

Avaliação do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por plantonista clínico e cirurgião na sala de emergência hospitalar

Evaluation of care for traffic accidents victims made by on duty emergency physicians and surgeons in the emergency room

VLAUDIMIR DIAS MARQUES¹; MAURICIO MEDEIROS LEMOS¹; CESAR ORLANDO PERALTA BANDEIRA, ACBC-PR¹; AMÉLIA CRISTINA SEIDEL¹; SANDRA MARIA PELOSO¹; MARIA DALVA DE BARROS CARVALHO¹.

R E S U M O

Objetivo: avaliar o atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por médicos plantonistas cirurgiões e/ou clínicos na sala de emergência hospitalar. **Métodos:** estudo retrospectivo, descritivo e exploratório do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito da área urbana de Maringá-PR, entre julho de 2013 e julho de 2014, em hospitais referenciados. Questionário aplicado aos médicos plantonistas avaliou dados demográficos e a formação profissional. **Resultados:** dos 688 prontuários avaliados, 99% apresentavam *Revised Trauma Score* pré-hospitalar de 12. Análise estatística mostrou que nos atendimentos feitos por Clínicos (n=187), a anotação dos escores da Escala de Coma de Glasgow e a realização de procedimentos cirúrgicos foram feitas em menor número e, em contrapartida, a anotação dos valores de pressão arterial sistêmica foi realizada em maior número quando comparados com atendimentos feitos por Cirurgiões (n=501). Houve relação estatisticamente significativa ($p<0,01$) entre o tempo de permanência hospitalar e a especialidade cirúrgica, com maior chance (OR bruta=28) observada no período de uma a seis horas para o grupo atendido pelos Clínicos. A maioria dos plantonistas que participaram do estudo eram jovens, com tempo de atividade em sala de emergência hospitalar de um a dois anos e com capacitação no curso do ATLS. Entre os que participaram do curso do ATLS, 60% o fizeram nos últimos quatro anos. Cirurgiões realizaram 73% dos atendimentos hospitalares. **Conclusão:** nos atendimentos às vítimas de trânsito com lesões leves, a Escala de Coma de Glasgow, os níveis de pressão arterial sistêmica, o tipo de tratamento na sala de emergência e o tempo de internação hospitalar tiveram abordagens diferentes entre Clínicos e Cirurgiões.

Descritores: Acidentes de Trânsito. Clínicos Gerais. Cirurgiões. Serviços Médicos de Emergência. Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa.

INTRODUÇÃO

O trauma tornou-se nos últimos anos um dos maiores problemas de saúde pública¹. Nos casos de acidentes de trânsito (AT), milhares de vidas são comprometidas a cada ano, tornando necessidade constante a discussão, o planejamento da prevenção e o tratamento destas vítimas^{2,3}.

Nos atendimentos pré-hospitalares realizados pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) do Corpo de Bombeiros é realizada a triagem e a classificação das vítimas conforme o grau de gravidade, seguidas dos primeiros cuidados para estabilização da situação de urgência ou emergência e posteriormente o encaminhamento a serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento⁴.

No Brasil, nem todos os serviços hospitalares dispõem de profissionais qualificados no atendimento ao politraumatizado. Qualquer médico que tenha licença profissional pode atuar como médico emergencista⁵.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2077/14 versa sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como, do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Define no seu Artigo 3º a obrigatoriedade do atendimento ser realizado por um médico, porém não há referência quanto à especialidade⁶. Na prática observa-se que o “emergencista” ou é especialista em clínica médica ou em cirurgia geral, que deverão apresentar habilidades e conhecimentos adequados para atuar na sala de emergência. Entretanto a Resolução CFM nº 2149/2016, de 22 de julho de 2016, homologa a aprovação da Medicina de Emergência como especialidade médica, e da Medicina de Urgência como Área de Atuação Médica⁶. Esses novos especialistas assim formados poderão fazer a diferença com tomadas de decisões apropriadas e seguras ao atuar nas emergências⁷.

É histórica a diferença de formação especializada e de personalidade entre o médico Clínico e o Cirurgião. Bellodi⁸ observou que, mesmo nos dias atuais,

1 - Universidade Estadual de Maringá (UEM), Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Maringá, PR, Brasil.

os estereótipos destes médicos se equiparam, apesar de todas as mudanças ao longo do tempo. Aos Clínicos, antigos físicos, a valorização da mente, e aos Cirurgiões (cirurgiões barbeiros) a realização de procedimentos arriscados^{8,9}. A mesma autora, em outro estudo, com grupo de residentes brasileiros identificou, além de outras variáveis, os traços de personalidade, com os Clínicos mais tranquilos, detalhistas e mais interessados no contato interpessoal, enquanto os Cirurgiões são mais rápidos, mais impulsivos e mais agressivos¹⁰.

É possível que este de tipo de personalidade mais agressiva e impulsiva, seja fator decisivo na escolha de cursos de capacitação que habilitam o Cirurgião ao atendimento de pacientes politraumatizados. Essa meta em capacitar-se tende a transformar este profissional o mais indicado e o mais qualificado para este tipo de atendimento, diferenciando-o daqueles com outros interesses.

Considerando os estudos que apontam características de personalidades divergentes, entre médico Clínico e Cirurgião como fator para uma capacitação específica, é lícito levantar o seguinte problema: "Existe diferença no atendimento de paciente vítima de trauma, se atendido por Clínico ou por Cirurgião?". Até o momento não foram encontradas referências na literatura que compararam os procedimentos dispensados ao paciente politraumatizado com o tipo de especialidade do médico que o atende na sala de emergência hospitalar.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o atendimento de pacientes vítimas de acidentes de trânsito por médicos plantonistas Cirurgiões e/ou Clínicos na sala de emergência hospitalar identificando a capacitação destes plantonistas para atendimento de urgência dos serviços estudados.

MÉTODOS

Estudo observacional, documental, retrospectivo, descritivo e exploratório, com vítimas de acidente de trânsito (AT) em zona urbana, acima de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos pela equipe de resgate pré-hospitalar – SIATE, no município de Maringá - PR e encaminhados aos hospitais de referência, no período de julho de 2013 a julho de 2014.

Para acesso aos dados foi consultado o sítio www.bombeiroscascavel.com.br, coletados os regis-

tros feitos pelo V Grupamento de Bombeiros de Maringá, contendo nome, dia, horário e tipo de ocorrência e o hospital de destino. Com esta lista, foram obtidos os prontuários hospitalares dos pacientes e os Relatórios dos Atendimentos do Socorrista (RAS).

As variáveis analisadas neste estudo foram: tipo de especialidade médica do profissional que participou do atendimento hospitalar, anotação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e níveis de Pressão Arterial Sistêmica (PAS), procedimento realizado pelo profissional, e tempo de permanência hospitalar.

Considerado como procedimento não cirúrgico: analgesia, observação clínica, observação neurológica e somente atendimento realizado; e como procedimento cirúrgico: analgesia + curativo, analgesia + imobilização, curativo, imobilização e sutura.

Foi aplicado questionário, aos médicos que atenderam no pronto socorro dos serviços, para caracterizar o profissional em relação às variáveis demográficas, de capacitação profissional e dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com trauma.

Os dados foram ordenados em planilha de dados EXCEL® (Microsoft Excel® for Mac 2011 Version 14.6.0) e analisados na forma descritiva por meio de números absolutos e percentuais. O teste do Qui-quadrado, análise univariada e multivariada foram aplicadas utilizando o programa SAS 9.4, considerando como significativo $p \leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM), sob o parecer nº 37686114.8.0000.0.

RESULTADOS

No período do estudo, um total de 45 médicos (17 Clínicos e 28 Cirurgiões) foi responsável pelo atendimento de 688 vítimas de AT (177 atendimentos realizados por Clínicos e 501 por Cirurgiões).

Segundo análise univariada houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas relacionadas à especialidade médica. Os resultados são apresentados na tabela 1.

Valores da ECG foram anotados em 345 atendimentos realizados por Cirurgiões e, em 56 casos atendi-

dos por Clínicos. Em 287 prontuários não havia registros de anotação desses valores. A chance de um Clínico não anotar o valor da ECG foi 5,2 vezes maior do que anotar quando comparado com o Cirurgião.

Valores da PAS foram anotados em 137 atendimentos realizados por Cirurgiões e, em 129 casos realizados por Clínicos. Em 422 casos não foram anotados os valores no prontuário. A chance de um Clínico anotar a PAS foi seis vezes maior do que não anotar quando comparado com o Cirurgião.

Tempo de permanência hospitalar maior do que seis horas ocorreu em 10% (n=69) dos casos atendidos, sendo que em 99% destes, os atendimentos foram realizados por Cirurgiões. A chance de um Clínico liberar paciente antes de completar seis horas de observação foi 28 vezes maior do que não liberar se comparado com o Cirurgião.

Com relação ao tipo de tratamento prestado na sala de emergência, 75% (n=515) dos casos foram realizados procedimentos "não cirúrgicos". A chance de um Clínico realizar um procedimento não cirúrgico foi 1,7 vezes maior do que realizar um procedimento cirúrgico quando comparado com o Cirurgião.

Também foi aplicada análise multivariada e constatada correlação estatística, cujos resultados estão mostrados na tabela 2.

Com relação ao tempo de permanência e tipo de tratamento observou-se que estes não foram fatores associados (Tabela 3).

Apenas 40% (n=18) dos médicos responderam ao questionário elaborado, identificando algumas características mostradas na tabela 4. O perfil encontrado neste estudo foi de jovens, maioria do sexo masculino e Cirurgiões, 61% com tempo de atividade em pronto socorro menor do que quatro anos e com capacitação no curso de ATLS. Destes, 60% fizeram o curso há menos de quatro anos.

DISCUSSÃO

Não existe, a rigor, uma obrigatoriedade legal no Brasil para o médico que atende na sala de emergência ser de especialidade clínica ou cirúrgica. Nesta amostra houve um contingente de Cirurgiões maior do que de Clínicos.

Nos 688 prontuários analisados foi observado que os Cirurgiões fizeram 501 atendimentos e proporcionalmente mais procedimentos cirúrgicos do que os Clínicos. Este fato poderia ser justificado pela vítima atendida ser portadora de lesões que justificassem o procedimento ou pela predisposição maior a esta conduta por parte das características do Cirurgião como impulsividade, raciocínio rápido e agressividade nas condutas¹¹. Cirurgiões tendem a ser mais práticos, objetivos e gostar de atividades manuais, geralmente com resultados mais rápidos e concretos¹⁰.

Do ponto de vista clínico, o Escore da ECG é um importante parâmetro de avaliação neurológica e praticamente sinônimo de gravidade no trauma crânio encefálico (TCE). Pontuações entre 3 e 8 classificam como trauma grave, entre 9 e 12 como moderado e de 13 a 15 como leve¹¹.

Em estudo com pacientes socorridos por serviço de atendimento móvel de urgência, Souza¹² relatou que, apesar de ser importante o registro, as anotações da ECG foram negligenciadas muitas vezes, referindo abstenção em registrar esse valor em 3.2% das ocorrências. Ribeiro¹³ identificou fichas sem registro em 897 casos (97% do total), preenchidas pelo enfermeiro do pré-hospitalar, mas não há referências a anotações no atendimento hospitalar.

No presente estudo, Cirurgiões fizeram o registro nos prontuários dos valores da ECG na admissão hospitalar em número maior do que os Clínicos (69% *versus* 30%, respectivamente). A grande maioria das vítimas atendidas 58% (400) apresentavam escores entre 13 e 15, e apenas um caso apresentou pontuação de 3. Em 42% (n=287) não foram anotados os valores e em alguns prontuários avaliados havia descrição feita pelo médico, de que a vítima se encontrava consciente orientada e sem déficits motores, inferindo um valor alto para ECG, porém, não tendo sido registrado, foi considerado como não anotado. Essa condição poderia explicar esse achado de 42% de ausência de registros da ECG nesta amostra.

Em contrapartida nos casos registrados em prontuário (n=401), 86% foi por Cirurgiões, enquanto apenas 14% por Clínicos. O ATLS preconiza o uso da ECG como medida clínica objetiva da gravidade do TCE tornando-se rotina para o médico no atendimento do

politraumatizado, mesmo naqueles pacientes que não tiveram TCE¹⁰. Esse dado é importante na avaliação adequada de pacientes com trauma tendo em vista a possibilidade de lesões despercebidas evoluírem para uma emergência neurocirúrgica¹⁴.

Alvarce *et al.*¹⁵ consideraram que a medida da PAS além de simples e de fácil execução deveria ser realizada em todas as avaliações de saúde, independente da especialidade do médico atendente. Neste estudo foi observado que os Cirurgiões proporcionalmente fizeram o registro nos prontuários dos valores da PAS na admissão hospitalar em número menor do que os Clínicos (27% *versus* 69%). Estudo prévio obteve registro dos níveis de PAS em 85,3% dos casos avaliados, diferindo deste porque somente 39% (n=266) dos casos foram anotados na admissão hospitalar, entretanto, segundo dados do atendimento pré-hospitalar em 97% das ocorrências foram registrados os níveis de PAS¹⁶.

Os níveis de PAS são considerados parâmetros fisiológicos importantes na avaliação do paciente politraumatizado, refletindo perda volêmica (sangramento), dependendo dos tipos de lesões encontradas. Ainda que não traduza o estado real de perfusão tecidual sugere-se mensuração sistemática¹⁷. A perda estimada de sangue baseada na condição inicial do paciente com trauma multissistêmico pode ser classificada em classes (I, II, III e IV). Cada uma apresenta sinais e sintomas conforme o grau de perda volêmica. Consideram-se classes I e II uma perda aproximada de sangue de até 15% (volume=750ml) e entre 15 e 20% (volume=750 a 1500 ml), respectivamente. No exame físico, não se observa queda nos níveis da PAS nestas duas classes. Essa queda vai ser identificada no choque, classes III e IV^{11, 18}.

Neste estudo a maioria dos pacientes foi vítima de ferimentos leves e t-RTS 12 (RTS corrigido de 7.8408), sem evidências de choque hemorrágico (PAS média 127mmHg de sistólica), tanto na avaliação pré-hospitalar como na avaliação inicial na sala de emergência. Isso poderia justificar a não importância dada pelo Cirurgião à mensuração dos níveis pressóricos naquele momento e consequentemente ao seu registro.

Em relação ao tempo de permanência observou-se que 621 pacientes (90.3%) permaneceram por tempo menor ou igual a seis horas e, a maioria (n=435) foi atendida por Cirurgião. Foi observada uma chance maior de um Clínico liberar paciente antes de completar seis horas de observação. A relevância deste dado (OR=28) não se traduziu por melhor tipo de atendimento ou displicência profissional. O resultado em questão poderia ser justificado pelo quadro clínico e tipo de lesões apresentadas pelo paciente atendido (t-RTS 12 e CÓDIGO 1 SIATE) contrapondo a especialidade médica.

Vieira *et al.*¹⁹, em estudo realizado em Sergipe, evidenciaram que 76% das vítimas atendidas tiveram tempo de permanência de até 12 horas. Em outro estudo realizado em Ribeirão Preto, Coelho *et al.*²⁰ relataram que 39,8% dos pacientes permaneceram por menos de seis horas e 27,4% entre 24 e 30 horas no serviço, para atendimento clínico e sem menção ao tipo de especialidade envolvida.

A análise estatística mostrou que houve associação entre o tempo de permanência e a especialidade cirúrgica (Tabelas 1 e 2), entretanto, quando relacionado ao tipo de tratamento, não houve associação estatística, isto é, a chance de um Clínico realizar um procedimento não cirúrgico em tempo de internação menor ou igual

Tabela 1. Modelo de regressão logística univariada das variáveis relacionadas à especialidade médica.

Variável	Categorias	Cirurgiões n=501 (73%)	Clínicos n=187 (37%)	OR bruta	IC 95%	p-valor																
Escala de Coma de Glasgow	Não anotado	156	131	5.2 1	[3,589 ; 7,452]	< 0.001																
	Anotado	345	056				Pressão Arterial Sistêmica	Não anotado	364	058	1 6	[4.098 ; 8,547]	< 0,001	Anotado	137	129	Tipo de tratamento	Clínico	362	153	1.7 1	[1.135 ; 2.630]
Pressão Arterial Sistêmica	Não anotado	364	058	1 6	[4.098 ; 8,547]	< 0,001																
	Anotado	137	129				Tipo de tratamento	Clínico	362	153	1.7 1	[1.135 ; 2.630]	0.0107	Cirúrgico	139	34						
Tipo de tratamento	Clínico	362	153	1.7 1	[1.135 ; 2.630]	0.0107																
	Cirúrgico	139	34																			

OR: odds-ratio. IC: Intervalo de confiança. p-valor: teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel.

Tabela 2. Modelo de regressão logística multivariada das variáveis relacionadas à especialidade clínica.

Variável	OR ajustada	IC 95%	p-valor
Anotação da ECG	7.509	[4.818; 11.702]	<0,001
Não anotação da PAS	8.33	[5.347; 12.987]	<0,001
Permanência hospitalar < 6 horas	15.969	[2.102; 121.30]	0,0074
Tipo de tratamento: não cirúrgico	1.696	[1.035; 2.781]	0.0107

OR: odds-ratio. IC: Intervalo de confiança. p-valor: teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel. ECG= Escala de Coma de Glasgow. PAS= Pressão Arterial Sistêmica.

a seis horas foi semelhante a de um Cirurgião (Tabela 3). Apenas 18% dos atendimentos realizados por Clínicos precisaram de tratamento cirúrgico na sala de emergência enquanto para os Cirurgiões esse número foi 28%, o que fez suspeitar de uma complexidade e um tempo de permanência diferente corroborando tal achado significativo (OR 28) referido anteriormente.

Os resultados do questionário aplicado aos médicos plantonistas (Tabela 3) evidenciaram que 89% dos entrevistados eram do sexo masculino, com idades entre 25 e 60 anos e de especialidade cirúrgica. A maioria (50%) apresentou tempo de atividade em pronto socorro acima de três anos, 39% dos entrevistados fizeram ATLS em tempo menor do que um ano.

Campos e Senger²¹ relataram que 31,7% dos recém-formados atuavam em serviços de urgência, independente de estarem ou não cursando uma residência médica. Esta fácil inserção nesses serviços apontou a importância da formação adequada quanto ao atendimento a este tipo de situação. O despreparo dos profissionais recém formados e a desorganização do sistema de atendimento foram relatados por Hamamoto Filho²² e Pego-Fernandes²³, o que leva a uma significativa dificuldade no atendimento de urgências e emergências nos hospitais públicos.

Ainda em relação ao ATLS, 81% dos Cirurgiões realizaram este treinamento, enquanto nos casos dos Clínicos essa porcentagem foi 50%. Esse resultado sugere

a hipótese inicial desse trabalho, de que os Cirurgiões, por sua formação e personalidade, são mais interessados na capacitação para o atendimento ao trauma. Brito *et al.*²⁴ citaram que a capacitação é de extrema importância para a melhoria do desempenho profissional, tanto individual quanto em equipe, o que corrobora com essa necessidade premente do profissional, independente da especialidade, de capacitar-se na área de atuação além do que faz com que o profissional se sinta mais seguro e apto a prestar atendimento adequado²⁵.

Para 13 (72%) médicos, a formação técnica foi considerada suficiente e 89% relataram sentir segurança no diagnóstico e tratamento de vítimas politraumatizadas. Contudo, 89% dos entrevistados disseram necessitar de formação especializada para atendimento ao trauma. Esta necessidade dos entrevistados vai frontalmente contra o princípio do impacto do ATLS na formação para o atendimento ao trauma, que considera que as técnicas e os procedimentos do curso podem ser retidos pelos alunos por pelo menos seis anos. De acordo com o ATLS, este é o impacto mais significativo de todos¹¹. Todos os 18 entrevistados entendem ser de extrema importância um protocolo de atendimento no serviço.

Nem todos os médicos que fizeram parte do corpo clínico do serviço de emergência nos hospitais estudados, responderam o questionário e apenas 51% (n=18) foi devolvido. Isso dificultou análise minuciosa de algu-

Tabela 3. Correlação quanto ao tipo de tratamento e tempo de permanência.

Tempo de permanência	Tipo de tratamento		OR bruto	IC 95%
	Não cirúrgico	Cirúrgico		
≤ 6 h	467	154	1	
> 6 h	048	019	1,2004	[0,6846 ; 2,1048]

OR: odds-ratio. IC: Intervalo de confiança. p-valor: teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel.

Tabela 4. Variáveis do questionário aplicado aos médicos (n=18).

Variáveis	Categorias	Frequência	
		n	(%)
Sexo	Masc.	16	89
	Fem.	02	11
Idade	25 – 30	09	50
	31 – 40	05	28
	41 – 50	01	05
	51 – 60	03	17
Especialidade	Cirúrgica	16	89
	Clinica	02	11
Tempo de atividade em pronto socorro	< 1 ano	0	0
	1 a 2 anos	06	33
	2 a 3 anos	03	17
	3 a 4 anos	02	11
	> 4 anos	07	39
Tempo de realização ATLS	não realizou	04	22
	< 1 ano	07	39
	1 a 2 anos	02	11
	2 a 3 anos	01	05
	3 a 4 anos	01	05
Formação técnica acredita ser:	> 4 anos	03	17
	Suficiente	13	72
	Insuficiente	04	22
Segurança no diagnóstico de “risco iminente de vida” em uma vítima de trauma?	Não soube opinar	01	06
	Não	0	0
Segurança ao realizar procedimentos médicos necessários para tratar uma vítima de trauma	Sim	18	100
	Não	02	11
Acredita necessitar formação especializada para atendimento ao trauma	Sim	16	89
	Não	02	11
Acredita necessitar protocolos para atendimento ao trauma	Sim	16	89
	Não	0	0
	Sim	18	100

ATLS: *Advanced Trauma Life Support*.

mas variáveis. Entretanto, os resultados demonstraram a necessidade de implantar protocolos de atendimentos no nível hospitalar para pacientes politraumatizados e estimular a capacitação dos profissionais médicos envolvidos neste tipo de atendimento.

Os dados deste estudo apontaram para uma diferença significativa de atendimento ao paciente vítima de trauma, entre os especialistas clínico e cirúrgico. Não se avaliou a qualidade do atendimento, mas sim as diferenças de enfoque nas prioridades do atendimento ao trauma.

ma. Esse resultado levanta uma reflexão e uma discussão a respeito de uma necessidade premente na atualidade, ou seja, a figura do especialista em urgência e emergência nas Unidades de Urgência e Emergência. Não é possível aceitar que existam diferenças no atendimento médico prestado ao paciente vítima de trauma, em função da especialidade médica. Entretanto, a capacitação, mesmo em cursos de renome, não instrumentaliza o profissional da mesma forma que a residência médica na área. Esta conclusão fica explicitada na fala dos profissionais quan-

do afirmam sentir segurança no diagnóstico e tratamento de vítimas politraumatizadas e ao mesmo tempo alegam precisar de formação especializada para atendimento ao trauma. É fundamental que os órgãos competentes e as associações de classe, estabeleçam políticas que possibilitem as instituições de saúde que atendem urgência e

emergência, a contratarem médicos especialistas na área para esse atendimento. Isso garantiria um atendimento seguro, tanto para o paciente, atendido por um profissional especializado, quanto para o próprio profissional que por seu preparo, desempenha suas atividades com confiança, dinamismo e eficiência.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the care for victims of traffic accidents by on call emergency physicians and/or surgeons in the emergency room. **Methods:** we conducted a retrospective, descriptive and exploratory study on the care for traffic accidents victims in the urban area of Maringá-PR, between July 2013 and July 2014 in reference hospitals. We assessed demographics and vocational training through a questionnaire sent to the attending physicians. **Results:** of the 688 records evaluated, 99% of patients had a prehospital Revised Trauma Score of 12. Statistical analysis showed that in the cases conducted by the emergency physicians (n=187), the recording of the Glasgow Coma Scale and the performance of surgical procedures were less common, whereas the recording of blood pressure values was performed in greater numbers when compared with cases led by surgeons (n=501). There was a statistically significant relationship ($p<0.01$) between the length of hospital stay and surgical specialty, with a greater chance (crude OR=28) in the period from one to six hours for the group treated by emergency doctors. Most physicians participating in the study were young, with emergency room time of up to one to two years, and with ATLS training. Among those who had attended the ATLS course, 60% did so in the last four years. Surgeons performed 73% of hospital treatments. **Conclusion:** in the care of traffic victims with minor injuries, the Glasgow Coma Scale, the blood pressure levels, the type of treatment in the emergency room and hospital stay had different approaches between emergency physicians and surgeons.

Keywords: Accidents, Traffic. General Practitioners. Surgeons. Emergency Medical Services. Evaluation of Research Programs and Tools.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ICCM, Saraiva IS. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. R Interd. 2015;8(1):137-48.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: acidentes de trânsito e motocicletas [Internet]. Rio de Janeiro: CEBELA; 2013 [citado 2016 Nov. 03]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_trnsito.pdf
3. Malta DC, Andrade SSCA, Gomes N, Silva MMA, Moraes Neto OL, Reis AAC, et al. Injuries from traffic accidents and use of protection equipment in the Brazilian population, according to a population-based study. Ciên Saúde Coletiva. 2016;21(2):399-410.
4. Campos AL. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. Rev Med Saúde Brasília. 2015;4(1):84-96.
5. Sousa MV, d'Acampora AJ, Muller MR, Moritz RD, Kotzias Neto A. Os serviços de emergências hospitalares do estado de Santa Catarina: um estudo exploratório. ACM Arq Catarin Med. 2009;38(3):86-95.
6. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Resolução nº 2077, de 24 de julho de 2014 [citado 2016 fev. 28]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>.
7. Conselho Federal de Medicina. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Resolução nº 2.149, de 22 de julho de 2016 [citado 2016 set 24]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf
8. Bellodi PL. Vocação, profissão e personalidade: uma contribui o na área médica através do psicodiagnóstico de Rorschach. Aval Psicol. 2006;5(2):269-73.
9. Bellodi PL. The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. Rev Hosp Clin. 2004; 59(1):15-24.
10. Bellodi PL. Surgery or general medicine - a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. São Paulo Med J. 2004;122(3):81-6.
11. Suporte Avan ado de Vida no Trauma. ATLS. Manu-

- al do Curso de Alunos. 9. ed. Colégio Americano de Cirurgiões. Comitê de Trauma: Chicago; 2012.
12. Souza SG. Service Mobile Service Urgent: trauma brain Injury Index in traffic accident victims in a city of the interior of Paraíba. *INTESA - Informativo Técnico do Semiárido*. 2015;9(2):30-3 [cited 2016 feb. 21]. Available from: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA>
 13. Ribeiro AC, Silva YB. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-8.
 14. Silva F, Boes AA, Lazzari DD, Busana JA, Nascimento ERP, Jung W. Victims of trauma by motorcycle accident attended in urgency mobile service. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):71-8.
 15. Alavarce DC, Pierin AMG, Mion Jr D. A pressão arterial está sendo medida? *Rev Esc Enf USP*. 2000;34(1):84-90.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. [acesso em 2016 fev. 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
 17. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Programa de auto-avaliação em Cirurgia: trauma [citado em 2016 mar. 02]. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Ano1-II.Trauma.pdf>
 18. Felice CD, Susin CF, Costabeber AM, Rodrigues AT, Beck MO, Hertz E. Choque: diagnóstico e tratamento na emergência. *Rev AMRIGS*. 2011;55(2):179-96.
 19. Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1359-63.
 20. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Analysis of the organizational aspects of a Clinical Emergency Department: a study in a general hospital in Ribeirão Preto, SP, Brazil. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(4):770-7.
 21. Campos MCG, Senger MH. The work of recently graduated physicians in emergency services. *Ver Soc Bras Clin Med*. 2013;11(4):1-5.
 22. Hamamoto Filho PT. Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(4):535-43.
 23. Pego-Fernandes PM, Mariani AW. Medical teaching beyond graduation: undergraduate study groups [editorial]. *São Paulo Med J*. 2010;128(5):257-8.
 24. Brito MY, Ziviani F, Oliveira JLR, Christino JMM. Estudo sobre a importância da capacitação do servidor administrativo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. *RAHIS*. 2013;10(2):65-77.
 25. Divino EA, Pereira QLC, Siqueira HCH. Qualification of a mobile pre-hospital care team: the need and the importance of a continuous education in the professionals' point of view. *Rev Min Enferm*. 2009;13(3):365-71.
- Recebido em: 14/07/2016
Aceito para publicação em: 11/10/2016
Conflito de interesse: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhum.
- Endereço para correspondência:**
Vladimir Dias Marques
E-mail: vdmarques@uem.br / vlaud@bol.com.br