutenção Norte - Brasília, DF, 70297-400.

3.3. Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado foi uma planilha eletrônica Microsoft Excel® 2010, que registrou os dados sócio demográficos e os tipos de agravos nos atendimentos.

Os dados foram extraídos das FAPH que continham o campo característico de atendimentos traumáticos (vide Anexo B) assinalado. Tais formulários são impressos que contém campos a serem preenchidos manualmente pelos membros do CBMDF que prestarem o APH nas ocorrências.

3.4. Operacionalização da coleta de dados

Após atender aos aspectos éticos relacionados à avaliação e aprovação do protocolo de pesquisa, a coleta de dados ocorreu no arquivo geral do GAEPH do CBMDF, e foi conduzida pela acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UnB – campus Darcy Ribeiro.

Todos os dados sócio demográficos e tipos de agravos foram transcritos em planilha eletrônica Microsoft Excel® 2010, em computador pessoal portátil.

As variáveis analisadas foram:

- Horário: Diurno, Noturno
- Dia da semana: segunda a domingo
- Dia do mês: 1 ao 31
- Mês: Janeiro a Junho
- Horário de saída da viatura
- Horário de início de atuação na ocorrência
- Horário de início do deslocamento para o hospital
- Horário de chegada ao hospital
- Horário de término do atendimento
- Tempo resposta da viatura em trânsito
- Tempo de atendimento em cena
- Tempo retido na Unidade de Saúde
- Número cadastrado no CIADe
- Local da ocorrência: Residência, Trabalho, Via e Outros
- RA da ocorrência
- Sexo da vítima: Feminino e Masculino
- Idade: em anos, meses ou dias
- Gravidade: Crítico, Instável, Potencialmente instável e Estável
- Agravos que originou o trauma: Acidente automobilístico, Capotamento, Colisão frontal, Colisão lateral esquerda, Colisão lateral direita, Colisão traseira, Ejeção do veículo, Acidente com motocicleta, Afogamento, Agressão, Atropelamento, Choque elétrico, Ferimento arma branca, Ferimento arma de fogo, Mordida/Picada, Queda da própria altura, Queda de altura, Queimadura, Estrutura colapsada, Outros, Óbito.

- Altura aproximada da queda: em metros
- Problema relacionado ao trauma: Afundamento, Avulsão, Contusão, Encravamento, Escoriações, Hemorragia, Incisão, Laceração, Queimadura, Amputação, Esmagamento, Ferimento, Fratura/Entorse/Luxação.
- Região corporal do problema encontrado: Crânio, Face, Pescoço, Abdômen, Dorso, Pelve, Tórax, Membro inferior direito, Membro inferior esquerdo, Membro superior direito, Membro superior esquerdo.
- Outros problemas relacionados ao trauma: Evisceração, Hipotermia, Insuficiência respiratória, Parada respiratória, Parada cardiorrespiratória, Suspeita de estado de choque, Suspeita de trauma crânio encefálico, Suspeita de trauma raquimedular, Vias aéreas obstruídas, Outros.
- Em caso de uso do Desfibrilador Externo Automático: Após 4 minutos, Até 4 minutos, Retorno da circulação.
- Hospital de destino

3.5. Análise Estatística

Os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva. Foram realizados cruzamentos entre os dados avaliados pertinentes para cálculo de frequências simples, percentuais e posterior elaboração de gráficos, por meio dos recursos disponíveis no Microsoft Excel® 2010.

4. RESULTADOS

Foram coletadas informações contidas em 523 FAPH, que correspondem aos atendimentos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, de natureza traumática, no período de Janeiro a Junho de 2015.

O preenchimento correto das informações contidas nas fichas foi negligenciado em grande parte dos atendimentos, deixando de ser efetuado em 217 (41,5%) vezes quando relacionado ao número gerado pelo Centro Integrado de Atendimento e Despacho (CIADe) para identificação da ocorrência.

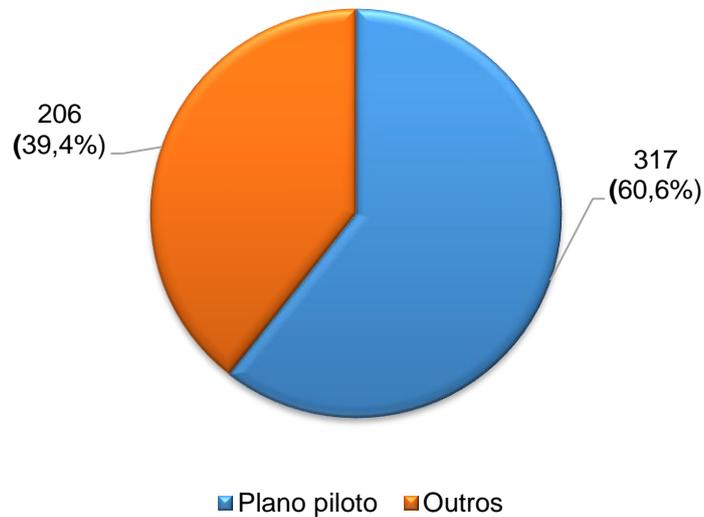
O preenchimento dos campos correspondentes às alterações dos Sinais Vitais também foi escasso conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição percentual de preenchimento dos Sinais Vitais nas FAPH dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.

SINAIS VITAIS	PREENCHIDOS (Nº ABSOLUTO / %)		NÃO PREENCHIDOS (Nº ABSOLUTO / %)	
	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	53	10,1%	470
PRESSÃO ARTERIAL	119	22,8%	404	77,2%
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO	303	57,9%	220	42,1%
FOTOREAÇÃO	329	62,9%	194	37,1%
PULSO	311	59,5%	212	40,5%
PERFUSÃO	337	64,4%	186	35,6%
CARACTERÍSTICAS DA PELE E TEMPERATURA	338	64,6%	185	35,4%
CARACTERÍSTICA PUPILAS	343	65,6%	180	34,4%
ESCALA C.I.P.E.	470	89,9%	53	10,1%
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	474	90,6%	49	9,4%

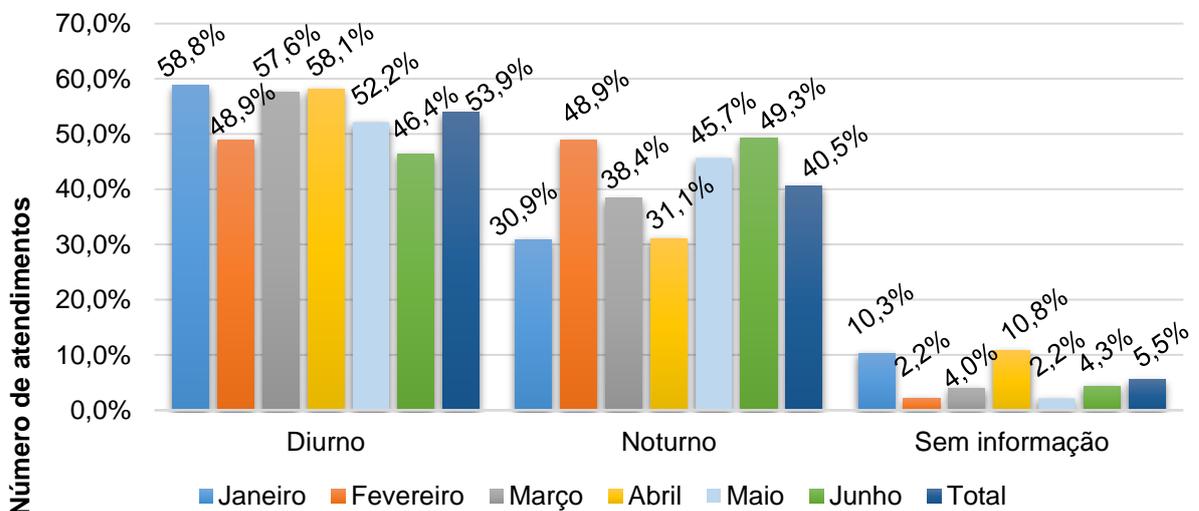
A Figura 1 mostra que o 1º GBM realiza atendimentos mais próximos à RA I, Plano Piloto, na qual foram registrados 317 (60,6%) atendimentos, ainda assim, houve 206 (39,4%) atendimentos em outras regiões do DF, como nas RAs: III, Taguatinga, V, Sobradinho, VII, Paranoá, XIV, São Sebastião, XVI, Lago Sul, XXII, Sudoeste/Octogonal e XXIII, Varjão.

Figura 1 – Distribuição percentual do Local dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



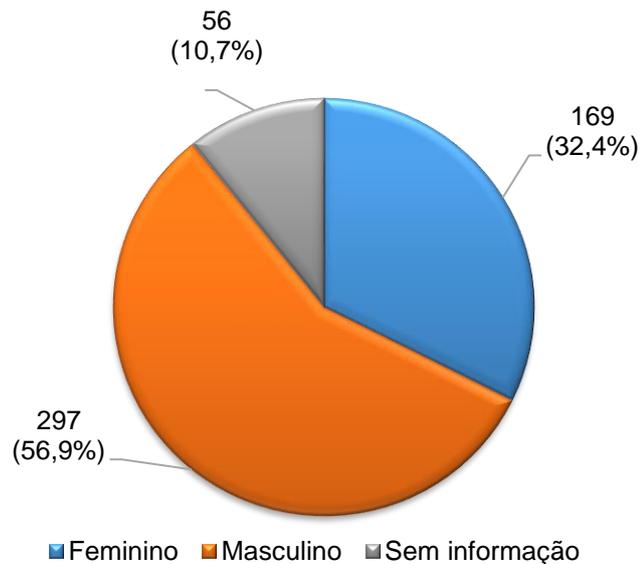
Dos 523 atendimentos, 282 (53,9%) foram realizados pelo serviço diurno, que compreende o turno das 8h01 às 20h00 e 212 (40,5%) pelo serviço noturno, que compreende o turno das 20h01 às 8h00. Em 29 (5,5%) dos atendimentos não foram registradas informações relativas ao horário. Quando analisados separadamente, mês a mês (Figura 2), nota-se que a proporção se mantém, exceto nos meses de fevereiro e junho, nos quais os atendimentos do serviço noturno superam o serviço diurno.

Figura 2 – Distribuição percentual do Turno dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



Como mostra a Figura 3, no qual 169 (32,4%) atendimentos foram prestados ao sexo feminino enquanto 297 (56,9%) foram destinados ao atendimento de vítimas do sexo masculino.

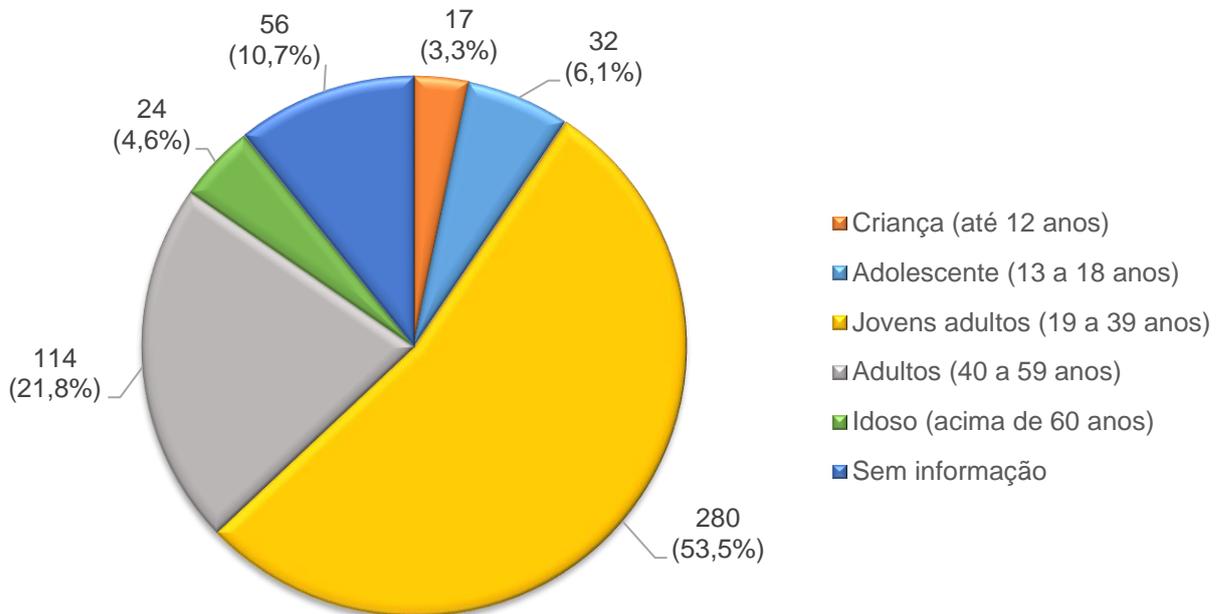
Figura 3 – Distribuição percentual conforme o Sexo da vítima dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



As faixas etárias foram selecionadas de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Os adultos foram subdivididos em 2 grupos, Jovens Adultos e Adultos cujos intervalos foram equivalentes, respectivamente de dezenove a trinta e nove anos e de quarenta a cinquenta e nove anos. Os idosos foram classificados de acordo com o Estatuto do Idoso, com sessenta anos ou mais (BRASIL, 2003).

Ao avaliar a faixa etária mais acometida frente aos registros de acidentes traumáticos, Jovens Adultos somam 280 (53,5%) casos, parcela significativa comparada às demais faixas etárias (Figura 4) e vem seguidos por Adultos de 40 a 59 anos, que somam 114 (21,8%) casos.

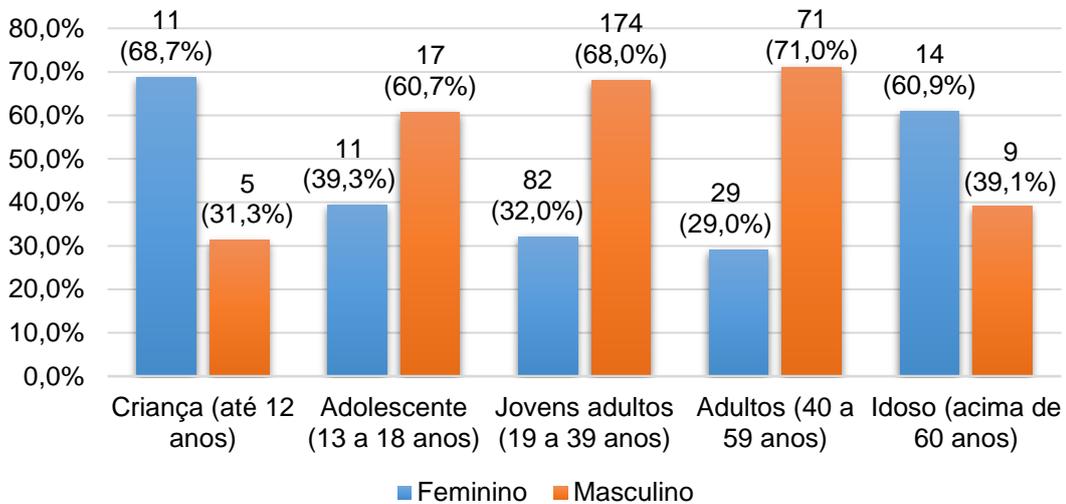
Figura 4 – Distribuição percentual da Faixa etária das vítimas acometidas por traumas, atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



Ao relacionar as informações Sexo e Faixa etária, foi possível observar que Jovens adultos do sexo Masculino totalizaram 174 (41,1%) atendimentos, seguidos por 82 (19,4%) mulheres da mesma faixa etária.

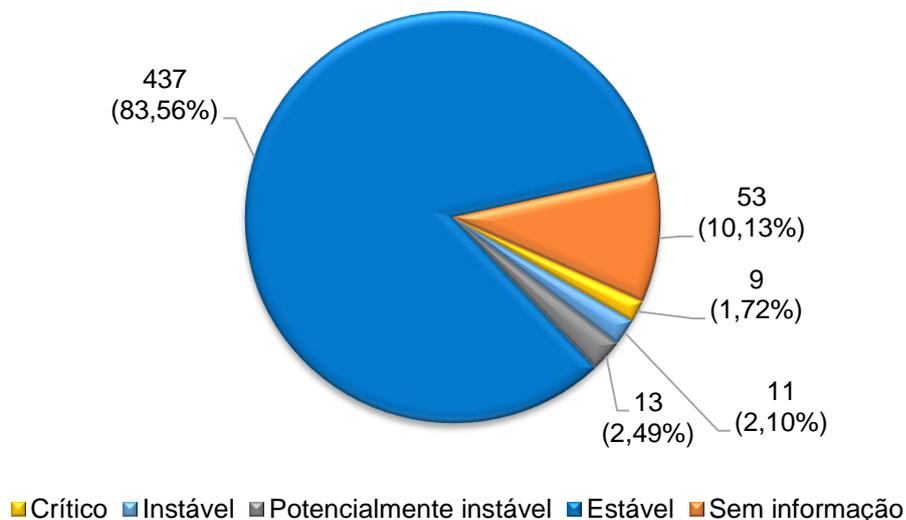
A Figura 5 também relaciona as informações Sexo e Faixa etária, porém os atendimentos são avaliados apenas entre as faixas etárias, sendo esse o 100% da amostra. Para o sexo feminino, as extremidades do gráfico mostram que, comparativamente com o sexo Masculino, o índice de acidentes é maior em Crianças e Idosas enquanto, para o sexo Masculino, Adolescentes, Jovens adultos e Adultos refletem um maior número de atendimentos.

Figura 5 – Distribuição percentual da relação entre Faixa etária e Sexo das vítimas acometidas por traumas, atendidos pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



De acordo com a Figura 6, referente à Gravidade da vítima atendida, a larga maioria dos atendimentos referiu-se a 437 (83,56%) pacientes Estáveis, apenas 13 (2,49%) foram classificados como Potencialmente instáveis, 11 (2,10%) Instáveis e 9 (1,72%) Críticos. Essa classificação está de acordo com o curso de formação de bombeiros (2012), na qual o estado de saúde da vítima deve ser avaliada frente à Escala C.I.P.E. (Crítico, Instável, Potencialmente instável e Estável)

Figura 6 – Distribuição percentual da Gravidade das vítimas do trauma atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



Esse percentual de pacientes Estáveis pode justificar o reduzido número de registros para uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), que em 521 (99,6%) casos não houve documentação acerca do uso e nos outros 2 (0,4%) casos houve registro com adicional informação referente ao retorno da circulação da vítima.

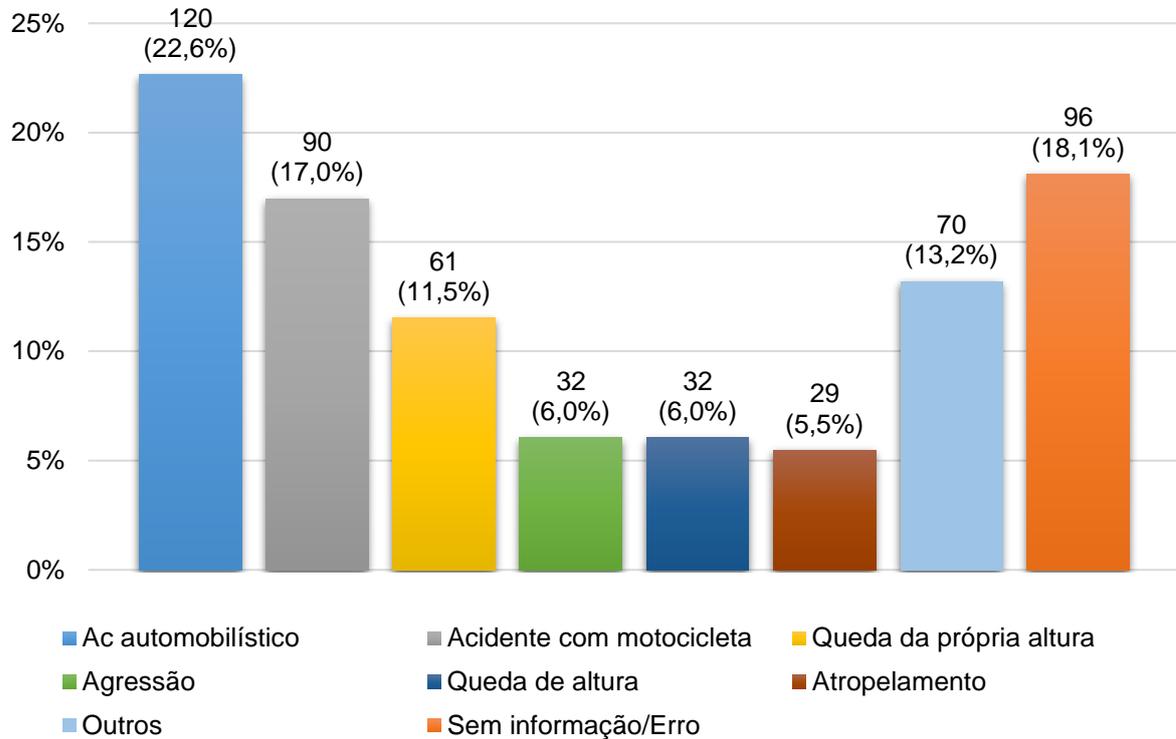
Ao analisar alguns intervalos de tempo significativos para o atendimento e qualidade do serviço prestado pelo 1º GBM do CBMDF, pode-se extrair os seguintes dados: o tempo médio que as viaturas levaram em trânsito, desde a saída da unidade/local estacionado até a chegada ao local da ocorrência foi de 7 minutos; a média para o atendimento à vítima em cena foi de 12 minutos; a média de deslocamento com a vítima em trânsito foi de 9 minutos; o tempo médio que as viaturas e equipes ficaram retidas nas Unidades de Saúde foi de 16 minutos.

A somatória das três primeiras médias supracitadas refere-se ao tempo médio de atendimento prestado pela equipe de APH, sendo este em trânsito e em cena. A média obtida foi de 28 minutos por atendimento e 16 minutos de retenção da equipe nos hospitais para onde as vítimas foram levadas.

Ao observar o tempo de atendimento em cena, percebeu-se que em todos os casos em que houve atendimento a pacientes classificados como “Críticos” na Escala C.I.P.E., o atendimento em cena não ultrapassou 15 minutos.

Frente aos agravos que originaram os traumas, foram relacionadas as quantidades de casos com as categorias abaixo (Figura 7): 29 (5,5%) Atropelamentos, 32 (6%) Agressões, 32 (6%) Quedas de altura, 61 (11,5%) Quedas da própria altura, 90 (17%) Acidentes com motocicleta, 120 (22,6%) Acidentes automobilísticos. Foi criada a categoria “Outros” fazendo um compilado com agravos que não alcançavam 5% dos atendimentos, mas estiveram presentes nos dados, sendo esses: Queimadura, PAF, PAB, Estrutura colapsada, Afogamento e Picada/Mordida.

Figura 7 – Distribuição percentual dos Agravos traumáticos sofridos pelas vítimas atendidas pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



Quando comparados os agravos entre a RA I e as demais áreas atendidas pelo 1º GBM, os Acidentes Automobilísticos são prevalentes no Plano Piloto, com 62 (23,8%) casos enquanto, nas demais RAs, Acidentes com Motocicleta lideram o ranking com 198 (59%).

Ao analisar os agravos simultaneamente às faixas etárias, Queda da própria altura, Acidente automobilístico e Queda de altura são prevalentes entre os Idosos, as Crianças e os Adolescentes. As três faixas etárias comparadas apresentam maior número de acidentes traumáticos por Queda da própria altura, respectivamente 7 (29,4%), 6 (27,3%) e 5 (30,4%).

Enquanto para Jovens adultos e Adultos, Acidentes automobilísticos, Acidentes com motocicletas e Queda da própria altura prevalecem. A quantidade de Acidentes com motocicleta é maior entre Jovens adultos com 69 (30,1%) casos, enquanto entre Adultos são Acidentes automobilísticos com 32 (33,7%) casos.

Os agravos, por vezes, são acompanhados de traumas, sendo esses, anotados na FAPH. Os 5 traumas prevalentes registrados nos atendimentos foram 161 (21,4%) Fraturas/Entorses/Luxações, 103 (13,7%) Contusões, 81 (10,8%)

Ferimentos, 67 (8,5%) Escoriações e 63 (7,7%) Hemorragias. Os demais traumas apresentaram valores inferiores a 4%.

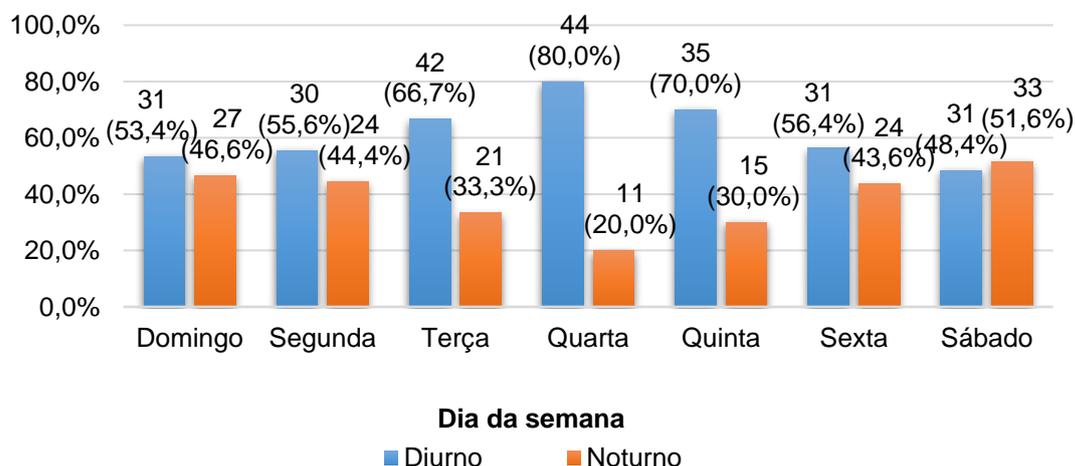
Os 5 traumas prevalentes específicos foram 50 (6,6%) Fraturas/Entorses/Luxações em membro inferior direito, 39 (5,2%) Fraturas/Entorses/Luxações em membro superior esquerdo, 37 (4,9%) Fraturas/Entorses/Luxações em membro inferior esquerdo, e 35 Fraturas/Entorses/Luxações de membro superior direito e Contusões de crânio (ambos com 4,6%).

A proximidade do 1º GBM ao HBDF e o fato deste hospital ser referência em atendimento ao traumatizado no Distrito Federal justificam as 416 vítimas (79,5%) atendidas que foram levadas para o HBDF, enquanto 30 (5,7%) vítimas foram levadas para outros hospitais públicos, como HRAN, HFA e HRP, e apenas 13 (2,5%) para hospitais particulares.

Ao avaliar a distribuição de acidentes nos sete dias da semana, notou-se que a variação era pequena, entre 67 (13,7%) atendimentos, referentes ao sábado, dia da semana com mais atendimentos e 55 (11,25%), referentes à quinta-feira, com menos atendimentos.

Quando cruzadas as variáveis “Dia de da semana” com “Turno dos atendimentos” (Figura 8), percebe-se que o sábado é o único dia no qual a proporção se inverte e os atendimentos realizados no período noturno superam o período diurno.

Figura 8 – Distribuição percentual vinculada à relação entre Turno e Dia da semana dos atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no período de Janeiro a Junho de 2015. Brasília, 2016.



5. DISCUSSÃO

O preenchimento dos campos das Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar é de suma importância pois a FAPH é o principal documento onde constam informações sobre o atendimento e frequentemente é requisitada para autos de inquéritos policiais e processos judiciais.

As fichas possuem um campo de preenchimento que corresponde ao número da ocorrência, o número é gerado pelo Centro Integrado de Atendimento e Despacho (CIADe). Transcrever essa informação é relevante para que a busca pela ocorrência possa ser realizada de forma idônea, sem incursão em erros.

As alterações das funções corporais geralmente se refletem na temperatura do corpo, na pulsação, na respiração e na pressão arterial, podendo indicar enfermidades e esse também é um campo essencial para avaliação do estado do paciente durante o atendimento (TIMBY, 2001).

O Distrito Federal difere dos Estados brasileiros não sendo dividido em Municípios, mas segmentado em Regiões Administrativas (RAs), de acordo com a Lei nº 4.545/64, que dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal. Anteriormente era dividido em 8 RAs, atualmente, segundo o Governo do Distrito Federal existe 31 RAs (BRASIL, 1964, 2015b).

O 1º GBM é responsável principalmente pelo atendimento da Região Administrativa I que, corresponde ao Plano Piloto. Os atendimentos costumam acontecer nas Asas Norte e Sul, Eixo Monumental, Esplanada dos Ministérios, Vila Planalto e Vila Telebrasil.

O Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito no Distrito Federal (2015a) corrobora com a informação da prevalência do serviço diurno, quando avaliado o mesmo período de tempo, com 6312 (68,37%) registros de acidentes com vítimas no período equivalente das 8:01 às 20:00 contra 2919 (31,62%) registros no período das 20:01 às 8:00.

A proporção de atendimento entre homens e mulheres condiz com outros estudos indicando que o número de homens atendidos pelos serviços pré-hospitalares, sobretudo quando relacionados aos atendimentos por trauma, supera o

de mulheres, num mesmo período como descrito na Figura 3 (LADEIRA; BARRETO, 2008; NARDOTO; DINIZ; CUNHA, 2011; WELTER et. al. 2013)

Segundo Waksman et al. (2014), a idade pode influenciar a ocorrência de lesões, contribuindo para o aumento da exposição a fatores de risco. Os homens, principalmente os mais jovens, ocupam papel central nas mortes por agressão, em todo o mundo. Para crianças com idades entre zero a quatro anos, as quedas representam uma das maiores causas de lesões e traumas no mundo. Tais informações podem ser observadas nos Gráficos 4 e 5 (DOWSWELL & TOWNER, 2002; SOUZA et. al., 2012).

De acordo com o curso de formação de bombeiros (2012), a Gravidade do estado de saúde da vítima deve ser avaliada frente à Escala C.I.P.E. (Crítico, Instável, Potencialmente instável e Estável), na qual o paciente Crítico é caracterizado pela parada respiratória ou parada cardiopulmonar; o paciente Instável deve estar inconsciente, com choque descompensado e/ou dificuldade respiratória severa, lesão grave de cabeça ou tórax; o paciente Potencialmente instável é vítima de mecanismo agressor importante, em choque compensado, portador de lesão isolada importante ou lesão de extremidade com prejuízo circulatório ou neurológico; e o paciente Estável é portador de lesões menores, sem problemas respiratórios e com sinais vitais normais.

Um dos fatores críticos que interfere no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado portanto, o atendimento à vítima de trauma deve se iniciar o mais precocemente possível havendo a melhor integração entre o atendimento prestado no local, os cuidados durante o transporte e o tratamento definitivo (MINAYO; DESLANDES, 2008; NOVO; GEBELEIN, 2007).

O *Committee on Trauma of American College of Surgeons* (1986), dos Estados Unidos, estabelece o tempo de 20 minutos como intervalo máximo ideal para execução dos primeiros procedimentos, em casos graves. O tempo médio alcançado pelo atendimento do 1º GBM do CBMDF foi de 7 minutos até a chegada ao local somados a 12 minutos de atendimento em cena, totalizando 19 minutos para realização do primeiro atendimento (PEPE et. al. 1987; WHITAKER; GUTIÉRREZ; KOIZUMI, 1998).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) obtidos em 2008 mostram a importância dos automóveis no deslocamento da população brasileira, além de evidenciar que os acidentes de trânsito ocorreram em maior proporção entre os condutores de automóveis e de motocicletas (IBGE, 2010), informação que pode ser observada no Gráfico 7, que exibe a Distribuição percentual dos Agravos traumáticos sofridos pelas vítimas atendidas pelo 1º GBM do CBMDF.

Os acidentes de trânsito envolvendo quedas de motocicleta, veículo que ganha cada vez mais a aceitação e aprovação da população, por ser ágil e de custo reduzido, vêm aumentando com o passar dos anos em virtude do aumento da frota deste tipo de veículo em circulação nas vias públicas, ratificando a prevalência de Acidentes com Motocicletas nas Regiões Administrativas consideradas como “Outras” (BORTOLOTTI, 2008; OLIVEIRA; SOUSA, 2003).

Os traumas predominantemente encontrados neste estudo foram correspondentes ao Estado de gravidade da vítima e à prevalência dos Acidentes automobilísticos, nos quais o veículo oferece alguma proteção e absorve energia da colisão, e com Motocicletas (GALLO, HUDAK, 1997).

O Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) é referência na Rede para o atendimento em politraumas, emergências cardiovasculares, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, atendimento onco-hematológico e transplantes. Esse fato confirma o destino das 416 vítimas traumáticas atendidas, bem como a proximidade do quartel onde se localiza o 1º GBM (BRASIL, 2016).

O sábado, dia com maior número de atendimentos registrados, se mostrou concordantes com outros estudos e pode ser ilustrado pelo grande número de eventos festivos, ingestão de bebida alcoólica mais frequente, ultrapassagem do limite de velocidade, manobras arriscadas e diminuição da fiscalização nesses dias (NETA et. al., 2012; WELTER, et. al., 2013).

6. CONCLUSÕES

Dos 523 atendimentos traumáticos realizados pelo 1º GBM do CBMDF, no primeiro semestre de 2015, os acidentes automobilísticos foram a principal causa de trauma, com 22,6%, seguidos pelos acidentes com motocicletas, com 17% dos casos.

Foram realizados 60,6% dos atendimentos no Plano Piloto, enquanto 39,4% ocorreram em outras Regiões Administrativas.

Em relação ao sexo, a maior incidência de atendimentos traumáticos foi de homens, com 56,9%, contra 32,4% de mulheres, o que reforça a informação que pessoas do sexo masculino se envolvem mais em situações com agravos traumáticos.

A classificação predominante sobre o estado das vítimas atendidas foi Estável (83,56%).

O horário de maior incidência dos atendimentos foi no período diurno de atendimento, considerando o período de janeiro a junho, delimitado pelo estudo.

O tempo médio de atendimento prestado pela equipe de APH, sendo este em trânsito e em cena foi de 28 minutos por atendimento e 16 minutos de retenção da equipe.

Trabalhos com esse teor são importantes para avaliação do perfil epidemiológico dos atendimentos pré-hospitalares, neste caso, do Corpo Militar de Bombeiros do Distrito Federal. O retrato da realidade pode subsidiar a (re)elaboração de políticas públicas e incentivar a realização de ações educativas e protetivas voltadas para a população, para que os índices relativos ao trauma sejam atenuados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORTOLOTTI, Fábio. Manual do socorrista. 3 ed. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2008. 608 p.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Departamento de Trânsito do Distrito Federal. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito no Distrito Federal, Brasil – 2015.** Brasília: DETRAN-DF, 2015. 285p. [2015a]. Disponível em: http://www.detran.df.gov.br/images/Gerest-Anuario_Estatistico_Acidentes_Transito_2015.pdf. Acesso em: 10 ago. 2016, 16:30.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. [2015b]. Disponível em: <http://www.brasilia.df.gov.br/index.php/2015/10/21/333/>. Acesso em 09 nov. 2016.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. 2016. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/94-hospital-de-base-do-distrito-federal-ses-df>. Acesso em 10 nov. 2016.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria– Conjunta nº 4/2011. Dispõe sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 5 set. 2011, n.173, p.13-7. [2011a]

BRASIL. Lei nº4.545/64, de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 dez. 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-969/Ret/RetL4545-64.pdf. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº8.255, de 20 de novembro de 1991. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 nov. 1991. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8255-20-novembro-1991-363639-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF, 2011. **Diário Oficial da União**, n. 130, 8 de julho de 2011, Seção 1. p. 69-70. [2011b]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002. **Regulamentação do atendimento das urgências e emergências** [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 18 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes da Linha de Cuidado ao Trauma**. [2014a]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Atenção ao Trauma**. [2014b]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Instrutivo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 08 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1º de out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 08 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010**. Regulamenta o inciso I do art. 10-B da Lei no 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito

Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7163.htm. Acesso em: 21 mar. 2016.

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem). UFRG, Porto Alegre, 2009. 145f. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19036/000734785.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 jan. 2016.

CORREA, S.M.B.B. **Probabilidade e estatística**. 2 ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2003. 116p. Disponível em: http://www.sema.edu.br/editor/fama/livros/educacao/ESTATISTICA/livro_probabilidade_estatistica_2a_ed.pdf. Acesso em: 31 out. 2016.

Curso de formação de Bombeiros Comunitários. **Avaliação geral do paciente**. 2012. Disponível em: <https://bombeiroscomunitariosrdc.files.wordpress.com/2012/05/lic3a7c3a3o-03-avaliac3a7c3a3o-geral-do-paciente-aph.pdf>. Acesso em 10 nov. 2016.

DOWSWELL, Therese; TOWNER, Elizabeth. Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. **Health education research**, v. 17, n. 2, p.221-237, 2002.

GALLO, Barbara M.; HUDAK, Carolyn M.. **Cuidados intensivos de enfermagem: Uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1013 p.

HOSPITAL AND PREHOSPITAL RESOURCES FOR OPTIMAL CARE OF THE INJURED PATIENT. Committee on Trauma of the American College of Surgeons. **Bull Am Coll Surg**, v. 71, p. 4-23, 1986.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 250 p.

LADEIRA, Roberto Marini; BARRETO, Sandhi Maria. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidente de trânsito. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 287-294, fev. 2008.

MINAYO, Maria Cecília De Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

NARDOTO, Emanuella Maria Lopes; DINIZ, Jackeline Maria Tavares; CUNHA, Carlos Eduardo Gouvêa Da. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-Hospitalar Aéreo de Pernambuco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 232-237, 2011.

NETA, D. S. R. et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 936-941, nov./dez. 2012.

NOVO, F.C.F., GEBELEIN, N.M. Atendimento Pré-Hospitalar e Transporte do Traumatizado. 6^oed. São Paulo: **Manole**; 2007.

OLIVEIRA, Nelson Luiz Batista De; SOUSA, Regina Marcia Cardoso De. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 749-756, nov./dez. 2003. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

PEPE, P.E. et al. The relationship between total prehospital time and outcome in hypotensive victims of penetrating injuries. **Ann Emerg Med**, Oregon, v. 16, n. 3, p. 293-297, 1987.

SILVA, E. A. C. D. et al. Aspectos históricos da implementação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletr. de Enf.**, Goiás, v. 12, n. 3, p. 571-577, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

SOUZA, E. R. D. et al. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.

17, n. 12, p. 3243-3248, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/09.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

TIMBY, Barbara Kuhn. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 836 p.

WAKSMAN, R.D. et al. Morbidade por trauma em crianças moradoras da comunidade de Paraisópolis, São Paulo, Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-5, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n1/pt_1679-4508-eins-12-1-0001.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

WELTER, D. S. et al. Caracterização das ocorrências traumáticas atendidas pelo Copo de Bombeiros do Município de Itapiranga-SC. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3620-3625, abr./jun. 2013.

WHITAKER, Iveth Yamaguchi; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero De; KOIZUMI, Maria Sumie. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Rev Ass Med Brasil**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 111-119, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n2/1989.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

APÊNDICE A – 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.

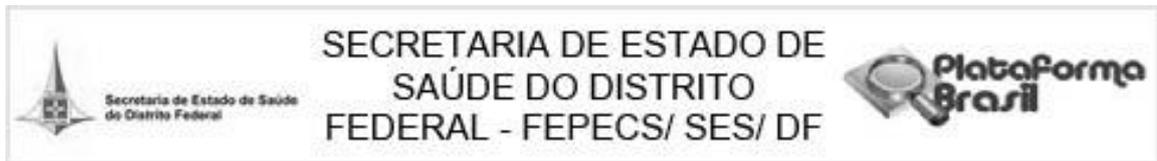
Eu, **Alexandre Costa Guedes de Lima**, Tenente Coronel do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) e comandante do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH), autorizo a utilização das fichas de atendimento pré-hospitalar oriundas de atendimentos realizados no serviço 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 A – 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

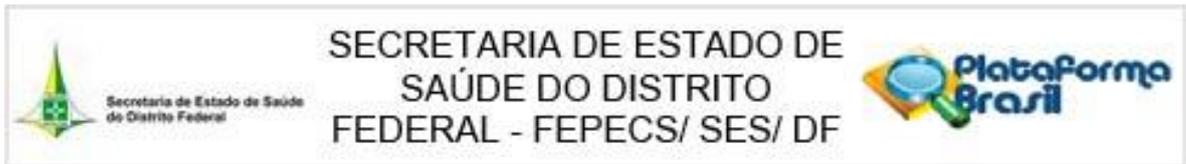
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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: comfedeetica.secretaria@gmail.com



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_INFORMACOES_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: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

