



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUSTAVO GUEDES DE CARVALHO

**Análise de série temporal das cirurgias de urgência
realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de
Sergipe no período de 2008 a 2014**

ARACAJU-SE 2015

GUSTAVO GUEDES DE CARVALHO

**Análise de série temporal das cirurgias de urgência
realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de
Sergipe no período de 2008 a 2014**

**Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe como
pré-requisito obrigatório para obtenção de título de
bacharel em Medicina.**

Orientador: Prof. Marco Antonio Prado Nunes

ARACAJU-SE 2015

GUSTAVO GUEDES DE CARVALHO

**Análise de série temporal das cirurgias de urgência
realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de
Sergipe no período de 2008 a 2014**

**Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção
de título de bacharel em Medicina.**

Gustavo Guedes de Carvalho – Graduando

Prof. Marco Antonio Prado Nunes – Orientador

Aprovada em: ____/____/____

Prof. – Examinador

Prof. – Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, irmão, meus tios e minha avó que sempre me apoiaram em toda a trajetória, desde o início do curso até a presente data. Ao meu orientador Dr. Marco Prado pela ajuda e ensinamentos para realização desta obra. A todos meus amigos de faculdade pela companhia e alegrias.

AGRADECIMENTOS

Deus, obrigado por tudo que me proporciona, pelas oportunidades, pela família, pelos amigos e pelos exemplos profissionais que sempre me ajudaram.

Agradeço aos meus pais Paulo e Sandra, pelo carinho, apoio, e exemplo de seres humanos, carinhosos, atenciosos, presentes e batalhadores que são.

Agradeço a minha avó Maria de Lourdes, minha segunda mãe, pela educação, exemplo, cuidados e carinho por mim. Ao meu querido irmão Guedes, meus tios e padrinhos Beto e Mary pela grande companhia e cumplicidade.

Agradeço a minha princesa Cinthya, que além de estar carinhosamente ao meu lado, foi um divisor de águas no meu curso. Cresci bastante como pessoa e como profissional ao lado dela.

Agradeço ao meu orientador Marco Prado, pela paciência, atenção, disponibilidade e segurança durante a realização desta obra. Pelas oportunidades e confiança nos assuntos voltados para assuntos extra-curriculares!

Agradeço aos meus amigos da faculdade e de antes pelo tanto que me alegram no dia-a-dia e facilitam a vivência ao longo de tanto tempo de curso e de dedicação a ele.

LISTA DE ABREVIATURAS

APC	Annual Percent Change
ATC	Angioplasta Transluminal Coronariana
CID	Classificação Internacional de Doenças
DAC	Doença Arterial Coronariana
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
IMA	Insuficiência Mitral Aguda
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHTLS	Pré-Hospital Trauma Life Support
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	Página 08.
2. REVISÃO DE LITERATURA	Página 10.
2.1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Página 21.
3. REGRAS PARA PUBLICAÇÃO	Página 25.
3.1. ESCOPO E POLÍTICA	Página 26.
3.2. FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS	Página 26.
3.3. RESPONSABILIDADE DOS AUTORES	Página 28.
3.4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	Página 28.
3.5. CRITÉRIOS DE AUTORIA	Página 29.
3.6. FONTES DE FINANCIAMENTO	Página 29.
3.7. CONFLITO DE INTERESSES	Página 29.
3.8. ÉTICA NA PESQUISA ENVOL. SERES HUMANOS	Página 30.
3.9. AGRADECIMENTOS	Página 30.
3.10. DIREITO DE REPRODUÇÃO	Página 30.
3.11. TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS: MODELO	Página 31.
3.12. PREPARO DOS MANUSCRITOS PARA SUBMISSÃO	Página 31.
3.13. FORMATO DOS MANUSCRITOS	Página 32.
3.14. ANÁLISE E ACEITAÇÃO DOS MANUSCRITOS	Página 39.
3.15. PROVA DE PRELO	Página 41.
3.16. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA	Página 41.
3.17. ENVIO DE MANUSCRITOS	Página 41.
3.18. LISTA DE ITENS DE VERIF. PRÉVIA À SUBMISSÃO	Página 42.
4. ARTIGO CIENTIFICO	Página 44.
4.1. RESUMO	Página 46.

4.2.	ABSTRACT	Página 46.
4.3.	RESUMEN	Página 47.
4.4.	INTRODUÇÃO	Página 48.
4.5.	MÉTODOS	Página 49.
4.6.	RESULTADOS	Página 50.
4.7.	DISCUSSÃO	Página 51.
4.8.	CONCLUSÃO	Página 53.
4.9.	CONFLITO DE INTERESSES	Página 53.
4.10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Página 53.
4.11.	TABELAS	Página 55.
4.12.	GRÁFICOS	Página 56.

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Com as importantes mudanças no perfil de mortalidade do país decorrente da transição epidemiológica, assumem lugares entre as principais causas de óbito as causas cardiovasculares, neoplasias e causas externas, em ordem decrescente de prevalência. Esses eventos, ao se apresentarem pelos agravos agudos decorrente das doenças crônicas e pelo resultado do aumento da violência e dos acidentes em rodovias, levam à crescente necessidade de intervenções cirúrgicas de urgência e emergência para resolução dos problemas.

A cirurgia é um procedimento invasivo terapêutico para vários distúrbios anatômicos e fisiopatológicos, implicando na remoção ou reparação de um órgão ou parte deste. O paciente que irá se submeter a uma intervenção cirúrgica deve idealmente estar na melhor condição física e mental, no entanto, nem sempre esta situação é possível. Na cirurgia de emergência existe o risco iminente de morte, necessitando de uma intervenção imediata. Já na urgência, o paciente é avaliado como possível de se esperar algum tipo de preparo ou exame pré-cirúrgico.

Devido à escassez de informações na cidade de Aracaju sobre os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência local e, visto a importância em abordar e conhecer mais o assunto, este estudo tem a pretensão de contribuir com a literatura e com os serviços de saúde, servindo de base para análise do serviço oferecido e das cirurgias, contribuindo para a construção de um perfil epidemiológico regional.

O presente trabalho irá analisar o perfil e quantidades de cirurgias de urgência e emergência na cidade de Aracaju, Sergipe (Brasil), no período de 2008 a 2014, com base nos arquivos do sistema de dados DATASUS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

REVISÃO DE LITERATURA

Ocorreram importantes mudanças no perfil de mortalidade do país a partir da década de 80, quando as “doenças do desenvolvimento” se tornaram as principais causas de óbito, sendo uma situação conhecida como transição epidemiológica. Essas doenças ameaçam a qualidade de vida da sociedade moderna e são as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas (ZANDOMENIGHI, 2012; WHO, 2014).

Esses processos dinâmicos de transição demográfica e epidemiológica associado ao aumento da expectativa de vida, à prevalência de doenças crônicas e degenerativas, à explosão da violência urbana nos municípios de médio e grande porte e ao incremento acentuado de acidentes em rodovias estaduais e federais levam a assistência hospitalar regionalizada a configurar-se como primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos decorrentes de doenças crônicas. (DUBEUX e cols. 2010).

Muitos casos desses agravos agudos ou eventos por causas externas necessitam de uma intervenção cirúrgica rápida como forma de tratamento. CARVALHO e cols. (2010) realizaram estudos com o intuito de descrever a respeito de aspectos das cirurgias e do paciente cirúrgico. Eles mostram que a cirurgia é o procedimento terapêutico invasivo para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos, que implica a remoção ou reparação de um órgão ou parte deste. O paciente que iria se submeter a uma intervenção cirúrgica deve estar idealmente na melhor forma física e mental, no entanto, nem sempre esta situação é possível.

Segundo o Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma (PHTLS, 2008), os atendimentos não considerados eletivos são separados em atendimento de emergência e o de urgência. No primeiro, existe o risco iminente de morte, já no de urgência, não.

Dependendo do caso, intervenções cirúrgicas estão indicadas e são realizadas em caráter de emergência, ou seja, imediatamente.

Apesar de estar na terceira posição na classificação geral, as causas externas são as primeiras causas de óbitos em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 1 aos 49 anos, atingindo praticamente todas as faixas etárias, com maior expressão nas mais jovens. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10) – subdivide as causas externas em causas acidentais (que incluem os acidentes de transporte, de trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes), causas intencionais relacionadas às agressões e lesões autoprovocadas, e eventos cuja intenção é indeterminada (MATOS, 2012).

No contexto urbano, a violência vem sendo foco da atenção dos moradores das grandes, médias e pequenas cidades. Não importa o tamanho destas cidades para que delitos, de variados tipos, ocorram e deixem os moradores apreensivos em relação às causas de violência (SANTOS, 2009).

WEYRAUCH, C. S. (2011) relatou em seu trabalho com base na segregação socioespacial, relacionando-a no contexto do agravo à violência urbana. Ele mostra que as piores áreas da cidade, as mais problemáticas, foram compulsoriamente designadas à população de baixa renda, onde os transportes, as escolas, os postos de saúde ficam longe de atendê-la satisfatoriamente, e os governos municipais não as regem da melhor forma, pré-dispondo ao aumento da violência urbana.

SANTOS, I. R. (2009) fala que a segurança passou a ser um serviço e um acesso que são oferecidos como artigos de luxo aos indivíduos das camadas mais privilegiadas da população. Com a detenção do poder nas mãos de poucos, e precariedade de vida de muitos, as medidas de segurança, criadas nesse contexto, estão modelando, cada vez

mais, um meio segregado. Para o autor, a segurança passa a ser um “fetiche” para conjurar o mal e que dá origem à construção de novas desigualdades sociais no contexto urbano.

CAMPOS e cols. (2011) analisaram e descreveram as características e as circunstâncias dos eventos violentos que conduziram a homicídios ocorridos no Município de Petrolina, entre 2004 e 2006. Com um estudo descritivo de corte transversal, com dados coletados nos boletins de ocorrência e inquéritos policiais, eles relataram que, no triênio, foram registrados 406 homicídios, sendo a ocorrência entre os homens foi 11,7 vezes maior do que nas mulheres; a faixa etária de 20 a 29 anos foi a mais atingida, em ambos os sexos. Desses eventos, 72,2% aconteceram na área urbana e 76,4% dessa amostra aconteceu em espaço público.

STALHSCHMIDT e cols. (2008) realizaram um trabalho para analisar as características epidemiológicas relacionadas ao trauma hepático. Através das 154 vítimas de trauma hepático, 90,26% eram do sexo masculino e a média de idade de 26,28 anos. Quanto ao mecanismo de trauma, 72,73% foram por trauma penetrante, sendo que destes, 55,84% foram por arma de fogo e 16,88% por arma branca, demais 27,27% por trauma contuso. Eles concluíram que os dados epidemiológicos encontrados no estudo refletem a violência na sociedade moderna, que se traduziram, com os resultados obtidos, no aumento da complexidade das lesões e aumento na necessidade de intervenções cirúrgicas mais complexas para o devido tratamento.

Todo esse contexto de violência urbana levou a mecanismos de trauma no final da cadeia. SALVADOR e cols. (2012) estudaram e entenderam o trauma como um complexo problema de saúde pública no Brasil. Eles justificam essa conclusão, pois o trauma constitui-se a terceira causa de mortalidade geral, é responsável anualmente por

mais de 125 mil mortes, viram que 400 mil vítimas sofrerão com as sequelas definitivas e notaram que o trauma consome mais anos de vida do que o primeiro e o segundo problema de saúde que mais incrementa os índices de mortalidade no país – as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Além disso, eles mostraram que o trauma gera altos custos diretos e indiretos com a assistência, perfazendo um valor superior à dívida externa do país e que ele constitui um problema de saúde em consequência das mudanças sociais, econômicas e políticas, como o desemprego, a marginalização, o desenvolvimento automobilístico.

O trauma nos países ocidentais é a terceira causa morte, sendo naqueles abaixo de 45 anos de idade, a primeira causa de morte. Acomete principalmente a população economicamente ativa, com consequências sociais de elevado custo. No caso de sobrevivência após o trauma, podem estar associadas sequelas definitivas e irreversíveis, com consequências sociais econômicas, para os pacientes e familiares (CHIARA, 2009).

Vários sistemas humanos são atingidos com os mecanismos de trauma. O osteomuscular, o digestivo e a parede abdominal, frequentemente são mais acometidos devido a sua exposição. Contudo, muitos aspectos influenciam na mecânica do trauma e no seu acontecimento, como por exemplo, fatores sociais e acessibilidade aos diversos meios de acontecimentos dos eventos por causas externas e traumas. LIMA e cols. (2012) fizeram um trabalho com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico e o desfecho das vítimas de trauma abdominal submetidas à laparotomia em hospital de urgência. Para isso, eles realizaram um estudo observacional, descritivo, longitudinal, com abordagem prospectiva, mediante entrevista de 100 pacientes com trauma abdominal submetidos ao tratamento cirúrgico e à avaliação dos seus prontuários. Como resultado, eles obtiveram que os pacientes mais acometidos pelo trauma abdominal

foram do sexo masculino, de cor parda, na faixa etária de 25-49 anos, com baixa escolaridade, com rendimento de um a dois salários mínimos. Houve uma predominância do trauma no ambiente urbano, no período noturno e no final de semana. Além disso, eles relataram que o motivo mais frequente do trauma foi a tentativa de homicídio, associado ao uso de álcool e drogas ilícitas e o mecanismo a arma branca.

Ainda neste trabalho, LIMA e cols. (2012) relataram que a região mais afetada foi abdome superior e o fígado foi o órgão mais acometido. Quanto ao tempo de internação hospitalar os resultados mostraram que durou em torno de quatro a dez dias, com dois óbitos nos casos estudados. Eles concluíram que foi marcante a associação do trauma abdominal com homens sob efeito de álcool e/ou drogas ilícitas, refletindo o contexto da violência interpessoal na sociedade atual. E a despeito da magnitude do trauma, o desfecho foi satisfatório, apesar da ocorrência de óbitos, o que denota a importância dos hospitais de urgência de manter no seu corpo clínico uma equipe cirúrgica treinada.

Em relação à segunda causa de óbitos mundialmente, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2001) cita que as repercussões emocionais, econômicas e sociais diretas e indiretas do câncer para o doente, a família e a sociedade são enormes. Quanto mais avançado o estágio da doença, maior o custo do tratamento e menor a possibilidade de cura, tornando seu prognóstico mais obscuro, danoso e problemático. Daí, o grande benefício da implantação de programas educativos de prevenção e de detecção precoce do câncer, baseados nas características gerais da população e no tipo e na incidência dos principais cânceres.

Contudo, mesmo com programas de prevenção e detecção precoce dos diversos tipos de cânceres, muitos pacientes se apresentam em estágios avançados da

enfermidade, estados esses que implicam não só no seu prognóstico, como também na sua condição física no momento de uma crise que leve a sua descoberta. Em alguns casos, esse momento de crise é acompanhado de uma necessidade terapêutica de urgência ou emergência, sendo utilizada a via cirúrgica, em algumas condutas, para o alívio ou mesmo resolução dos problemas.

Uma vez que os pacientes oncológicos possuem uma biologia bem diferenciada e desfavorável a sua condição vital, grandes operações às vezes pouco contribuem para a vida do enfermo. A urgência do tratamento cirúrgico oncológico radical torna-se uma medida bem relativa. Ao mesmo tempo, em algumas ocasiões, temos na mutilação cirúrgica o método mais adequado para vencer o processo neoplásico e suas consequências (GUARISCHI e cols., 2001).

Dentre os diversos sistemas corporais e tipos histológico de câncer, as neoplasias do cólon e do reto são progressivamente mais prevalentes a partir da segunda década de vida, sendo os mais frequentes cânceres do aparelho digestivo e causa de cirurgias de urgência neste âmbito. A grande maioria dos casos é de adenocarcinomas (> 90%). MACHADO e cols. (2008) realizaram um estudo de coorte, retrospectivo de 403 pacientes acima de 55 anos de idade, submetidos, sobretudo a cirurgias eletivas, a taxa de mortalidade foi de 8,2% e a taxa de complicações foi de 15,8%. Já no estudo feito por SOARES e cols. (2004), com pacientes com câncer, a taxa global de mortalidade em UTI foi de 20,3%. Como eles já esperavam, a taxa de mortalidade foi significativamente mais alta para pacientes de cirurgias de emergência (49,35), do que para aqueles com cirurgias eletivas (5.7%).

MOESINGER e cols. (2006) mostram que, com rastreamento por prevenção secundária, a identificação de lesões precursoras em indivíduos assintomáticos e

posterior remoção diminuem a incidência e a mortalidade do câncer colorretal. Embora se tenha conhecimento dos fatores de risco relacionados a essa neoplasia e das recomendações bem estabelecidas no sentido da prevenção e do diagnóstico precoce, grande parte dos pacientes, no Brasil, é diagnosticado com doença avançada, apresentando obstrução ou perfuração, e necessitando de procedimento de emergência como medida inicial de tratamento, o que contribui para piora do prognóstico.

Através da II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001) pode-se entender que com a indicação de uma cirurgia de urgência, encontra-se implícita a ideia de que sua não realização, ao menos em princípio, suplanta os eventuais riscos que a operação impõe ao paciente. No entanto, nem por esse motivo, uma avaliação pré-operatória deve ser negligenciada, uma vez que as chances de complicações cardíacas são de duas a cinco vezes mais frequentes neste tipo de intervenção.

Ainda pela Diretriz, entende-se que o risco elevado deve-se tanto à falta de tempo hábil e condições para a realização de uma avaliação satisfatória, quanto à gravidade e comorbidades associadas à doença que motivou a intervenção. O conhecimento dos antecedentes cardiovasculares do paciente associado a mínimos dados propedêuticos pode permitir a utilização otimizada de recursos de monitoração e terapêutica intra e pós-operatória. Além disso, a grande maioria das síndromes isquêmicas agudas ocorre no período compreendido entre o ato cirúrgico e o terceiro dia pós-operatório, permitindo que se programe o tempo durante o qual o paciente deva permanecer em unidade de cuidados intensivos (II Diretriz de Avaliação Perioperatória, 2011).

Além desse contexto cardiovascular importante para o preparo do ato cirúrgico e melhor conhecimento do enfermo, as cirurgias cardíacas próprias também são causas de cirurgias de urgência. Dentre a variada gama de cirurgias cardíacas de urgência, pode ser citada a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) para tratamento de síndromes isquêmicas e a cirurgia de revascularização miocárdica, que são utilizadas para o tratamento das síndromes isquêmicas. O avanço da cardiologia intervencionista favoreceu uma mudança no perfil dos pacientes submetidos à terapia percutânea. Hoje, a ICP é cada vez mais indicada em pacientes com maior número de comorbidades e com doença arterial coronariana (DAC) mais complexa. (FARINAZZO e cols., 2013).

DALLAN e cols. (1990) realizaram um estudo com a coleta de dados de pacientes que realizaram angioplastia no INCOR referente aos meses de julho de 1981 a fevereiro de 1990. A cirurgia de revascularização do miocárdio de urgência foi necessária em 79 (3,2%) desses pacientes, dos quais 32 (40,5%) infartaram e 12 (15,2%) faleceram. A análise estatística demonstrou mortalidade mais elevada em pacientes idosos, em pacientes com dissecação do tronco da artéria coronária esquerda ou trombose coronária tardia e, especialmente, naqueles com instabilidade hemodinâmica após a angioplastia transluminal coronariana (ATC). Eles notaram, além disso, que o número de cirurgias de urgência após ATC diminuiu significativamente, a despeito do grau progressivo de complexidade das lesões dilatadas.

TONIAL e cols. (2011) traçaram o perfil clínico-epidemiológico e cirúrgico dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina através de coleta de dados a partir de registros de prontuários de todos os pacientes submetidos ao procedimento em determinado período. Como resultados eles encontraram quatro pacientes (5%) que foram submetidos à cirurgia em caráter de urgência, (quando a cirurgia ocorreu após o início do próximo dia

de trabalho), e um paciente (1,2%) realizou a cirurgia em caráter de emergência (quando a cirurgia foi realizada imediatamente ou antes do início do próximo dia de trabalho). A população encontrada tinha idade média em torno de 60 anos e era na sua maioria formada por homens, porém com uma proporção maior de mulheres, se comparado com outros estudos.

Outra causa para cirurgia de urgência no âmbito cardiológico é a insuficiência mitral aguda (IMA), geralmente causada por isquemia cardíaca e ruptura dos músculos papilares. Pela própria Diretriz Brasileira de Valvulopatias é possível se ler a respeito do tratamento cirúrgico da insuficiência mitral isquêmica, que era associado com alta morbimortalidade. No entanto, com estudos atuais, foi possível documentar melhores desfechos clínicos, com taxas de mortalidade inferiores a 5%. Nos casos de IMA importante, a evidência científica atual demonstra que o tratamento combinado da revascularização miocárdica associada à cirurgia valvar oferece melhores resultados, ambos no âmbito da cirurgia de urgência (Diretriz Brasileira de Valvopatias, 2011).

Além desses, podemos citar o aneurisma roto de aorta e a dissecação de aorta, que são mais exemplos de emergências cirúrgicas da área cardiovascular. Suas taxas de mortalidades vistas pela literatura variam em torno de 50% quando se trata do aneurisma roto (SANTOS e cols., 2004), e em relação à dissecação, sua mortalidade está em torno de 50% em 48 horas e de 60 a 90% em uma semana. (SAADI e cols., 2010).

Todos esses estudos corroboram para constatar a gravidade e a necessidade crescente das cirurgias de urgência e emergência para o novo contexto do perfil da mortalidade no Brasil e no mundo. Os resultados de tais resultados visam apoiar medidas de promoção à saúde e prevenção desses fatores de risco, através do conhecimento melhor da epidemiologia dos atos cirúrgicos.

Devido à escassez de informações na cidade de Aracaju sobre os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência local e, visto a importância em abordar e conhecer mais o assunto, este estudo tem a pretensão de contribuir com a literatura e com os serviços de saúde, servindo de base para análise do serviço oferecido, das cirurgias, contribuindo para a construção de um perfil epidemiológico regional.

O presente trabalho irá analisar o perfil e quantidades de cirurgias de urgência e emergência na cidade de Aracaju, Sergipe (Brasil), no período de 2008 a 2014, com base nos arquivos do sistema de dados DATASUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORBA, M. R.; BROCHADO, M. C. R. T.; ALCANTARA, P. S. M.; LIMA, T. M. A.; ARANTES, T. S.; OTOC, J. P. Ressecções eletiva e de urgência para tratamento de neoplasia maligna do cólon em hospital universitário: estudo de 66 casos. **Rev bras Coloproct** Abril/Junho, Vol. 31 Nº 2, 2011.

CAMPOS. M. E. A. L.; FERREIRA, L. O. C.; BARROS, M. D. A.; SILVA, H. L. Mortes por homicídio em município da Região Nordeste do Brasil, 2004-2006 a partir de dados policiais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(2):151-159, abr-jun. 2011.

CARVALHO, R. W. F.; PEREIRA, C. U.; FILHO, J. R. L.; VASCONCELOS, B. C. E. O Paciente Cirúrgico Parte 1. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v.10, n.4, p.85-92out./dez. 2010.

CHIARA, O.; CIMBANASSI, S. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(8):1508-1518, ago, 2010.

GUALANDRO, D. M.; YU, P. C.; CALDERARO, D.; MARQUES, A. C.; CARAMELLI, B.; et al. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** 2011; 96 (3 supl.1): 1-68. 2011.

GUALANDRO, D. M.; YU, P. C.; CALDERARO, D.; MARQUES, A. C.; PINHO, C.; CARAMELLI, B.; et al. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** 2011; 96(3 supl.1): 1-68. 2011.

GUARISCHI, A.; RAMOS, J. R. COLEGIO BRASILEIRO DE CIRURGIOES - **Programa de auto avaliação em Cirurgia**. Ano I, Fascículo VI, 2001.

LIMA, S. O.; CABRAIL, F. L. D.; NETO, A. F. P.; MESQUITA, F. N. B.; SANTANA, V. R. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2012; 39(4): 302-306. 2012.

MACHADO, A. N.; SITTA, M. C.; FILHO, J. W.; LEME, L. E. G. Prognostic factors for mortality among patients above the 6th decade undergoing non-cardiac surgery: cares – clinical assessment and research in elderly surgical patients. **Clinics**. 2008;63(2):151-6. 2008.

MOESINGER, R. C. Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer. **John Hopkins Advanced Studies in Medicine – Oncology** 2006; 6(1) 30-9. 2006.

PHTLS. Prehospital Trauma Life Support. NAEMT (Nacional Association of Emergency Medical Technicians). Pág 297 a 309. 2008- 6ª edição/ 3ª tiragem [tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho] – Rio de Janeiro. 2008.

SAADI, E. K.; MURAD, H. **Dissecção da aorta**. **Cirurgia** Cap 06. indd 1. 7/6/10. 2010.

SALVADOR, P. T. C. O.; ALVES, K. Y. A.; MARTINS, C. C. F.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. Perfil das dissertações e teses brasileiras acerca do trauma: uma pesquisa documental. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol.39 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2012

SANTOS, I. R. Aspectos da violência urbana. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas** - Vitória da Conquista-BA, n. 5/6, p. 237-250. 2009.

SANTOS, V. P.; IGNÁCIO, M. R.; SILVEIRA, D. R.; CAFFARO, R. A. Aneurisma toracoabdominal roto: relato de caso com uso de anel rígido sulcado de Delrin® intraluminal na anastomose proximal. **J Vasc Br** 2004;3(4):383-6. 2004.

SOARES, M.; FONTES F.; DANTAS, J. GADELHA D.; CARIELLO P.; NARDES F. et al. Performance of six severity-of-illness scores in cancer patients requiring admission to the intensive care unit: a prospective observational study. **Crit Care**. 2004;8(4):R194-203. 2004.

STALHSCHMIDT, C. M. M.; FORMIGHIERI, B.; MARCON, D. M.; TAKEJIMA, A. L.; SOARES, L.G. S. Trauma Hepático: Epidemiologia de cinco anos em um serviço de emergência. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol 35 no.4 Rio de Janeiro July/Ago. 2008.

TARASHOUTCHI, F.; MONTERA, M.W.; GRINBERG, M.; BARBOSA, M. R.; PINERO, D. J.; SANCHEZ, C. R. M.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, G. V.; et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arq Bras Cardiol** 2011; 97(5 supl. 1): 1-67. 2011.

TONIAL, R.; MOREIRA, D. M. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no instituto de cardiologia de Santa Catarina, São José - SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 40, no . 4, de 2011.

WEYRAUCH, C. S. Violência urbana. **Dimensões**, vol. 27, 2011, p. 2-22. ISSN: 2179-8869. 2011.

World Health Organization (WHO). World report on violence and health. **Geneva: WHO; 2014.**

ZANDOMENIGHI, R. C.; MOURO, D. L.; MARTINS, E. A. P. Ferimento por arma branca: Perfil epidemiológico dos atendimentos em pronto socorro. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):669-77. 2011.

3. REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), conhecido como Normas de Vancouver.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas

não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) **Nota de pesquisa** – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) **Artigo de opinião** – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores (limite: 1.500 palavras);

e) **Debate** – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

f) **Relato de experiência** – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública;

deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

g) **Carta** – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de **Entrevista** com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e **Resenha** de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à *Epidemiologia e Serviços de Saúde*: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

1. Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;

2. Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;

3. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;

4. Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever, nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

A versão original – em inglês – das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Direito de reprodução

Os manuscritos publicados pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde* são de sua propriedade. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Após a decisão final de "Aceito" do manuscrito para publicação, os autores deverão enviar, em formato PDF, o Termo de Cessão de Direitos assinado por todos os autores, cujo modelo se encontra a seguir.

Termo de Cessão de Direitos: modelo

Declaro que, uma vez aceito o manuscrito (título do manuscrito) e autorizada a sua publicação pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, concordo que os respectivos direitos autorais serão de propriedade exclusiva da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Qualquer reprodução de seu conteúdo, total ou parcial, deverá atender aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC.

(registrar o local, data e nome; o Termo de Cessão de Direitos deve ser assinado por todos os autores do manuscrito).

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE –, conhecido como Normas de Vancouver, disponível, no idioma inglês, em <http://www.icmje.org> e, em sua tradução para o português, em <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a02.pdf> (edição da *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(1):7-34).

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias; a relação completa encontra-se no *website* da iniciativa EQUATOR network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

Ensaaios clínicos: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;

g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e

h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a

citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: ^{7,10-16}); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão *et al.* para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Lima IP, Mota ELA. Avaliação do impacto de uma intervenção para a melhoria da notificação da causa básica de óbitos no estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 set;20(3):297-305.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

- Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e Leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no

Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos

desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

- 1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores *ad hoc*), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores *ad hoc* avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores *ad hoc* não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores *ad hoc*, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões de apresentação adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de *e-mail* informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por *e-mail*, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP:
70304-000

Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531 Telefax: (61) 3213-8404

Envio de manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via *e-mail*, para o seguinte endereço eletrônico: submissao.ress@saude.gov.br. Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Juntamente com o arquivo do manuscrito, os autores devem providenciar o envio da Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam

que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.

2. Folha-de-rosto:

a. Modalidade do manuscrito;

b. Título do manuscrito, em português e inglês;

c. Título resumido, em português;

d. Nomes e instituição de afiliação e *e-mail* de cada um dos autores;

e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;

f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e

g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano de defesa.

3. Resumo em português, *Abstract* em inglês e *Resumen* em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

4. Palavras-chave/*Key words*/*Palabras clave*, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.

5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.

6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.

7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

4. ARTIGO CIENTÍFICO

Análise de série temporal das cirurgias de urgência realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe no período de 2008 a 2014

Time series analysis of emergency operations carried out by the National Health System in the State of Sergipe in the period 2008 to 2014

Gustavo Guedes de Carvalho¹; Ivan Mendes Ribeiro Neto¹; Marco Antônio Prado Nunes²

1. Graduando em Medicina. Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil; 2. Graduado em Medicina, Mestre e Doutor em Medicina (Cirurgia Cardiovascular), Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Endereço eletrônico:

Gustavo Guedes de Carvalho: gustavo_lux@hotmail.com

Ivan Mendes Ribeiro Neto: dr.ivanmendes@outlook.com

Marco Antonio Prado Nunes: nunes.ma@ufs.br

Gustavo Guedes de Carvalho

Rua Lourival Andrade, nº 588, bairro Inácio Barbosa, Aracaju-SE, Brasil. CEP: 49040320

(55-79) 3249-1526 / (55-79) 9992-2525

gustavo_lux@hotmail.com

RESUMO

As cirurgias de urgência e emergência são realizadas para um amplo espectro de enfermidades. A transição epidemiológica tem feito com que boa parte das cirurgias não eletivas crescesse nas áreas oncológica, cardiovascular e para reparo dos danos pelas causas externas. OBJETIVO: Realizar uma análise de série temporal das cirurgias de urgência realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (Brasil) no período de 2008 a 2014. MÉTODOS: Através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) foram coletados e analisados os dados referentes às cirurgias de urgência e emergência, no período determinado. RESULTADOS: Notou-se um crescente número significativo de cirurgias não eletivas nas áreas da oncologia e cardiovascular durante o tempo determinado e decrescente em outros campos. CONCLUSÃO: O número de cirurgias de urgência e emergência está acompanhando a transição epidemiológica das causas de óbitos.

Palavras-chave: Cirurgia, Urgência, Emergência.

ABSTRACT

Urgent and emergency surgeries are performed for a wide range of diseases. The epidemiological transition has made much of not grow elective surgery in oncology, cardiovascular areas and to repair the damage by external causes. OBJECTIVE: To perform a time series analysis of emergency operations carried out by the National Health System in the State of Sergipe (Brazil) in the period 2008 to 2014. METHODS: Through the Decentralized Hospital Information System (DHIS) data were collected and analyzed relating to urgent and emergency surgeries in the period. RESULTS: We observed an increasing significant number of non-elective surgeries in the areas of

oncology and cardiovascular during the given time and decreasing in other fields.

CONCLUSION: The number of urgent and emergency surgeries is following the epidemiological transition of the causes of deaths

Key words: Surgery, Emergency, Emergency.

RESUMEN

Cirugías urgentes y de emergencia se llevan a cabo para una amplia gama de enfermedades. La transición epidemiológica ha hecho gran parte de no crecer cirugía electiva en oncología, áreas cardiovascular y para reparar los daños por causas externas.

OBJETIVO: Realizar una serie de tiempo de análisis de operaciones de emergencia llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud en el Estado de Sergipe (Brasil) en el período de 2008 a 2014. **MÉTODOS:** A través del Sistema de Información del Hospital Descentralizado de datos (SIHD) fueron recogidos y analizados relativa a cirugías de urgencia y emergencia en el período. **Resultados:** Se observó un importante número creciente de cirugías no electivos en las áreas de oncología y cardiovascular durante el tiempo dado y disminuyendo en otros campos. **CONCLUSIÓN:** El número de cirugías de urgencia y emergencia está supervisando la transición epidemiológica de las causas de las muertes.

Palabras clave: Cirugía, Urgencias, Emergencias.

INTRODUÇÃO

Com as importantes mudanças no perfil de mortalidade do país por causa da transição epidemiológica, assumem lugares entre as principais causas de óbito as causas cardiovasculares, neoplasias e causas externas, em ordem decrescente de prevalência. Esses eventos, ao se apresentarem pelos agravos agudos decorrente das doenças crônicas e pelo resultado do aumento da violência e dos acidentes em rodovias, levam à crescente necessidade de intervenções cirúrgicas de urgência e emergência para resolução dos problemas ^(1,2).

A cirurgia é um procedimento terapêutico invasivo para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos, que implica a remoção ou reparação de um órgão ou parte deste. O paciente que irá se submeter a uma intervenção cirúrgica deve estar na melhor forma física e mental, no entanto, nem sempre esta situação é possível. Na cirurgia de emergência existe o risco iminente de morte, necessitando de uma intervenção imediata. Já na urgência, o paciente é avaliado como possível de se esperar algum tipo de preparo ou exame pré-cirúrgico ⁽³⁾.

Devido à escassez de informações na cidade de Aracaju sobre os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência local e, visto a importância em abordar e conhecer mais o assunto, este estudo tem a pretensão de contribuir com a literatura e com os serviços de saúde, servindo de base para análise do serviço oferecido e das cirurgias, contribuindo para a construção de um perfil epidemiológico regional.

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise de série temporal das cirurgias de urgência realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (Brasil) no período de 2008 a 2014, com base nos arquivos do sistema de dados DATASUS.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise de séries temporais sobre a evolução das cirurgias de urgência no período de 2008 a 2014 a partir do Sistema de Informação Hospitalar (SIHD), que faz parte do banco de dados oficial do governo brasileiro e está disponível para consulta pública. Os dados referiram-se às internações relacionadas aos procedimentos realizados em hospitais que são referência para uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes situados em uma região no nordeste do Brasil.

O fluxo da informação neste sistema tem origem nesses hospitais que enviaram eletronicamente os registros dessas internações para o Ministério da Saúde do Brasil. Estes dados foram processados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que gerou os créditos referentes aos serviços prestados e formou uma base de dados que contém os registros das internações hospitalares realizadas no Brasil através do sistema público de saúde.

Foram incluídos os dados referentes aos arquivos RDSE (Sergipe) de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, com as categorias selecionadas: “Caráter atendim” (2 urgência); “grupo proc [2008+” (04 procedimento) cirúrgico”. Nas linhas “SubGrup [2008+”; nas colunas “Ano de internação” e no incremento “Frequência”. Foram excluídos os códigos referentes a internações para procedimentos obstétricos.

Para a extração dos dados foi utilizado o programa TabWin 3.6, que foi disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde do Brasil. A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas.

O Programa de Regressão Joinpoint foi usado para calcular as tendências temporais de frequência das cirurgias com um modelo baseado na suposição de um número mínimo de pontos (Joinpoint) no qual ocorreriam mudanças estatisticamente significativas nas tendências temporais. Para isso, foi realizado um modelo linear logarítmico que foi adicionando Joinpoints, de 0 a 5, e calculou-se a diferença de até um valor estatisticamente significativo, usando o teste de permutação de Monte Carlo. Foram calculados o Incremento Percentual Anual (Annual Percent Change - APC) e as tendências temporais na frequência de procedimentos cirúrgicos. Tendências temporais para a série consecutiva de seis anos foram calculadas utilizando proporções como variáveis dependentes, o ano como a variável independente.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2014 foram realizadas 76.687 cirurgias de urgência em hospitais do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe. A maior parte dos procedimentos cirúrgicos foram os realizados no sistema osteomuscular com 51% (38.895/76.687) desses, seguido pelos realizados no aparelho digestivos sendo 16% (12.225/76.687) desses e depois pelos relacionadas com o aparelho circulatório, com 6% (4.320/76.687) das operações.

Dentre os procedimentos com tendência de crescimentos progressivo (gráficos de 1 a 7) os que apresentaram o maior APC foram os procedimentos realizados sobre as glândulas endócrinas (tabela 1), porém não foi significativo ($p > 0,05$). Já as cirurgias oncológicas tiveram um crescimento de 14,8% por ano e as relacionadas ao aparelho circulatório chegaram a 9,5% ano e ambas foram significativas ($p < 0,05$).

Dentre os procedimentos com tendência de progressão negativa (gráficos de 8 a 11) os que apresentaram o maior APC foram os relacionados à cirurgia plástica reparadora e a

cirurgia oftalmológica (tabela 2), ambos significativos ($p < 0,05$). Já as cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa e cirurgia torácica (tabela 2), ainda que tivessem uma progressão negativa não foram significativas ($p > 0,05$).

Três procedimentos apresentaram joinpoint (gráficos 12 a 14), sendo cirurgias otorrinolaringológicas, mastologia e cirurgia bucomaxilofacial (tabela 3).

DISCUSSÃO

Em relação aos resultados significativos deste trabalho, foi possível constatar o crescimento progressivo do número de cirurgias oncológicas (14,8% ao ano) que corrobora as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) ⁽⁴⁾ para 2014 e válidas também para o ano de 2015, que apontam para a ocorrência de aproximadamente 394.450 casos novos de câncer, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Dentre esses, os que são mais frequentemente achados em pesquisas científicas a respeito das cirurgias de urgência e emergência estão as neoplasias de cólon e reto com uma incidência de 11,43 por 100 mil habitantes na capital do estado em pesquisa ⁽⁴⁾.

Quanto às cirurgias cardiovasculares de urgência e emergência, também foi possível perceber o seu crescimento anual de 9,5% ao crescente índice de incidência populacional. AVEZUM e cols. (2005) também mostraram que de 1995 a 2003 houve aumento de 45,7% de internações por infarto do miocárdio, no Brasil ⁽⁵⁾. O aneurisma roto de aorta e a dissecação de aorta são também exemplos de emergências cirúrgicas da área cardiovascular. A abordagem cirúrgica rápida é necessária, uma vez que suas taxas de mortalidades vistas pela literatura variam em torno de 50% quando se trata do aneurisma roto ⁽⁶⁾ e em relação à dissecação, sua mortalidade está em torno de 50% em 48 horas e de 60 a 90% em uma semana ⁽⁷⁾.

Além disso, estudos mostram que a alta e crescente taxa de ocorrência de eventos cardiovasculares está associada com outros problemas da transição epidemiológica, como o diabetes e tabagismo ^(8,9). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2020 esse ônus devido às doenças cardiovasculares será de 80% nos países em desenvolvimento ⁽²⁾.

Em relação aos procedimentos com tendência de progressão negativa com resultados significativo, esse comportamento foi observado nas áreas da Cirurgia Oftalmológica (-11,2% ao ano), Cirurgia Plástica Reparadora (-19,35% ao ano), e a Bucomaxilofacial (-75,1% ao ano). Dentre os poucos artigos científicos encontrados a respeito dessas áreas com objetivos semelhantes, CECCHETTI e cols. comparando dois estudos anteriores ao seu com o dele, notou que houve aumento da proporção de corpos estranhos (30,7% em 1990, 44% em 1993 e 59%), mas não os correlacionou com a necessidade cirúrgica ⁽¹⁰⁾. Já no estudo de VARGAS e cols. observa-se uma demanda de 28 (2,8%) pacientes encaminhados ao serviço terciário, sendo o motivo de encaminhamento a necessidade de cirurgia em 2010 ⁽¹¹⁾. Quanto aos outros, houve dificuldade em encontrar mais artigos que se familiarizassem com a temática deste presente trabalho para com essas áreas, tornando difícil a sua comparação.

Dada essa magnitude epidemiológica, além da social e econômica, as cirurgias de urgência e emergência fazem parte de um dos desafios de saúde pública mais complexos que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta. O presente trabalho torna-se importante para mostrar o novo perfil das cirurgias realizadas e suas tendências para que possam ser implantados sistemas políticos sociais a fim de minimizar os diversos problemas encontrados e aperfeiçoar o padrão de assistência aos usuários do SUS.

CONCLUSÃO

Portanto as cirurgias de urgência e emergência analisadas no período de 2008 a 2014 estão acompanhando a nova transição epidemiológica para as causas de óbitos, ao observar o crescente número de necessidades cirúrgicas nas áreas de enfermidades cardiovasculares e oncológicas.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaro não haver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zandomenighi RC; Mouro DL; Martins EAP. Ferimento por arma branca: Perfil epidemiológico dos atendimentos em pronto socorro. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):669-77.
2. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2014.
3. PHTLS. Prehospital Trauma Life Support. NAEMT (Nacional Association of Emergency Medical Technicians). Pág 297 a 309. 2008- 6ª edição/ 3ª tiragem [tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho] – Rio de Janeiro.
4. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
5. Avezum A; Guimarães HP; Berwanger O; Piegas L. Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. Divisão de Pesquisa - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. 2005 - São Paulo – SP

6. Santos VP; Ignácio MR; Silveira DR; Caffaro RA. Aneurisma toracoabdominal roto: relato de caso com uso de anel rígido sulcado de Delrin® intraluminal na anastomose proximal. J Vasc Br 2004; 3(4):383-6.
7. Saadi EK; Murad H. Dissecção da aorta. Cirurgia Cap 06. indd 1. 2010. 7/6/10.
8. Farinazzo MM; Cantarelli MJC; Júnior HJC; Gonçalves R; Gioppato S; Guimarães JBF; Ribeiro EKP; Vardi JCF; Noronha HC; Ganassin FP; Almeida LCC; Navarro EC; Conforti TB. Mudanças no Perfil Populacional e Resultados da Intervenção Coronária Percutânea. Angiocardio. Rev Bras Cardiol Invasiva. 2013; 21(3):258-64.
9. Lerario AC; Coretti FMLM.; Oliveira SF; Betti RTB; Bastos MSCB; Ferri LAF; Garcia RMR; Wajchenberg BL. Avaliação da Prevalência do Diabetes e da Hiperglicemia de Estresse no Infarto Agudo do Miocárdio. Arq Bras Endocrinol Metab 2008; 52/3.
10. Cecchetti DFA; Cecchetti SAP; Nardy ACT; Carvalho SC; Rodrigues MLV; Rocha EM. Perfil clínico e epidemiológico das urgências oculares em pronto-socorro de referência. Arq. Bras. Oftalmol. 2008. vol.71 no.5 São Paulo Sept/Oct.
11. Vargas MA; Rodrigues MLV. Perfil da demanda em um serviço de Oftalmologia de atenção primária. Rev. bras.oftalmol. 2010. vol 69 no. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr.

Tabela 1: procedimentos com tendência de crescimentos progressivos

	APC	IC95%	Valor p
Cirurgia de glândulas endócrinas	20,7	-9,7 a 61,4	0.2
Cirurgia oncológica	14,8	8,1 a 21,9	0.0
Cirurgia do aparelho circulatório	9,5	1,0 a 18,8	0.0
Cirurgia do aparelho geniturinário	3,2	-0,7 a 7,3	0.1
Cirurgia do sistema osteomuscular	0,7	-1,5 a 2,9	0.5
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0,7	-1,1 a 2,5	0.4
Cirurgia do aparelho digestivo e parede abdominal	0,3	-2,5 a 3,3	0.8

Tabela 2: procedimentos com tendência de crescimentos negativos

	APC	IC95%	Valor p
Cirurgia plástica reparadora	-19,3	-24,8 a -13,4	0,0
Cirurgia oftalmológica	-11,2	-19,8 a -1,7	0,0
Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	-8,6	-21,0 a 5,8	0,2
Cirurgia torácica	-4,6	-11,6 a 3,0	0,2

Tabela 3: procedimentos com tendência de joinpoint

	Segmento		APC	Lower CL	P-Value
	Inicial	Final			
Otorrinolaringologia	2008	2012	61,0	35,3 a 91,7	0.0
	2012	2014	-23,5	-47,5 a 11,4	0.1
Mastologia	2008	2010	-48,0	-83,2 a 61,6	0.1
	2010	2014	30,4	-12,3 a 93,8	0.1
Bucomaxilofacial	2008	2010	-5,5	-24,8 a 18,8	0.4
	2010	2014	-75,1	-83,7 a -61,9	0.0

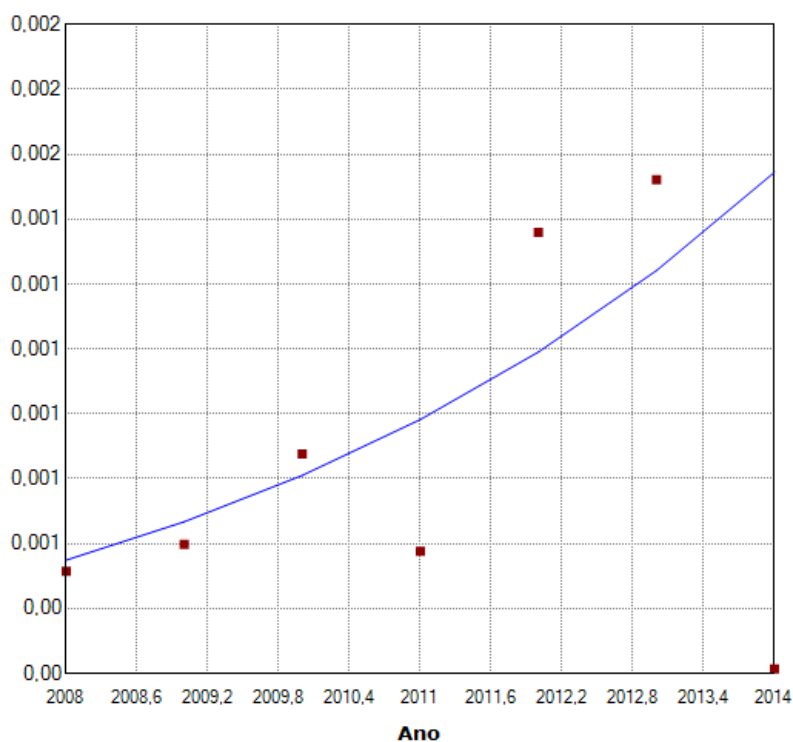


Gráfico 1: Cirurgia de glândulas endócrinas

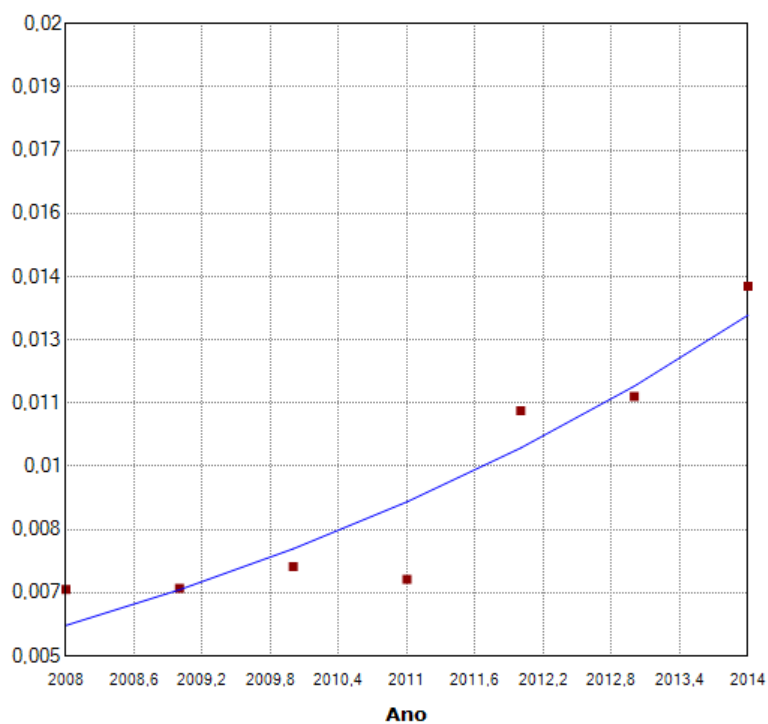


Gráfico 2: Cirurgia oncológica

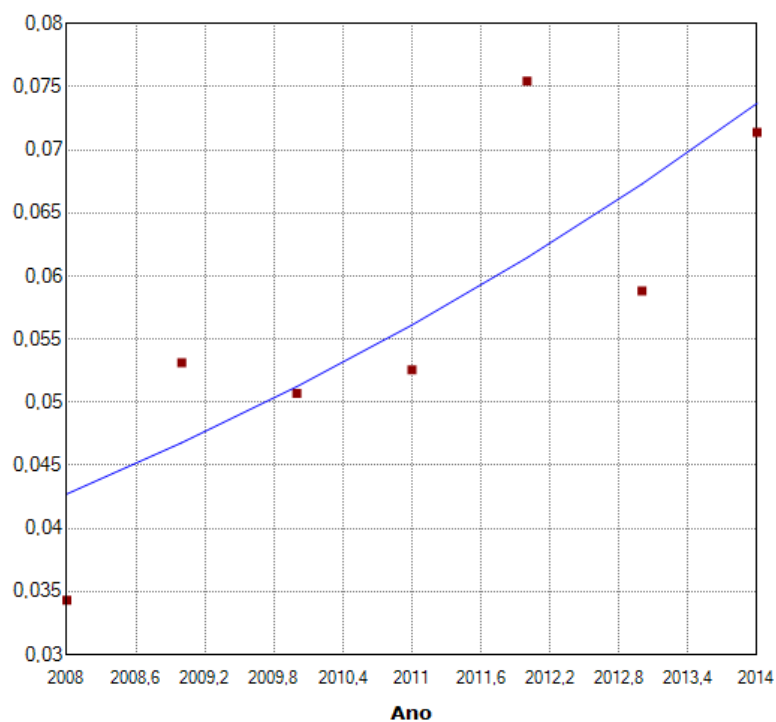


Gráfico 3: Cirurgia do aparelho circulatório

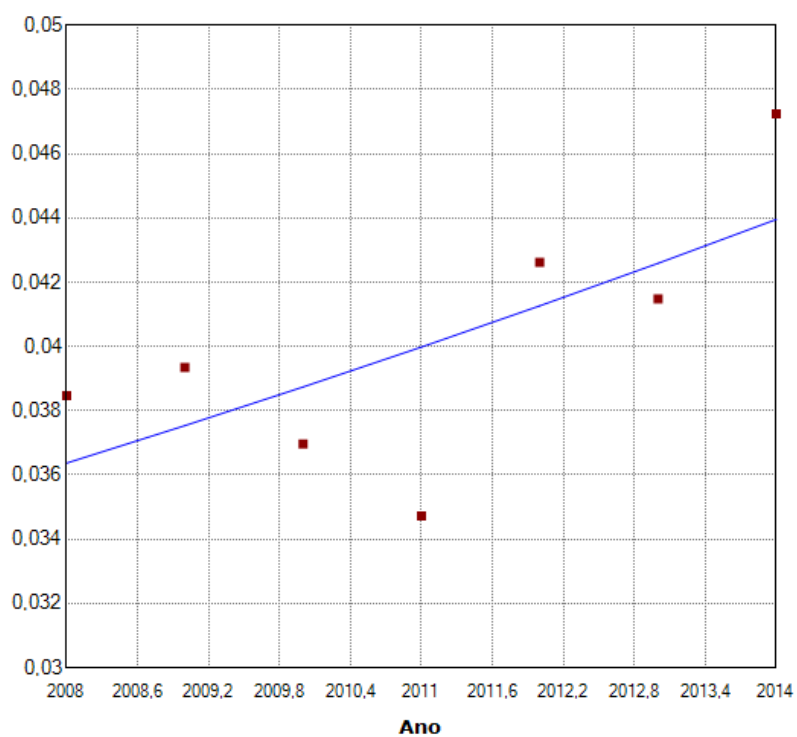


Gráfico 4: Cirurgia do aparelho geniturinário

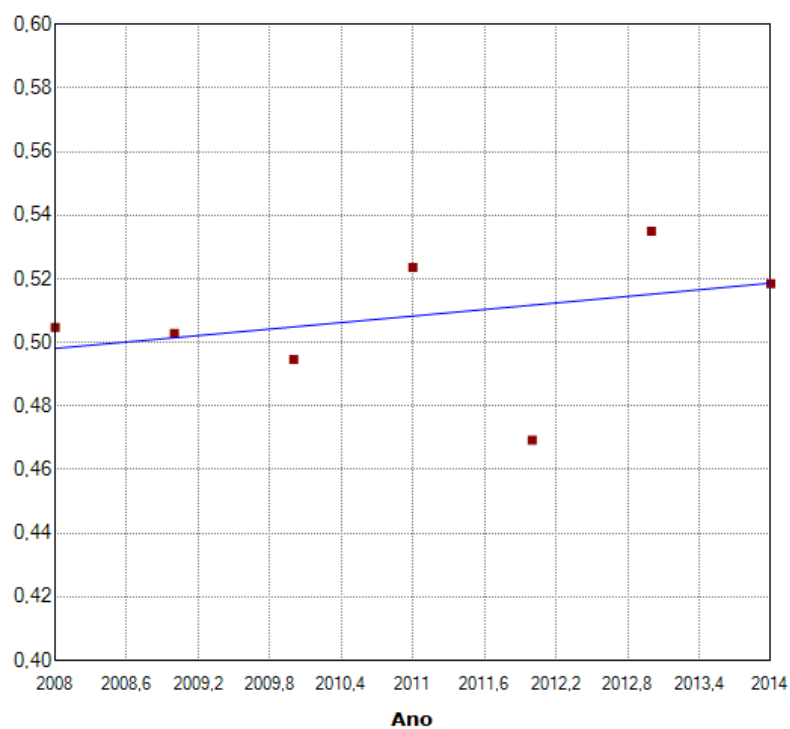


Gráfico 5: Cirurgia do sistema osteomuscular

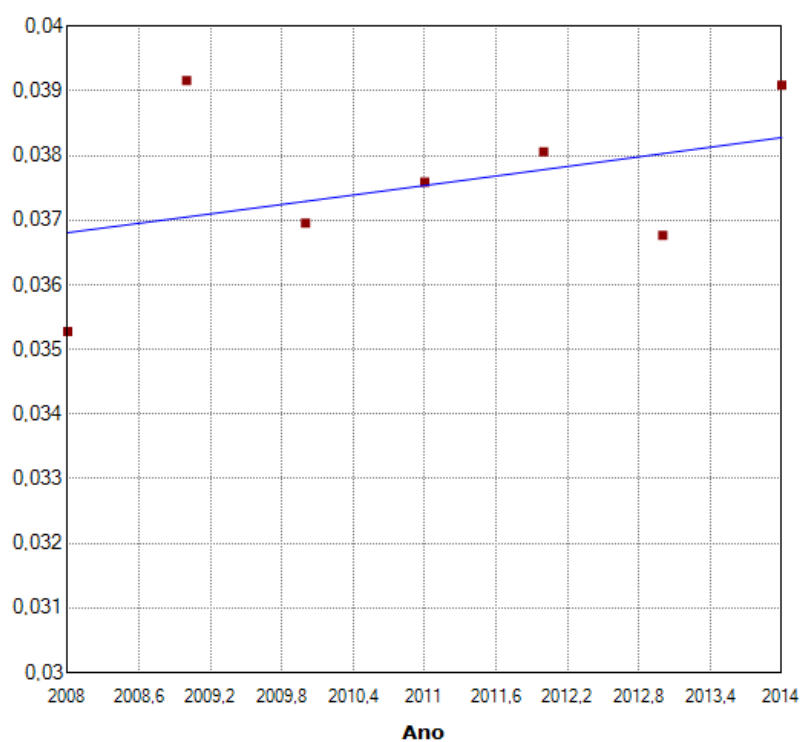


Gráfico 6: Cirurgia do sistema nervoso central e periférico

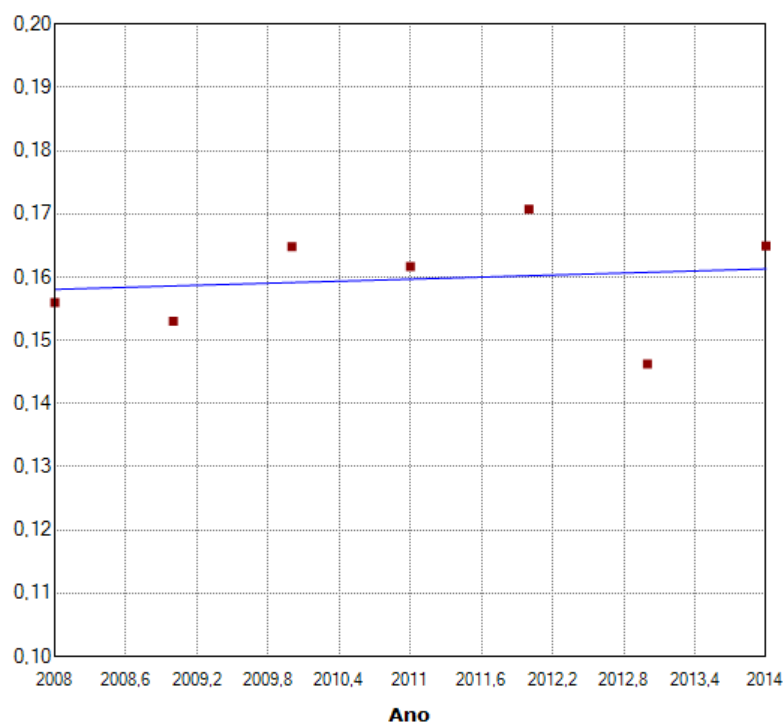


Gráfico 7: Cirurgia do aparelho digestivo e parede abdominal

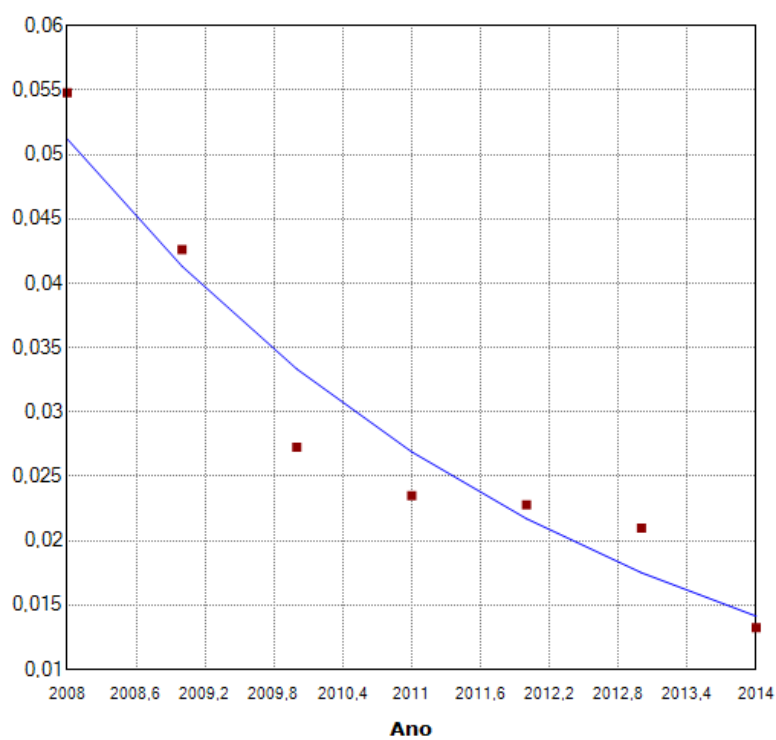


Gráfico 8: Cirurgia Reparadora

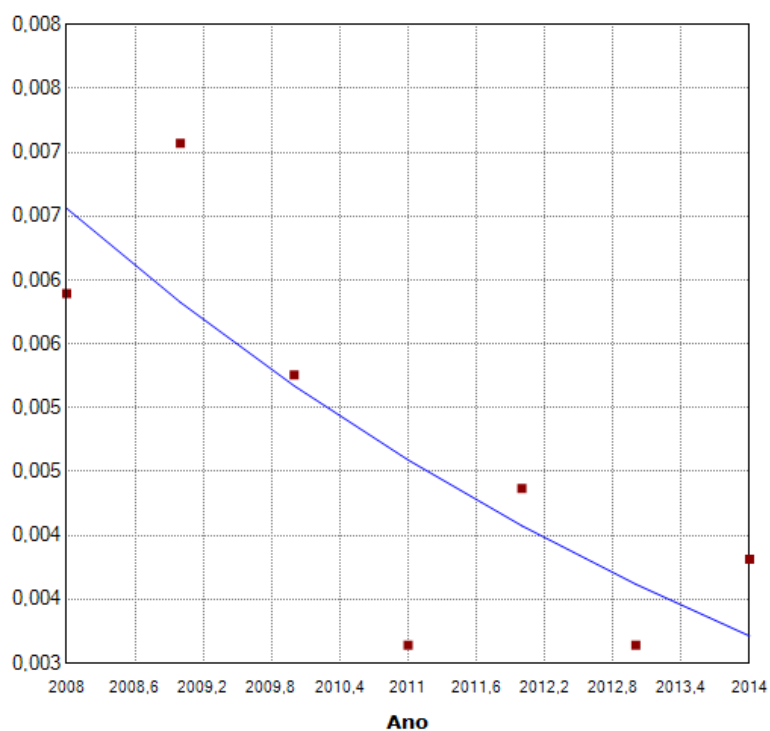


Gráfico 9: Cirurgia do aparelho da visão

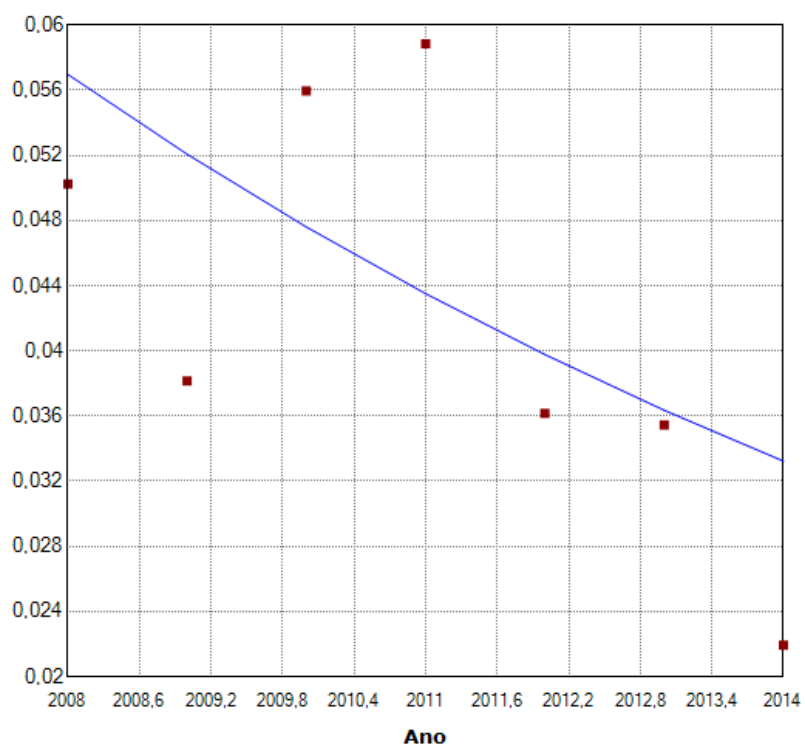


Gráfico 10: Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa

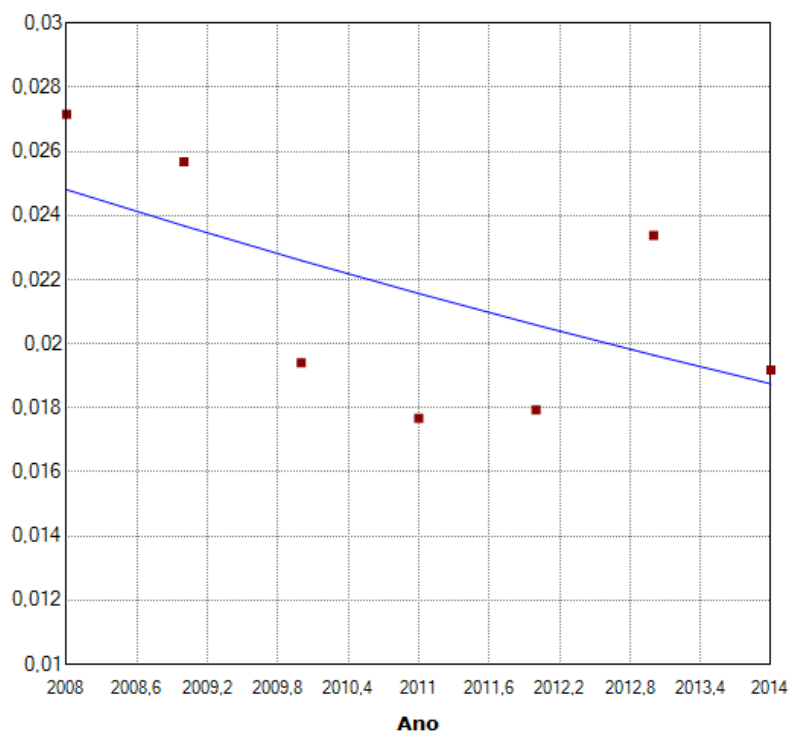


Gráfico 11: Cirurgia Torácica

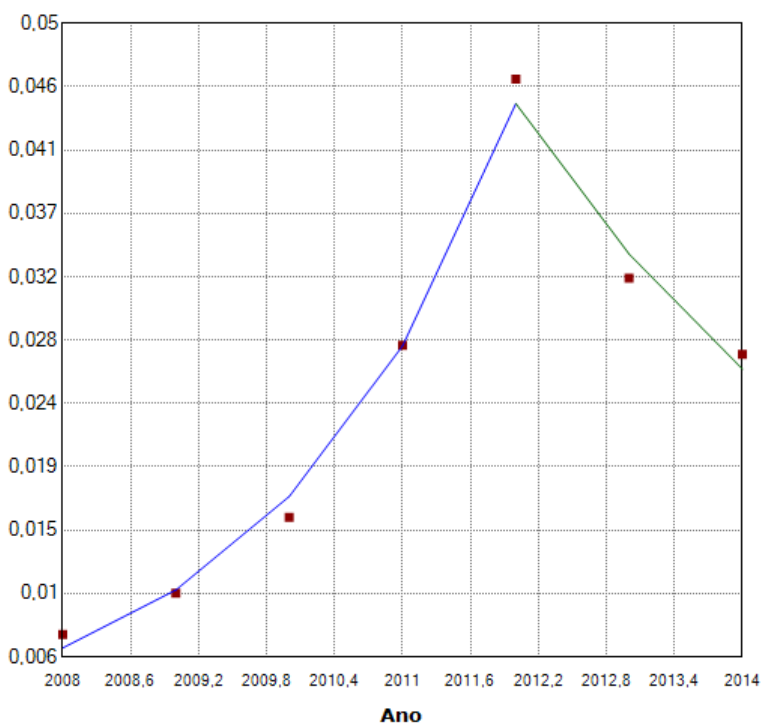


Gráfico 12: Otorrinolaringologia

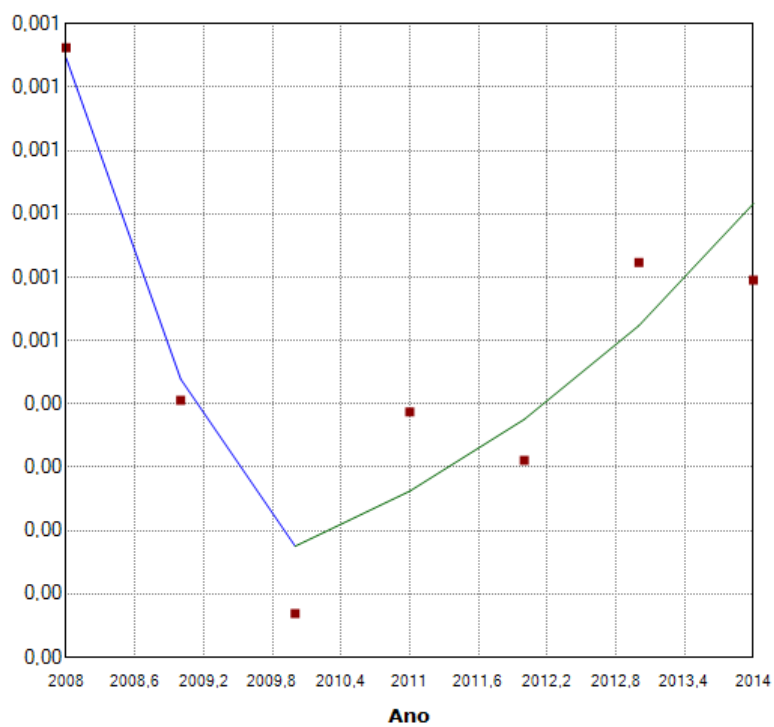


Gráfico 13: Mastologia

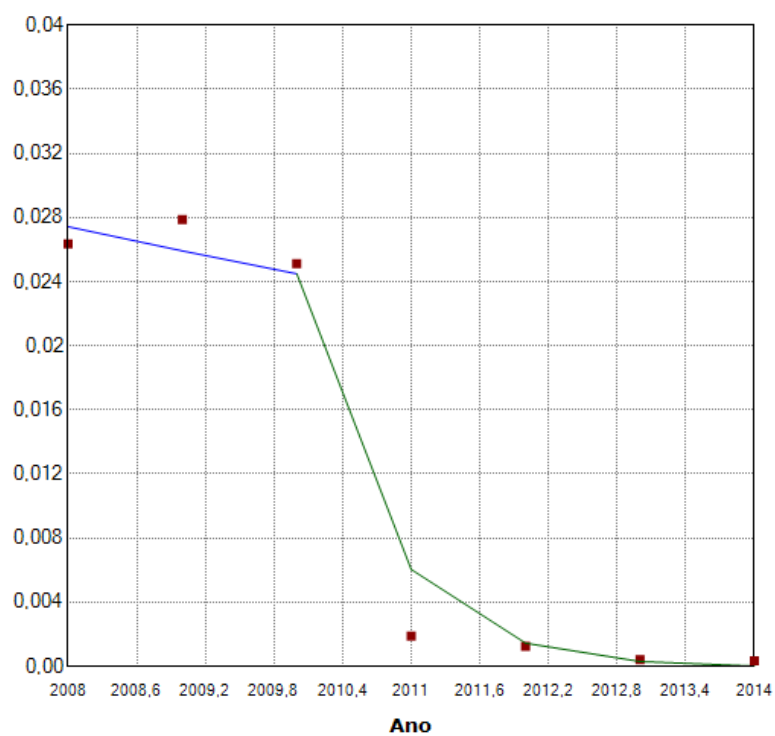


Gráfico 14: Bucomaxilofacial