



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO MEDICINA**

ANDREA ROMANCINI LAET DE SOUZA

**GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO
DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE
ESTÔMAGO.**

PASSO FUNDO

2018

ANDREA ROMANCINI LAET DE SOUZA

**GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO
DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE
ESTÔMAGO.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado como requisito para a obtenção de
grau de Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Roberto Marcante Carlotto.

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann.

PASSO FUNDO

2018

ANDREA ROMANCINI LAET DE SOUZA

**GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO
DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE
ESTÔMAGO.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado como requisito para a obtenção de
grau de Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Fronteira Sul.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Marcante Carlotto.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso elaborado conforme o Manual de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Composto pelo projeto de pesquisa, relatório e artigo científico, realizados sob orientação do Prof. Dr. Jorge Marcante Carlotto e da Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann.

O projeto de pesquisa foi elaborado no componente curricular TCC I e apresenta o tema, o objetivo, as hipóteses e o cronograma da pesquisa a ser desenvolvida. O artigo científico, desenvolvido no componente curricular TCC II, apresenta os resultados e a discussão acerca da pesquisa realizada com os prontuários de pacientes submetidos à gastrectomia total e subtotal por adenocarcinoma gástrico no Hospital da Cidade – HCPF, no período de janeiro de 2015 a março de 2018, na cidade de Passo Fundo - RS.

O relatório informa acerca do desenvolvimento do volume final do trabalho de conclusão de curso, as etapas transcorridas e as dificuldades encontradas durante a pesquisa.

Palavras-chave: Gastrectomia. Câncer Gástrico. Complicações Pós-Operatórias. Avaliação de Resultados.

ABSTRACT

This study was elaborated according to the Manual of academic works of the Federal University of the Southern Frontier. It was composed by the project of research, report and scientific article, realized with the aid of the advisor Jorge Marcante Carlotto and Ivana Loraine Lindemann.

The research project was elaborated in the curricular component TCC I and presents the theme, the objective, the hypotheses and the schedule of the research to be developed. The scientific article, developed in the curricular component TCC II, presents the results and the discussion about the research carried out with the medical records of patients submitted to total and subtotal gastrectomy by gastric adenocarcinoma at the Hospital da Cidade - HCPF, from January 2015 to March of 2018, in the city of Passo Fundo - RS.

The report informs about the development of the final volume of this study, the steps taken and the difficulties encountered during the research.

Keywords: Gastrectomy. Gastric Neoplasms. Postoperative Complications. Outcome assessment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DESENVOLVIMENTO	9
2.1	PROJETO DE PESQUISA	9
2.1.1	Resumo.....	9
2.1.2	Tema.....	9
2.1.3	Problema.....	9
2.1.4	Hipóteses.....	9
2.1.5	Objetivos.....	10
2.1.6	Justificativa	10
2.1.7	Referencial teórico.....	10
2.1.8	Metodologia.....	12
2.1.8.1	Tipo de estudo	12
2.1.8.2	Local e período de realização	12
2.1.8.3	População e amostragem	12
2.1.8.4	Variáveis e instrumentos de coleta de dados.....	12
2.1.8.5	Análise de dados	13
2.1.8.6	Aspectos éticos.....	13
2.1.8.7	Recursos.....	14
2.1.8.8	Cronograma	15
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
	APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	17
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO	19
	APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DA TABELA DE DADOS.....	20
	APÊNDICE D – PROFISSÕES CODIFICADAS	25
3	RELATÓRIO DE PESQUISA	26
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	28
5	ANEXOS.....	40
	ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO AO CEP	40

ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	41
ANEXO C – CODIFICAÇÃO DA TABELA DE DADOS MODIFICADA	44
ANEXO D – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO EM REVISTA.....	46
ANEXO E – TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TCC	52

1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) gástrico é o quinto mais comum e a terceira causa de morte por neoplasia maligna em ambos os sexos no mundo. Mais de 70% dos casos (677 mil casos), em 2012, ocorreram em países em desenvolvimento e a prevalência foi cerca de duas vezes mais alta em homens do que em mulheres (FERLAY *et al.*, 2015).

O principal tipo histológico na neoplasia maligna gástrica é o adenocarcinoma, representando quase que a totalidade dos casos.

Em relação ao tratamento, a gastrectomia com linfadenectomia D2, que se altera de acordo com a localização do tumor, é a cirurgia padrão-ouro com intuito curativo.

No Brasil, a gastrectomia total foi realizada pela primeira vez por Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo, em 1900 e, desde então, foi sendo aprimorada e difundida. Atualmente, a técnica de gastrectomia total é fruto de estudos da Sociedade Japonesa para Pesquisa do Câncer Gástrico, que padronizou a técnica (ROBERTO LOPES *et al.*, 2011).

A ressecção linfonodal estendida D2, realizada como principal abordagem nos países orientais, demonstrou melhoria do estadiamento cirúrgico, aumento do grau de cura e melhora do prognóstico (STRONG *et al.*, 2010).

O tipo de abordagem cirúrgica depende da localização e estadiamento do tumor gástrico. Em tumores de localização proximal, geralmente se preconiza a gastrectomia total, nos tumores localizados distalmente e bem diferenciados, há a possibilidade da realização da gastrectomia subtotal.

A reconstrução em Y-de-Roux com anastomose jejunojejunal situada a 40 cm da anastomose gastrojejunal, prevenindo assim, o refluxo biliar, é uma das reconstruções preferíveis entre cirurgiões atualmente, a despeito das reconstruções Billroth I e II ainda serem realizadas (SO *et al.*, 2017).

O presente estudo, objetiva analisar os pacientes submetidos à cirurgia de gastrectomia total ou subtotal em uma amostra de pacientes e traçar um perfil clínico e epidemiológico acerca da localização do tumor, complicações pós-operatórias e as abordagens cirúrgicas mais comuns, entre outras questões relevantes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar, retrospectivamente, do ponto de vista clínico, demográfico e anatomopatológico, os prontuários de paciente submetidos à gastrectomia total e subtotal com linfadenectomia D2 no Hospital da Cidade de Passo Fundo - HCPF, no período de maio a agosto de 2018. Os dados serão extraídos de prontuário eletrônico, transferidos para uma planilha eletrônica e, a partir da análise descritiva, espera-se encontrar pacientes em sua maioria homens, de 50 a 70 anos de idade, com CA gástrico localizado em região proximal, com abordagem cirúrgica mais comum a gastrectomia total com linfadenectomia D2, o adenocarcinoma como tipo histológico mais prevalente no anatomopatológico e o tipo de complicação pós-operatória mais comum é a do trato respiratório.

2.1.2 Tema

Câncer gástrico e o seu manejo cirúrgico.

2.1.3 Problema

Qual o perfil clínico e epidemiológico de complicações, localização de tumor e manejo cirúrgico predominante de uma amostra de pacientes submetidos a gastrectomias totais e subtotais?

2.1.4 Hipóteses

Espera-se encontrar pacientes em sua maioria homens, de 50 a 70 anos de idade, com CA gástrico localizado em região proximal e anatomopatológico apresentando o adenocarcinoma como tipo histológico mais prevalente.

A complicação no pós-operatório mais comum será a do trato respiratório.

A abordagem cirúrgica mais comum será a gastrectomia total com linfadenectomia D2.

2.1.5 Objetivos

Delinear o perfil clínico (comorbidades, estadiamento, perfil cirúrgico e pós-operatório), demográfico (sexo e idade) e do anatomopatológico de pacientes submetidos à gastrectomia total e subtotal em um serviço de referência.

Descrever os achados anatomopatológicos e abordagens cirúrgicas dos pacientes estudados.

2.1.6 Justificativa

O câncer gástrico é uma das neoplasias mais comuns no mundo e apresenta alta mortalidade. É a quinta causa de câncer no mundo e, no Brasil, o adenocarcinoma é a terceira causa de morte por neoplasia maligna no sexo masculino e quinta no sexo feminino. Devido à alta taxa de mortalidade, o número elevado de gastrectomias realizadas mundialmente e na cidade de Passo Fundo, o presente estudo tem relevância à medida que traça o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes. As informações produzidas poderão auxiliar na formulação de medidas de prevenção da patologia, bem como informar os médicos e profissionais da saúde envolvidos com esse perfil de paciente.

2.1.7 Referencial teórico

O câncer de estômago é a terceira principal causa de morte por câncer em ambos os sexos em todo o mundo (723 mil mortes, 8,8% do total). As taxas de mortalidade estimadas mais elevadas são na Ásia Oriental (24 por 100.000 em homens, 9,8 por 100.000 em mulheres) e, a menor, na América do Norte (2,8 e 1,5, respectivamente). As altas taxas de mortalidade também estão presentes em ambos os sexos na Europa Central e Oriental e na América Central e do Sul. As

taxas de incidência padronizadas pela idade são cerca de duas vezes mais elevadas em homens do que em mulheres, que variam de 3,3 na África Ocidental a 35,4 na Ásia Oriental para homens e de 2,6 na África Ocidental a 13,8 na Ásia Oriental para mulheres (FERLAY *et al.*, 2015).

Dentre os vários fatores de risco para o câncer gástrico (CG), destaca-se a infecção por *Helicobacter pylori*, que é predominante em países em desenvolvimento e é mais comum em tumores de localização distal. Estudos epidemiológicos demonstraram que o risco de desenvolver CG é maior quando há infecção prolongada por *H. pylori* (ESLICK, 2006); (YANAOKA *et al.*, 2009).

Dietas ricas em nitritos, alta ingestão de sal, sobrepeso/obesidade, uso abusivo do álcool e tabagismo também têm sido associados a aumento do risco de desenvolver CG (WANG *et al.*, 2016). Parentes em primeiro grau de pacientes com adenocarcinoma gástrico apresentam duas a três vezes mais risco de desenvolver a doença. Pacientes com polipose adenomatosa familiar e polipose juvenil também têm maior risco (STRONG *et al.*, 2010)

O adenocarcinoma se divide histologicamente, segundo a classificação de Lauren, em tipo intestinal e difuso. O tipo intestinal está associado à gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, displasia e infecção por *H. pylori*, bem como está mais associado a paciente idosos. Em contrapartida, o tipo difuso é pouco diferenciado e mais associado a pacientes do sexo feminino e jovens (QUADRI *et al.*, 2017).

O tipo de gastrectomia, total ou subtotal, dependerá da localização do tumor e da margem cirúrgica desejada. A gastrectomia com linfadenectomia D2 é a cirurgia padrão-ouro com intuito curativo. A ressecção linfonodal estendida D2, realizada como principal abordagem nos países orientais, demonstrou melhoria do estadiamento cirúrgico, aumento do grau de cura e melhora do prognóstico (QUADRI *et al.*, 2017).

A gastrectomia total é realizada em pacientes com tumores proximais, o procedimento envolve a remoção de todo o estômago, junção esôfago-gástrica (JEG) e omento, com reconstrução em Y-de-Roux (SO *et al.*, 2017).

A gastrectomia subtotal é indicada para tumores localizados em corpo médio-distal e envolve a ressecção de 80% do órgão, deixando apenas uma pequena porção do estômago proximal. É realizada uma gastrojejunostomia em Y-de-Roux como reconstrução preferencial na maioria dos centros cirúrgicos para a

prevenção de refluxo biliopancreático, que pode levar à gastrite alcalina (FERLAY *et al.*, 2015).

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, do tipo observacional, transversal e descritivo.

2.1.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no período de Janeiro a Dezembro de 2018 no Hospital da Cidade de Passo Fundo – HCPF localizado em Passo Fundo-RS.

2.1.8.3 População e amostragem

A população do estudo é composta por pacientes que realizaram gastrectomias totais ou subtotais com linfadenectomia D2 por câncer gástrico no Hospital da Cidade de Passo Fundo- HCPF – RS.

A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes que realizaram a cirurgia no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de março de 2018 que se enquadram nos critérios propostos. Estimam-se que sejam incluídos 100 pacientes no estudo.

Como critérios de inclusão será levado em consideração se o paciente realizou a cirurgia do tipo gastrectomia total ou subtotal com linfadenectomia D2, no HCPF, por motivo de câncer gástrico, independentemente da idade e sexo.

2.1.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

A partir de consulta ao sistema de informações hospitalares, serão identificados os pacientes para composição da amostra, dos quais será acessado o prontuário eletrônico para coleta dos dados de: idade, sexo, gastrectomia total/

subtotal, estágio do câncer gástrico, comorbidades (estado nutricional, doenças prévias), complicações (fístula, deiscência e infecção) e anatomopatológico.

Os dados consultados serão digitados diretamente em planilha eletrônica pela acadêmica da equipe de pesquisa.

2.1.8.5 Análise de dados

Os dados digitados na planilha eletrônica serão transferidos para programa estatístico (PSPP – distribuição livre), para análise, que consistirá de média e desvio padrão das variáveis quantitativas e distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas.

2.1.8.6 Aspectos éticos

O presente estudo será realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Riscos: A exposição acidental de dados de identificação. Afim de minimizar tal risco, o nome de paciente será substituído por um código na planilha eletrônica. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. No caso de riscos não previstos, acontecerem acima do nível aceitável, as atividades que os geraram, serão interrompidas.

Benefícios: Considerando a natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo trará um perfil dos pacientes gastrectomizados no hospital de estudo. Tais informações poderão ser usadas não só pelos cirurgiões como conhecimento, mas também, a partir da sua divulgação, para gerar medidas de prevenção primária e secundária para o CA gástrico e para conscientização da população acerca da importância da procura por atendimento médico antes de estágios avançados da doença.

Em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e considerando que a coleta de dados será realizada sem contato direto com os participantes, tendo em vista que muitos evoluíram à óbito ou não mantêm vínculo com a instituição, o que dificulta a obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a equipe solicita dispensa do mesmo (apêndice A). Além disso,

os pesquisadores apresentam o Termo de compromisso para utilização de dados de arquivo (apêndice B).

Os resultados obtidos no presente estudo, não serão devolvidos aos participantes, no entanto, serão devolvidos à instituição, Hospital da Cidade de Passo Fundo, para qualificações de serviço.

2.1.8.7 Recursos

Para realização do presente estudo, são previstos os seguintes recursos:

Item	Unidade	Quantidade	Custo Unitário	Total
Caneta esferográfica	Caixa com 10	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Caneta marca texto	Caixa com 5	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Impressões	Impressões	500	R\$ 0,10	R\$ 50,00
Folhas de ofício	Remas com 500 folhas	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Total: R\$ 85,00				

As despesas relacionadas à execução do trabalho serão custeadas pela equipe de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ESLICK, G.-D. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, meta-analytic, and experimental evidence. **World journal of gastroenterology**, Pleasanton, v. 12, n. 19, p. 2991–9, 21, 2006.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Heidelberg, v. 136, n. 5, p. E359–E386, 2015.
- LOPES, L. R. et al. Técnica de Rosanov modificada na reconstrução do trato digestivo após gastrectomia total. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 176–179, 2011.
- QUADRI, H. S. et al. Gastric Adenocarcinoma: A Multimodal Approach. **Frontiers in Surgery**, Washington, v. 4, n. August, p. 1–17, 2017.
- SO, J. B. et al. Roux-en-Y or Billroth II Reconstruction After Radical Distal Gastrectomy for Gastric Cancer. **Annals of Surgery**, Philadelphia, v. 20, p. 1-7, 2017.
- STRONG, V. E. et al. Comparison of Gastric Cancer Survival Following R0 Resection in the United States and Korea Using an Internationally Validated Nomogram. **Annals of Surgery**, Philadelphia, v. 251, n. 4, p. 640–646, 2010.
- WANG, Z. et al. Reproductive factors, hormone use and gastric cancer risk: The Singapore Chinese Health Study. **International Journal of Cancer**, Heidelberg, v. 138, n. 12, p. 2837–2845, 2016.
- YANAOKA, K. et al. Eradication of Helicobacter pylori prevents cancer development in subjects with mild gastric atrophy identified by serum pepsinogen levels. **International Journal of Cancer**, Heidelberg, v. 125, n. 11, p. 2697–2703, 2009.

**APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA**

**GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO
DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE
ESTÔMAGO.**

Esta pesquisa será desenvolvida por Andrea Romancini Laet de Souza, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Me. Jorge Roberto Marcante Carlotto e co-orientação da Professora Dr^a. Ivana Loraine Lindemann.

O objetivo central do estudo é delinear o perfil clínico, demográfico e do anatomopatológico de pacientes submetidos à gastrectomia total e subtotal em um serviço de referência.

O estudo é do tipo observacional, transversal e descritivo e será realizado no período de Janeiro a Dezembro de 2018 no Hospital da Cidade de Passo Fundo – HCPF em Passo Fundo – RS.

A população do estudo é composta por pacientes que realizaram gastrectomias totais ou subtotais por câncer gástrico. A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes que realizaram a cirurgia de 02 de janeiro de 2015 a 30 de dezembro de 2017, que se enquadram nos critérios propostos.

A partir de consulta ao sistema de informações hospitalares, serão identificados os pacientes para composição da amostra, dos quais será acessado o prontuário eletrônico para coleta dos dados de: idade, sexo, gastrectomia total/ subtotal, estágio do câncer gástrico, comorbidades (estado nutricional, doenças prévias), complicações (fístula, deiscência e infecção) e anatomopatológico.

Os dados consultados serão digitados diretamente em planilha eletrônica pela acadêmica da equipe de pesquisa, e transferidos para programa estatístico (PSPP – distribuição livre), para análise, que consistirá de média e desvio padrão das variáveis quantitativas e distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas.

O presente estudo tem como riscos aos participantes a exposição acidental de dados de identificação. Afim de minimizar tal risco, o nome de paciente será substituído por um código na planilha eletrônica. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. No caso de riscos não previstos, acontecerem acima do nível aceitável, as atividades que os geraram serão interrompidas.

Considerando a natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo trará um perfil dos pacientes gastrectomizados no hospital de estudo. Tais informações poderão ser usadas não só pelos cirurgiões como conhecimento, mas também, a partir da sua divulgação, para gerar medidas de prevenção primária e secundária para o CA gástrico e para conscientização da população acerca da importância da procura por atendimento médico antes de estágios avançados da doença.

Em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e considerando que a coleta de dados será realizada sem contato direto com os participantes, tendo em vista que muitos evoluíram à óbito ou não mantêm vínculo com a instituição e, que a identificação do paciente, presente no sistema de informações hospitalares, será substituída por códigos, afim de reduzir riscos de exposição do paciente, a equipe solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Passo Fundo, 24 de novembro de 2017

Nome completo e legível do pesquisador responsável:

Assinatura do Pesquisador Responsável

**APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM
ARQUIVO**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFFS
TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

**GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO
DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE
ESTÔMAGO.**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do Hospital da Cidade de Passo Fundo - HCPF, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Passo Fundo, 24 de novembro de 2017

Nome do Pesquisador	Assinatura

Nome completo e legível do responsável pelo Banco de Dados/Prontuários:

Assinatura do responsável pelo Banco de Dados/Prontuários

APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DA TABELA DE DADOS

CODIFICAÇÃO NUMÉRICA DA TABELA DE DADOS

1. Sexo

(1) Feminino; (2) Masculino.

2. Escolaridade

(0) Ensino fundamental incompleto; (1) Ensino fundamental completo; (2) Ensino médio incompleto; (3) Ensino médio completo; (4) Ensino superior incompleto; (5) Ensino superior completo; (6) Especialização completa; (7) Mestrado incompleto/completo; (8) Doutorado incompleto/completo; (9) Pós-doutorado; (10) Não especificado.

3. Ocupação/Profissão

Tabela de profissões (apêndice D).

4. Tabagista

(1) Sim; (2) Não; (3) Não especificado.

5. Alcoolista

(1) Sim; (2) Não; (3) Não especificado.

6. Astenia

(1) Sim; (2) Não

7. Dispepsia

(1) Sim (2) Não

8. Dor epigástrica

(1) Sim; (2) Não

9. Desconforto pós-prandial

(1) Sim; (2) Não

10. Pirose

(1) Sim; (2) Não

11. Náusea/vômito

(1) Sim; (2) Não

12. Odínofagia

(1) Sim; (2) Não

13. Perda ponderal

(1) Sim; (2) Não

14. Outro

(1) Sim; (2) Não

15. Localização na Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

(1) Fundo; (2) Cárdia; (3) Corpo proximal; (4) Corpo distal; (5) Antro; (6) Píloro.

16. Classificação de Borrmann

(1) Borrmann I; (2) Borrmann II; (3) Borrmann III; (4) Borrmann IV.

17. Presença de *H. pylori*

(1) Sim; (2) Não.

18. Diferenciação do adenocarcinoma

(1) Precoce; (2) Avançado.

19. Subtipo do adenocarcinoma

(1) Adenocarcinoma papilar; (2) Adenocarcinoma tubular; (3) Adenocarcinoma mucinoso; (4) Carcinoma de células em “anel de sinete”.

20. Classificação de Lauren

(1) Tipo intestinal; (2) Tipo difuso.

21. Presença de metástases

(1) Sim; (2) Não.

Localização da metástase:

22. Metástase Fígado;

(1) Sim; (2) Não

23. Peritônio

(1) Sim; (2) Não

24. Pulmão

(1) Sim; (2) Não

25. Pâncreas

(1) Sim; (2) Não

26. Baço

(1) Sim; (2) Não

27. Cólon

(1) Sim; (2) Não

28. SNC

(1) Sim; (2) Não

29. Ossos

(1) Sim; (2) Não

30. Linfonodal

(1) Sim; (2) Não

31. Outro(s)

(1) Sim; (2) Não

32 . Tomografia Computadorizada (TC) com presença de ascite

(1) Sim; (2) Não.

33. TC com linfonodomegalia

(1) Sim; (2) Não.

Localização da linfonodomegalia na TC:

34. Regional

(1) Sim; (2) Não

35. Mediastinais

(1) Sim; (2) Não

36. Hilo pulmonar

(1) Sim; (2) Não

37. Intra-abdominal ou retroperitoneal

(1) Sim; (2) Não

38. Outro(s).

(1) Sim; (2) Não

39 . Laparoscopia

(1) Positivo; (2) Negativo.

Achados na laparoscopia

40. Metástase hepática

(1) Sim; (2) Não

41. Metástase peritoneal

(1) Sim; (2) Não

42. Metástase linfonodal

(1) Sim; (2) Não

43. Lavado Peritoneal

(1) Positivo; (2) Negativo.

44. Quimioterapia Neoadjuvante

(1) Sim; (2) Não.

45. Qual QT neo

(1) ECF (epirubicina, 5-FU e cisplatina); (2) Docetaxel ou paclitaxel mais 5-FU ou capecitabina + Radioterapia; (3) Cisplatina mais 5-FU ou capecitabina + Radioterapia; (4) Paclitaxel e carboplatina + Radioterapia.

46. Número de Ciclos

(1) Três ciclos neoadjuvantes; (2) Três ciclos neoadjuvantes e três ciclos adjuvantes;
(3) Não especificado.

47. Gastrectomia

(1) Total; (2) Subtotal.

48. Tamanho

49. Margem proximal

50. Margem Distal

51. Número de linfonodos ressecados

(1) Até 15; (2) 17 a 44; (3) 25 a 64.

52. Número de linfonodos comprometidos

(1) Até 15; (2) 17 a 44; (3) 25 a 64.

53. Complicações pós-operatórias

(1) Sim; (2) Não.

Tipo de complicação

54. Infecção da ferida operatória

(1) Sim; (2) Não

55. Deiscência de anastomose

(1) Sim; (2) Não

56. Fístula

(1) Sim; (2) Não

57. Infecção de via aérea/pneumonia

(1) Sim; (2) Não

58. Outra(s)

(1) Sim; (2) Não

59. Início da dieta enteral

(1) Precoce (primeiras 48h do pós-operatório); (2) Tardia (após 48h).

60. Alta hospitalar

Intercorrências seguimento:

61. Síndrome de Dumping

(1) Sim; (2) Não

62. Síndrome desabsortiva

(1) Sim; (2) Não

63. Recidiva do câncer gástrico

(1) Sim; (2) Não

64. Outro(s)

(1) Sim; (2) Não

65. Sem registro

(1) Sim; (2) Não

APÊNDICE D – PROFISSÕES CODIFICADAS**RELAÇÃO DAS PROFISSÕES – CÓDIGOS**

Código	Profissão
285	AJUDANTE GERAL
264	AGRICULTOR
386	BORRACHEIRO
508	DO LAR
293	APOSENTADO
112	VENDEDOR

3 RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente estudo possuiu, desde o princípio, o objetivo de analisar os prontuários de pacientes que realizaram gastrectomia por câncer gástrico, no Hospital da Cidade de Passo Fundo – HCPF, Norte do Rio Grande do Sul, no período de 01 janeiro de 2015 a 31 de março de 2018.

O projeto de pesquisa foi redigido segundo as normas do Manual de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e, entre as particularidades, foi desenvolvida uma planilha eletrônica, afim de codificar os dados coletados dos prontuários para que fosse possível sua leitura no programa estatístico PSPP.

A planilha codificada para a coleta de dados foi composta pelas variáveis: sexo, idade, ocupação, tabagismo, etilismo, presença de *Helicobacter pylori*, presença ou ausência de sinais e sintomas, as classificações macroscópicas e microscópicas, localização, tamanho em diâmetro do tumor, margem proximal e número de linfonodos ressecados e comprometidos - informações presentes no laudo do anatomopatológico. Outras variáveis como linfonodomegalia e metástase em Tomografia Computadorizada, lavado peritoneal em videolaparoscopia e início da dieta enteral, dia da alta hospitalar e complicações pós-operatórias, também foram incluídas na tabela de codificação.

Após a redação do projeto de pesquisa, que ocorreu durante o componente curricular TCC I em 2017.2, e sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, foram solicitados os prontuários dos pacientes, referentes ao período desejado, ao setor de pesquisa do HC. Estimava-se que seriam em torno de 100 pacientes submetidos à gastrectomia no período. Entretanto, como não é possível ter acesso aos prontuários antes da aprovação pelo CEP, não foi possível ter conhecimento do tamanho da amostra previamente, que não se adequava ao objetivo inicial do projeto por ser de aproximadamente 37 pacientes. Foi optado por manter o período e realizar a pesquisa com uma amostra menor, que ao final, excluindo-se prontuários de pacientes que não se adequavam aos critérios de inclusão, se tornou uma amostra de 31 pacientes.

Os dados coletados foram transferidos diretamente para a planilha eletrônica no período de junho a agosto de 2018. O processo foi realizado duas vezes, afim de excluir os possíveis erros ocorridos na primeira coleta. No decorrer da coleta de dados e, ao perceber as dificuldades que a tabela de codificação inicialmente criada trouxe, a mesma sofreu inúmeras modificações que tinham o objetivo de facilitar a análise estatística no programa PSPP.

Após o processo de coleta de dados concluído, estes foram transferidos ao PSPP e algumas variáveis foram categorizadas. Os dados foram expressos em frequências, absolutas e relativas ou médias conforme a categoria das variáveis. Foi escolhida uma revista, juntamente com o orientador, para enviar o artigo para publicação, usando como critérios o nível de evidência e o perfil da revista. Em seguida, o artigo foi redigido de acordo com a revista escolhida. A redação do artigo foi coordenada pelo orientador e pela coorientadora.

O Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado durante o período de Internato Médico, o que trouxe dificuldades relacionadas ao tempo de dedicação para ambas as atividades. Entretanto, os componentes curriculares TCC I e II, foram de extrema importância para que fosse possível consolidar a capacidade de desenvolver uma pesquisa com seres humanos. Tanto a teoria quanto a prática, nessas disciplinas, foram fundamentais para um primeiro contato com o mundo científico e acadêmico, bem como para a formação de pesquisadores.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO.

Subtotal and total gastrectomy with D2 lymphadenectomy: epidemiological, anatomopathological and clinical profile of gastrectomized patients by stomach adenocarcinoma

Andrea Romancini Laet, Ivana Loraine Lindemann, Jorge Roberto Marcante Carlotto

Trabalho realizado no Hospital da Cidade de Passo Fundo – HCPF, Passo Fundo, RS, Brasil.

Correspondência: Andrea Romancini Laet
E-mail: andrealaet@hotmail.com

RESUMO – Racional: O câncer gástrico, em seu subtipo adenocarcinoma, é um dos mais comuns e apresenta alta taxa de mortalidade. Entre os fatores de risco estão *Helicobacter pylori*, tabagismo e etilismo. O diagnóstico precoce, estadiamento e tratamento realizados de forma correta, são fundamentais para a cura e o prognóstico. **Objetivo:** Analisar pacientes submetidos à cirurgia de gastrectomia total e subtotal e delinear o perfil clínico e epidemiológico acerca da localização do tumor, presença de fatores de riscos, subtipo histológico, tempo de internação, entre outras questões relevantes. **Método:** Estudo transversal com análise retrospectiva de 31 prontuários de pacientes submetidos à ressecção de adenocarcinoma gástrico em hospital de referência, no período de 2015 a 2018. **Resultados:** A amostra foi constituída de 31 pacientes com adenocarcinoma gástrico. Média de idade de 64,3 anos ($\pm 11,3$). Do total, 64,5% eram do sexo masculino, 41,9% agricultores, 25,9% etilistas e 32,2% tabagistas. Somente 9,7% possuíam *Helicobacter pylori* positivo. Quanto à localização, 61,3% das lesões localizavam-se em terço distal. De acordo com a classificação de Lauren, 67,7% eram do tipo difuso. O subtipo carcinoma em células em “anel de sinete” representaram 58%. A média de linfonodos ressecados foi de 31,5 ($\pm 14,4$). Acerca das complicações cirúrgicas, 29% eram Clavien-Dindo 0. Comparando-se gastrectomia total vs subtotal, a total apresentou maior número de linfonodos ressecados (61,5%) e o início da dieta enteral e a alta hospitalar foram mais precoces na subtotal. **Conclusão:** Os resultados, quanto a epidemiologia, foram semelhantes a outros estudos e diferiram quanto a localização da lesão, tipo histológico e número de linfonodos ressecados. O câncer gástrico, na região, tem caráter agressivo e necessita de prevenção e detecção precoce, um estadiamento adequado e cirurgia curativa, quando possível.

Descritores - Gastrectomia. Câncer Gástrico. Complicações Pós-Operatórias. Avaliação de Resultados.

ABSTRACT - Background: Gastric cancer in its adenocarcinoma subtype is one of the most common cancers and presents a high mortality rate. Among the risk factors are *Helicobacter pylori*, diet and habits such as smoking and alcoholism. Early diagnosis, staging and proper treatment, are critical to healing and prognosis. **Aim:** The study aims to analyze patients with total and subtotal gastrectomy surgery in a sample of patients and to draw a clinical and epidemiological profile about the tumor location, associated risk factors, histological subtype, the length of hospital stay, and other relevant information. **Method:** This is a descriptive, comparative and observational study with a retrospective analysis of 31 patients undergoing gastric adenocarcinoma treatment at a reference hospital from 2015 to 2018. **Results:** The mean age was 64.3. Out the total, 64.5% were male. The majority (41.9%) were farmers. Among the risk factors, 25.9% were alcoholics and 32.2% were smokers. Only 9.7% had *Helicobacter pylori* positive. Regarding location, 61.3% of the lesions were located in the distal third. According to Lauren's classification, 67.7% were of the diffuse type. The carcinoma subtype in "signet ring" cells accounted for 58%. The mean number of resected lymph nodes was 31.5. The predominant surgical complication was the respiratory tract one. Comparing to total and subtotal gastrectomy, total gastrectomy has presented a higher number of resected lymph nodes (61.5%), and early diet and hospital discharge have happened earlier in the subtotal gastrectomy.

Conclusions: The results, regarding epidemiology, were similar to other studies and differed in relation to lesion location, histological type and number of resected lymph nodes. Gastric cancer, in the specified region, is aggressive and requires prevention and early detection, adequate staging and curative surgery, when possible.

Headings - Gastrectomy. Gastric Neoplasms. Postoperative Complications. Outcome assessment.

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) gástrico é o quinto mais comum e a terceira causa de morte por neoplasia maligna, em ambos os sexos, no mundo. Mais de 70% dos casos (677 mil), em 2012, ocorreram em países em desenvolvimento e a prevalência foi cerca de duas vezes mais alta em homens do que em mulheres³.

Dentre os vários fatores de risco para o câncer gástrico (CG), destaca-se a infecção por *H. pylori*, que é predominante em países em desenvolvimento e é mais comum em tumores de localização distal. Estudos epidemiológicos demonstraram que o risco de desenvolver CG é maior quando há infecção prolongada por *H. pylori*². O uso abusivo do álcool e o tabagismo também têm sido associados a aumento do risco de desenvolver CG².

A gastrectomia com linfadenectomia D2 é a cirurgia padrão-ouro com intuito curativo. No Brasil, a primeira gastrectomia total foi realizada por Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo, em 1900 e, desde então, foi sendo aprimorada e difundida. Atualmente, a técnica de gastrectomia total com linfadenectomia é fruto de estudos da Sociedade Japonesa para Pesquisa do Câncer Gástrico, que padronizou e difundiu a técnica⁸. A associação da ressecção linfonodal estendida D2, realizada como principal abordagem nos países orientais, demonstrou melhoria do estadiamento cirúrgico, aumento do grau de cura e melhora do prognóstico¹⁰.

Devido à alta taxa de mortalidade do CG e o fato da amostra ser oriunda de um hospital referência, o presente estudo tem relevância à medida que apresenta o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes e aponta estatísticas referentes às complicações pós-operatórias, a qualidade do estadiamento e das ressecções. Além disso, faz um comparativo com outros estudos brasileiros e estrangeiros. As informações produzidas poderão auxiliar na formulação de medidas de prevenção e tratamento da patologia.

Assim, objetivou-se analisar pacientes submetidos à cirurgia de gastrectomia total ou subtotal e descrever o perfil clínico e epidemiológico acerca da localização do tumor, fatores de risco, estadiamento, tempo de internação, entre outros.

MÉTODO

Os dados foram coletados de todos os pacientes submetidos à ressecção de adenocarcinoma gástrico, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de março de 2018 no Hospital da Cidade de Passo Fundo – HCPF, hospital referência no município de Passo Fundo, localizado no norte do Rio Grande do Sul. Todos os pacientes foram submetidos à gastrectomia total ou subtotal com anastomose em Y-de-Roux e linfadenectomia D2.

Os dados demográficos e clínicos coletados foram: sexo, idade, ocupação, tabagismo, etilismo, presença de *H. pylori* e presença ou ausência de sinais e sintomas no momento do diagnóstico. Quanto às classificações e ao estadiamento, foram coletadas e analisadas a classificação macroscópica, o subtipo e a diferenciação histológica, a localização do tumor e seu maior diâmetro, margem proximal, número de linfonodos ressecados e comprometidos, presença de metástases e linfonodomegalia em Tomografia Computadorizada (TC), lavado

peritoneal positivo ou negativo em videolaparoscopia, início da dieta enteral e presença de complicações pós-operatórias de acordo com a classificação de Clavien-Dindo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul.

RESULTADOS

Dos 31 pacientes incluídos no estudo, 64,5% eram do sexo masculino, 35,4% do sexo feminino, com média de idade de 64,3 anos ($\pm 11,3$), sendo 64 anos no sexo feminino ($\pm 11,2$) e 64,4 anos ($\pm 11,7$) no masculino (Tabela 1).

TABELA 1. Caracterização da amostra quanto aos dados epidemiológicos. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variável	n	%	DP
Sexo (n)			
Masculino	20	64,5	
Feminino	11	35,5	
Idade (média)			
Geral	64,3		$\pm 11,3$
Feminino	64,0		$\pm 11,2$
Masculino	64,4		$\pm 11,7$

DP: Desvio Padrão.

A maior parte da amostra foi constituída de agricultores (41,9%), não etilistas (64,5%), não tabagistas (58%) e sem presença de *H. pylori* (90,3%) (Tabela 2).

Quinze (48,4%) dos pacientes não relataram sinais ou sintomas no momento do diagnóstico, 16,1% relataram dor epigástrica e outros 16,1% relataram perda ponderal (Tabela 2).

TABELA 2. Distribuição dos pacientes com câncer gástrico, segundo as características clínicas, socioeconômicas e fatores de risco. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variáveis	n	%
Ocupação		
Agricultor	13	41,9
Aposentado	4	12,9
Do lar	4	12,9
Vendedor	2	6,5
Outros	8	25,8
Etilismo ou ex-etilismo (n=28)		
Sim	8	25,9
Não	20	64,5
Tabagismo ou ex-tabagismo (n=28)		
Sim	10	32,2
Não	18	58,0
Principal sinal/sintoma		
Ausência	15	48,4
Dor epigástrica	5	16,1
Perda ponderal	5	16,1
Náusea/vômito	3	9,7
Outros	3	9,7
Presença de <i>H. pylori</i> na EDA		
Sim	3	9,7
Não	28	90,3

Quanto à localização do tumor, na maioria dos pacientes (61,3%) foi em terço distal. Foram classificados como Borrmann III em EDA 80,7% dos pacientes (Tabela 3).

Da classificação histológica, 67,7% dos pacientes apresentaram lesão do tipo difuso. No laudo anatomopatológico, o subtipo do adenocarcinoma foi tubular para 32,3% dos pacientes, carcinoma em células em “anel de sinete” para 58% e 9,7% para o subtipo misto, ou seja, com $\geq 90\%$ de carcinoma em células em “anel de sinete” e o restante sendo adenocarcinoma tubular (Tabela 3).

TABELA 3. Caracterização da lesão, tipo histológico e subtipo do adenocarcinoma de uma amostra de pacientes. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variáveis	n	%
Localização da lesão		
1/3 proximal	4	12,9
1/3 médio	8	25,8
1/3 distal	19	61,3
Classificação de Borrmann		
Borrmann I	1	3,2
Borrmann II	4	12,9
Borrmann III	25	80,7
Borrmann IV	1	3,2
Classificação de Lauren		
Intestinal	10	32,3
Difuso	21	67,7
Subtipo		
Adenocarcinoma Tubular	10	32,3
Carcinoma em células em “anel de sinete”	18	58,0
Misto	3	9,7

Em Tomografia Computadorizada para estadiamento, 16,1% dos pacientes apresentaram lesões sugestivas de metástase e, destes, 12,9% localizavam-se em fígado e 3,2% em cólon. A maioria dos pacientes (67,7%) não apresentaram linfonodomegalia em TC. Apenas 16,1% dos pacientes apresentaram lavado peritoneal positivo coletado em videolaparoscopia e 9,7% não realizaram ou não possuíam registro de realização de videolaparoscopia. A maioria dos pacientes (90,3%) realizou quimioterapia neoadjuvante (Tabela 4).

Quanto à cirurgia, 51,6% dos pacientes realizaram gastrectomia total e 48,4% subtotal, conforme Tabela 4.

Dos 31 pacientes incluídos na amostra, 26 realizaram cirurgia com intuito curativo.

TABELA 4. Distribuição dos dados de uma amostra de pacientes, acerca do estadiamento. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variáveis	n	%
Presença de metástase na TC		
Sim	5	16,1
Não	26	83,9
Principal localização da metástase na TC (n=5)		
Fígado	4	12,9
Cólon	1	3,2
Linfonomegalia na TC		
Sim	10	32,3
Não	21	67,7
Laparoscopia com lavado peritoneal positivo		
Sim	5	16,1
Não	23	74,2
Não realizou/sem registro	3	9,7
Quimioterapia Neoadjuvante (n=30)		
Realizou	28	90,3
Não realizou	3	6,5
Tipo de gastrectomia		
Total	16	51,6
Subtotal	15	48,4

TC: Tomografia Computadorizada.

Dentre os 5 pacientes com imagem fortemente sugestiva de metástase em TC, apenas 3 apresentaram lavado peritoneal positivo para carcinomatose, e dos 5 pacientes com lavado peritoneal positivo, 2 não apresentaram imagem sugestiva de metástase.

A média do tamanho do tumor ressecado, em seu maior diâmetro, foi de 6,15 cm ($\pm 2,92$), com tamanho máximo de 12 cm e mínimo de 2 cm.

De acordo com o laudo do anatomopatológico, a margem proximal da lesão apresentou média de 3,57 cm ($\pm 2,82$). A média de linfonodos ressecados foi de 31,5 ($\pm 14,4$) e de linfonodos comprometidos foi de 5,0 ($\pm 8,2$).

Conforme a classificação de Clavien-Dindo (ECD) para complicações pós-operatórias, a maioria dos pacientes (29%) eram ECD 0, e ECD2 (22,6%) (Tabela 5).

TABELA 5. Escala de Clavien-Dindo, para complicações pós-operatórias, em uma amostra de pacientes. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variáveis	n	%
Clavien-Dindo		
0	9	29,0
1	4	12,9
2	7	22,6
3a	3	9,7
3b	5	16,1
4	0	0
5	3	9,7

O início da dieta enteral foi em média aos 2,1 dias ($\pm 1,23$) e a de internação foi de 9 dias ($\pm 4,96$).

Compararam-se os resultados entre gastrectomia total e subtotal em relação ao tamanho da lesão, sua topografia e histologia, margem proximal, número de linfonodos ressecados, início da dieta enteral e alta hospitalar. Os resultados estão apresentados na Tabela 6.

O resultado quanto ao tamanho da lesão, no anatomopatológico, de peças derivadas de gastrectomias totais foi equivalente ao de gastrectomias subtotais, sendo 7 lesões < 5 cm em gastrectomias totais e 6 lesões em gastrectomias subtotais ($p=0,97$). Somente lesões localizadas em terço distal, foram submetidas à gastrectomia subtotal ($p=0,0$).

O subtipo histológico foi 55,6% de carcinoma em “células em anel de sinete” em gastrectomias totais e de 44,4% em subtotais ($p=0,77$). A margem proximal livre ≥ 5 cm, de acordo com o anatomopatológico, foi 55,6% representada por gastrectomias subtotais ($p=0,60$).

O número de linfonodos ressecados foi > 30 em 8 cirurgias de gastrectomia total, contra 5 cirurgias de gastrectomia subtotal ($p=0,35$).

O início da dieta enteral, após gastrectomia total, ocorreu em 8 pacientes no 1º dia pós-operatório, contra 4 pacientes submetidos à gastrectomia subtotal, com $p=0,036$. Do total das gastrectomias, a alta hospitalar até o 5º dia pós-operatório é representada por 66,7% de gastrectomias subtotais, com $p=0,25$ e $n=28$, excluindo-se os 3 óbitos da amostra.

TABELA 6. Gastrectomia total *versus* gastrectomia subtotal em relação ao tamanho da lesão, topografia, grau histológico, margem proximal, número de linfonodos ressecados, início da dieta enteral e alta hospitalar. Passo Fundo, RS, 2015 a 2018 (n=31).

Variáveis	Total		Subtotal		p*
	n	%	n	%	
Tamanho da lesão (n=31)					0,97
<5cm	7	53,8	6	46,2	
≥5<10	6	50	6	50	
≥10	3	50	3	50	
Localização na EDA (n=31)					0.01
Terço proximal	4	100	0	0	
Terço médio	8	100	0	0	
Terço distal	4	21,1	15	78,9	
Subtipo (n=31)					0,77
Adenocarcinoma tubular	5	50	5	50	
Carcinoma em "células em anel de sinete"	10	55,6	8	44,4	
Misto	1	33,3	2	66,7	
Margem proximal (n=31)					0,60
Até 4,9 cm	12	54,5	10	45,5	
≥5 cm	4	44,4	5	55,6	
Nº de linfonodos ressecados (n=31)					0,35
Até 30	8	44,4	10	55,6	
>30	8	61,5	5	38,5	
Início da dieta enteral (n=31)					0,036
No 1º dia pós-operatório	8	66,7	4	33,3	
No 2º dia pós-operatório	1	12,5	7	87,5	
A partir do 3º dia pós-operatório	7	63,6	4	36,4	
Alta hospitalar (n=28)					0,25
Até 5º dia pós-operatório	1	33,3	2	66,7	
6º-10º pós-operatório	6	42,9	8	57,1	
>10º pós operatório	8	72,7	3	27,3	

DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 31 pacientes submetidos à gastrectomia por câncer gástrico em hospital de referência da cidade de Passo Fundo, Norte do Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2018 e tratam-se de pacientes em sua maioria do sexo masculino (64,5%) e idosos com mais de 60 anos de idade, compatível com resultados de outros estudos realizados no Brasil e com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2018, que relata uma proporção de 63,6% homens e 36,4% mulheres na estimativa de novos casos de câncer gástrico⁵.

A associação entre o câncer gástrico e o baixo nível socioeconômico é apontado por diversos estudos¹. Muito provavelmente tal relação seja baseada na dieta rica em sal, nitritos e nitratos, alimentos mal preservados e infecção por *H. pylori*⁹, encontrada mais comumente em pacientes socioeconomicamente menos

privilegiados. Os pacientes da amostra possuíam, em sua totalidade, profissões de baixo retorno financeiro, variável utilizada como indicador de renda e nível de instrução. A ocupação mais citada foi a de agricultor, indo ao encontro dos dados de estudo brasileiro¹ e do INCA que alertam para a associação entre CG e o contato com agrotóxicos e agentes químicos⁴.

O tabagismo e o etilismo, fatores de risco fortemente associados ao CG⁹ representaram 32,2% e 25,9% respectivamente, demonstrando uma alta incidência desses hábitos entre os pacientes da amostra.

Apenas 9,7% dos pacientes apresentaram *H. pylori* positivo. O *H. pylori* é um fator de risco notório entre os portadores de CG, mais precisamente no subtipo intestinal e é predominante em países em desenvolvimento como o Brasil⁹. Entretanto, o resultado pode ser explicado pelas terapias de erradicação e pelo subtipo difuso ter sido o mais encontrado na amostra estudada.

O CG geralmente é assintomático ou produz sintomas inespecíficos, assim, quando os sintomas motivam o paciente a procurar atendimento médico, o câncer já se encontra em estadios avançados. Os resultados quanto à presença de sinal ou sintoma no momento do diagnóstico corroboram essa característica. Todos os pacientes estudados, possuíam câncer gástrico avançado e, ainda assim, 48,4% não apresentavam nenhum sintoma.

A localização mais comum do tumor foi no terço distal e o tipo histológico predominante, de acordo com a classificação de Lauren, foi o subtipo difuso, diferindo de outros estudos publicados, que relatam aumento dos tumores em localização proximal desde 1970, e o subtipo intestinal como o mais encontrado^{2,7}. No entanto, os resultados são semelhantes ao estudo realizado em serviço oncológico de Porto Alegre, em que a localização mais comum também foi no terço distal do estômago e o subtipo histológico predominante foi o difuso⁶.

O tumor do subtipo difuso é indiferenciado, infiltrativo e possui um pior prognóstico se comparado ao intestinal, evidenciando a agressividade dos tumores diagnosticados no serviço do presente estudo, bem como seu comportamento biológico ruim.

A gastrectomia com linfadenectomia D2 é a cirurgia padrão-ouro com intuito curativo. A ressecção linfonodal estendida D2, realizada como principal abordagem nos países orientais, demonstrou melhoria do estadiamento cirúrgico, aumento do grau de cura e melhora do prognóstico¹². No hospital em que foi selecionada a amostra, o protocolo realizado é a linfadenectomia D2. A média de linfonodos ressecados foi de 31,5, estando de acordo com o protocolo, ao contrário do que demonstra o artigo de revisão brasileiro, em que 90% dos pacientes são operados com linfadenectomia insuficiente para os padrões atuais, sendo que em cerca de metade dos doentes a linfadenectomia foi D0¹¹.

Os resultados acerca das complicações cirúrgicas, demonstram que grande parte dos pacientes (29%), não apresentaram nenhuma complicação cirúrgica ou apresentaram complicação com necessidade apenas de tratamento farmacológico – Clavien-Dindo 2 – representados por 22,6%. O resultado se deve ao fato de a broncopneumonia representar a maioria das complicações pós-operatórias

registradas nos prontuários, sendo necessário o uso de antibioticoterapia, item não incluso na ECD1. Além disso, a faixa etária elevada dos pacientes, somada às comorbidades e ao estadió avançado do CG, condizem com os resultados.

Quando comparado gastrectomia total e subtotal, poucas conclusões importantes podem ser inferidas. A margem proximal livre ≥ 5 cm foi maior (55,6%) nas gastrectomias subtotais, representando uma diferença ínfima em relação às gastrectomias totais.

O número de linfonodos ressecados foi maior em gastrectomias totais, resultado esperado devido a essa ressecção ser maior.

O início da dieta enteral foi mais precoce em gastrectomias subtotais, levando-se em consideração o início no primeiro e segundo dia pós-operatórios. E a alta hospitalar também foi mais precoce em gastrectomias subtotais, devido ao menor porte da cirurgia.

O presente estudo se assemelha a outras pesquisas quanto a maioria dos resultados, diferindo, entretanto, em relação a características endêmicas do CG, principalmente pelo predomínio do subtipo difuso e localização distal. Tais divergências com estudos estrangeiros, evidenciam o caráter agressivo do tumor e as condições de doença avançada em que chegam os pacientes no serviço.

A linfadenectomia realizada de acordo com o protocolo no serviço estudado, demonstra a qualidade das ressecções, contribuindo para a sobrevida dos pacientes, apesar do estadió avançado.

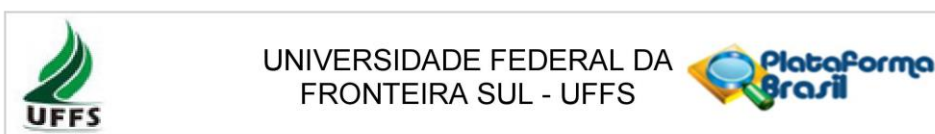
Os resultados reafirmam a necessidade de programas de prevenção e detecção precoce do CG, afim de garantir o tratamento curativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Arregi MM, Ferrer DP, Assis EC, Paiva FD, Sobral LB, André NF, et al. Perfil Clínico-Epidemiológico das Neoplasias de Estômago Atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no Período 2000-2004. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009; 55(2): 121-128.
2. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2006 Jan; 12(3): 354-362.
3. Ferley J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2015; 136(5); E359–E386.
4. Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes para Vigilância do câncer relacionado ao trabalho – 2012. Capturado da Internet em 31/09/2018. Disponível em [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
5. Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde do Brasil. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2018. Capturado da Internet em 30/09/2018. Disponível em [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
6. Laporte GA, Weston AC, Paludo AO, Castria TB, Kalil NA. Análise epidemiológica dos Adenocarcinomas Gástricos ressecados em um Serviço Oncológico de Cirurgia Oncológica. *Revista AMRIGS*. 2014 Jun, 58(2): 121-125.
7. Lemes LA, Neunschwander LC, Matta LA, Filho JO, Soares PC, Cabral MM, et al. Carcinoma gástrico: análise sistemática de 289 gastrectomias consecutivas em Belo Horizonte (MG). *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2003 Jan, 39(1): 57-65.
8. Lopes LR, Cesconetto DM, Coelho JN, Andreolo NA. Técnica de Rosanov modificada na reconstrução do trato digestivo após gastrectomia total. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2011; 24(2); 176–179.
9. Quadri HS, Smaglo BG, Morales SJ, Phillips AC, Martin AD, Chalhoud WM, et al. Gastric Adenocarcinoma: A Multimodal Approach. *Frontiers in Surgery*. 2017 Aug; 4: 1–17.
10. Strong VE, Song KY, Park CH, Jacks LM, Gonen M, Shah M, et al. Comparison of Gastric Cancer Survival Following R0 Resection in the United States and Korea Using an Internationally Validated Nomogram. *Annals of Surgery*. 2010 Apr; 251(4); 640-646.
11. Toneto MG, Viola L. Estado atual do tratamento multidisciplinar do adenocarcinoma gástrico. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(2):e1373.
12. Wagner PK, Ramaswamy A, Rüschoff J, Schmitz-Moormann P, Rothmund M. Lymph node counts in the upper abdomen: Anatomical basis for lymphadenectomy in gastric cancer. *Br J Surg*. 1991;78:825-827.

5 ANEXOS

ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO AO CEP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO.

Pesquisador: Jorge Roberto Marcante Carlotto

Versão: 2

CAAE: 87445618.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

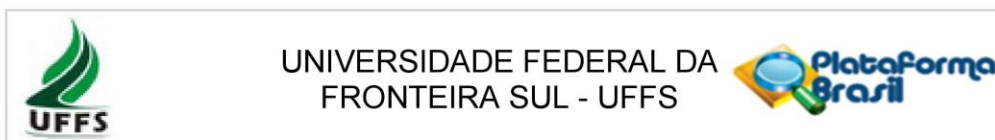
Número do Comprovante: 034550/2018

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO, que tem como pesquisador responsável Jorge Roberto Marcante Carlotto, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 12/04/2018 às 09:23.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO.

Pesquisador: Jorge Roberto Marcante Carlotto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87445618.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.786.339

Apresentação do Projeto:

Já apresentado no parecer nº 2.673.363.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado no parecer nº 2.673.363.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado no parecer nº 2.673.363.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

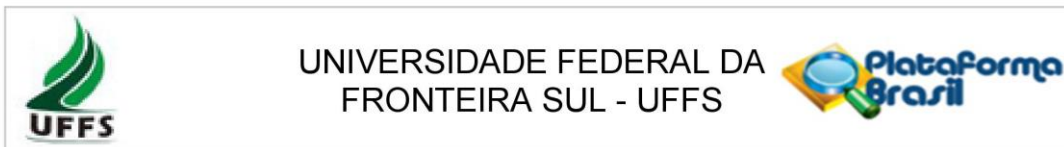
Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.786.339

Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1104629.pdf	18/07/2018 07:53:52		Aceito
Outros	CartaPendencia.pdf	17/06/2018 09:52:06	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito
Outros	ApendiceCodificacaoNumericaTabelaDeDados.pdf	02/04/2018 22:04:26	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito
Outros	AutorizacaoPesquisaHospitalHCPF.	02/04/2018	Jorge Roberto	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

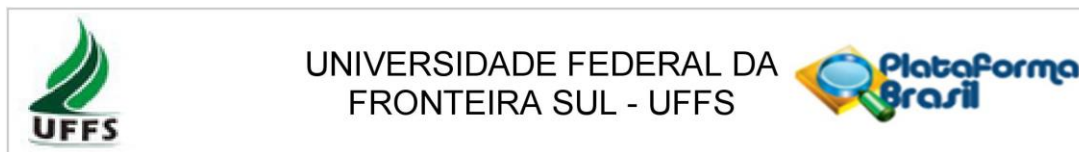
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.786.339

Outros	pdf	21:59:13	Marcante Carlotto	Aceito
Outros	TermoCompromissoUsodeDados.pdf	02/04/2018 21:45:09	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoEmPDF.pdf	02/04/2018 21:40:59	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeDispensaTCLE.pdf	02/04/2018 21:30:11	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	02/04/2018 21:29:46	Jorge Roberto Marcante Carlotto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 26 de Julho de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO C – CODIFICAÇÃO DA TABELA DE DADOS MODIFICADA

1. Sexo
(1) Feminino; (2) Masculino
2. Idade
3. Ocupação/Profissão
Tabela de profissões (apêndice D)
4. Tabagista
(1) Sim; (2) Não; (3) Não especificado
5. Alcoolista
(1) Sim; (2) Não; (3) Não especificado
6. Sintoma/sinal principal
(0) Sem sintomas; (2) Astenia; (3) Dispepsia; (4) Dor epigástrica; (5) Desconforto pós-prandial; (6) Pirose; (7) Náusea/vômito; (8) Odinofagia; (9) Perda ponderal
7. Localização na Endoscopia Digestiva Alta (EDA)
(1) 1/3 proximal; (2) 1/3 médio; (3) 1/3 distal
8. Classificação de Borrmann
(1) Borrmann I; (2) Borrmann II; (3) Borrmann III; (4) Borrmann IV
9. Presença de *H. pylori*
(1) Sim; (2) Não
10. Subtipo do adenocarcinoma
(1) Adenocarcinoma papilar; (2) Adenocarcinoma tubular; (3) Adenocarcinoma mucinoso; (4) Carcinoma de células em “anel de sinete”; (5) Misto.
11. Classificação de Lauren
(1) Tipo intestinal; (2) Tipo difuso
12. Presença de metástases na Tomografia Computadorizada (TC)
(1) Sim; (2) Não
13. Principal localização de metástase na TC
(0) Ausência; (1) Fígado; (2) Peritônio; (3) Pulmão; (4) Pâncreas; (5) Baço; (6) Cólon; (7) SNC; (8) Ossos; (9) Linfonodal
14. TC com linfonomegalia
(1) Sim; (2) Não

15. Laparoscopia

(1) Positivo; (2) Negativo; (3) Não realizou/sem registro

16. Quimioterapia Neoadjuvante

(1) Sim; (2) Não

17. Gastrectomia

(1) Total; (2) Subtotal

18. Tamanho da lesão em seu maior diâmetro

19. Margem proximal

20. Número de linfonodos ressecados

21. Número de linfonodos comprometidos

22. Complicações pós-operatórias

(1) Sim; (2) Não

Tipo de complicação

23. Infecção da ferida operatória

(1) Sim; (2) Não

24. Deiscência de anastomose/fístula

(1) Sim; (2) Não

25. Infecção de via aérea/pneumonia

(1) Sim; (2) Não

26. Outra(s)

(1) Sim; (2) Não

27. Dia de início da dieta enteral

28. Dia da alta hospitalar

ANEXO D – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO EM REVISTA

Instruções aos Autores

MISSÃO

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA é periódico trimestral com um único volume anual e suplementos de propriedade do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD e Órgão OfICIAL de publicações do CBCD e entidades afiliadas (ABCD, SBCBM, CBHPBA, SOBRACIL e GEDP). É bilíngue, sendo em português na forma impressa e em inglês online, com acesso feito através do site www.scielo.br/abcd ou www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Tem por missão a publicação de artigos de estudos clínicos e experimentais que contribuam para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e assistência na área da gastroenterologia cirúrgica, clínica, endoscópica e outras correlatas. Tem como seções principais: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, técnica (detalhes técnicos de idéias cirúrgicas novas), cartas ao editor (inclui relatos de caso, comunicações rápidas e cartas comentando opiniões sobre artigos recentes publicados no ABCD) e artigos de opinião (a convite). Outras seções podem existir na dependência do interesse da revista ou da necessidade de divulgação de temas relevantes que não se incluam nas formas referidas.

MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente ao ABCD e não podem ter sido publicados anteriormente em forma semelhante. Toda matéria relacionada à investigação humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia do comitê de ética em pesquisa - CEP - da instituição onde o trabalho foi realizado, ou em outra instituição local ou regional se não houver este comitê onde ela foi desenvolvida. Seguindo as normas correntes da boa prática em pesquisa humana, os pacientes arrolados no estudo devem ter formulário de consentimento livre e informado assinado. Estes dados devem ser informados nos manuscritos enviados

O ABCD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e

divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação - em relação aos artigos oriundos de estudos controlados aleatórios (randomized controlled trials), ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (www.icmje.org) -, os artigos que vierem acompanhados do número de identificação do registro do trabalho no final do resumo.

Todos os artigos devem ser escritos em português e inglês (o ABCD é bilíngue) e enviados eletronicamente por meio do site da revista (www.revistaabcd.com.br). A confirmação eletrônica não garante a publicação do artigo, mas sim confirma o recebimento e o encaminhamento para análise editorial. A redação dos manuscritos deve obedecer à forma escolhida pelo autor dentre as seções do ABCD e detalhadas mais adiante.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial tamanho 12. O tamanho máximo do texto, iniciado no título, incluindo referências, tabelas e ilustrações, deve ser de até 15 páginas para artigos originais e artigos de revisão, 10 para artigos de técnica e 5 para cartas ao editor e artigos de opinião. As tabelas devem vir logo após terem sido citadas no texto e não ao final do trabalho. As figuras, por sua vez, devem vir no local apropriado (item 6 da submissão eletrônica). Todos os conceitos e assertivas científicas emanadas pelos artigos, ou as publicidades impressas, são de inteira responsabilidade dos autores ou anunciantes. A fim de efetuar uniformização da linguagem de termos médicos, os autores deverão utilizar a Terminologia Anatômica, São Paulo, Editora Manole, 1ªEd., 2001, para os termos anatômicos. O ABCD tem a liberdade de modificá-la caso o(s) autor(es) não a tenham seguido.

Todo artigo submetido à publicação, escrito de maneira concisa e no todo na terceira pessoa do singular ou plural, deve constar de uma parte pré/pós-textual e uma textual.

PARTE PRÉ/PÓS TEXTUAL

Deve ser composta por: 1) título em português e em inglês; 2) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); 3) identificação do(s) loca(is) onde o trabalho foi realizado, ficando clara a(s) instituição(ões) envolvida(s), cidade, estado e país; 4) nome e endereço eletrônico do autor responsável; 5) agradecimentos após as conclusões, quando pertinentes; 6) resumo, que não deve conter abreviaturas,

siglas ou referências, em até 300 palavras, parágrafo único e estruturado da seguinte forma: artigo original - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); artigo de revisão - introdução, (objetivo - opcional), método, mencionando quantos artigos foram escolhidos do universo consultado, o período de consulta, os descritores utilizados, as bases de dados pesquisadas, síntese das subdivisões do texto e conclusão; artigo de técnica - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); cartas ao editor não deve apresentar resumo; 7) abstract, contendo as mesmas divisões, informações científicas e obedecendo a mesma forma redacional usada para o em português redigidas da seguinte forma: original article - background, aim, method(s), results, conclusion; technic-background, aim, method(s), results, conclusion; review article - background, (aim - opcional), method, conclusion; letter to the editor sem abstract; 8) descritores, três a cinco palavras-chave, que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde - DeCS <http://decs.bvs.br/> ou no MESH site www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html (atenção: não devem ser citadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois elas serão recusadas); 9) headings (palavras-chave em inglês), da forma como aparecem no DeCS ou MESH.

PARTE TEXTUAL

Pode conter poucas siglas - evitadas ao máximo -, e usadas somente para palavras técnicas repetidas mais de 10 vezes no texto. Elas devem ser postas entre parênteses na primeira vez em que aparecem e a seguir somente as siglas. A divisão do texto deve seguir a seguinte orientação:

artigos originais - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), método(s), resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 30 referências;

artigos de revisão - racional, método (referir as palavras-chave procuradas, as bases de dados pesquisadas e o período de tempo analisado), revisão da literatura (pode ser dividida em sub-temas aglutinando os achados encontrados, podendo ser incluída a experiência dos autores), conclusão(ões) (sumário das tendências atuais) e no máximo 30 referências;

artigos de técnica - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), técnica, resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a

sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 15 referências;

artigos de opinião (editoriais) - deverão ser feitos sob convite do Conselho Editorial;

cartas ao editor para relatos de caso - introdução, relato do caso, discussão (com revisão da literatura, máximo de três ilustrações e de 10 referências);

cartas ao editor para comunicações e opiniões - redação clara sobre o comentário que se pretende publicar em no máximo cinco páginas, podendo ou não conter referências (máximo 5 referências);

referências - normalizadas segundo as Normas de Vancouver (Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou site www.icmje.org itens IV.A.9 e V), sendo que serão aceitas até 30 referências para artigos originais e de revisão; 15 para artigos de técnica; e até 10 para relatos de casos ou comunicações. Relacionar a lista de referências com os autores por ordem alfabética do sobrenome do primeiro autor e numerá-las em números arábicos sequenciais. Na citação no texto, utilizar o número da referência de forma sobrescrita sem parêntesis. Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada de acordo com List of Journal Indexed in Index Medicus. Não devem ser citados livros ou teses. Devem ser incluídas referências do ABCD quando houver tema já publicado sobre o assunto.

O texto do trabalho deve ser auto-explicativo, ou seja, ele deve trazer claramente a interpretação e síntese dos dados sem que o leitor tenha a necessidade de, para tanto, recorrer aos gráficos, tabelas, quadros ou figuras. Deve-se evitar dizer: "Os resultados estão descritos na Tabela 1" e não descrevê-los no texto. Da mesma forma as tabelas, gráficos, quadros e figuras devem ser auto-explicativos, ou seja, se o leitor quiser evoluir sua leitura somente utilizando-os, ao final ele poderá interpretar os resultados da mesma maneira que lendo unicamente o texto.

ILUSTRAÇÕES: GRÁFICOS, QUADROS, FOTOGRAFIAS E TABELAS

Adicionalmente ao texto podem ser enviadas no máximo SEIS ilustrações, que quando na forma de gráficos, quadros, fotografias, esquemas são chamadas de Figuras, e as na forma de padrão de tabelas, chamadas de Tabelas. Todas devem ser citadas no manuscrito no local onde aparecerem - quer entre parênteses, quer referidos na própria redação. As tabelas são inseridas logo após citadas no texto. As figuras são colocadas no item 6 da submissão eletrônica.

Cuidado especial deve ser tomado para que não haja redundância entre eles, ou seja, ter um gráfico que mostre a mesma coisa que uma tabela, por exemplo. Se isso ocorrer, o revisor do artigo sugerirá ao Editor a eliminação do que achar redundante.

Ilustrações, quando pertinentes, devem ser encaminhadas em preto e branco e em cores (figuras coloridas impressas são de custo pago pelos autores e online SciELO/Pubmed são sem custos), numeradas com algarismos arábicos e com seu título e legendas localizadas no rodapé. Tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, tendo seu título na parte superior e explicações dos símbolos e siglas no rodapé. Fotografias, radiografias e imagens digitalizadas devem ser enviadas em resolução mínima de 300 DPI e diagramas, desenhos/ilustrações e gráficos em 1200 DPI. Os títulos nas tabelas devem vir em cima da imagem e a legenda em baixo. Nas figuras o preenchimento deve seguir a orientação da submissão eletrônica. Figuras previamente publicadas devem ser citadas com a permissão do autor.

PEER REVIEW

Os estudos submetidos ao ABCD são encaminhados a dois revisores de reconhecida competência no tema abordado, designados pelo Conselho Editorial da revista (peer-review) e que são orientados a verificar a relevância da contribuição médica do artigo, originalidade existente, validade dos métodos empregados, validade dos resultados e o aspecto formal da redação. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. Os artigos recusados serão devolvidos. Os artigos aprovados ou aceitos sob condições, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações maiores no processo de revisão ou editoração, e que possam modificar o sentido do exposto no texto enviado. Mudanças menores no texto, quer na forma, quer na linguística (português/inglês) são realizadas pelo peer-review e publicadas com essas modificações

TERMO DE ACEITE DE SUBMISSÃO - CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a submissão eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos, e quando houver, citá-lo mencionando a empresa e relação com o

interesse, podendo o artigo ser recusado se colidir com normas vigentes; 2) que não há fonte financiadora e quando houver - não há impedimento quando ela existir - citá-la no campo apropriado; 3) que o trabalho foi submetido à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa que o aprovou; 4) que concede os direitos autorais para publicação ao ABCD; 5) que autoriza o Editor-Chefe e/ou Corpo Editorial da revista a efetuar alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico do ABCD, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou ilustrações que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido; e 6) que o signatário da submissão se responsabiliza pela autorização dos demais autores frente a estas condições obrigatórias. Conforme visualizado na submissão, o texto final revisto e autorizado para publicação em português seguirá para o autor signatário providenciar a versão em inglês. Caso haja alguma alteração que o autor deseja fazer no texto em português aprovado, deverá demarcá-la em vermelho e envia-lo com estas sugestões, inclusive no texto em inglês.

SUGESTÃO

Modo simples de melhor entender as regras para publicação aqui emanadas é consultar artigos recentemente publicados no ABCD e verificar o modo como estão escritos. Para tanto acesse o site: www.scielo.br/abcd ou www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed e busque artigos de sua escolha dentre as publicações online do ABCD.

Endereço para contato:

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA

Al. Augusto Stelfeld, 1980 - Bigorriho

CEP 80730-150 - Curitiba - PR - Brasil

Tel./Fax: (0xx41) 3240-5488 (Bruno L. Ariede)

e-mail: revistaabcd@gmail.com

ANEXO E – TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TCC

Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul
Campus Passo Fundo, RS
Curso de Graduação em Medicina



TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TCC

Eu, professor(a) Jorge Roberto Moriconi Carlotto, declaro ter conferido as correções realizadas no artigo científico, conforme sugestão da Comissão Examinadora. Declaro também que estou ciente do conteúdo que compõe o volume final do TCC do Acadêmico Andreea Lect Romancini de Souza.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

TERMO DE CIÊNCIA

Passo Fundo, 03 de Dezembro de 2018.

Jorge R. Moriconi Carlotto

Assinatura do(a) Orientador(a)