



ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES EM POPULAÇÃO JOVEM DO DISTRITO FEDERAL

Lucas Vicente de Sousa*
Paulo Henrique Fernandes dos Santos**
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá***
Valéria Bertonha Machado****
Claudia Maria Silva Cyrino*****
Juliane Andrade*****

RESUMO

Objetivo: Descrever os tipos de atendimentos pré-hospitalares de jovens, realizados por um Grupamento do Corpo de Bombeiros, e compará-los segundo as características das vítimas e das ocorrências. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, composto por 198 ocorrências atendidas, em 2015, no Distrito Federal. Os dados foram coletados a partir das fichas de atendimentos do serviço. Para comparação proposta, aplicou-se o teste qui-quadrado e a razão de verossimilhança, adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** A maioria dos atendidos era do sexo masculino (54,0%) e idade superior a 18 anos (86,4%). Predominaram-se os atendimentos com tempo de resposta menor que 10 minutos (83,8%) e gravidade classificada estável (98,0%). O resultado da comparação foi significativo para a categoria trauma quanto às características de idade, sexo, local de ocorrência e regional de destino, todas com $p \leq 0,0001$. **Conclusão:** A população jovem estudada, com ênfase ao sexo masculino, é vulnerável a ocorrências traumáticas, especificamente aos atendimentos ocorridos em via pública. Os dados expostos apontam para a necessidade de educação em saúde e ações intersetoriais que promovam a prevenção dessas ocorrências na população jovem.

Palavras-chave: Assistência pré-hospitalar. Perfil de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Adulto jovem.

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar móvel de urgência caracteriza-se um serviço especializado que visa chegar precocemente à vítima, após ocorrência de agravo à sua saúde fora do âmbito hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado⁽¹⁾.

Tais atendimentos constituem um importante componente de assistência à saúde pública, uma vez que o crescimento rápido e desordenado das cidades, intensificado, principalmente, na era capitalista, tem ocasionado mudanças epidemiológicas importantes, com aumento de enfermidades relacionadas às situações de

urgência e emergência⁽²⁾.

A partir desse cenário, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências, por meio da Portaria n.º 1600, de 7 de julho de 2011. Essa portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e tem como objetivo articular as ações e serviços de saúde, para ampliar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde⁽³⁾.

Nesse contexto, compete ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) estar em conformidade com a Rede de Atenção às Urgências. Ademais, no DF o atendimento pré-hospitalar (APH) é executado mediante cooperação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

*Enfermeiro. Residente em Urgência e Emergência no Hospital das Clínicas da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: lucasvdesousa@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3724-9128>

**Enfermeiro. Mestre. Professor do Departamento de Enfermagem da UnB. Brasília, DF, Brasil. E-mail: paulofs@unb.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4533-0129>

***Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UnB. Brasília, DF, Brasil. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>

****Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UnB. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: valeriabertonha@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1106-4571>

*****Enfermeira. Doutora. Professora do Centro Universitário Sudoeste Paulista. Itapetininga, São Paulo, Brasil. E-mail: claucyrino@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2442-2606>

*****Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UnB. Brasília, DF, Brasil. E-mail: juenf_andrade@yahoo.com.br. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4321-0118>

(CBMDF)⁽⁴⁾. Assim, realiza-se o atendimento de suporte básico ou avançado de vida nas emergências médicas de todas as naturezas, interligado ao SAMU, por meio da Central de Regulação Médica Integrada⁽⁴⁾.

O Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV) são duas modalidades de assistência oferecidas no APH móvel. O SBV consiste na realização de procedimentos técnicos não invasivos, e o SAV é a assistência oferecida a indivíduos com risco iminente de morte, por meio de intervenções médicas invasivas⁽⁵⁾. Ressalta-se que os profissionais militares realizam somente o suporte básico de vida, sendo responsáveis no APH pelo resgate e promoção de acesso aos serviços médicos de emergência ou transporte até os centros de atendimento em saúde⁽⁶⁾.

O atendimento da população jovem nesse cenário merece destaque, uma vez que é acometida, majoritariamente, por ocorrências decorrentes de causas externas e que apresentam consequente impacto social e econômico. Trata-se de uma população em idade ativa e o número de internações, sequelas permanentes e absenteísmos repercutem em altos custos para a sociedade⁽⁷⁾. Como população jovem, entendem-se as pessoas entre 15 e 29 anos de idade, conforme o Estatuto da Juventude, Lei n.º 12.852/2013⁽⁸⁾.

No ano de 2015, cerca de três milhões de jovens morreram no mundo, sendo que as causas externas configuraram o maior percentual de mortalidade nessa faixa etária⁽⁹⁾. No mesmo ano, no Brasil morreram 75.692 jovens e, destes, 48.119 ocorreram devido a causas externas; no Distrito Federal (DF), das 819 mortes de jovens, 70% foram consequências de causas externas⁽¹⁰⁾.

No grupo de danos causados por agentes externos, incluem-se os acidentes de trânsito, homicídios, violências, quedas, afogamentos, envenenamento, suicídios, queimaduras e lesões decorrentes de desastres naturais, como enchentes e/ou deslizamentos^(11,12). Porém, essa população também pode ser acometida por ocorrências de natureza clínica; por exemplo, agravos como convulsão, dor abdominal e torácica, dispneia, crise de ansiedade e hipoglicemia⁽²⁾.

Revisão integrativa aponta que as pesquisas nacionais e internacionais apresentam o perfil

epidemiológico de toda população atendida no serviço pré-hospitalar móvel, como também, o perfil das vítimas acometidas por traumas⁽¹³⁾. Portanto, acredita-se que o conhecimento das ocorrências atendidas pelo Corpo de Bombeiros pode propiciar o planejamento de ações e estratégicas que visam a prevenção dos agravos, elaboração de programas de saúde e a melhoria da qualidade da assistência oferecida, tanto no APH, quanto nos demais serviços pertencentes à Rede de Atenção às Urgências⁽¹⁴⁾. Tais dados podem, ainda, contribuir na identificação de fragilidades no processo de trabalho e na sistematização das informações nesse serviço.

Diante do exposto, questiona-se: Quais os tipos de atendimentos pré-hospitalares mais prevalentes em jovens? Qual(is) a(s) diferença(s) entre os tipos de atendimentos e as características da vítima e da ocorrência? Baseado nessa questão de pesquisa, o presente estudo tem por objetivo descrever os tipos de atendimentos pré-hospitalares de jovens, realizados por um Grupamento do Corpo de Bombeiro, e compará-los segundo as características das vítimas e das ocorrências.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, que faz parte de um estudo maior intitulado “Perfil dos Atendimentos Pré-Hospitalares realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal”, executado no Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH) do CBMDF.

Nesta pesquisa, foram incluídas as FAPH dos atendimentos realizados pelo 6.º Grupamento de Bombeiro Militar (GBM), de caráter clínico ou traumático, em público jovem (15 a 29 anos), no período de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2015. O ano de 2015 foi incluído por ter maior disponibilidade dos dados. Foram excluídas do estudo as FAPH com dados incompletos, o que impossibilitava a categorização.

Vale salientar que, nas FAPH do CBMDF, as ocorrências são divididas em clínicas ou traumáticas. Assim, para a variável tipo de atendimento, as categorias psiquiátricas e

gineco-obstétricas foram realizadas a partir dos agravos clínicos, de forma a não ficarem sobrepostas.

No ano de 2015, o 6.º GBM do CBMDF realizou um total de 1.104 atendimentos, dos quais 33 FAPH apresentavam o campo “idade” em branco e 175 não continham as demais

informações registradas, como o local da ocorrência, gravidade do paciente e os intervalos de tempo da ocorrência. Somando-se a isso, 698 FAPH eram de uma população fora da faixa etária abordada. Assim, 906 FAPH foram excluídas, totalizando uma amostra final de 198 fichas de atendimento.

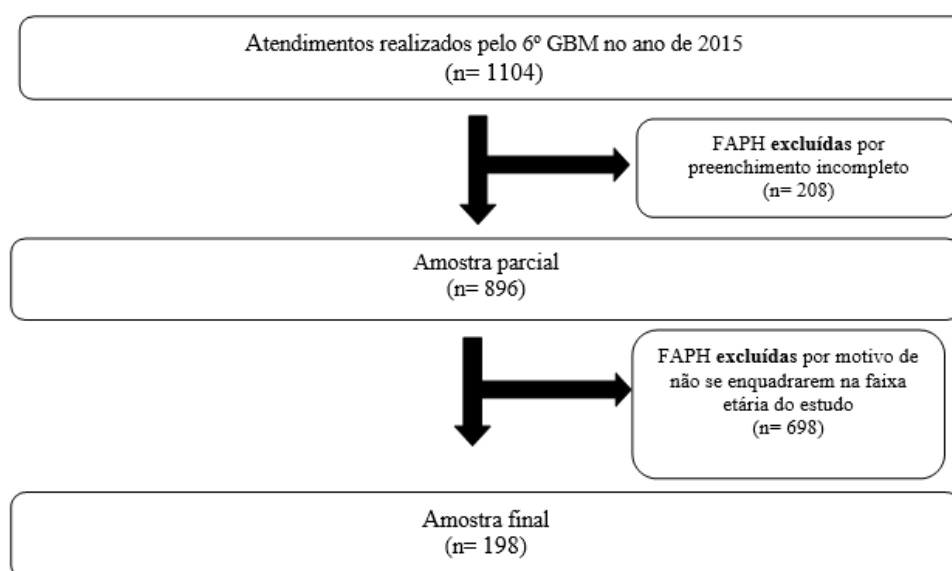


Figura 1. Fluxograma de construção da amostra. Brasília, 2019

O 6.º GBM, por se localizar na Região Administrativa do Núcleo Bandeirante, está inserido na região de saúde Centro-Sul, que é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Hospital Regional do Guará e a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) do Núcleo Bandeirante⁽¹⁵⁾.

Além das regiões, o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), o Hospital Materno Infantil de Brasília e o Hospital de Apoio de Brasília (HAB) foram classificados como Unidades de Referência Distrital (URD), servindo a toda a população do Distrito Federal (DF)⁽¹⁶⁾, sendo referência para politrauma⁽¹⁵⁾.

A coleta de dados foi realizada por alunos de graduação de Enfermagem de uma universidade pública federal, previamente treinados para esse fim, no período de maio a novembro de 2017, utilizando-se das FAPH do CBMDF. Destaca-se que as FAPH são formulários preenchidos manualmente por militares do CBMDF no momento do atendimento às ocorrências, sendo,

posteriormente, encaminhadas ao GAEPH pelo GBM de origem, para o arquivamento.

O instrumento de coleta de dados foi construído pelos próprios pesquisadores, após definição das variáveis necessárias para o alcance do objetivo proposto.

As variáveis estudadas foram: idade (<18 anos, ≥ 18 anos); sexo (feminino, masculino); horário do atendimento (diurno, noturno); período da semana (dia de semana, fim de semana); trimestre de ocorrência (1.º, 2.º, 3.º ou 4.º trimestre) e tempo de resposta da viatura (≤ 10 minutos, entre 11 e 15 minutos, entre 16 e 20 minutos, entre 21 e 30 minutos, entre 31 e 60 minutos) – o tempo de resposta da viatura é definido como o intervalo entre o acionamento do serviço médico de urgência;isto é, do pedido de socorro até a chegada da viatura no local da ocorrência⁽¹⁷⁾.

Ademais, consideraram-se: local da ocorrência (residência, trabalho, via, outros); gravidade de acordo com a escala C.I.P.E (crítico, instável, potencialmente instável, estável)⁽¹⁸⁾; tipo de atendimento (trauma, clínico,

gineco-obstétrico, psiquiátrico) e destino (não transportado, Região de Saúde Centro-Norte, Região de Saúde Centro-Sul, Região de Saúde Sul, Região de Saúde Sudoeste, rede privada de saúde, URD).

Conforme o Manual de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, a escala C.I.P.E. é utilizada para determinar o tempo de permanência do paciente na cena de emergência, de acordo com a gravidade das lesões ou doença. Caracterizam-se os pacientes em: “crítico”, aquele em parada cardiorrespiratória; “instável”, que apresenta um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas – inconsciência, choque descompensado, dificuldade respiratória severa, lesão grave de cabeça e/ou tórax; “potencialmente instável”, com choque compensado ou que apresentava lesões isoladas importantes. Os pacientes com lesões menores e sinais vitais normais são caracterizados “estáveis”⁽¹⁸⁾.

Quanto ao tempo de avaliação na cena, os pacientes críticos e instáveis devem ser tratados, no máximo, em cinco minutos e transportados de imediato. No caso dos pacientes potencialmente instáveis e estáveis, o tempo de avaliação da emergência é de, no máximo, 12 minutos e transportá-los após sua estabilização⁽¹⁸⁾.

Os dados foram codificados em uma planilha no Programa *Microsoft Excel*[®] e processados,

em dupla entrada, para verificação da consistência interna entre as duas bases.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a comparação entre as variáveis estudadas, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson e a razão de verossimilhança (*Likelihood Ratio*), adotando-se como nível de significância valor de $p < 0,05$. As análises foram realizadas utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

O projeto foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da SESDF, com Parecer favorável n.º 1.757.394 e CAAE n.º 56437316.2.0000.5553.

RESULTADOS

Na análise das 198 ocorrências incluídas na presente investigação, 86,4% dos jovens atendidos tinham mais de 18 anos e 54,0% eram do sexo masculino; para ambas as variáveis, a comparação com tipo de atendimento foi significativo ($p \leq 0,0001$) na categoria trauma. Também se destaca que 166 (83,8%) atendimentos obtiveram tempo de resposta da viatura menor que 10 minutos (Tabela 1).

Tabela 1. Características e comparação das ocorrências atendidas pelo 6.º Grupamento de Bombeiro Militar do Distrito Federal no ano de 2015, segundo a natureza de atendimento. Distrito Federal, 2019

Variáveis	Tipo de atendimento										Valor do Teste	p
			Trauma		Clínico		Gineco-obstétrico		Psiquiátrico			
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Idade												
<18 anos	27	13,6	12	44,4	15	55,6	0	0,0	0	0,0		
≥18 anos	171	86,4	105	61,4	35	20,5	21	12,3	10	5,8	19,264 [†]	≤0,0001
Sexo												
Feminino	91	46,0	32	35,2	36	39,6	21	23,1	2	2,2		
Masculino	107	54,0	85	79,4	14	13,1	0	0,0	8	7,5	57,370 [§]	≤0,0001
Horário do atendimento												
Diurno	120	60,6	69	57,5	35	29,2	13	10,8	3	2,5	5,917 [§]	0,116
Noturno	78	39,4	48	61,5	15	19,2	8	10,3	7	9,0		
Dia da semana												
Dia de semana	143	72,2	86	60,1	37	25,9	14	9,8	6	4,2	1,242 [§]	0,743
Fim de semana	55	27,8	31	56,4	13	23,6	7	12,7	4	7,3		
Trimestre de ocorrência												
1.º trimestre	55	27,8	32	58,2	17	30,9	3	5,5	3	5,5		
2.º trimestre	58	29,3	34	58,6	14	24,1	6	10,3	4	6,9	6,579 [†]	0,681
3.º trimestre	34	17,2	18	52,9	8	23,5	7	20,6	1	2,9		
4.º trimestre	51	25,8	33	64,7	11	21,6	5	9,8	2	3,9		

Continua

Tempo de resposta da viatura												
≤ 10 minutos	166	83,8	97	58,4	43	25,9	18	10,8	8	4,8		
Entre 11 e 15 minutos	19	9,6	13	68,4	4	21,1	2	10,5	0	0,0		
Entre 16 e 20 minutos	8	4,0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	10,677 [†]	0,557
Entre 21 e 30 minutos	3	1,4	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0		
Entre 31 e 60 minutos	2	1,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0		
Local da ocorrência												
Residência	40	20,2	8	20,0	12	30,0	14	35,0	6	15,0		
Trabalho	17	8,6	8	47,1	6	35,3	3	17,6	0	0,0		
Via Pública	94	47,5	85	90,4	7	7,4	0	0,0	2	2,1	105,651 [†]	≤0,0001
Outros	47	23,7	16	34,0	25	53,2	4	8,5	2	4,3		
Gravidade												
Crítico	2	1,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Instável	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4,266 [†]	0,641
	2	1,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Potencialmente instável												
Estável	194	98,0	113	58,2	50	25,8	21	10,8	10	5,2		
Regional de saúde												
Não transportado	7	3,5	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0		
Centro- Norte	47	23,7	31	66,0	4	8,5	11	23,4	1	2,1		
Centro-Sul	60	30,3	5	8,3	38	63,3	10	16,7	7	11,7	164,182 [†]	≤0,0001
Sul	2	1,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Sudoeste	6	3,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3		
Rede privada de Saúde	7	3,5	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0		
URD*	69	34,8	67	97,1	2	2,9	0	0,0	0	0,0		

*Unidades de Referências Distritais § Teste Qui-quadrado de Pearson † Razão de Verossimilhança

Os dados demonstraram que 47,5% dos atendimentos foram realizados em via pública, e, destes, 90,4% compreenderam atendimentos do tipo traumático (Tabela 1). Salienta-se que 81 (69,2%) ocorrências traumáticas consistiram em acidentes automobilísticos, acidentes com motocicletas e atropelamentos (dados não mostrados na tabela).

Quanto à gravidade e à regional de destino das vítimas, 98,0% dos indivíduos atendidos se encontravam estáveis, de acordo com a escala C.I.P.E, e 88,8% foram direcionados e distribuídos entre três regionais –URD (34,8%), Região de Saúde Centro-Sul (30,3%) e Região de Saúde Centro-Norte (23,7%) –, apresentando comparação significativa entre o tipo de atendimento e regional de saúde ($p \leq 0,0001$). As Regiões de Saúde Norte, Leste e Oeste não receberam nenhuma das vítimas atendidas pelo 6.º GBM no ano de 2015.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu descrever e comparar o perfil dos atendimentos pré-hospitalares realizados em jovens pelo 6.º GBM do CBMDF, o que possibilita ampliar a visão frente a esses atendimentos, na perspectiva de direcionar as ações de prevenção e promoção, como também de adequações no processo de trabalho desse serviço.

Nesta investigação, destaca-se que os jovens entre 18 e 29 anos, do sexo masculino, apresentam maior exposição a agravos traumáticos do que o restante da população estudada. Tal fato pode ser justificado pelo comportamento social e cultural da população masculina, caracterizada pela maior exposição a riscos, como: direção em maior velocidade; uso abusivo de álcool; comportamento mais agressivo no trânsito; realização de manobras arriscadas; entre outras atitudes que predispõem acidentes; além do comportamento autoritário e agressivo relacionado à violência urbana, tornando-os seus

agentes, mas que, por outro lado, os transformam em alvos⁽¹⁹⁾.

Tais dados corroboram com outros estudos^(20,21). Um deles expõe que 77,5% dos atendimentos de ocorrências traumáticas foram realizados em vítimas do sexo masculino, e 52,2% dessas ocorrências compreendiam vítimas na faixa etária entre 15 e 34 anos – o que demonstra predomínio de adultos jovens em idade ativa⁽²⁰⁾ –, geralmente relacionadas ao uso de telefone celular durante a condução, excesso de velocidade e exaustivos turnos de trabalho⁽¹⁹⁾.

Em relação ao tempo resposta, na presente investigação, 166 (83,8%) obtiveram um tempo menor de dez minutos. Estudo realizado na cidade de Melbourne, na Austrália, evidenciou que 75,0% dos atendimentos a pacientes críticos apresentaram tempo de deslocamento à cena da ocorrência menor que 14 minutos⁽²²⁾. Uma pesquisa no sul do Brasil considerou como intervalo ideal o tempo de 8 a 10 minutos⁽¹⁷⁾.

Ademais, por ser o principal indicador da qualidade da assistência pré-hospitalar, o tempo resposta dos serviços móveis tem atraído interesse público nos países desenvolvidos⁽²²⁾. Salienta-se a importância da percepção dos profissionais quanto ao tempo resposta como parâmetro para a qualidade do serviço. Pesquisa qualitativa realizada em Maringá demonstrou que 41% dos profissionais achavam “bom” o tempo de chegada da ambulância ao local da ocorrência e 15,5% consideraram “excelente”⁽²³⁾.

Na análise do local de ocorrência, 94 (47,5%) atendimentos foram realizados em via pública. E destes, 90,4% foram relacionados a eventos traumáticos, apresentando *p* significativo. Tal dado pode estar relacionado ao aumento considerável da frota de automóveis em vias públicas, e da sua utilização como meio de transporte, tanto para deslocamento ao trabalho, quanto para bares, festas e outros locais com acesso a bebidas alcoólicas⁽²⁴⁾.

Estudos^(7,21) sobre a temática evidenciam que os traumas são, majoritariamente, decorrentes de acidentes de trânsito, destacando a motocicleta como principal veículo envolvido. Revisão integrativa demonstrou que os atendimentos relacionados a acidentes de trânsito têm sido o principal alvo de estudos nos últimos anos, e, apesar do aumento do número de atendimentos relacionados a tais agravos, a letalidade causada

por esses acidentes tem diminuído⁽¹³⁾.

Nessa perspectiva, quase a totalidade das ocorrências analisadas (98%), foram de vítimas estáveis, conforme a escala C.I.P.E. utilizada pelo CBMDF. Tal resultado pode ser justificado, uma vez que a equipe realiza atendimentos de suporte básico de vida, ficando a população com agravos hemodinâmicos e com necessidade de intervenção invasiva imediata a cargo do SAMU, conforme decisão da Central de Regulação Médica Integrada. Além disso, usuários constantemente usam os serviços de emergência de forma inadequada, com queixas genéricas e de gravidade reduzida, que poderiam ser solucionadas em outro serviço da rede de atenção, ocasionando o deslocamento inadequado dos recursos⁽²⁰⁾.

Das vítimas de trauma, 97,1% foram encaminhadas para as URD, e deve-se considerar que o HBDF, referência para politrauma no DF, é uma dessas unidades. Quanto aos atendimentos clínicos, 63,3% foram encaminhados para a Região de Saúde Centro-Sul, devido à proximidade da área de abrangência do 6º GBM. As Regiões de Saúde Norte, Leste e Oeste não receberam nenhuma das vítimas atendidas no ano de 2015, o que pode ser justificado pela distância desses serviços de saúde da área de atendimento do grupamento.

Como limites desta pesquisa, é importante salientar o preenchimento inadequado e incompleto das fichas de atendimento, refletindo na composição amostral. Estudos cujos dados têm como fonte tais registros podem ser prejudicados, uma vez que são preenchidos após o atendimento, podendo ter algumas informações incompletas⁽²⁵⁾. A educação permanente dos profissionais, tanto para questões assistenciais quanto burocráticas, reflete na qualidade do serviço⁽²³⁾.

Ressalta-se a contribuição da pesquisa para a instituição, pois a caracterização dos atendimentos realizados pode direcionar a tomada de decisão e o planejamento de estratégias de intervenção deste e de outros grupamentos do corpo de bombeiros, visando uma qualificada e específica assistência à saúde prestada ao público jovem.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a população jovem estudada, com ênfase ao sexo masculino, é vulnerável a

ocorrências traumáticas, especificamente aos atendimentos ocorridos em via pública, possivelmente causados por acidentes de trânsito.

Desse modo, os dados expostos apontam para a necessidade de educação em saúde, e ações intersectoriais que promovam a prevenção dessas ocorrências na população jovem. Reitera-se, ainda, a necessidade de educação continuada dos profissionais militares no que se refere ao preenchimento adequado das fichas de

atendimento, aprimoramento dessas fichas e a elaboração de sistemas informatizados para análise contínua das informações.

Assim, recomenda-se a realização de pesquisas que propiciem a elaboração de um sistema informatizado unificado para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), permitindo a comparação de dados, análises e aportes para planejamentos e tomadas de decisões.

PRE-HOSPITAL CARE IN YOUNG POPULATION OF THE FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT

Objective: To describe the types of pre-hospital care for young people, carried out by a Fire Department, and to compare them according to the characteristics of the victims and the incidents. **Method:** Cross-sectional, retrospective, descriptive and analytical study, with a quantitative approach, composed of 198 incidents attended, in 2015, in the Federal District. Data retrieved from the service's file records. For the proposed comparison, the chi-square test and the likelihood ratio were applied, adopting $p < 0.05$. **Results:** Most of those attended were male (54.0%) and over 18 years old (86.4%). The rescue with response time less than 10 minutes (83.8%) and severity classified as stable (98.0%) predominated. The comparison result was significant for the trauma category in terms of age, sex, place of incident and regional destination, all with $p \leq 0.0001$. **Conclusion:** The young population studied, with an emphasis on the male sex, is vulnerable to traumatic events, specifically on public roads. The exposed data point to the need for health education and intersectoral actions that promote the prevention of these incidents in the young population.

Keywords: Prehospital care. Health profile. Health services needs and demand. Young adult.

ATENCIÓNES PRE HOSPITALARIAS EN POBLACIÓN JOVEN DEL DISTRITO FEDERAL

RESUMEN

Objetivo: describir los tipos de atenciones pre hospitalarias de jóvenes, realizadas por un Agrupamiento de Cuerpo de Bombero, y compararlos según las características de las víctimas y de los incidentes. **Método:** estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico, con enfoque cuantitativo, compuesto por 198 incidentes atendidos, en 2015, en el Distrito Federal-Brasil. Los datos fueron recolectados a partir de las fichas de atención de servicio. Para la comparación propuesta, se aplicó la prueba chi-cuadrado y la razón de verosimilitud, adoptándose $p < 0,05$. **Resultados:** la mayoría de los atendidos era del sexo masculino (54,0%) y edad superior a 18 años (86,4%). Se predominaron las atenciones con tiempo de respuesta menor que 10 minutos (83,8%) y gravedad clasificada estable (98,0%). El resultado de la comparación fue significativo para la categoría trauma en cuanto a las características de edad, sexo, local de incidencia y regional de destino, todas con $p \leq 0,0001$. **Conclusión:** la población joven estudiada, con énfasis al sexo masculino, es vulnerable a incidentes traumáticos, específicamente a los atendimientos ocurridos en vía pública. Los datos expuestos señalan para la necesidad de educación en salud y acciones intersectoriales que fomenten la prevención de estos incidentes en la población joven.

Palabras clave: Atención pre hospitalaria. Perfil de salud. Necesidades y demandas de servicios de salud. Adulto joven.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 288, de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2018. p. 83. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0288_29_03_2018.html.
2. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMC, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016; 20(2): 289-295 [acesso em 15 de jul 2020]. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. p. 70. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
4. Governo do Distrito Federal. Portaria-Conjunta n. 4 de 05 de setembro de 2011. Dispõe sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 05 set. 2011. p. 13. [Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/69281/64059822.html>]
5. Alkmin T, Souza RD, Feijó EJ, Parrila GS, Santos RS. A atuação do enfermeiro à frente da ambulância intermediária no atendimento pré-hospitalar móvel do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Revista de Trabalhos Acadêmicos UNIVERSO São Gonçalo [Internet]. 2016; 1(1) [acesso em 28

nov 2018]. Disponível em:

<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=2TRABALHOSACADEMICOSAOGONCALO2&page=article&op=view&path%5B%5D=2800>

6. Freitas KO, Martins MGT, Silva MSA, Jaques MB, Vasconcelos EV. Health Care from Firefighters: the Faced Difficulties that Impact in the Population's Assistance. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019; 11 (n. esp): 317-323 [acesso em 21 mar 2019]. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.317-323>

7. Gomes ATL, Silva MF, Dantas BAS, Miranda JMA, Melo GSM, Dantas RAN. Perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por unservioprehospitalariomóvil de urgencia. *Enfermería Global*. 2016; 16(1), 384-415. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.231801>

8. Brasil. Presidência da República. Lei n. 12.852 de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. *Diário Oficial da União* 05 ago. 2013; Seção 1. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm

9. World Health Organization (WHO) [homepage na internet] Global Health Estimates 2015: Estimated deaths by age, sex, and cause [acesso em 18 dez 2018]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS [homepage na internet]. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: Banco de Dados. [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

11. Sousa ASB, Silva SC, Cavalcante MFA. Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011. *R. Interd*. 2016; 9(1): 57-65. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revint/article/view/594/pdf_285

12. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. Mortality epidemiology for external causes in the period 2004 to 2013. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018; 12(3): 716-28 [acesso em 19 jul 2020]. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>

13. Cyrino CMS, Almeida PMV de, Dell'Acqua MCQ, Deodato S, Michelin NS, Castro MCN e. Mobile pre-hospital care in Portugal and Brazil: an integrative review. *Cogitareenferm*. [Internet]. 2019; 24 [acesso em 18 jan 2019]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61194>

14. Soares MKP, Dantas RAN, Dantas DV, Nunes HMA, Nascimento RA, Nascimento JCP. Profile of users attended by an emergency mobile pre-hospital service in northeastern Brazil. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2018; 10(2):503-509 [acesso em 06 dez 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.503-509>

15. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016-2019.

Brasília; 2016. Disponível em:

https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/DF_PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf

16. Fonseca HLP. The Health Reform of Brasília, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019; 24(6): 1981-1990 [acesso em 27 nov 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>

17. Ciconet RM. Tempo resposta de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015 [acesso em 23 dez 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129481>

18. Governo do Distrito Federal. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Manual de Atendimento Pré-Hospitalar. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007. 239 p. [acesso em 12 jul 2020]. Disponível: <https://www.cbm.df.gov.br/2012-11-12-17-42-33/2012-11-13-16-14-57?task=document.viewdoc&id=753>

19. Barreto MS, Teston EF, Latorre MRDO, Mathias TAF, Marcon SS. Traffic accident and homicide mortality in Curitiba, Paraná, Brazil, 1996-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016; 25(1): 95-104 [acesso em 02 jan 2019]. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100010>

20. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Profile of state prehospital mobile emergency care service. *CogitareEnferm*. [Internet]. 2016; 21(1): 01-09. [acesso em 23 dez 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42470>

21. Mbanjumucyo G, George N, Kearney A, Karim N, Aluisio AR, Mutabazi Z et al. Epidemiology of injuries and outcomes among trauma patients receiving prehospital care at a tertiary teaching hospital in Kigali, Rwanda. *African Journal of Emergency Medicine*. (2016) 191-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2016.10.001>

22. Nehme Z, Andrew E, Smith K. Factors Influencing the Timeliness of Emergency Medical Service Response to Time Critical Emergencies. *Prehospital Emergency Care*. 2016; 20(6): 783-791. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10903127.2016.1164776>

23. Garçon TL, Pupulim JSL. Quality of emergency in mobile prehospital care in the perspective of professionals. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2017; 16(4) [acesso em 05 nov 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.37306>

24. Geiger LSC, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Barbosa MH, Tavares JL, Oliveira ACD. Trauma from traffic accidents after implementation of Law n°. 11.705 - "Dry Law". *Rev Min Enferm*. 2018; 22:e-1072. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180002>

25. Hagiwara MA, Nilsson L, Strömsöe A, Axelsson C, Kängström A, Herlitz J. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016; 24(14). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-016-0206-7>

Endereço para correspondência: Lucas Vicente de Sousa. SHCES Quadra 1105 Bloco D Apto 302. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Telefone: (61) 98212-4418. E-mail: lucasvdesousa@gmail.com.

Data de recebimento: 22/11/2019

Data de aprovação: 10/07/2020