



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**BRUNA LUIZA ARCOVERDE PIRES
VANESSA OLIVEIRA SANTOS**

**ASSOCIAÇÃO DAS ESCALAS TRIAGEM COM O TEMPO DE
PERMANÊNCIA E MORTALIDADE HOSPITALAR**

LAGARTO

2025

**BRUNA LUIZA ARCOVERDE PIRES
VANESSA OLIVEIRA SANTOS**

**ASSOCIAÇÃO DAS ESCALAS TRIAGEM COM O TEMPO DE
PERMANÊNCIA E MORTALIDADE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC2) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Almeida Vieira

Lagarto, 18 de março de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Rita de Cássia Almeida Vieira
ORIENTADORA

Prof^o. Dr. Daniel Vieira de Oliveira
1º AVALIADOR

Prof^o. Dr. Jussiely Cunha Oliveira
2º AVALIADOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: A triagem hospitalar desempenha um papel crucial na priorização do atendimento e na redução da mortalidade em pacientes traumatizados. Estudos demonstram que protocolos estruturados como as escalas *Rapid Emergency Medicine* (REMS) e *Revised Trauma Score* (RTS), possibilitam a rápida avaliação da gravidade dos pacientes, otimizando o tempo de permanência hospitalar e contribuindo para melhores desfechos clínicos. A ausência de um sistema nacional integrado de atendimento ao trauma reforça a necessidade da padronização de protocolos para garantir eficiência e qualidade no cuidado hospitalar. **OBJETIVO:** Associar os critérios da triagem aplicada nas escalas com o tempo de permanência e mortalidade hospitalar. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo guarda-chuva, de coorte prospectivo com dados coletados no momento da admissão até a alta hospitalar por meio de instrumentos de coleta. Os dados foram transferidos para o Excel e analisados por um profissional estatístico utilizando o programa JAMOV. Foram calculadas estatísticas para todas as variáveis, com a caracterização geral da casuística. As variáveis numéricas foram avaliadas por meio de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimos e máximo). As variáveis categóricas foram descritas em porcentagem. **RESULTADOS:** A escala REMS apresentou correlação significativa com efeito de 1,62 ($p<0,001$), indicando pior prognóstico com aumento do escore. A escala RTS teve um efeito significativo sobre o tempo de internação, com coeficiente negativo de -5,15 ($p<0,001$) sugerindo escores elevados tendem a um tempo de internação reduzido. Quanto aos pacientes que evoluíram para óbito tiveram menor tempo de internação, com média de 2,89 dias. Ademais, os pacientes com alta hospitalar apresentaram uma média de REMS de 7,48 e RTS de 4,02, enquanto os óbitos apresentaram REMS de 2,69 e RTS de 7,56. **CONCLUSÃO:** Ambas as escalas, REMS e RTS, se mostraram bons preditores da mortalidade e do tempo de internação hospitalar, sendo o RTS relacionado com um melhor prognóstico. O tempo decorrido do acidente até a admissão no hospital também foi associado com mortalidade. A importância da aplicabilidade das escalas de triagem (REMS e RTS) foi comprovada.

DESCRIPTORIOS: Triagem, Tempo de internação, Mortalidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hospital triage plays a crucial role in prioritizing care and reducing mortality in trauma patients. Studies have shown that structured protocols such as the Rapid Emergency Medicine (REMS) and Revised Trauma Score (RTS) scales allow for rapid assessment of patient severity, optimizing hospital stay and contributing to better clinical outcomes. The absence of an integrated national trauma care system reinforces the need for standardization of protocols to ensure efficiency and quality in hospital care. **OBJECTIVE:** To associate the triage criteria applied in the scales with hospital stay and mortality. **MATERIALS AND METHODS:** This is an umbrella, prospective cohort study with data collected at the time of hospital admission until discharge using collection instruments. The data were transferred to Excel and analyzed by a statistician using the JAMOV program. Statistics were calculated for all variables, with a general characterization of the sample. Numerical variables were assessed using central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation, minimum and maximum values). Categorical variables were described as percentages. **RESULTS:** The REMS scale showed a significant correlation with an effect of 1.62 ($p < 0.001$), indicating a worse prognosis with increasing score. The RTS scale had a significant effect on length of hospital stay, with a negative coefficient of -5.15 ($p < 0.001$), suggesting that high scores tend to have a reduced length of hospital stay. Patients who died had a shorter length of hospital stay, with an average of 2.89 days. Furthermore, patients discharged from hospital had an average REMS of 7.48 and RTS of 4.02, while deaths had a REMS of 2.69 and RTS of 7.56. **CONCLUSION:** Both scales, REMS and RTS, were shown to be good predictors of mortality and length of hospital stay, with RTS being associated with a better prognosis. The time elapsed from the accident to hospital admission was also associated with mortality. The importance of the applicability of the triage scales (REMS and RTS) was proven.

KEYWORDS: Triage, Length of hospital stay, Mortality

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS-COT – *American College of Surgeons Committee on Trauma*

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CBMRJ – Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

CRAMS - *Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, and Speech*

DATASUS – Departamento De Informática Do Sistema Único De Saúde

ECG – Escala de Coma de *Glasgow*

EWS - *Early-Warning Score*

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HUL – Hospital Universitário de Lagarto

HUSE – Hospital de Urgências de Sergipe

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial Da Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PAS – Pressão Arterial Sistólica

RAPS - *Rapid Acute Physiology Score*

REDCap – *Research Electronic Data Capture*

REMS – *Rapid Emergency Medicine*

RTS – *Revised Trauma Score*

SAMU – Serviço De Atendimento Móvel De Urgência

SpO₂ – Saturação de Oxigênio

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do estudo	21
Figura 2- Dados Sociodemográficos Do Paciente.....	36
Figura 3- Sinais Vitais.....	37
Figura 4 - Escala de coma de Glasgow	37
Figura 5 - Escores.....	37
Figura 6 - Escalas codificadas	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados Sociodemográficos.....	21
Tabela 2- Dados clínicos	22
Tabela 3- teste t para amostras Independentes	24
Tabela 4 - Tempo de Internação (alta hospitalar).....	24
Tabela 5- Contingência (Óbito e acidentes)	Erro! Indicador não definido.
Tabela 6 - Estatísticas Descritivas das variáveis (teste t de Student)	Erro! Indicador não definido.
Tabela 7- Tabela descritiva das variáveis (Regressão Linear)	Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 TRAUMA E MORTALIDADE: CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL	13
3.2 PROCESSO DE TRIAGEM	14
3.3 <i>REVISED TRAUMA SCORE (RTS)</i>	15
3.4 <i>RAPID EMERGENCY MEDICINE SCORE (REMS)</i>	15
4 MATERIAIS E MÉTODO	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 LOCAL DO ESTUDO	17
4.3 CASUÍSTICA	17
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	18
4.5 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....	18
4.6 VARIÁVEIS ANALISADAS	19
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
5. RESULTADOS.....	21
6. DISCUSSÃO.....	25
7. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE 36	

1. INTRODUÇÃO

O trauma é uma das principais causas de morbidade e mortalidade global, impactando especialmente jovens e indivíduos em idade produtiva. Estima-se que, anualmente, aproximadamente 5 milhões de óbitos ocorram devido a eventos traumáticos, correspondendo a cerca de 10% das mortes globais. No Brasil, essa realidade é alarmante, o trauma se configura como a terceira principal causa de morte, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias (Rézio, Melchio & Rodrigues, 2023). Diante da magnitude do problema e de seu impacto social, econômico e emocional, o trauma é considerado um dos maiores desafios de saúde pública na atualidade.

Estudos indicam que as primeiras horas após o evento traumático são decisivas para a sobrevivência do paciente e influenciam diretamente os desfechos clínicos. Dessa forma, o aprimoramento dos serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) tem sido um dos focos da do tratamento das emergências (Malvestio & Sousa, 2002; Gazel, 2025). O APH no Brasil teve sua origem no final do século XIX, inicialmente vinculado ao setor de segurança pública, com o objetivo de melhorar o prognóstico e reduzir complicações associadas ao trauma (Lima *et. al.*, 2024).

O SAMU conta com equipes médicas, de enfermagem e condutores socorristas, utilizando ambulâncias equipadas para emergências. Criado em 1856, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMRJ) teve um papel fundamental no atendimento pré-hospitalar, atuando no resgate e em primeiros socorros. Com o tempo, o APH no Brasil evoluiu com tecnologias avançadas, incluindo desfibriladores, ventiladores e monitores cardíacos em ambulâncias (Santos *et. al.*, 2019).

Segundo Kruger (2022), cada situação traumática apresenta particularidades e imprevisibilidade, exigindo dos profissionais não apenas rapidez na tomada de decisão, mas também habilidades técnicas e conhecimentos especializados. A triagem é um processo fundamental que visa avaliar rapidamente a condição dos pacientes, determinando a prioridade de atendimento com base na gravidade das lesões. Segundo Jesus (2021, apud Chianca, 2016), “O atendimento no tempo estimado a cada nível de risco é fator decisivo para a segurança do paciente”. Corroborando essa afirmação, um estudo recente demonstrou que a adoção de protocolos estruturados de triagem pode reduzir significativamente o tempo de permanência hospitalar e os índices de mortalidade (Soster *et al.*, 2022).

Entre esses protocolos, destaca-se a aplicação da escala de triagem REMS (*Rapid Emergency Medicine Score*), uma ferramenta essencial na medicina de emergência, permitindo uma rápida avaliação da gravidade dos pacientes e a previsão da mortalidade hospitalar. Essa escala atribui pontuações a parâmetros fisiológicos, como pressão arterial média (PAM), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), Escala de Coma de Glasgow (ECG) e saturação de oxigênio (SpO₂), além da idade do paciente (Lima *et al.*, 2021). A literatura destaca a eficácia da escala REMS na avaliação de pacientes em serviços de emergência, especialmente na predição de mortalidade intra-hospitalar. Sua aplicabilidade prática é favorecida pela facilidade e rapidez na obtenção dos parâmetros necessários, sem a necessidade de exames laboratoriais, tornando-a uma ferramenta valiosa na triagem (Souza, 2018; Imhoff, 2014).

Além do REMS, outro score amplamente utilizado é o RTS (*Revised Trauma Score*), uma evolução do Trauma Score, também classificado como um instrumento fisiológico, pois leva em consideração parâmetros vitais do paciente, como pressão arterial sistólica (PAS), FR e ECG. O RTS é de fácil aplicação e é considerado uma das escalas mais aceitas pela comunidade científica para a avaliação da gravidade em trauma (Lima *et al.*, 2021). Amini *et al.* (2021), em um estudo descritivo-analítico realizado em um Centro de Trauma vinculado à Universidade de Ciências Médicas, avaliaram a eficácia do RTS na predição da mortalidade. O estudo demonstrou alta sensibilidade e especificidade do RTS para determinação da sobrevivência dos pacientes, com AUC de 0,99. Além disso, a análise de regressão indicou que o RTS foi um fator significativo na predição do tempo de internação ($p < 0,001$), sugerindo que pacientes com escores mais altos na admissão receberam alta mais rapidamente.

Além de impactar a mortalidade, os traumas geram uma alta demanda por serviços especializados de urgência e emergência (Pessôa *et al.*, 2016). Segundo Domingues (2021), a ausência de um registro nacional de trauma e de uma rede integrada de serviços de atenção pré e intra-hospitalar dificulta a identificação precisa das demandas populacionais e impede a implementação de protocolos de melhoria contínua no cuidado ao traumatizado. Essa fragilidade resalta a necessidade urgente da criação de centros de trauma, capazes de padronizar e otimizar os processos de atendimento, além de promover a formação especializada dos profissionais envolvidos. A implementação dessas medidas pode contribuir para a redução dos índices de óbito e para a melhoria dos desfechos clínicos (Domingues, 2011).

Diante desse contexto, o presente estudo pretende responder a seguinte pergunta de pesquisa: Os critérios de triagem aplicados por meio das escalas RTS e REMS estão associados com os desfechos dos pacientes traumatizados? A partir dessa análise, busca-se compreender

como a triagem inicial impacta os desfechos clínicos e contribuir para a otimização dos serviços de emergência do nosso Estado. Espera-se que os achados possam fornecer subsídios para a melhoria dos protocolos de triagem e, conseqüentemente, para a redução dos índices de mortalidade por trauma.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Associar os critérios de triagem pré-hospitalar com o tempo de permanência e a mortalidade hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Relacionar as características clínicas e sociodemográficas de pacientes triados com o tempo de permanência hospitalar.
- Avaliar a influência da triagem pré-hospitalar nos tipos de trauma com mortalidade hospitalar.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Trauma e Mortalidade: contextualização geral

O trauma é reconhecido como um grave e abrangente problema de saúde pública em todo o mundo. O *American College of Surgeons Committee on Trauma* (ACS-COT) define o trauma como alterações estruturais ou desequilíbrios fisiológicos resultantes da exposição aguda a alguma forma de energia, seja mecânica, elétrica, térmica, química ou radioativa, afetando de maneira superficial ou profunda órgãos e tecidos vitais do organismo humano. Frequentemente, as vítimas desses eventos apresentam lesões graves e potencialmente fatais (Lima *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o trauma é responsável por 9% do total de mortes em nível global, configurando-se como uma das principais causas de mortalidade entre a população jovem (WHO, 2014). Os agravos à saúde decorrentes de eventos traumáticos são classificados pela OMS como "causas externas", podendo ser acidentais ou intencionais. Dentro dessa categoria incluem-se acidentes de transporte, agressões, suicídios, homicídios, quedas e intervenções legais, como ações policiais ou de outros agentes da lei.

No Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registrou, em 2022, um total de 152.945 óbitos por causas externas, englobando acidentes de transporte, agressões, suicídios, entre outros eventos traumáticos. Comparando-se com os dados de 2012, que registraram 152.013 óbitos, observa-se um aumento de 0,62% na mortalidade por causas externas ao longo de uma década (DATASUS, 2024). No estado de Sergipe, os dados do DATASUS apontam 7.588 óbitos por causas externas entre os anos de 2020 e 2023, com destaque para a capital, Aracaju, que concentrou cerca de 43% dessas mortes (DATASUS, 2025).

Além do impacto na mortalidade, o trauma representa uma expressiva carga socioeconômica. Um estudo intitulado "Impactos Socioeconômicos dos Acidentes de Transporte no Brasil", publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2021, revelou que o país gastou aproximadamente R\$ 1,584 trilhão de reais ao longo de uma década com os custos totais decorrentes de acidentes de transporte (IPEA, 2021). Diante desse cenário, torna-se evidente que o trauma é um determinante crítico para a saúde pública, impactando não apenas a qualidade de vida da população, mas também o orçamento estatal, que necessita alocar recursos financeiros substanciais para o tratamento e a reabilitação dos pacientes (Sousa, 2023).

3.2 Processo de Triage

Diante da gravidade dos pacientes traumatizados e do aumento da mortalidade por trauma, o atendimento imediato e qualificado após o acidente é importante para minimizar desfechos desfavoráveis e reduzir óbitos (Ortega-Rosales, 2020). Atualmente no Brasil, o APH assiste 85% da população em 67,3% dos municípios do país, sendo ele responsável pelo atendimento inicial e triagem dos pacientes traumáticos até um hospital de referência. Em contrapartida, um estudo publicado em julho de 2022 na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, citado por Marques em 2023, Malvestio e Regina Márcia Cardoso de Sousa analisaram dados do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os autores constataram que, embora a cobertura de ambulância tenha aumentado 5%, alcançando 178 milhões de brasileiros, ainda há regiões sem suporte ou com poucas ambulâncias, que são compartilhadas por vários municípios.

A triagem é um componente essencial do APH e deve ser realizada com precisão e rapidez. O termo "triagem", derivado do francês "*trier*", refere-se originalmente à classificação de soldados feridos em guerra e, etimologicamente, significa separação, seleção ou escolha (Guimarães, 2004). Quando realizada de maneira inadequada, a triagem pode comprometer diretamente o prognóstico do paciente, levando à subestimação ou superestimação da gravidade do caso, o que impacta a distribuição dos recursos hospitalares e a eficácia do atendimento (Marques, 2023).

Ao longo dos anos, escalas de triagem foram desenvolvidas como ferramentas padronizadas para avaliar e classificar o nível de urgência dos pacientes admitidos nos serviços hospitalares (Cameron *et al.*, 2014). Essas escalas são fundamentais não apenas para identificar a necessidade de atendimento imediato, mas também para alocar recursos de forma eficiente, reduzir o tempo de resposta em situações críticas e priorizar o atendimento por uma equipe multidisciplinar (Bhaumik *et al.*, 2022). Uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados, conduzida a partir de diversas bases de dados, demonstrou que a adoção de protocolos de triagem avançados reduz significativamente o tempo de internação e a permanência nos serviços de emergência (Soster *et al.*, 2022). Em um estudo conduzido no Departamento de Emergências de dois hospitais universitários na cidade de Estocolmo, Suécia, Wessman *et al.* (2022) concluíram que pacientes de alta prioridade não submetidos à triagem apresentaram maior relação com mortalidade e tempo prolongado de hospitalização.

3.3 *Revised Trauma Score (RTS)*

O RTS é uma escala de pontuação utilizada para avaliar a gravidade de lesões traumáticas, levando em consideração três parâmetros: avaliação neurológica pela ECG, avaliação hemodinâmica pela PAS e FR (Moran et al., 2022). A pontuação do RTS é calculada pela soma dos resultados dos valores atribuídos aos três componentes, multiplicados pelos pesos, conforme a seguinte fórmula: $RTS = 0,9368 (ECG) + 0,77326 (PAS) + 0,2908 (FR)$, com o resultado de 0 a 8, sendo que quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de sobrevivência. Em estudo coordenado no Brasil, em 2016, por Alvarez et al, avaliou o RTS em 200 pacientes traumatizados por diferentes mecanismos admitidos na sala de emergência do Hospital Universitário de Cajuru e concluindo que ele representa um bom preditor de mortalidade, especialmente em pacientes com RTS abaixo de 7. Entretanto, concluíram que o RTS se mostrou mais efetivo na predição da mortalidade em pacientes que sofreram traumatismo cranioencefálico em comparação com trauma penetrante e trauma contuso de tórax e abdômen. Em estudo retrospectivo observacional mais recente, realizado por Yolcu et al. (2023) revelou que o escore Revised Trauma Score (RTS) foi mais eficaz na predição de mortalidade em pacientes com traumas de alta energia do que o Early-Warning Score (EWS) e obteve resultados semelhantes ao escore Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, and Speech (CRAMS), com 93,1% e 96,55% de sensibilidade, respectivamente.

3.4 *Rapid Emergency Medicine Score (REMS)*

O REMS, desenvolvido em 2004, é um indicador de gravidade otimizado que tem se mostrado um excelente preditor de mortalidade para casos traumáticos. Esta escala não depende de exames laboratoriais e considera a idade do paciente, fundamentando-se em dados clínicos de fácil acesso (Miller et al., 2017; Lima et al., 2021). O REMS inclui em sua pontuação variáveis como idade, PAM, FR, saturação de oxigênio (Sat O₂) e ECG. Com pontuações variando de 0 a 26, quanto maior a pontuação, maior é o risco de mortalidade (Miller et al., 2017). Um estudo realizado na Turquia, em 2023, por Ustaalioğlu et al, comparou os sistemas de pontuação REMS, RAPS e MPM II, na predição de mortalidade em curto e longo prazo de 12.210 pacientes que necessitaram de atendimento de urgência. Concluiu-se que o REMS demonstrou uma superioridade dentre os três, além de ser mais eficaz na predição do tempo de hospitalização. Em concordância, segundo Nakhjavan-Shahraki et al. (2017), o *Rapid Acute Physiology Score (RAPS)* foi comparado ao *Rapid Emergency Medicine Score (REMS)* na predição de desfechos (mortalidade e tempo de internação) em traumas e obteve como resultado

uma melhor performance do REMS nesses quesitos, com o mesmo apresentando uma maior sensibilidade na classificação de riscos em pacientes traumatizados que o RAPS (95,63% vs. 85,37%).

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, de coorte prospectiva com dados coletados no momento da admissão hospitalar até a alta hospitalar por meio de instrumentos de coleta confeccionado pelos pesquisadores (APÊNDICES), baseados em escalas de gravidade e nos protocolos de triagem. O estudo de coorte é um tipo de estudo observacional, analítico, longitudinal. Neste tipo de estudo, o pesquisador acompanha uma população ao longo do tempo para buscar possível associação entre exposição (causa) e desfecho (efeito) (Camargo; Silva; Meneguetti, 2019).

Esse projeto faz parte de um projeto maior intitulado “PREDIÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES TRAUMATIZADOS AVALIADOS POR ESCALAS DE TRIAGEM HOSPITALAR” que possui como pesquisador principal a professora Dra. Rita de Cássia Almeida Vieira.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Urgência do Estado de Sergipe “Governador João Alves Filho” (HUSE) e no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) – SE, hospitais de média e alta complexidade que atendem a população do Estado de Sergipe. O HUSE é a principal porta de entrada e referência em Sergipe no tratamento dos pacientes traumatizados no município de Aracaju e circunvizinhos, atende as especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e Ortopedia. O HUL é de um hospital de baixo/médio porte. Ele atende às emergências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e ortopédicas na região centro-sul do Estado, além de funcionar como um campo de prática para os estudantes da Universidade Federal de Sergipe, principalmente do Campus de Lagarto.

4.3 Casuística

Foram admitidas 576 vítimas de traumas, atendidos nos prontos-socorros dos respectivos hospitais durante três meses do período de coleta de dados (outubro de 2024 a dezembro de 2025). Foram incluídos no estudo: pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos e que foram admitidos até doze horas do trauma nos dois hospitais para realização da triagem. Foram excluídos do estudo: pacientes fora da faixa etária, que foram admitidos por outra doença ou paciente com patologias prévias como o Acidente Vascular Cerebral e/ou trauma cranioencefálico e pacientes que chegaram nos hospitais em óbito.

4.4 Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada diariamente pelo pesquisador principal e pelos auxiliares de coleta, previamente treinados, e dividida em duas fases:

Na primeira fase, a coleta ocorreu no momento da triagem hospitalar, em conjunto com a equipe assistencial. A triagem foi conduzida pelo pesquisador ou pelos auxiliares por meio do instrumento de coleta de dados (APÊNDICES), e as informações foram registradas na plataforma *REDCap* (*Research Electronic Data Capture*), um sistema digital seguro voltado para a coleta, gestão e armazenamento de dados científicos. O acesso à plataforma foi restrito aos pesquisadores autorizados, garantindo a segurança e a integridade das informações registradas.

Na segunda fase, os pacientes admitidos foram acompanhados durante o período de hospitalização, quando aplicável. Esse acompanhamento foi realizado por meio de visitas regulares, com coleta de sinais vitais e registro das informações nos prontuários, incluindo exames laboratoriais, exames de imagem e procedimentos cirúrgicos. Sempre que possível, também foi realizado o registro do desfecho hospitalar, seja alta hospitalar ou óbito.

O treinamento dos auxiliares de coleta de dados durou cerca de 15 dias pela pesquisadora responsável, onde foram apresentados os instrumentos de coleta de dados e orientações quanto a coleta de dados. O pesquisador responsável realizou a supervisão da coleta de dados, com a finalidade de esclarecer e orientar quanto a possíveis dúvidas durante a coleta.

4.5 Instrumento da coleta de dados.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário padronizado (APÊNDICES), onde contém as variáveis avaliadas: sociodemográficas; atendimento pré-hospitalar; admissão e internação; relacionadas ao mecanismo do trauma e gravidade das lesões; ferramentas de triagem (RTS, REMS); triagem correta (SIM, NÃO); finalizando com uma seção chamada “DESFECHO” onde contém data de alta hospitalar, tempo de internação hospitalar, óbito ou evasão.

4.6 Variáveis analisadas

- a) **Dados Sociodemográficas:** Idade (acima de 15 anos) e sexo (homem e mulher); Raça (Branco, preto, pardo, amarelo, indígena);
- b) **Dados hospitalares** – Data de admissão, dados da internação (tipo de trauma), mecanismo do trauma, tempo de hospitalização.
- c) **Ferramentas de triagem** – Foram utilizadas as escalas RTS e REMS.
- d) **Dados Clínicos:** Frequência Cardíaca; Frequência Respiratória; Pressão Arterial Média; Saturação De Oxigênio; ECG; Pressão Arterial Sistólica.
- e) **Desfechos:** Óbito e alta hospitalar.

4.7 Análise dos Dados

Os dados coletados no *RedCap*, foram posteriormente transferidos em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Office Excel 365 e analisados pelo programa JAMOVI na versão 2.5, do ano de 2014.

As estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, e variação) foram calculadas para todas as variáveis observando a caracterização geral da casuística. As variáveis categóricas foram descritas em porcentagem. As variáveis numéricas foram avaliadas por meio de desvio-padrão, mínimo, máximo, média e mediana.

Foram aplicados o *T de Student* para amostras independentes para comparar as médias das escalas de triagem (REMS e RTS), o tempo de internação hospitalar e o tempo do acidente até a admissão hospitalar com o desfecho óbito. Foi aplicado a regressão linear para avaliar se o REMS e RTS são preditores do tempo de internação hospitalar.

Para todo o estudo foi adotado um nível de significância de 5%.

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Foi aprovado no dia 12 de abril de 2024 com CAAE: 78584024.3.1001.0217, Número do Parecer: 6.759.654. O pesquisador principal convidou o participante de pesquisa, esclareceu os objetivos do estudo, a metodologia aplicada, os riscos e benefícios, a possibilidade de desistência e outras eventuais dúvidas que os participantes e/ou familiares tenham quanto a participação na pesquisa. A participação na pesquisa foi condicionada à concordância dos participantes por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A e B) e Termo de Assentimento Livre

e Esclarecido para os participantes com idade entre 15 a 17 anos (ANEXOS C e D). O TCLE e o TALE que foi assinado pelo participante de pesquisa e/ou familiar responsável em duas vias e rubricadas em todas as páginas, caso aceitasse participar do estudo voluntariamente. Todas as vias do TCLE possuem informações quanto ao endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do comitê de ética. A primeira via assinada foi entregue ao participante da pesquisa. Todos os questionários e a segunda via do TCLE e TALE serão arquivados pelo pesquisador por um período de cinco anos. Ressalta-se que os questionários não foram preenchidos com dados de identificação pessoal do participante da pesquisa.

O registro e o armazenamento destes dados foram realizados no *REDCAP* em tablets utilizados exclusivamente para a pesquisa, para posterior análise, sendo de acesso restrito aos/às pesquisadores/as envolvidos/as. Esclarecemos que os participantes de pesquisa foram livres para escolher em participar da pesquisa ou sair dela a qualquer momento, sem necessidade de explicação e de justificativa, assegurando-se a não ocorrência de qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento associado a tais práticas. Garante-se, então, a não ocorrência de qualquer impacto no tratamento do participante caso opte por não participar do estudo ou por desistir dela a qualquer momento.

Apesar da pesquisa possibilitar o contato direto com o paciente e acompanhante e/ou familiar, o sigilo e a confidencialidade dos participantes foram preservados. Os participantes podem manter contato a qualquer momento com os pesquisadores para sanar quaisquer dúvidas. Vale ressaltar que não foi requerido aos participantes da pesquisa nenhum recurso financeiro e todas as provisões e investimentos foram ofertadas pela equipe da pesquisa.

5. RESULTADOS

No total, foram admitidos, nos dois hospitais, 576 pacientes, dos quais 476 atenderam aos critérios de inclusão e foram incluídos no estudo. Dentre os incluídos, 251 (51,3%) foram admitidos no Hospital de Urgências de Sergipe e 222 (46,9%) no Hospital Universitário de Lagarto (fluxograma 1). A tabela 1 apresenta as características sociodemográfica dos 476 pacientes de trauma admitidos em ambos os hospitais.

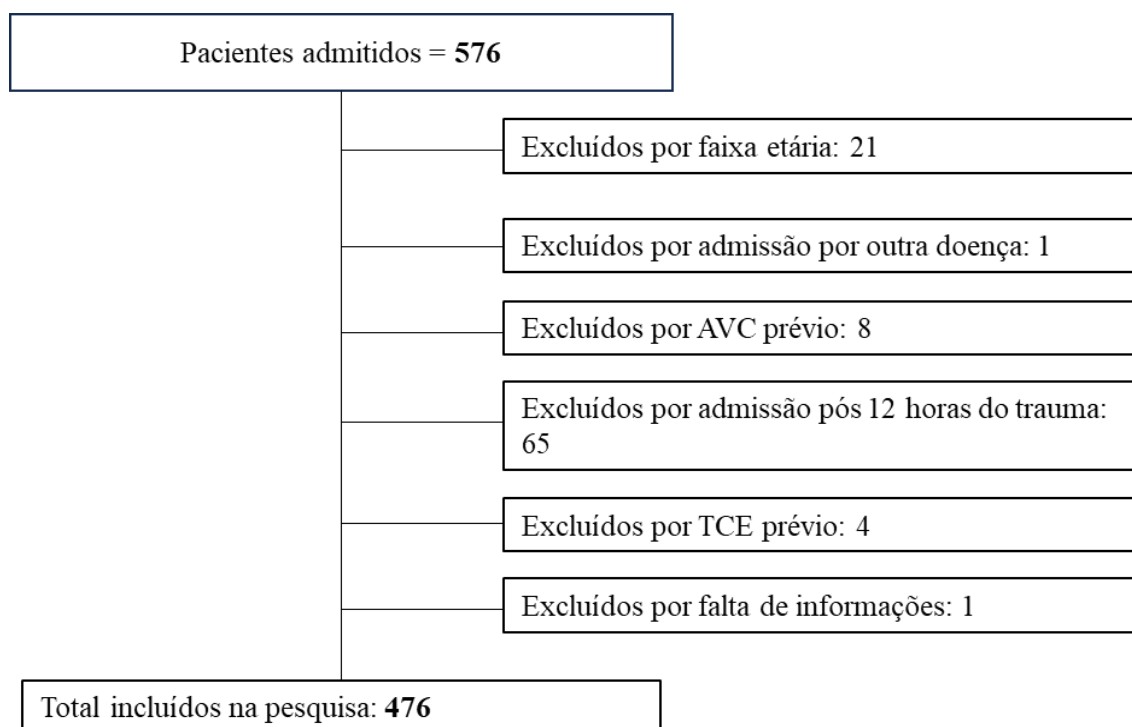


Figura 1 - Fluxograma do estudo

Tabela 1- Dados Sociodemográficos dos pacientes traumatizados admitidos nos dois hospitais.

Sexo	n	(%)
Homem	332	69,75%
Mulher	142	29,83%
Missing	2	0,42%
Faixa etária		
15-29	190	39,92%
30-49	159	33,40%
50 ou mais	115	24,16%
Missing	12	2,52%
Raça		
Branco	111	23,32%

Preto	91	19,12%
Pardo	252	52,94%
Amarelo	4	0,84%
Indígena	1	0,21%
Não informado	13	2,73%
Missing	4	0,84%
Incidente de transporte		
Sim	254	53,36%
Não	197	41,39%
Missing	25	5,25%
Mecanismo do trauma		
Incidente com carro	17	3,57%
Incidente com motociclístico	224	47,06%
Atropelamento de pedestre por veículo automotor	7	1,47%
Atropelamento de pedestre por motocicleta	11	2,31%
Atropelamento de pedestre por ônibus	1	0,21%
Incidente com por transporte de ônibus	1	0,21%
Queda acima de 2 metros	23	4,83%
Queda do mesmo nível	74	15,55%
Ferimento por arma branca	21	4,41%
Agressão física	13	2,73%
Incidente de trabalho	32	6,72%
Outro	32	6,72%
Missing	20	4,20%
Uso de capacete		
Sim	114	53,27 %
Não	95	44,39 %
Estava em uso, mas saiu no momento do acidente	5	2,34%

Tabela 2- Dados clínicos da admissão hospitalar dos pacientes traumatizados admitidos nos dois hospitais.

Frequência Cardíaca	n	%
Taquicardia: acima de 100	93	19,54%
Bradicardia: menor que 60	22	4,62%
Normal: entre 60 e 100	335	70,38%
Missing	26	5,46%
Frequência Respiratória		
Bradipneia: menor que 12 rpm	3	0,63%
Eupneica: 12 a 22 rpm	376	78,99%
Taquipneica: maior que 22 rpm	16	3,36%
Pressão Arterial Média		
Normal: entre 93 a 113	213	44,75%
Hipertenso: maior que 113	100	21,01%
Hipotenso: menor que 93	163	34,24%
Saturação de Oxigênio		

Acima de 95%	400	84,03%
Entre 93% e 94%	21	4,41%
Abaixo de 93%	26	5,46%
Missing	29	6,09%
ECG		
Leve: 13 a 15	394	82,77%
Moderado: 9 a 12	20	4,20%
Grave: menor que 8	62	13,03%
Pressão Arterial Sistólica		
Entre 100 e 140	280	58,82%
Acima de 140	152	31,93%
Abaixo de 100	12	2,52%
Missing	32	6,72%
Óbito		
Sim	36	7,56%
Não	440	91,44%
Total	476	100%

Legenda: ECG (Escala de Coma de Glasgow)

Na Tabela 3, são apresentados os resultados da análise dos escores de triagem. O RTS apresentou uma média de 1,27, indicando menor gravidade entre os pacientes admitidos e REMS apresentou uma média de 3,18, classificando os pacientes como não graves. O tempo médio de internação foi de dias 7,38, os valores mínimos foram menos de um dia e máximo de 1 dia. O tempo do acidente até a admissão hospitalar foi em média de 1,4 horas e desvio padrão de 1,8 horas.

Tabela 3 – Descrição dos valores do RTS e REMS, tempo de internação hospitalar (dias) e tempo do acidente até admissão (minutos).

Variáveis	Média	DP	Mediana (ICC)	Intervalo Interquartil
REMS	3,03	3,18	2	0-5
RTS	7,31	1,27	7,83	7,83-7,83
Tempo de internação hospitalar (dias)	2,45	7,38	0	0 -1
Tempo do acidente até admissão (minutos)	89,3	108	55	105

Legenda: DP- Desvio padrão (medida de dispersão dos dados em relação à média, indicando o grau de variação ou consistência dos valores), ICC- Intervalo interquartil (indica a variabilidade dos dados minimizando a influência de valores extremos).

Na tabela 4 os resultados mostraram que as escalas REMS e RTS, e os tempos de internação hospitalar e o tempo do acidente até a admissão hospitalar foram associados com mortalidade ($p<0,001$). Os pacientes que evoluíram ao óbito apresentaram maiores escores do REMS e maior tempo de internação, menor escore do RTS e menor tempo de deslocamento do acidente até a chegada no hospital.

Tabela 4- Associação entre as escalas de triagem RTS e REMS, tempo de internação hospitalar e tempo do acidente até a chegada no hospital.

Variável	Óbito		Valor de p
	Sim (n=36)	Não (n=440)	
REMS	7,48 (3,84)	2,69 (2,866)	<0,001
RTS	4,02 (1,43)	7,56 (0,827)	<0,001
Tempo de internação hospitalar (média/dp)	7,44 (8,85)	2,05 (7,099)	<0,001
Tempo decorrido do acidente até a chegada no hospital (média/dp)	82,31 (72,70)	89,83 (109,99)	<0,001

Na tabela 5 evidenciamos que apenas o RTS ($p<0,001$) foi preditor do tempo de internação hospitalar dos pacientes traumatizados.

Tabela 5 – Regressão linear do tempo de internação hospitalar e dos escores REMS e RTS.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	IC 95%	Valor de p
REMS	0,0325	0,114	- 0,191 - 0,256	0,755
RTS	- 2,504	0,288	- 3,071 - - 1,937	<0,001

6. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que as escalas de triagem, o tempo de internação hospitalar e o tempo do acidente até o hospitalar foram associados com mortalidade, e o RTS foi preditor do tempo de internação no hospital. Os resultados evidenciaram que mais da metade dos acidentes foram causados por acidentes de transporte. Os incidentes motociclísticos prevaleceram entre os mecanismos de trauma, seguido de queda do mesmo nível. Houve, também, a prevalência do gênero masculino entre os pacientes, assim como, a faixa etária de grande atividade, entre 15 e 29 anos.

Segundo o censo do Departamento Estadual de Trânsito de Sergipe (DETRAN-SE), em 2025, o estado possui uma frota de 393.974 automóveis e 334.915 motocicletas. Isso equivale a aproximadamente 114 carros para cada 100 motocicletas (DETRAN-SE, 2025). Embora o número de automóveis seja superior no Estado, nesta pesquisa, os incidentes envolvendo motocicletas foram mais frequentes. Esse achado está em consonância com um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento em Campo Grande, Minas Gerais, Brasil, que avaliou o perfil dos pacientes de ocorrências de trânsito. Entre os 214 casos analisados, 149 (69,6%) envolveram motocicletas, evidenciando a alta incidência desse tipo de acidente (Christofolletti *et al.*, 2018). Esses dados ressaltam a vulnerabilidade dos motociclistas, frequentemente jovens, do sexo masculino e que utilizam a motocicleta como meio de trabalho, desempenhando funções como mototaxistas e motoboys (Miziara *et al.*, 2014).

Em relação ao quadro clínico dos pacientes admitidos, observou-se que, em sua maioria, as condições fisiológicas permaneceram estáveis, evidenciando a predominância de traumas leves a moderados. No entanto, 34,24% dos pacientes apresentaram hipotensão arterial e 13,06% apresentaram baixos escores na ECG, fatores frequentemente associados a trauma grave. Esses achados reforçam a relação entre a gravidade das lesões, a predição de mortalidade e o tempo de internação, conforme indicado pelas escalas avaliadas.

A análise de associação entre o tempo de internação, tempo do acidente até a admissão hospitalar e as escalas de triagem (REMS e RTS), evidenciou que pontuações baixas pelo REMS e moderada pontuação do RTS sugerem quadros fisiológicos instáveis. Achados semelhantes foram reportados nos estudos de Park H. *et al.* (2017) e Imhof BF *et al.* (2014), os quais compararam a eficácia prognóstica das escalas REMS e RTS, demonstrando que ambas apresentam boa capacidade de predição de desfechos clínicos, reforçando sua aplicabilidade na

triagem hospitalar. Esse achado corrobora a ideia de que menor comprometimento respiratório, circulatório ou neurológico está associado a uma evolução clínica mais favorável.

A análise da associação entre óbitos e a escala de triagem REMS, demonstrou que pacientes que vieram a óbito obtiveram uma pontuação média acima 7 em sua avaliação. Em consonância com o presente estudo, Park H. et al. (2019) analisaram os fatores de riscos iniciais para mortalidade em pacientes com trauma grave na admissão em um Departamento de Emergência e concluíram que um REMS elevado está diretamente relacionado a óbitos e o mesmo apresentou-se como um rápido e preciso preditor de mortalidade intra-hospitalar de pacientes com traumatismo grave.

Em relação a escala RTS associada ao óbito, foi observado que a pontuação média entre os pacientes fatais esteve abaixo de 5, corroborando com um estudo de caso-controle realizado por Rossi *et. al* (2020), que analisou os fatores associados a mortalidade de pacientes traumatizados. Nesse estudo, os autores identificaram o RTS inferior a 5,7 como um determinante para maior probabilidade de óbito juntamente com a perda de consciência no momento do evento traumático, pressão arterial sistólica inferior a 108,7 mmHg e ECG ≤ 9 .

Na análise da relação entre o tempo decorrido até a chegada do paciente traumatizado ao hospital e a ocorrência do óbito, observa-se que os pacientes que evoluíram ao óbito apresentaram um tempo de transporte menor em relação aos que sobreviveram. Esse achado sugere que, felizmente, casos mais graves foram transportados para o hospital mais rapidamente pelo SAMU em detrimento da gravidade do trauma, além de um processo de triagem eficaz pela equipe do APH. Hsieh et al. (2022), em uma análise de coorte retrospectiva com pacientes traumatizados transportados para o pronto-socorro concluiu que um menor tempo de atendimento está associado a maior sobrevivência e melhores prognósticos.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O pequeno número de pacientes com traumas graves dificultou a avaliação da eficácia das escalas para esses casos críticos. Como a amostra ficou restrita a apenas dois hospitais do Estado de Sergipe, a generalização dos achados fica limitada, em regiões ou contextos diferentes, podendo influenciar no resultado da pesquisa. O curto período em que a coleta se desenvolveu não permite analisar as variações sazonais, nem variações que podem ocorrer à longo prazo. Além disso, o baixo quantitativo de auxiliares de coleta limitou a quantidade de pacientes a serem admitidos no hospital de referência ao trauma em Aracaju, além do impacto nas escalas de plantão. Por fim, a dependência por registros hospitalares aumentou o risco da ausência de informações acerca dos traumas analisados, no Hospital de Aracaju os prontuários são manuais e algumas informações essenciais para a inclusão dos pacientes e análise dos dados não foram

registradas. Portanto, sugere-se que futuros estudos incluam amostras maiores, por mais tempo de seguimento e mais diversificadas, abrangendo diferentes cenários para avaliar com maior precisão o desempenho das escalas RTS e REMS na predição de desfechos em pacientes traumatizados.

7. CONCLUSÃO

As escalas são ferramentas significativas para a triagem e estratificação de risco, sendo ambas correlacionadas aos desfechos clínicos dos pacientes. Verificou-se que o tempo de internação hospitalar, bem como o intervalo de tempo entre o acidente e a admissão no hospital, apresentam relação com a mortalidade ($p < 0,001$). Verificou-se também que o RTS demonstrou ser um preditor eficiente para o tempo de hospitalização em pacientes traumatizados. Esses achados destacam a relevância da utilização de escalas de triagem no atendimento de emergência, proporcionando uma avaliação mais ágil e precisa da gravidade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Bruno Durante *et al.* Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 334-340, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005010>.

AMINI, Keyvan *et al.* Mortality Prediction in Multiple Trauma Patients Using GAP RTS and NTS Models. **Trauma Monthly**, [S.L.], v. 26, n. 5, nov. 2021. Official Publication of the National Center for Trauma Research. <http://dx.doi.org/10.30491/tm.2021.262592.1212>. Disponível em: https://www.traumamon.com/article_139003_1d5b424bd74ac62f1cfdb7ea6f21378c.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025

BHAUMIK, Smitha *et al.* Prehospital triage tools across the world: a scoping review of the published literature. **Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-1, 27 abr. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-022-01019-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35477474/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CAMARGO, L. M. A.; SILVA, R. P. M.; MENEGUETTI, D. U. D. O. Research methodology topics: Cohort studies or prospective and retrospective cohort studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 3, p. 433–436, 2019.

CAMERON, P.A. *et al.* Triageing the right patient to the right place in the shortest time. **British Journal Of Anaesthesia**, [S.L.], v. 113, n. 2, p. 226-233, ago. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeu231>. Disponível em: <https://www.bjanaesthesia.org/action/showPdf?pii=S0007-0912%2817%2931512-X>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHRISTOFOLETTI, Jorge José; et al. Perfil dos pacientes de ocorrências de trânsito atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*,

v. 25, n. 1, p. XX-XX, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.1.2018.921>. Acesso em: 16 fev. 2025.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE SERGIPE (DETRAN-SE). Estatísticas de trânsito de Sergipe. 2025. Disponível em: https://www.detran.se.gov.br/?pg=estatistica/old&src=https://www.detran.se.gov.br/estatistica/estat_RB00065M.asp#gsc.tab=0. Acesso em: 20 de fev. 2025.

DOMINGUES, Cristiane de Alencar. Implementação do centro de trauma de um hospital da saúde suplementar no Brasil. 2021. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-13062023-080630/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

GAZEL, Welleson Feitosa; GONÇALVES, Andréia Moreno; TRINDADE, Ângela Costa da; TEODORO, Caroline Rosa Gentil; HOH, Júlia Barbosa Pauluv; AMORIM, Rayane Batista de; GOMES, Ronikelly Gabriel. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO TRAUMA: IMPACTO NA MORTALIDADE E SOBREVIVÊNCIA . **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 1919–1926, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i2.18233. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/18233>. Acesso em: 22 fev. 2025.

GUIMARÃES, Angelica Lima. **TRIAGEM AVANÇADA EM EMERGÊNCIA: COMPETÊNCIAS DA (O) ENFERMEIRA (O)**. 2004. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

HSIEH, S. L.; HSIAO, C. H.; CHIANG, W. C. et al. Associação entre o tempo para o tratamento definitivo e os resultados do paciente com trauma: cada minuto na hora de ouro importa. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery**, v. 48, p. 2709–2716, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01816-8>. Acesso em: 10 fev. 2025

IMHOFF, Bryan F *et al.* Rapid Emergency Medicine Score (REMS) in the trauma population: a retrospective study. **Bmj Open**, [S.L.], v. 4, n. 5, p. 1-1, maio 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004738>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/5/e004738.full.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Impactos socioeconômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**. Nota Técnica, Brasília, 2009. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200911_impactos_socioeconomico.PDF. Acesso em: 06 mar. 2025.

JESUS, A. P. S. de; BATISTA, R. E. A.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OKUNO, M. F. P. Avaliação do indicador de qualidade do Sistema de Triagem de Manchester: tempo de atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/118713>. Acesso em: 5 mar. 2025.

KRUGER, Vitor Favali *et al.* Abordagem Inicial do Paciente Traumatizado. **Anais da Academia Nacional de Medicina**, [S.L.], v. 193, n. 1, p. 108-134, 2022. Academia Nacional de Medicina. <http://dx.doi.org/10.52130/27639878-aanm2022v193n1p108-134>. Disponível em: <https://www.anm.org.br/wp-content/uploads/2022/08/AANM2022v193n1p108-134.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.

LIMA, Elias Assunção *et al.* A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 16, n. 3, 2024. DOI: [10.36692/V16N3-75R](https://doi.org/10.36692/V16N3-75R). Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2457>. Acesso em: 21 fev. 2025.

LIMA, Kézia Porto *et al.* Índices de gravidade em vítimas de trauma contuso na terapia intensiva: capacidade preditiva de mortalidade. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020003203747>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qHTKYhRWqNZscgHhBNDk4fF/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro e SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. **Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 7, p. 2921-2934,

2022Tradução. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22682021> Acesso em: 20 fev. 2025.

MARQUES, F. **Ambulâncias do Samu alcançam 85% da população, mas atendimento é desigual**. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/ambulancias-do-samu-alcancam-85-da-populacao-mas-atendimento-e-desigual/>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MARQUES, Raphael Onibene; VIEIRA, Alessandra Cristina de Souza Medeiros; FERREIRA, Raysa Murucci. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NA REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1763–1776, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i9.11294. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11294>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MILLER, Ross T. *et al.* The modified rapid emergency medicine score: a novel trauma triage tool to predict in-hospital mortality. **Injury**, [S.L.], v. 48, n. 9, p. 1870-1877, set. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2017.04.048>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28465003/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022

MIZIARA, Ivan Dieb; MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego; ROCHA, Lys Esther. Acidentes de Motocicletas e sua relação com o trabalho: revisão da literatura. **Saúde, Ética & Justiça**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 52, 5 dez. 2014. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v19i2p52-59>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/100092..> Acesso em: 23 fev. 2025.

MORAN, M. E.; NASH, J. E. Revised Trauma Scale. **StatPearls**, jul. 2022.

NAKHJAVAN-SHAHRAKI, B. et al. Rapid Acute Physiology Score versus Rapid Emergency Medicine Score in Trauma Outcome Prediction: a comparative study. **Emerg (Tehran)**, v. 5, n. 1, p. e30, 10 jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325900/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ORTEGA-ROSALES, Alberto et al. Escala qSOFA para predicción de la mortalidad por trauma: Artículo Original. **Ciencia Ecuador**, v. 2, n. 5, p. 1-9, 2020.

PARK, H. O. et al. Assessment of the Initial Risk Factors for Mortality among Patients with Severe Trauma on Admission to the Emergency Department. *Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, v. 52, n. 6, p. 400-408, dez. 2019. DOI: 10.5090/kjtcs.2019.52.6.400. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6901184/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

PARK, Hyun Oh et al. Usability verification of the Emergency Trauma Score (EMTRAS) and Rapid Emergency Medicine Score (REMS) in patients with trauma. **Medicine**, [S.L.], v. 96, n. 44, p. 1-1, nov. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000008449>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29095289/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

PEDRO A. MORETTIN, Wilton de O. Bussab. **Estatística Básica (9ed) Bussab E Morettin**. [sl: sn, sd]. Disponível em: <<http://archive.org/details/estatistica-basica-9ed-bussab-e-morettin>>. Acesso em: 5 mar. 2025.

PESSÔA, Luisa Regina et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 110, p. 9-19, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYZszXfcG7DTFLgWn6MbL4b/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2025.

RÉZIO, G. S.; MELCHIOR, L. M. R.; RODRIGUES, A. E. **ARTIGO - Trauma: A doença de grande impacto epidemiológico e a prevenção como solução**. Disponível em: https://www.agirsaude.org.br/noticia/view/1295/artigo-trauma-a-doenca-de-grande-impacto-epidemiologico-e-a-prevencao-como-solucao?utm_source. Acesso em: 22 fev. 2025.

RIBEIRO, Thiago Coelho. **Serviços de atendimento pré-hospitalares SAMU e bombeiros: missão e diferenciação na atuação**. 2019.

ROSSI, Isabela *et al.* Fatores associados a mortalidade de pacientes traumatizados: um estudo caso-controle. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-4, 4 dez. 2020. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1617>. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/68/88>. Acesso em: 06 mar. 2025.

SANTOS, T. D. V. dos; SILVA, J. L. dos S.; XAVIER, R. A. L.; NASCIMENTO, A. S. do; JOBIM, M. L. A.; SILVA, J. P. M. da; SIMÕES, T. dos S. Evolução da prática do atendimento pré-hospitalar no Brasil: uma síntese histórica. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 1082–1090, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.8083563. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/659>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SILVA, I. A.; Cavazana, W. C. . **Comparative study of the quality of triage in prehospital trauma care using numerical and by colors**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e459111234705, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i12.34705. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34705>. Acesso em: 22 fev. 2023

SOSTER, Cecilia Biasibetti *et al.* Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-1, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H7Dr5Gn6Trvjmx8gk5LpCrw/>. Acesso em: 05 mar. 2025.

SOUSA, Anne Mykaelly Nogueira de *et al.* Perfil epidemiológico das hospitalizações por traumas devido a acidentes de trânsito, no período de 2018 a 2022, no estado do Amazonas. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 27436-27440, 11 nov. 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n6-071>. Disponível em: <file:///C:/Users/enzom/Downloads/BJHR+071.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SOUZA, D. C.; OLIVEIRA, C. V.; NUNES, B. M.; MORAES, R. S.; MORAES, B. M.; SILVA, R. A. Índices de gravidade em vítimas de trauma contuso na terapia intensiva: avaliação do desempenho prognóstico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.l.], v. 52,

e03317, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qHTKYhRWqNZscgHhBNDk4fF/> Acesso em: 5 mar. 2025.

WEI, Xiaojun *et al.* Comparing the effectiveness of three scoring systems in predicting adult patient outcomes in the emergency department. **Medicine**, [S.L.], v. 98, n. 5, p. 1-1, fev. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000014289>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702597/>. Acesso em: 21 fev. 2025.

WESSMAN, Torgny *et al.* The association between length of stay in the emergency department and short-term mortality. **Internal And Emergency Medicine**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 233-240, 10 jun. 2021. Springer Science and Business Media LLC.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11739-021-02783-z>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34110561/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/lm/en>

WORLD Health Organization. Injuries and violence: the facts, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

YOLCU, S.; SENER, K.; TAPSIK, H. *et al.* Revised Trauma Score and CRAMS better predicted mortality in high-energy-trauma patients than Early-Warning Score. *Irish Journal of Medical Science*, v. 192, p. 1855–1860, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11845-022-03208-2>. Acesso em: 10 fev. 2025.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome do Auxiliar de Coleta de Dados (Coletador)	
* must provide value	
Data de preenchimento	
* must provide value 11-11-2024 Today D-M-Y	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Número de Prontuário ou B.E ou F.A.E	
* must provide value 108920804	
Nome completo	
* must provide value do paciente	
Telefone	
* must provide value	
Idade	
* must provide value 43	
Município de procedência	
* must provide value Atalaia do paciente	
Gênero	
* must provide value Masculino Feminino reset	
Estado civil	
* must provide value Solteiro Casado União estável Separado/Divorciado	

Viúvo

Não informado

Não identificado

reset

Figura 2- Dados Sociodemográficos Do Paciente

Frequência Cardíaca na Admissão Hospitalar * must provide value	87 bpm
Frequência Respiratória na Admissão Hospitalar * must provide value	23
SpO2 * must provide value	98
Pressão Arterial Sistólica na Admissão Hospitalar * must provide value	180 mmHg
Pressão arterial diastólica na Admissão Hospitalar * must provide value	70 mmHg
Pressão Arterial Média na Admissão Hospitalar * must provide value	106.66666666666666 View equation mmHg
Temperatura Corporal na admissão * must provide value	37 em graus celsius
Nível de Consciência * must provide value	☒ Alerta ☐ C - Paciente confuso ☐ V - Responde apenas à voz ☐ P - Responde apenas à dor ☐ U - Inconsciente reset
Abertura ocular na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Olhos abertos previamente à estimulação ☐ Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta ☐ Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos ☐ Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência ☐ Não testável reset
Resposta verbal na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Resposta adequada relativamente ao nome, local e data ☐ Resposta não orientada mas comunicação coerente ☐ Palavras isoladas inteligíveis ☐ Apenas gemidos ☐ Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência ☐ Não testável reset
Resposta motora na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Cumprimento de ordens com 2 ações ☐ Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço ☐ Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal ☐ Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal ☐ Extensão do membro superior ao nível do cotovelo ☐ Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência ☐ Não testável reset
ECG na Admissão Hospitalar * must provide value	15 View equation
ECG pupilar na admissão * must provide value	15 View equation

Figura 3- Sinais Vitais

Escore		
Abbreviated Injury Scale (AIS) * must provide value		
TRISS Contuso		View equation
TRISS Penetrante		View equation
NTRISS (contuso) * must provide value		View equation
NTRISS (penetrante) * must provide value		View equation
RTS * must provide value	7.8408	View equation
tRTS * must provide value	12	View equation
mREMS * must provide value	1	View equation
REMS * must provide value	0	View equation
MGAP * must provide value	29	View equation
T-NTS * must provide value	23	View equation
NEWS II * must provide value	0	View equation

Figura 5 - Escores

Nível de Consciência * must provide value	☒ Alerta ☐ C - Paciente confuso ☐ V - Responde apenas à voz ☐ P - Responde apenas à dor ☐ U - Inconsciente	reset
Abertura ocular na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Olhos abertos previamente à estimulação ☐ Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta ☐ Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos ☐ Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência ☐ Não testável	reset
Resposta verbal na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Resposta adequada relativamente ao nome, local e data ☐ Resposta não orientada mas comunicação coerente ☐ Palavras isoladas inteligíveis ☐ Apenas gemidos ☐ Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência ☐ Não testável	reset
Resposta motora na Admissão Hospitalar * must provide value	☒ Cumprimento de ordens com 2 ações ☐ Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço ☐ Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal ☐ Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal ☐ Extensão do membro superior ao nível do cotovelo ☐ Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência ☐ Não testável	reset
ECG na Admissão Hospitalar * must provide value	15	View equation
ECG pupilar na admissão * must provide value	15	View equation

Figura 4 - Escala de coma de Glasgow

CÁLCULOS		
Valor codificado idade (MREMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado idade (REMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado idade (MGAP) * must provide value	5	View equation
Valor codificado FR (RTS)	4	View equation
Valor codificado Tipo de lesão (MGAP) * must provide value	4	View equation
Valor codificado FR (REMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado FR (mREMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado FC (REMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado NEWS2 * must provide value	2	View equation
Valor codificado FC (mREMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado FC (SAPS III) * must provide value	0	View equation
Valor codificado FC (NEWS II) * must provide value	0	View equation
Valor codificado PAS (RTS)	4	View equation
Valor codificado PAS (mREMS) * must provide value	1	View equation
Valor codificado PAS (MGAP) * must provide value	5	View equation
Valor codificado PAS (T-NTS) * must provide value	4	View equation
Valor codificado PAS (NEWS II) * must provide value	0	View equation
Valor codificado PAM (REMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado ECG (RTS) * must provide value	4	View equation
Valor codificado ECG (REMS) * must provide value	0	View equation
Valor codificado ECG (mREMS) * must provide value	0	View equation

Figura 6 - Escalas codificadas

ANEXOS
TERMOS DE CONSENTIMENTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

Título do projeto: Predição de desfecho em pacientes traumatizados avaliados por escalas de triagem hospitalar.

Pesquisador Responsável: Dr^a Rita de Cássia Almeida Vieira

Local de Pesquisa: Hospital Universitário de Lagarto (HUL), Lagarto – SE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “PREDIÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES TRAUMATIZADOS AVALIADOS POR ESCALAS DE TRIAGEM HOSPITALAR” porque você sofreu algum tipo de trauma e deu entrada no Hospital Universitário de Lagarto, na cidade de Lagarto – SE. O estudo tem como objetivo avaliar os desfechos de pacientes de trauma por meio de escalas de triagem hospitalar da triagem. Todos os pacientes que forem admitidos no pronto-socorro do HUL em decorrência de um trauma estão sendo convidados a participar deste estudo. A pesquisadora responsável é Rita de Cássia Almeida Vieira, que é professora do Departamento de Enfermagem do Campus Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. A sua forma de participação consistirá em responder as informações na forma de entrevista com duração média de 10 minutos sobre o trauma que o senhor sofreu, detalhes do acidente, informações sobre a admissão e seu estado de saúde atual. A coleta de dados será dividida em duas fases: na primeira será realizada uma triagem pelo pesquisador utilizando os instrumentos de coleta após a admissão hospitalar e consulta de prontuário. Na primeira fase serão avaliadas

TCLE - Página 1/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Na 2ª fase será realizada o acompanhamento durante a hospitalização por meio dos prontuários até o momento da alta hospitalar, onde serão avaliadas as lesões identificadas após o trauma, as complicações ocorridas durante a internação e o desfecho do paciente.

Reconhecemos que toda pesquisa envolvendo Seres Humanos está passível de oferecer riscos aos/às participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Sendo assim, sua participação envolve o seguinte risco, qualificado como mínimo: durante a pesquisa, pode haver algum tipo de constrangimento devido à avaliação dos seus conhecimentos sobre o tema por meio das respostas, porém, esses riscos podem ser minimizados mediante a omissão dos dados pessoais dos participantes da pesquisa. Portanto, é assegurado pelos/as pesquisadores/as a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo.

Sua participação pode ajudar os/as pesquisadores/as a identificar o processo de triagem e a predição dos desfechos dos pacientes de trauma. Você não será submetido (a) a nenhum tratamento e/ou exames adicionais, a não ser aqueles que fazem parte do tratamento solicitado pelo médico e protocolo da instituição. Assim, você está sendo consultado/a sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Caso se sinta incomodado(a) durante essa entrevista, sinta-se à vontade para conversar com os pesquisadores e interromper a entrevista em qualquer momento. A entrevista pode implicar em risco de cansaço, ansiedade, desconforto e/ou constrangimento ao responder o instrumento sobre o acidente, podendo entrar em questões pessoais. Dessa forma, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, diminuindo os possíveis riscos e evitando que ocorram danos pessoais e constrangimentos. Caso ocorra qualquer dano psicológico por conta das perguntas realizadas, você será encaminhada para o serviço de psicologia do hospital. Nós iremos dar toda a assistência necessária e, se mesmo assim, quiser retirar seu consentimento da pesquisa, não haverá qualquer problema ou prejuízo no tratamento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade no seu tratamento. Você não receberá pagamentos por ser participante.

TCLE - Página 2/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do

participante.

Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pela pesquisadora responsável.

Todos os dados dos/as participantes serão identificados com um código e apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando, assim, sua privacidade. O registro destes dados será realizado por meio de planilha on-line, vinculada ao *Google drive*, para posterior análise, sendo também de acesso restrito aos/às pesquisadores/as envolvidos/as. Suas informações e seus dados estarão em segurança, pois os pesquisadores seguirão as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e pela Lei Federal Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) 13709/2018, dessa forma, os pesquisadores evitarão os riscos de vazamento de informações de dados do participante da pesquisa. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os dados da pesquisa serão analisados posteriormente e utilizados para publicações em revistas da área da saúde, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo por um período de cinco anos.

Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o/a participante terá seu direito garantido. Os/as pesquisadores/as firmam o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos/as participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos/as os/as participantes.

Nos colocamos à disposição dos pacientes e/ou familiares para esclarecimentos de dúvidas aos procedimentos de coleta de dados. O Pesquisador Responsável por este estudo, é a Prof.^a. Dra. Rita de Cássia Almeida Vieira, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Av. Gov. Marcelo Déda – São José, Lagarto, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, 1º andar bloco D, Telefone (79) 99671-0130 (24 horas/ sete dias na semana) e pelo e-mail ritavieira@academico.ufs.br. Em qualquer momento, o(a) senhor(a) terá acesso ao investigador e a sua equipe esclarecer dúvidas ou pedir informações adicionais. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos

TCLE - Página 3/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos/as participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito/a com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br. No caso de aceitar fazer parte como participante, você e a pesquisadora devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com a pesquisadora.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

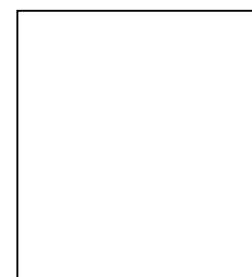
Local e data: _____, _____ de _____ de 202____.

Se o paciente não puder assinar – REPRESENTANTE RESPONSÁVEL

Representante legal: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 202____.



Assinatura Datiloscópica (se
não alfabetizado)

TCLE - Página 4/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Rita de Cássia Almeida Vieira

Assinatura: _____

Local/data: _____

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

OBS: Duas vias devem ser feitas, uma via destinada ao usuário e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas e assinadas no final, tanto pelo convidado ou representante legal, como também pelos pesquisadores.

TCLE - Página 5/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE - HUSE

Título do projeto: Predição de desfecho em pacientes traumatizados avaliados por escalas de triagem hospitalar

Pesquisador Responsável: Dr^a Rita de Cássia Almeida Vieira

Local de Pesquisa: Hospital de Urgência do Estado de Sergipe, “Governador João Alves Filho”, Aracaju – SE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “PREDIÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES TRAUMATIZADOS AVALIADOS POR ESCALAS DE TRIAGEM HOSPITALAR” porque você sofreu algum tipo de trauma e deu entrada no Hospital de Urgência do Estado de Sergipe, “Governador João Alves Filho”, na cidade de Aracaju – SE. O estudo tem como objetivo avaliar os desfechos de pacientes de trauma por meio de escalas de triagem hospitalar da triagem. Todos os pacientes que forem admitidos no pronto-socorro do HUL em decorrência de um trauma estão sendo convidados a participar deste estudo. A pesquisadora responsável é Rita de Cássia Almeida Vieira, que é professora do Departamento de Enfermagem do Campus Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. A sua forma de participação consistirá em responder as informações na forma de entrevista com duração média de 10 minutos sobre o trauma que o senhor sofreu, detalhes do acidente, informações sobre a admissão e seu estado de saúde atual. A coleta de dados será dividida em duas fases: na primeira será realizada uma triagem pelo pesquisador utilizando os instrumentos de coleta após a admissão hospitalar e consulta de prontuário. Na primeira fase serão avaliadas

TCLE - Página 1/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

durante o atendimento no pronto-socorro algumas informações sociodemográficas e clínicas da cena, admissão, internação e alta.

Na 2ª fase será realizada o acompanhamento durante a hospitalização por meio dos prontuários até o momento da alta hospitalar, onde serão avaliadas as lesões identificadas após o trauma, as complicações ocorridas durante a internação e o desfecho do paciente.

Reconhecemos que toda pesquisa envolvendo Seres Humanos está passível de oferecer riscos aos/às participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Sendo assim, sua participação envolve o seguinte risco, qualificado como mínimo: durante a pesquisa, pode haver algum tipo de constrangimento devido à avaliação dos seus conhecimentos sobre o tema por meio das respostas, porém, esses riscos podem ser minimizados mediante a omissão dos dados pessoais dos participantes da pesquisa. Portanto, é assegurado pelos/as pesquisadores/as a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo.

Sua participação pode ajudar os/as pesquisadores/as a identificar o processo de triagem e a predição dos desfechos dos pacientes de trauma. Você não será submetido (a) a nenhum tratamento e/ou exames adicionais, a não ser aqueles que fazem parte do tratamento solicitado pelo médico e protocolo da instituição. Assim, você está sendo consultado/a sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Caso se sinta incomodado(a) durante essa entrevista, sinta-se à vontade para conversar com os pesquisadores e interromper a entrevista em qualquer momento. A entrevista pode implicar em risco de cansaço, ansiedade, desconforto e/ou constrangimento ao responder o instrumento sobre o acidente, podendo entrar em questões pessoais. Dessa forma, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, diminuindo os possíveis riscos e evitando que ocorram danos pessoais e constrangimentos. Caso ocorra qualquer dano psicológico por conta das perguntas realizadas, você será encaminhada para o serviço de psicologia do hospital. Nós iremos dar toda a assistência necessária e, se mesmo assim, quiser retirar seu consentimento da pesquisa, não haverá qualquer problema ou prejuízo no tratamento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade no seu tratamento. Você não receberá pagamentos por ser participante.

<u>TCLE - Página 2/5</u>	
Rubrica do pesquisador:	Rubrica do participante

Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pela pesquisadora responsável.

Todos os dados dos/as participantes serão identificados com um código e apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando, assim, sua privacidade. O registro destes dados será realizado por meio de planilha on-line, vinculada ao *Google drive*, para posterior análise, sendo também de acesso restrito aos/às pesquisadores/as envolvidos/as. Suas informações e seus dados estarão em segurança, pois os pesquisadores seguirão as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e pela Lei Federal Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) 13709/2018, dessa forma, os pesquisadores evitarão os riscos de vazamento de informações de dados do participante da pesquisa. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os dados da pesquisa serão analisados posteriormente e utilizados para publicações em revistas da área da saúde, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo por um período de cinco anos.

Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o/a participante terá seu direito garantido. Os/as pesquisadores/as firmam o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos/as participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos/as os/as participantes.

Nos colocamos à disposição dos pacientes e/ou familiares para esclarecimentos de dúvidas aos procedimentos de coleta de dados. O Pesquisador Responsável por este estudo, é a Prof.^a Dra. Rita de Cássia Almeida Vieira, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Av. Gov. Marcelo Déda – São José, Lagarto, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, 1º andar bloco D, Telefone (79) 99671-0130 (24 horas/ sete dias na semana) e pelo e-mail ritavieira@academico.ufs.br. Em qualquer momento, o(a) senhor(a) terá acesso ao investigador e a sua equipe esclarecer dúvidas ou pedir informações adicionais. Este estudo

foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos

<u>TCLE - Página 3/5</u>	
Rubrica do pesquisador:	Rubrica do participante:

aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos/as participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito/a com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br. No caso de aceitar fazer parte como participante, você e a pesquisadora devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com a pesquisadora.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__.

Se o paciente não puder assinar – REPRESENTANTE RESPONSÁVEL

Representante legal: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura Datiloscópica (se
não alfabetizado)

TCLE - Página 4/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Rita de Cássia Almeida Vieira

Assinatura: _____

Local/data: _____

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

OBS: Duas vias devem ser feitas, uma via destinada ao usuário e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas e assinadas no final, tanto pelo convidado ou representante legal, como também pelos pesquisadores.

TCLE - Página 5/5

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Olá! Meu nome é Rita de Cássia Almeida Vieira e faço parte de um grupo de cientistas, e trabalhamos na Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto. Vamos explicar tudo sobre o estudo, tanto para você quanto para o seu responsável. O estudo irá acontecer no Hospital de Urgência de Sergipe “Governador João Alves Filho”, em Aracaju – SE.



Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa que se chama PREDIÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES TRAUMATIZADOS AVALIADOS POR ESCALAS DE TRIAGEM HOSPITALAR.

Este documento serve para informar tudo sobre a pesquisa e lembre, você poderá perguntar tudo o que quiser e a qualquer momento, não fique preocupado ou com vergonha. A pergunta poderá ser feita a qualquer um de nós. Além disso, para você participar do estudo, seus responsáveis terão que autorizar e assinar um documento que chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, mesmo que seus pais autorizem, mas você não deseja, a sua vontade prevalecerá. Fique tranquilo.

Se não entender alguma palavra ou expressão, não hesite e pergunte!

O convite está sendo feito a você porque você apresentou um trauma.

Ah, importante! Você pode dizer que não quer participar, decisão é sua! **Você pode pensar com calma e conversar com seus responsáveis. Mesmo se você aceitar agora, você pode mudar de ideia a qualquer momento e dizer que não quer mais fazer parte.** Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Caso esteja em tratamento, continuará da mesma forma mesmo que não queira participar da nossa pesquisa. 😊

TALE - Página 1/4

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Antes de decidir se você quer participar, você precisa entender porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados a seguir.

Leia aqui tudo sobre a pesquisa:



Por que esta pesquisa está sendo feita? Esta pesquisa está sendo feita para avaliar os desfechos dos pacientes de trauma avaliados pelas ferramentas de triagem;



Quem pode participar? Todos os pacientes que forem admitidos no pronto-socorro do HUL em decorrência de um trauma estão sendo convidados a participar deste estudo; O que vai acontecer durante a pesquisa? A sua forma de participação consistirá em responder as informações na forma de entrevista com duração média de 10 minutos sobre o trauma que o senhor sofreu, detalhes do acidente, informações sobre a admissão e seu estado de saúde atual. A coleta de dados será dividida em duas fases: na primeira será realizada uma triagem pelo pesquisador utilizando os instrumentos de coleta após a admissão hospitalar e consulta de prontuário. Na primeira fase serão avaliadas durante o atendimento no pronto-socorro algumas informações sociodemográficas e clínicas da cena, admissão, internação e alta. Na 2ª fase será realizada o acompanhamento durante a hospitalização por meio dos prontuários até o momento da alta hospitalar, onde serão avaliadas as lesões identificadas após o trauma, as complicações ocorridas durante a internação e o desfecho do paciente.



Quais são os riscos para você? Sendo assim, sua participação envolve o seguinte risco, qualificado como mínimo: durante a pesquisa, pode haver algum tipo de constrangimento devido à avaliação dos seus conhecimentos sobre o tema por meio das respostas, porém, esses riscos podem ser minimizados mediante a omissão dos dados pessoais dos participantes da pesquisa. Portanto, é assegurado pelos/as pesquisadores/as a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo. Você não será submetido (a) a nenhum tratamento e/ou exames adicionais, a não ser aqueles que fazem parte do tratamento solicitado pelo médico e protocolo da instituição.



Haverá algum benefício? A realização da pesquisa pretende contribuir com a ampliação de conhecimento científico sobre o prognóstico após o trauma e os desfechos apresentados pelos pacientes em Sergipe. Ademais, o estudo possibilitará o melhor entendimento sobre a triagem hospitalar, podendo subsidiar melhorias na assistência, colaborar com grupos de pesquisa, estabelecer políticas de ação e vigilância



E se algo der errado? Caso aconteça algo de errado, você receberá todo cuidado sem custo.



Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado): Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo.



Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.



Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles deverão ser ressarcidos pelo pesquisador responsável.

Quando terminar, se você quiser, a gente pode te contar o que descobrimos, os resultados dos exames e da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável a Prof.^a Dra. Rita de Cássia Almeida Vieira, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Av. Gov. Marcelo Déda – São José, Lagarto, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, 1º andar bloco D, Telefone (79) 99671-0130 (24 horas/ sete dias na semana) e pelo e-mail ritavieira@academico.ufs.br.

Ainda tem um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que avaliou este estudo, este comitê é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto/HUL, situado na Av. Gov. Marcelo Deda, 13, Centro, Lagarto/SE CEP 49400-000, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cephulag@ufs.br.

E aí, quer participar? Faça um x na sua opção.



Sim ()

Não ()

↳ Se você marcou sim, por favor, assine aqui:

Declaração do participante

Eu, _____, aceito a participar da pesquisa.

Entendi as informações importantes da pesquisa, sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que isto não irá causar nenhum outro problema. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Os pesquisadores conversaram comigo e tiraram minhas dúvidas.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

TALE - Página 3/4

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

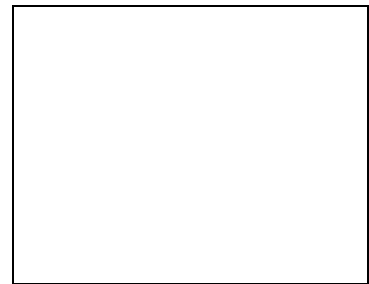
Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Nome: _____;

Assinatura: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

ANEXO D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Olá! Meu nome é Rita de Cássia Almeida Vieira e faço parte de um grupo de cientistas, e trabalhamos na Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto. Vamos explicar tudo sobre o estudo, tanto para você quanto para o seu responsável. O estudo irá acontecer no Hospital Universitário de Lagarto – SE, em Lagarto – SE.



Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa que se chama PREDIÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES TRAUMATIZADOS AVALIADOS POR ESCALAS DE TRIAGEM HOSPITALAR.

Este documento serve para informar tudo sobre a pesquisa e lembre, você poderá perguntar tudo o que quiser e a qualquer momento, não fique preocupado ou com vergonha. A pergunta poderá ser feita a qualquer um de nós. Além disso, para você participar do estudo, seus responsáveis terão que autorizar e assinar um documento que chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, mesmo que seus pais autorizem, mas você não deseja, a sua vontade prevalecerá. Fique tranquilo.

Se não entender alguma palavra ou expressão, não hesite e pergunte!

O convite está sendo feito a você porque você apresentou um trauma.

Ah, importante! Você pode dizer que não quer participar, decisão é sua! **Você pode pensar com calma e conversar com seus responsáveis. Mesmo se você aceitar agora, você pode mudar de ideia a qualquer momento e dizer que não quer mais fazer parte.** Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Caso esteja em tratamento, continuará da mesma forma mesmo que não queira participar da nossa pesquisa. 😊

TALE - Página 1/4

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Antes de decidir se você quer participar, você precisa entender porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados a seguir.

Leia aqui tudo sobre a pesquisa:



Por que esta pesquisa está sendo feita? Esta pesquisa está sendo feita para avaliar os desfechos dos pacientes de trauma avaliados pelas ferramentas de triagem;



Quem pode participar? Todos os pacientes que forem admitidos no pronto-socorro do HUL em decorrência de um trauma estão sendo convidados a participar deste estudo; O que vai acontecer durante a pesquisa? A sua forma de participação consistirá em responder as informações na forma de entrevista com duração média de 10 minutos sobre o trauma que o senhor sofreu, detalhes do acidente, informações sobre a admissão e seu estado de saúde atual. A coleta de dados será dividida em duas fases: na primeira será realizada uma triagem pelo pesquisador utilizando os instrumentos de coleta após a admissão hospitalar e consulta de prontuário. Na primeira fase serão avaliadas durante o atendimento no pronto-socorro algumas informações sociodemográficas e clínicas da cena, admissão, internação e alta. Na 2ª fase será realizada o acompanhamento durante a hospitalização por meio dos prontuários até o momento da alta hospitalar, onde serão avaliadas as lesões identificadas após o trauma, as complicações ocorridas durante a internação e o desfecho do paciente.



Quais são os riscos para você? Sendo assim, sua participação envolve o seguinte risco, qualificado como mínimo: durante a pesquisa, pode haver algum tipo de constrangimento devido à avaliação dos seus conhecimentos sobre o tema por meio das respostas, porém, esses riscos podem ser minimizados mediante a omissão dos dados pessoais dos participantes da pesquisa. Portanto, é assegurado pelos/as pesquisadores/as a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo. Você não será submetido (a) a nenhum tratamento e/ou exames adicionais, a não ser aqueles que fazem parte do tratamento solicitado pelo médico e protocolo da instituição.



Haverá algum benefício? A realização da pesquisa pretende contribuir com a ampliação de conhecimento científico sobre o prognóstico após o trauma e os desfechos apresentados pelos pacientes em Sergipe. Ademais, o estudo possibilitará o melhor entendimento sobre a triagem hospitalar, podendo subsidiar melhorias na assistência, colaborar com grupos de pesquisa, estabelecer políticas de ação e vigilância



E se algo der errado? Caso aconteça algo de errado, você receberá todo cuidado sem custo.



Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado): Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo.



Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.



Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles deverão ser ressarcidos pelo pesquisador responsável.

Quando terminar, se você quiser, a gente pode te contar o que descobrimos, os resultados dos exames e da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável a Prof.^a Dra. Rita de Cássia Almeida Vieira, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Av. Gov. Marcelo Déda – São José, Lagarto, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, 1º andar bloco D, Telefone (79) 99671-0130 (24 horas/ sete dias na semana) e pelo e-mail ritavieira@academico.ufs.br.

Ainda tem um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que avaliou este estudo, este comitê é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto/HUL, situado na Av. Gov. Marcelo Deda, 13, Centro, Lagarto/SE CEP 49400-000, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cephulag@ufs.br.

E aí, quer participar? Faça um x na sua opção.



Sim ()

Não ()

↳ Se você marcou sim, por favor, assine aqui:

Declaração do participante

Eu, _____, aceito a participar da pesquisa.

Entendi as informações importantes da pesquisa, sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que isto não irá causar nenhum outro problema. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Os pesquisadores conversaram comigo e tiraram minhas dúvidas.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

TALE - Página 3/4

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

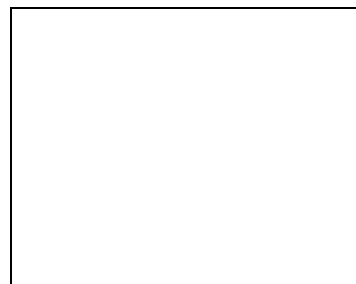
Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Nome: _____;

Assinatura: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)