

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CAMPUS ARARANGUÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

MATEUS CALEGARI DE FARIAS

**Perfil Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Gástricas em Biópsias
Analisadas em um Laboratório de Patologia do Extremo Sul de Santa Catarina**

ARARANGUÁ

2022

MATEUS CALEGARI DE FARIAS

**Perfil Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Gástricas em Biópsias
Analisadas em um Laboratório de Patologia do Extremo Sul de Santa Catarina**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Medicina do Centro de
Ciência Tecnologias e Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Dr. Cintia Scherer.

ARARANGUÁ

2022

Ficha de Identificação da Obra

Farias, Mateus

Perfil Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Gástricas em Biópsias Analisadas em um Laboratório de Patologia do Extremo Sul de Santa Catarina / Mateus Farias ; orientador, Cintia Scherer, coorientador, Fábio Morais, 2022.

39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Neoplasia Gástrica. I. Scherer, Cintia . II. Morais, Fábio. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título.

Mateus Calegari de Farias

**Perfil Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Gástricas em Biópsias
Analisadas em um Laboratório de Patologia do Extremo Sul de Santa Catarina**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Medicina e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina UFSC
Araranguá

Araranguá, 19 de julho de 2022.

Prof.^a Dra. Ana Carolina Lobor Cancelier
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Cíntia Scherer
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Péttala Rigon.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Ritele Hernandez da Silva
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, faço meus agradecimentos iniciais aos meus familiares pelo apoio dado durante o período de produção desse estudo, cujo tema esteve tão presente nas nossas vidas nos últimos anos. Reforço que sem meus pais, Ivan Vieira de Farias e Minéia Cardoso Calegari de Farias, seria impossível atingir os objetivos que tenho atingido e concluir mais essa etapa. Às minhas irmãs, Maitê e Milena, por estarem sempre presentes na minha vida me fazendo uma pessoa alegre e cada vez mais motivada a ser um ser humano melhor.

Meus agradecimentos se estendem aos colegas e amigos que sempre estiveram dispostos a trocar informações e saberes sobre o tema e a escrita científica, e também a toda comunidade docente do curso de medicina UFSC pelo suporte dado durante a formação acadêmica, especialmente a orientadora, Prof.^a Dra. Cíntia Scherer, e ao coorientador, Prof. Dr. Fábio Morais, do trabalho pela ajuda na construção dessa pesquisa.

RESUMO

Introdução. A neoplasia gástrica é considerada uma doença maligna de elevada frequência no trato gastrointestinal, de difícil diagnóstico precoce e com alta mortalidade.

Objetivo. Estabelecer o perfil epidemiológico do paciente com câncer gástrico e as principais peculiaridades anatomopatológicas da doença em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina. **Métodos.** Estudo transversal com coleta de dados secundários de prontuários de biópsias gástricas com diagnóstico de neoplasia em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos. A análise foi baseada na frequência, porcentagem, média, teste de Tukey e teste de Levene. **Resultados.** 167 prontuários se encaixavam nos critérios do estudo. Os principais achados foram: prevalência maior no sexo masculino (64,1%), idade entre 50 – 69 anos (50,9%), tipo histológico adenocarcinoma gástrico (94,6%), tipo intestinal de Lauren (49,1%), localização da neoplasia no corpo do estômago (19,2%), e predomínio de ausência de H. pylori (77,2%) nas amostras. **Conclusão.** Os achados do presente estudo corroboram com os dados presentes na literatura sobre o assunto, seguem a tendência nacional e mostram a relevância de estratégias para melhoria na assistência à saúde e acesso a procedimentos diagnósticos.

Palavras-Chave. Neoplasias Gástricas, Perfil Epidemiológico, Biópsia, Helicobacter Pylori.

ABSTRACT

Introduction. Gastric neoplasia is a malignant disease of high frequency in the gastrointestinal tract, with difficult early diagnosis and high mortality. **Objective.** To establish the epidemiological profile of patients with gastric cancer and the main anatomopathological peculiarities of the disease in a pathology laboratory in the Extreme South of Santa Catarina. **Methods.** This cross-sectional study was conducted with secondary data collection from medical records of gastric biopsies diagnosed with neoplasia in a pathology laboratory in the Extreme South of Santa Catarina between January 2017 and December 2020. Patients under 18 years of age were excluded. The analysis was based on frequency, percentage, average, Tukey test and Levene test. **Findings.** 167 medical records met the criteria. The main findings were: higher prevalence in males (64.1%), age between 50 - 69 years (50.9%), histological type gastric adenocarcinoma (94.6%), Lauren's intestinal type (49.1%), location of the neoplasm in the stomach body (19.2%), and predominance of absence of *H. pylori* (77.2%) in the samples. **Conclusion.** The findings of this study corroborate the data in the literature on the subject, follow the national trend and show the relevance of strategies for improvement in health care and access to diagnosis.

Keywords. Stomach Neoplasms, Epidemiological Profile, Biopsy, *Helicobacter pylori*.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição e frequência das variáveis gerais.....	17
Tabela 2. Comparação entre faixas etárias quanto à presença de H. Pylori.	18
Tabela 3. Comparação entre sexos quanto à presença de H. Pylori.	18
Tabela 4. Comparação entre municípios de origem quanto à presença de H. Pylori. ...	18

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO	10
RESUMO.....	11
Palavras-Chave.....	11
ABSTRACT	12
Keywords.....	12
RESUMEN	13
Palabras Clave	13
ESTRUTURA	14
Introdução.....	14
Método.....	15
Resultados.....	15
Discussão.....	19
Conclusão	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE	25
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados	25
ANEXOS	26
Anexo A – Normas da Revista	26
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	36
Anexo C – Carta de Aceite do Laboratório.	39

FOLHA DE ROSTO

Perfil Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Gástricas em Biópsias Analisadas em um Laboratório de Patologia do Extremo Sul de Santa Catarina.

Epidemiological Profile of Patients with Gastric Neoplasms in Biopsies Analyzed in a Pathology Laboratory in the Extreme South of Santa Catarina.

Perfil epidemiológico de pacientes con neoplasias gástricas en biopsias analizadas en un laboratorio de patología del extremo sur de Santa Catarina.

Perfil de Pacientes com Neoplasias Gástricas

Mateus Calegari de Farias¹; Cíntia Scherer².

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Araranguá/SC - Brasil, mateus.c.farias@hotmail.com, 0000-0003-3030-8834.

² Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Araranguá/SC- Brasil, cyntyascherer@hotmail.com, 0000-0001-9259-3349.

Mateus Calegari de Farias; R. Casemiro de Abreu, 568, Capivari de Baixo – SC; CEP. 88745000; (48) 996351343; mateus.c.farias@hotmail.com.

O autor gostaria de agradecer aos seus familiares pelo apoio durante o período de produção desse estudo, aos colegas e amigos que sempre estiveram dispostos a trocar informações e saberes sobre o tema e a escrita científica, e também a toda comunidade docente do curso de medicina da UFSC pelo suporte dado durante a formação acadêmica.

Nada a declarar quanto a presença de conflitos de interesse.

A Pesquisa não Recebeu Financiamento.

RESUMO

Introdução. A neoplasia gástrica é considerada uma doença maligna de elevada frequência no trato gastrointestinal, de difícil diagnóstico precoce e com alta mortalidade

Objetivo. Estabelecer o perfil epidemiológico do paciente com câncer gástrico e as principais peculiaridades anatomopatológicas da doença em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina. **Métodos.** Estudo transversal com coleta de dados secundários de prontuários de biópsias gástricas com diagnóstico de neoplasia em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos. A análise foi baseada na frequência, porcentagem, média, teste de Tukey e teste de Levene. **Resultados.** 167 prontuários se encaixavam nos critérios do estudo. Os principais achados foram: prevalência maior no sexo masculino (64,1%), idade entre 50 – 69 anos (50,9%), tipo histológico adenocarcinoma gástrico (94,6%), tipo intestinal de Lauren (49,1%), localização da neoplasia no corpo do estômago (19,2%), e predomínio de ausência de *H. pylori* (77,2%) nas amostras. **Conclusão.** Os achados do presente estudo corroboram com os dados presentes na literatura sobre o assunto, seguem a tendência nacional e mostram a relevância de estratégias para melhoria na assistência à saúde e acesso a procedimentos diagnósticos.

Palavras-Chave. Neoplasias Gástricas, Perfil Epidemiológico, Biópsia, *Helicobacter Pylori*.

ABSTRACT

Introduction. Gastric neoplasia is a malignant disease of high frequency in the gastrointestinal tract, with difficult early diagnosis and high mortality. **Objective.** To establish the epidemiological profile of patients with gastric cancer and the main anatomopathological peculiarities of the disease in a pathology laboratory in the Extreme South of Santa Catarina. **Methods.** This cross-sectional study was conducted with secondary data collection from medical records of gastric biopsies diagnosed with neoplasia in a pathology laboratory in the Extreme South of Santa Catarina between January 2017 and December 2020. Patients under 18 years of age were excluded. The analysis was based on frequency, percentage, average, Tukey test and Levene test. **Findings.** 167 medical records met the criteria. The main findings were: higher prevalence in males (64.1%), age between 50 - 69 years (50.9%), histological type gastric adenocarcinoma (94.6%), Lauren's intestinal type (49.1%), location of the neoplasm in the stomach body (19.2%), and predominance of absence of *H. pylori* (77.2%) in the samples. **Conclusion.** The findings of this study corroborate the data in the literature on the subject, follow the national trend and show the relevance of strategies for improvement in health care and access to diagnosis.

Keywords. Stomach Neoplasms, Epidemiological Profile, Biopsy, *Helicobacter pylori*.

RESUMEN

Introducción. La neoplasia gástrica es considerada una enfermedad maligna de alta frecuencia en el tracto gastrointestinal, de difícil diagnóstico precoz y alta mortalidad

Objetivo. Establecer el perfil epidemiológico de los pacientes con cáncer gástrico y las principales peculiaridades anatomopatológicas de la enfermedad en un laboratorio de patología del extremo sur de Santa Catarina.

Métodos. Estudio transversal con recolección de datos secundarios de prontuarios de biopsias gástricas diagnosticadas con neoplasia en un laboratorio de patología del extremo sur de Santa Catarina entre enero de 2017 y diciembre de 2020. Se excluyeron pacientes menores de 18 años. El análisis se basó en frecuencia, porcentaje, media, prueba de Tukey y prueba de Levene.

Resultados. 167 prontuarios cumplieron con los criterios, Los principales hallazgos fueron: mayor prevalencia en el sexo masculino (64,1%), edad entre 50 - 69 años (50,9%), adenocarcinoma gástrico tipo histológico (94,6%), tipo intestinal Lauren (49,1%), localización de la neoplasia en el cuerpo del estómago (19,2%) y predominio de ausencia de *H. pylori* (77,2%) en las muestras.

Conclusión. Los hallazgos del presente estudio corroboran los datos presentes en la literatura sobre el tema, siguen la tendencia nacional y muestran la pertinencia de las estrategias para mejorar la atención y el cuidado de la salud a los procedimientos diagnósticos.

Palabras Clave. Neoplasias Gástricas, Perfil Epidemiológico, Biopsia, *Helicobacter pylori*.

ESTRUTURA

Introdução

No Brasil, o câncer de estômago é uma doença com impacto importante na saúde pública, afetando anualmente 21.230 pessoas, e acomete a população com uma incidência de 10 casos a cada 100 mil habitantes. Quando voltamos a atenção para o sul do Brasil, percebe-se uma incidência de 16,02 casos para cada 100 mil habitantes homens e 9,15 casos para cada 100 mil habitantes mulheres¹. No estado de Santa Catarina ocorreram 216 mortes por câncer de estômago no ano de 2021, sendo 131 óbitos no sexo masculino e 85 no sexo feminino².

O quadro clínico inicial do paciente portador de neoplasia gástrica inclui geralmente a dispepsia, que pode evoluir para anorexia, perda de peso, dor abdominal e, ocasionalmente, manifestações como melena e hematêmese. O diagnóstico da doença é feito a partir da análise do tecido gástrico por exame anatomopatológico após endoscopia digestiva alta³. Desse modo, é possível classificar as neoplasias gástricas de acordo com suas características histológicas. O adenocarcinoma é o tipo mais comum, podendo ser distinguido em subtipo intestinal, caracterizado por metaplasia que mimetiza o epitélio duodenal com organização tubular coesa, ou difuso, no qual há infiltração difusa das células cancerosas pela parede do estômago⁴. Tipos menos comuns de neoplasias gástricas incluem linfoma gástrico⁵ e o sarcoma gástrico (tumor de células mesenquimais)⁶.

Ressalta-se também que, mesmo existindo atualmente uma tendência de queda na incidência desse tipo de neoplasia, a agressividade e o prognóstico desse acometimento permanecem constantes. O resultado é o elevado número de 628 mil óbitos por ano no mundo, que coloca a doença no patamar de segunda maior causa de mortes por câncer⁷. Esse alto índice de mortalidade chama a atenção para os fatores epidemiológicos associados ao desenvolvimento da doença. Nesse sentido, cita-se principalmente o sexo masculino, a idade entre 50 e 70 anos e o baixo nível socioeconômico⁸. Além disso, hábitos de vida, como tabagismo e etilismo, e infecção prévia por *H. Pylori* também são fatores predisponentes ao surgimento desse câncer⁹.

Assim, esse estudo reconhece o caráter agressivo da doença e tem o objetivo de caracterizar o perfil clínico dos pacientes analisando-os por idade e gênero, além de descrever a frequência dos principais tipos histológicos categorizados.

Método

O estudo em questão tem caráter transversal, observacional, analítico, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir de prontuários de biópsias gástricas realizadas em um laboratório de patologia entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020. Foram excluídas as biópsias gástricas que não continham neoplasia gástrica ou cujo preenchimento não se enquadrava nas necessidades do questionário do presente estudo. Também foram excluídos do estudo prontuários de pacientes com menos de 18 anos de idade.

Os dados foram obtidos a partir de uma seleção dos prontuários com achado de neoplasia gástrica, incluindo todos os tipos histológicos presentes na literatura. As variáveis analisadas foram idade, sexo, tipo histológico, município de origem, presença de *Helicobacter pylori* e local da neoplasia no estômago.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem e as quantitativas por meio de média e desvio padrão se apresentarem distribuição normal e mediana e amplitude interquartil caso contrário. Foram utilizados também os testes de Tukey e de Levene para análise comparativa das frequências. O nível de significância considerado nesse trabalho foi de 5% ($p < 0,05$).

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer número 5.158.929, iniciando a coleta de dados somente após a devida aprovação.

Resultados

Foram analisadas 167 amostras de biópsias gástricas incisionais laudadas como câncer de um total de 13.304 prontuários de biópsias gástricas realizadas no referido laboratório entre o período de 2017 e 2020. Das características clínicas desses achados, podemos descrever que 107 (64,1%) dos casos diagnosticados como neoplasia atingiam o sexo masculino e 60 (35,9%) incidiam sobre o sexo feminino.

Quanto à faixa etária dos pacientes, conforme exposto na tabela 1, observou-se que 19 (11,4%) deles tinham menos de 50 anos, enquanto 85 (50,9%) prontuários representavam pacientes com idades entre 50 e 69 anos, e 63 (37,7%) prontuários mostravam pacientes com 70 anos ou mais. Dentre todas as amostras, o paciente mais

jovem diagnosticado tinha 25 anos na época da biópsia e o mais velho tinha 90 anos. A média de idade dos achados neoplásicos é de 64,4 anos com um desvio padrão de 13,3 anos.

A análise da lesão em si expunha que, quanto ao tipo histológico (Tabela 1), 158 (94,6%) amostras revelavam adenocarcinoma, 7 (4,2%) eram neoplasias mesenquimais e 2 (1,2%) representavam linfomas gástricos. Nos casos de adenocarcinoma gástrico, podemos utilizar a classificação de Lauren para subdividi-los em tipo intestinal, tipo difuso ou tipo misto. Das 167 amostras de câncer gástrico, temos que 83 (49,1%) são representativas do adenocarcinoma tipo intestinal, 69 (40,7%) são do adenocarcinoma tipo difuso e 8 (4,8%) são do adenocarcinoma tipo misto, e as outras 9 (5,4%) amostras não se aplicam a classificação de Lauren pois são representativas dos linfomas gástricos e das neoplasias de células mesenquimais.

Outras variáveis analisadas no estudo foram a região do estômago acometida e a presença de *H. Pylori* (Tabela 1). As análises mostraram que a região gástrica mais envolvida é o corpo gástrico, com 32 (19,2%) amostras, seguido pelo antro com 30 (18%) amostras, cárdia com 11 (6,6%) amostras, fundo gástrico com 3 (1,8%) e piloro com 2 (1,2%). Importante destacar que 89 (53,3 %) dos prontuários não revelavam o local do achado no estômago.

Quanto a presença de *H. Pylori*, temos que em 129 amostras (77,2%) não foi encontrada a bactéria na ocasião da coleta do tecido, enquanto em outros 21 (12,6%) prontuários a bactéria estava presente. Em 17 (10,2%) laudos das biópsias, não foi referida a presença ou a ausência de *H. Pylori*. As tabelas 2, tabela 3 e tabela 4 fazem comparações quanto as variáveis idade, gênero e cidade de origem, respectivamente, e a presença de *H. Pylori* utilizando os testes de Tukey e Levene.

Analisando à residência dos pacientes (Tabela 1), temos que 137 (82%) das amostras são de pacientes moradores de Criciúma – SC, outras 23 (13,8 %) amostras eram de pacientes de Araranguá – SC, as amostras restantes, 7 (4,2%), são de pacientes de outras cidades.

Tabela 1. Distribuição e frequência das variáveis gerais.

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Masculino	107	64,1
Feminino	60	35,9
Faixa Etária		
Faixa Etária 1: 0 – 49 anos	19	11,4
Faixa Etária 2: 50 – 69 anos	85	50,9
Faixa Etária 3: Acima de 70 anos	63	37,7
Tipo Histológico		
Adenocarcinoma	158	94,6
Tumor Mesenquimal	7	4,2
Linfoma	2	1,2
Subtipo Histológico		
Intestinal	83	49,1
Difuso	69	40,7
Misto	8	4,8
Não se Aplica	9	5,4
Sublocalização Anatômica		
Cárdia	11	6,6
Fundo	3	1,8
Corpo	32	19,2
Antro	30	18,0
Piloro	2	1,2
Desconhecido	89	53,3
Presença de H. Pylori		
Presente	21	12,6
Ausente	129	77,2
Não Referido	17	10,2
Cidade de Origem		
Criciúma	137	82
Outras Cidades	7	4,2
Araranguá	23	13,8

Tabela 2. Comparação entre faixas etárias quanto à presença de H. Pylori.

Faixa Etária	Presença de H. Pylori		
	Presente	Ausente	Não Referido
Faixa Etária 1: 0 – 49 anos*	7	11	1
Faixa Etária 2: 50 – 69 anos*	7	70	8
Faixa Etária 3: Acima de 70 anos*	7	48	8

* Na comparação entre as faixas etárias utilizando o teste de Tukey, observamos um valor $P = 0,018$ entre as faixas etárias 1 e 2, e um valor $P = 0,021$ entre as faixas etárias 1 e 3, indicando prevalência de H. Pylori consideravelmente maior em pacientes não idosos.

Tabela 3. Comparação entre sexos quanto à presença de H. Pylori.

Sexo	Presença de H. Pylori		
	Presente	Ausente	Não Referido
Masculino*	10	86	11
Feminino*	11	43	6

* Na comparação entre os sexos utilizando o teste de Levene, encontramos um valor $P = 0,042$, entre H. Pylori e o sexo feminino.

Tabela 4. Comparação entre municípios de origem quanto à presença de H. Pylori.

Cidade	Presença de H. Pylori		
	Presente	Ausente	Não Referido
Criciúma*	14	106	17
Araranguá*	6	17	0

* Na comparação entre Araranguá e Criciúma pelo teste de Tukey, foi obtido um valor P de 0,023, mostrando prevalência de H. Pylori consideravelmente maior em Araranguá.

Discussão

O presente estudo tem como objetivo avaliar a frequência de neoplasias gástricas em biópsias de um laboratório do extremo sul catarinense, analisando a distribuição da doença por sexo, faixa etária, tipo histológico da lesão, região gástrica afetada e presença de *H. pylori*.

Inicialmente, é importante citar a realização da endoscopia digestiva alta em pacientes com sinais e sintomas clínicos que levantem a hipótese de neoplasia gástrica, a fim de coletar amostra de tecido suspeito, realizar o diagnóstico definitivo e, em caso de confirmação da malignidade, permitir a iniciação imediata do tratamento, melhorando os índices de sobrevivência³. Esse raciocínio motivou esse estudo a compreender a frequência dos achados de câncer de estômago em biópsias desse órgão.

Quanto ao gênero do paciente, o estudo encontrou uma prevalência maior no sexo masculino (64,1%) do que no sexo feminino (35,9%), fato que está em conformidade com os resultados presentes na literatura. Um importante estudo realizado no Hospital do Câncer/INCA⁴ obteve que 62% das amostras estudadas afetavam homens enquanto apenas 38% afetavam mulheres. A justificativa para isso está nos fatores de risco da doença, que em muitos casos, por razões culturais, são mais comuns nos homens, como tabagismo, etilismo e menor autocuidado em saúde⁹.

Um estudo realizado no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará (HC-ICC)⁶, analisou 607 pacientes com neoplasia primária no estômago entre os anos de 2000 e 2004, e, segundo esse estudo, 22% dos pacientes pesquisados tinham menos de 50 anos, enquanto 48,9% deles tinha entre 50 e 69 anos e 28,9% tinha mais de 70 anos. No trabalho, encontramos frequências semelhantes e a mesma distribuição uma vez que a faixa etária mais acometida é, também, daqueles entre 50 e 70 anos (50,9%), seguida por aqueles com mais de 70 anos (37,7%) e aqueles com menos de 50 (11,4%). Assim, destacamos que em nosso estudo houve um pequeno deslocamento das frequências encontradas para a população mais idosa.

Quanto à idade média encontrada nesse estudo, tem-se o valor de 64,4 anos (desvio padrão de 13,3), o paciente mais jovem tinha 25 anos e o mais velho 90 anos. Nesse sentido, encontrar pacientes com câncer gástrico que sejam jovens é bastante incomum, considerando o longo período para desenvolver a doença, a tendência de

portador assintomático, e o fato de muitas vezes o diagnóstico após o surgimento das primeiras manifestações ser de difícil acesso ou tardio¹⁰.

No presente estudo ficou estabelecida a maior prevalência do adenocarcinoma (94,6% das amostras) sobre os outros subtipos, uma vez que neoplasia mesenquimal e linfoma foram encontradas em 4,2 e 1,2%, respectivamente. Um estudo realizado por Piso et al.¹¹, no ano 2000, com 532 pacientes confirma a importante prevalências dos adenocarcinomas em relação aos outros tipos histológicos¹¹. Na maior parte dos estudos o linfoma tem aparecido como segundo tipo histológico mais frequente, sendo que o estômago é o principal sítio para envolvimento extra-linfonodal⁵. Quando aos tumores de células mesenquimais, observamos também uma frequência baixa, que não costuma passar de 2% das neoplasias gástricas diagnosticadas no mundo⁶. A divergência entre esses dois achados e o presente estudo provavelmente se deve ao tamanho da amostra, na qual foram obtidos apenas 2 prontuários laudados como linfoma gástrico e 7 como neoplasias em células mesenquimais em um total de 167 amostras.

Este trabalho também analisou os prontuários quanto a classificação de Lauren, que divide os achados em tipo intestinal e difuso, de acordo com o padrão de distribuição e características histológicas específicas do adenocarcinoma. Segundo as amostras coletadas, 49,1% dos achados representavam neoplasias do tipo intestinal, 40,7% do tipo difuso e 4,8% do tipo misto, os demais 5,4 representam as amostras câncer não adenocarcinoma. O já citado trabalho de Arregi et al.⁸ confirma nossos achados, tendo o tipo intestinal como prevalente. Já o trabalho de Abib et al.⁴ reforça que esses achados são variáveis em relação ao sexo do paciente, uma vez que o subtipo difuso tende a estar mais presente em mulheres com adenocarcinoma gástrico.

O estudo de Arregi et al.⁸, assim como esse, analisa a localização anatômica da lesão no estômago. Quando comparados os achados aqui referidos com os do estudo citado, percebe-se concordância entre a ordem de frequência das regiões, salvo por piloro e fundo gástrico. Nesse sentido, o corpo é a região mais acometida (19,2% no presente estudo e 24,7 nos achados de Arregi), seguido por antro (18% e 14,7%), cárdia (6,6% e 12,7%), fundo gástrico (1,8% e 2,1%) e piloro (1,2% e 3%). Nesse sentido, cabe ressaltar que a distribuição quanto a sublocalização anatômica sofre influências da região geográfica, das características raciais e da condição socioeconômica da população em análise⁶, portanto a realização de um estudo que avalie achados de outros laboratórios do estado poderia traçar um panorama mais fidedigno dessa variável. Importante destacar,

também, que em ambos os estudos, um percentual considerável das amostras não trazia consigo informações referentes a localização, no caso desse estudo 53,3% dos prontuários não traziam essa informação, semelhante ao estudo do Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará em que 42,8% das amostras não continham a localização. O fato de grande parte das amostras não informar o local da lesão pode revelar um erro na correta descrição por parte do endoscopista que envia o material para a análise, o que resulta em prejuízo para obtenção de dados.

Em um estudo de 2006, que analisou o perfil clínico patológico de tumores cardíacos após gastrectomias realizadas no hospital de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, no período de 1988 à 2001, foi encontrada uma positividade para *H. pylori* em 34,2% das amostras¹². No presente estudo, a presença de *H. Pylori* foi estabelecida em 12,6% das amostras, a bactéria estava ausente em 77,2% dos pacientes e 10,2% dos casos a presença ou ausência da bactéria não foi referida. A divergência entre esses achados está associada a melhora das condições de saúde, alimentação e a melhora no tratamento da infecção no país nessas últimas décadas, que favorecem a redução da disseminação dessa bactéria¹³.

A Tabela 2 demonstra a relação entre a presença de *H. Pylori* nas três faixas etárias estudadas, permitindo inferir que há uma maior proporção da bactéria em pacientes abaixo de 50 anos. Quanto ao papel dessa bactéria no processo de carcinogênese gástrica, são estudadas, tanto sua produção de urease e aumento da amônia intragástrica, como de demais proteases, que danificam as células do órgão predispondo a formação do câncer, sendo que a presença desse microrganismo aumenta em 9 vezes a chance da doença surgir¹⁴. Quando analisados outros processos etiológicos que levam a esse câncer, tem-se etilismo, tabagismo e suscetibilidade genética, que também se associam a formação de lesões no estômago, mas com progressão mais lenta¹⁴. Assim, conclui-se que o câncer de estômago na ausência de *H. Pylori* tende a se desenvolver com a senilidade, sendo a bactéria, além de um agente causador importante, um potencializador do câncer em idades mais precoces.

Kodaira et al.¹⁵ descrevem em seu estudo, sobre a epidemiologia da *H. Pylori*, que não há uma diferença significativa entre a prevalência da bactéria em homens e em mulheres. Fato discordante dos valores aqui encontrados e demonstrados na Tabela 3, em que houve uma incidência maior de *H. Pylori* em mulheres. Esse achado também, está

em desacordo com os achados já referidos de prevalência maior da doença no sexo masculino, uma vez que a presença da *H. Pylori* é o principal fator associado a doença. No entanto, cabe destacar que a transmissão da bactéria – que se dá, principalmente, de forma oral-fecal – pode sofrer influências dos hábitos culturais e socioeconômicos da população em estudo, levando a achados diferentes em diversas regiões geográficas¹⁵. Isso, inclusive, corrobora para explicar a diferença da frequência da doença na Tabela 4, na qual houve presença significativamente maior no município de Araranguá quando comparado a cidade de Criciúma, que é a principal cidade do extremo sul de Santa Catarina, contando com melhores condições socioeconômicas.

Conclusão

Esse estudo encontrou uma concordância entre o perfil epidemiológico global e a região do Extremo Sul de Santa Catarina quanto a incidência de câncer de estômago, além de confirmar nossas expectativas quanto ao tipo histológico mais comum, no caso o adenocarcinoma gástrico. Ainda, foi estabelecida a relação de *H. Pylori* com a carcinogênese na população com menos de 50 anos, com o sexo feminino e com as duas principais cidades da região, Araranguá e Criciúma, ratificando a importância da melhora da condição socioeconômica da região para redução da proliferação da bactéria e, com isso, da incidência do câncer de estômago.

Destaca-se também que na literatura atual há uma carência de estudos recentes sobre o tema. Esse fato chama a atenção para a maior necessidade de produção desses trabalhos, visto que as mudanças socioeconômicas da população alteram a distribuição dessa doença, expondo novas demandas de atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

- ¹ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [12 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- ² TabNet Win32 3.0: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Santa Catarina [Internet]. Datasus.gov.br. 2022. Citado 20 de Junho de 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsc.def>.
- ³ Matos AMP, Carrijo PFM, Braudes JHCS, et al. Adenocarcinoma gástrico. Revista de Patologia do Tocantins. 2016;3(3):45–52.
- ⁴ Abib AR, Oliveira IM, Koifman S. Histopatologia do câncer de estômago (classificação de Lauren) em amostra de pacientes hospitalares no Rio de Janeiro, 1980-1995. Cadernos de Saúde Pública. 1997;13(suppl 1):S99–104. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000500011>
- ⁵ Costa RO, Hallack Neto AE, Chamone DAF, et al. Linfoma não Hodgkin gástrico. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2010;32 (1):63–69. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000002>
- ⁶ Navia HF, Rendon J, Mesa JA. Sarcoma gástrico primario: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2020;35(1):118–122. doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.306>
- ⁷ Jucá PC, Lourenço L, Kesley R, et al. Comparação da sobrevivência e dos fatores prognósticos em pacientes com adenocarcinoma gástrico T2 e T3. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2012;39(5):377–384. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000500007>
- ⁸ Arregi MMU, Ferrer DPC, Assis ECV, 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. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2009v55n2.1641>
- ⁹ Silva VCS, Felício DC. Fatores de risco para o câncer gástrico em grupos de classe socioeconômico baixa: revisão literária. Revista de Iniciação Científica do Vale do Rio Verde. 2016; 6(1):3-10.
- ¹⁰ Carvalho JB, Salgado NA, Silva ACM, et al. Fatores de risco socioambientais e nutricionais envolvidos na carcinogênese gástrica. Revista Paraense de Medicina. 2011;25(2).
- ¹¹ Piso P, Werner U, Lang H, et al. Proximal Versus Distal Gastric Carcinoma? What Are the Differences? Annals of Surgical Oncology. 2000;7(7):520–525. doi: <https://doi.org/10.1007/s10434-000-0520-0>
- ¹² Mader AMAA, Patrício FRS, Rigueiro MP, et al. Estudo clínico-patológico, da proliferação celular e da apoptose no adenocarcinoma gástrico da cárdia. Arquivos de Gastroenterologia. 2006;43(3):184–190. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032006000300006>

- ¹³ Campelo JCL, Lima LC. Perfil Clínicoepidemiológico do Câncer Gástrico Precoce em um Hospital de Referência em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(1):15–20. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n1.631>
- ¹⁴ César ACG, Silva AE, Tajara EH. Fatores genéticos e ambientais envolvidos na carcinogênese gástrica. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2002;39(4):253–259. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032002000400009>
- ¹⁵ Kodaira MS, Escobar AMU, Grisi S. Aspectos epidemiológicos do *Helicobacter pylori* na infância e adolescência. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(3):356–369. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000300017>

APÊNDICE**Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados**

1. Número da amostra _____.
2. Ano do exame:
 - (1) 2017
 - (2) 2018
 - (3) 2019.
 - (4) 2020.
3. Tipo de amostra para análise anatomopatológica:
 - (1) Biópsia incisional.
 - (2) Biópsia excisional.
 - (3) Não se aplica.
4. Cidade do paciente: _____.
5. Sexo do paciente.
 - (1) masculino.
 - (2) feminino.
6. Idade do paciente: _____.
7. Tipo histológico do câncer encontrado.
 - (1) Adenocarcinoma gástrico.
 - a. Tipo intestinal.
 - b. Tipo difuso.
 - c. Tipo misto.
 - (2) Linfoma gástrico.
 - (3) Neoplasias mesenquimais.
 - (4) Neoplasia maligna indiferenciada.
8. Local da lesão.
 - (1) Cárdia.
 - (2) Fundo.
 - (3) Corpo.
 - (4) Antro.
 - (5) Píloro.
9. Presença de H. Pylori:
 - (1) presente.
 - (2) ausente.
10. Dados clínicos do paciente:
 - (1) presentes.
 - (2) ausentes.
11. Em caso de dados clínicos presentes:

ANEXOS

Observações sobre avaliação do TCC:

Conforme estabelecido no regulamento do TCC da medicina: “O TCC III será composto pelo artigo científico, capítulo de livro ou livro, completo e na sua versão final, formatado nas normas do periódico, livro ou editora o qual se pretende submeter”. A baixo estão as normas da Revista Brasileira de Cancerologia, a qual pretendemos submeter nosso trabalho, que devem ser usadas para avaliar os elementos textuais dessa obra. Os elementos pré-textuais seguem as normas da ABNT, conforme estabelecido pela BU (Biblioteca Universitária).

Ainda, de acordo com as normas da revista, o artigo não tem uma seção específica para o tópico “Objetivos” (que é um dos critérios avaliativos da banca). Os objetivos da pesquisa estão descritos na introdução.

Anexo A – Normas da Revista

Acesso as normas da revista pela página oficial:
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/instrutores>

Preparo do Manuscrito:

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word, margens de 3 cm em ambos os lados, em folha de tamanho A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5 em todas as seções. Não são aceitas notas de rodapé.

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular, com o verbo na voz ativa.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa EQUATOR Network.

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-

científico seja alterado. Nesse caso, os autores serão previamente comunicados das mudanças ocorridas.

Principais Diretrizes sobre cada Seção:

1. Folha de Rosto

Deve conter:

a) Título do artigo com até 150 caracteres sem espaçamento, iniciando cada palavra com letra maiúscula e depois em minúscula, em português, inglês e espanhol e sem abreviações.

b) Título abreviado com até 50 caracteres sem espaçamento.

c) Autores

Nome (s) por extenso do (s) autor (es).

Indicar afiliação institucional completa, localização geográfica, e-mail e Orcid iD para cada autor.

Todos os tipos de documentos, sem exceção, devem ter autoria com especificação completa dos níveis institucionais e local (cidade, estado e país). Cada nível institucional deve ser identificado em até três níveis hierárquicos ou programáticos em ordem de importância, por exemplo, universidade, faculdade e departamento.

Quando um autor é afiliado a mais de uma instância, cada afiliação deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instância, a identificação da instância é feita uma única vez. No caso de autores sem nenhuma afiliação, a instituição é identificada como Pesquisador Autônomo.

d) Autor correspondente

Nome, endereço completo com CEP, telefone e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito.

e) Critérios de autoria (contribuições dos autores)

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que: 1. Contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; 2. Na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; 3. Assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Os nomes dos pesquisadores responsáveis por estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos devem ser especificados e todos os que forem considerados autores devem cumprir os critérios listados acima.

f) Agradecimentos

Os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria anteriormente descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração.

g) Declaração de conflito de interesses

É de responsabilidade dos autores a declaração sobre possíveis conflitos de interesse, incluindo interesses políticos ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais, insumos ou equipamentos utilizados no estudo.

Quando não houver, escrever “Nada a declarar”.

h) Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, público ou privado, para a realização da pesquisa (incluindo as agências de fomento) em cumprimento à Portaria Capes nº 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da Capes.

Também devem ser indicados o nome da empresa e a origem (cidade, estado e país) que forneceu o material, insumo ou equipamento, gratuito ou com desconto. Caso não exista financiamento, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento.

2. Resumo e Palavras-chave (descritores)

Os resumos dos artigos (**exceto de opinião, cartas aos editores e resenhas**) deverão ser redigidos em parágrafo único, em português, inglês e espanhol, e ser estruturados em introdução, objetivo, método, resultados e conclusão. Neles, não devem ser feitas citações de referências, bem como de quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas. Os resumos de **Relato/Série de Casos** possuem a seguinte estrutura: introdução, relato do caso (resultados) e conclusão.

Todos os resumos deverão conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras e vir acompanhados das palavras-chave (de três a cinco) e de suas respectivas key words e palabras clave.

Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determiná-los, deve-se consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME.

3. Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

4. Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados.

Nos estudos **quantitativos**, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos **qualitativos**, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções números 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Na submissão de manuscritos, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão pelo CEP.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas, como por exemplo, o **PROSPERO**.

5. Resultados

Apresentar primeiro os resultados principais ou os mais importantes de acordo com o objetivo do trabalho. Descrever apenas os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas.

Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”. **A discussão pode ser redigida junto com os resultados, se for da preferência do autor somente nos estudos qualitativos.**

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo.

Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados devem ser evitadas. Não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (³⁻⁷). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (^{1,4,6,9}). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (^{3,4}).

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. No entanto, essa possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References ou os padrões apresentados na íntegra na publicação Citing Medicine 2nd Edition (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o LocatorPlus, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada.

Incluir o nome de até três autores na ordem em que aparecem na publicação, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula. No caso de a publicação apresentar mais de três autores, os três primeiros são citados, separando por vírgula seguida da expressão et al. Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto – deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho = Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior = Rodrigues Junior J.

Títulos devem ser escritos com a primeira letra em caixa alta e as subsequentes em caixa baixa. As exceções são nomes próprios, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou outros, e nomes de entidades públicas ou particulares.

As abreviaturas devem estar de acordo com a lista de periódicos no PubMed.

Todas as referências deverão vir com seus respectivos Digital Object Identifier (DOI).

9. Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Caso um conteúdo de uma célula faça referência a mais de um conteúdo em outra coluna, deve-se usar, para essa célula, o recurso “mesclar células”. Não enviar as tabelas como imagem para que possam ser editadas.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão da média. Verificar se cada tabela seja citada no texto por sua numeração e não como tabela a seguir, tabela abaixo.

O uso de tabelas grandes, ou em excesso em desproporção com o texto, pode dificultar a formatação de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

As ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos etc.) devem estar inseridas no texto com os títulos completos, indicação de fontes, legendas e notas adicionais quando necessárias. Todas as ilustrações mencionadas deverão ser enviadas em formato editável. Não colocar os títulos e explicações nas ilustrações e sim nas legendas.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma ilustração já foi publicada, citar a fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é

requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Fotografias devem ser fornecidas da seguinte forma: arquivo digital em formato. TIFF, JPG, EPS, com resolução mínima de: 300 dpi para fotografias comuns; e 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.

Gráficos, desenhos, tabelas e quadros devem ser enviados em arquivos: Word, Excel, PowerPoint em formato editável (arquivo aberto). Para desenhos e gráficos, a resolução mínima é de em 1.200 dpi.

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Recomenda-se que, no uso dos principais vocábulos relacionados ao câncer, sejam adotados os conceitos dos Glossários Temáticos Controle de Câncer e Fatores de Proteção e de Risco de Câncer.

Recomenda-se também evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Requisitos Técnicos para a Apresentação de Manuscritos

Antes de submeter o manuscrito, confira se as “Instruções para Autores” e se os itens abaixo foram atendidos:

- Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word.
- Utilizar espaçamento 1,5 em todas as partes do documento.

- Revisar a sequência: folha de rosto; resumos e palavras-chave (de três a cinco e respectivas key words e palabras clave) e a estrutura (seções) do artigo.
- Tabelas, quadros e figuras (com legendas) devem ser inseridos e citados no decorrer do texto, não no final do documento na forma de anexos.
- Referências devem ser numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.
- Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais preenchido e assinado somente pelo autor responsável pela submissão.
- Adicionar permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Preencher o checklist.

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Frequência de Neoplasias Gástricas em Biópsias Analisadas em um laboratório de patologia do extremo sul De Santa Catarina

Pesquisador: CINTIA SCHERER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54065621.9.0000.5364

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.158.929

Apresentação do Projeto:

FREQUÊNCIA DE NEOPLASIAS GÁSTRICAS EM BIÓPSIAS ANALISADAS EM UM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a frequência de neoplasias gástricas nas biópsias analisadas em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina e

caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a esses procedimentos.

Objetivo Secundário:

Avaliar o sexo mais acometido. Identificar um subtipo de neoplasia mais comum. Identificar o local gástrico mais comum de neoplasias. Identificar a

presença de *Helicobacter Pylori* nas amostras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este trabalho não apresenta nenhum tipo de risco aos pacientes, pois não os envolve diretamente. A coleta de dados será realizada mediante a

assinatura do termo de confidencialidade. O pesquisa do trabalho será realizada com coleta de

Endereço: Rua Coronel Pedro Benedet, 630

Bairro: Pio Correa

CEP: 88.811-508

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-1719

Fax: (48)3431-1612

E-mail: eticaepesquisa@hsjose.com.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ/SC



Continuação do Parecer: 5.158.929

dados em laudos de exames disponibilizados pelos laboratório de patologia, laudos estes que não irão conter nome ou número de prontuário do paciente, para que desta forma se exclua o risco de quebra de sigilo.

Benefícios:

Após a coleta dos dados e sua respectiva análise, será possível ter uma melhor compreensão sobre o perfil do paciente portador de neoplasia gástrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a constar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - assinaturas eletrônicas

Carta de aceite do laboratório - OK

Solicitação de isenção do TCLE - OK

Termo de responsabilidade - OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado;

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa está de acordo com as normas e resoluções, portanto o presente CEP trata-se por aprovar o novo projeto de pesquisa.

A pesquisa apresenta metodologia adequada aos objetivos propostos, descreve os critérios de inclusão e exclusão necessários para o desenvolvimento da mesma e apresenta todas as orientações para que o participante da pesquisa possa colaborar com o bom andamento do estudo.

Em atendimento à Resolução CNS n° 466/2012, deverão ser encaminhados ao CEP os relatórios parciais e final da pesquisa, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Coronel Pedro Benedit, 630
Bairro: Pio Correa **CEP:** 88.811-508
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-1719 **Fax:** (48)3431-1612 **E-mail:** eticaepesquisa@hsjose.com.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ/SC



Continuação do Parecer: 5.158.929

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1866128.pdf	02/12/2021 10:48:22		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/12/2021 10:46:11	MATEUS CALEGARI DE FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Neoplasias_Gastricas_em_Biopsias.pdf	26/11/2021 15:49:16	MATEUS CALEGARI DE FARIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao.pdf	26/11/2021 10:34:47	MATEUS CALEGARI DE FARIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_de_Ausencia_do_TCLE.pdf	26/11/2021 10:32:35	MATEUS CALEGARI DE FARIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

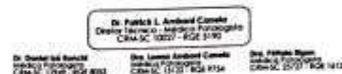
Não

CRICIUMA, 10 de Dezembro de 2021

Assinado por:
ANA PAULA RONZANI PANATO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Coronel Pedro Benedit, 630
Bairro: Pio Correa **CEP:** 88.811-508
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-1719 **Fax:** (48)3431-1612 **E-mail:** eticaepesquisa@hsjose.com.br

Anexo C – Carta de Aceite do Laboratório.



CARTA DE ACEITE

Declaramos que concordamos em disponibilizar os dados necessários à pesquisa, contidos nos laudos da instituição Patogene Medicina Diagnóstica LTDA, localizada na Rua João Cechinel, 352 - Bairro Pio Correa, Criciúma/SC - CEP 88811-500, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Frequência de neoplasias gástricas em biópsias analisadas em um laboratório de patologia do extremo sul de Santa Catarina" sob a responsabilidade da professora responsável Cíntia Scherer e do pesquisador Mateus Calegari de Farias do Curso Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Ratificamos que serão disponibilizados os dados diagnósticos, bem como idade, e procedência do exame. Entretanto os nomes e dados de documentos dos pacientes serão bloqueados pelo sistema e/ou manualmente pelos médicos patologistas responsáveis pelos respectivos prontuários (controladores e operadores): Dr. Patrick Luiz Amboni Canela; Dr. Daniel Izé Ronchi; Dra. Luana Amboni Canela; e Dra. Pétala Rigon

Patrick Luiz Amboni Canela
Sócio Diretor

Patogene Medicina Diagnóstica LTDA.
CNPJ: 83.474.395/0001-91