

CURSO DE ODONTOLOGIA

Bertielli Barrichello

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS MUDANÇAS DO ESTADIAMENTO CLÍNICO-
PATOLÓGICO (TNM) DO CÂNCER DE BOCA A PARTIR DA SUA OITAVA
EDIÇÃO**

Santa Cruz do Sul

2017

Bertielli Barrichello

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS MUDANÇAS DO ESTADIAMENTO CLÍNICO-
PATOLÓGICO (TNM) DO CÂNCER DE BOCA A PARTIR DA SUA OITAVA
EDIÇÃO**

Trabalho de Trabalho de Conclusão apresentado à disciplina de Seminário de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

Orientador: Dr. Fábio Muradás Girardi

Santa Cruz do Sul

2017

Bertielli Barrichello

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS MUDANÇAS DO ESTADIAMENTO CLÍNICO-
PATOLÓGICO (TNM) DO CÂNCER DE BOCA A PARTIR DA SUA OITAVA
EDIÇÃO**

Trabalho de Trabalho de Conclusão apresentado à
disciplina de Seminário de Trabalho de Conclusão de Curso
do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do
Sul - UNISC.

Dr. Fábio Muradás Girardi
Professor Orientador- UNISC

Dr. Alex Schwengber
Professor examinador- UNISC

Prof. Dr. Leo Kraether Neto
Professor examinador- UNISC

Santa Cruz do Sul
2017

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos serão, nesse momento, minha pequena contribuição àqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a concluir esse TCC. Esse trabalho não é só uma conclusão de curso, mas a conclusão de um dos meus sonhos: a formação acadêmica

Agradeço especialmete a minha mãe Loraine, por estar sempre ao meu lado, mesmo de longe sempre incentivando e me dando todo o suporte necessário, por me ensinar o valores de ser um pessoa do bem, sempre acreditando nos meus sonhos e sonhando juntamente comigo, sendo minha fortaleza. Aos meus irmaos Caethel, Murilo e Isabella, por saber que nunca vou estar sozinha, por serem meus amigos e meu segundo porto seguro. A minha vó Leni, pelas inúmeras visitas e por acreditar e me apoiar sempre. A minha tia Nádia por sempre estar disposta e encativando e me ajudando em tudo que fosse necessário. Obrigada a minha família por sempre me apoiar e me incentivar, em todos os momentos por serem meu porto seguro sempre, independente da situação sempre me deram muito amor, apoio sem vocês nada disso seria possível. Ao meu namorado Luis, obrigada por ter sido companheiro, paciente, por todo amor e carinho sempre.

Ao meu orientador Fábio, peça-chave deste estudo. Obrigada pela disponibilidade por aceitar esse desafio. Sem a sua orientação, paciência e seu direcionamento, nenhum ideia sairia do papel. Por me auxiliar neste trabalho o qual foi um grande desafio.

As minhas amigas que o curso de Odontologia. Em especial: Maiara, Vanessa, Natalí, Marina e Pamela. Obrigada pela amizade, pelos momentos de alegrias e de superação. Vocês tornaram essa caminhada muito mais leve e feliz. Também agradeço às minhas amigas de longa data Bruna, Gabriela e Gabrielle, por todo o apoio e amizade e por endenterem meus motivos de ausência.

Ao Centro Oncologico Integrado do Hopital Ana Nery de Santa Cruz do Sul/RS. Obrigada por me ajudarem e permitirem que este estudo fosse realizado.

Agradeço aos professores do curso de Odontologia da UNISC por todos os ensinamentos passados e por contribuírem para que eu chegasse até aqui. Também agradeço aos funcionários e aos pacientes da clínica de Odontologia que foram fundamentais nessa trajetória

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”
(Mahatma Gandhi)

RESUMO

O câncer bucal é a quinta neoplasia mais frequente na população brasileira, com elevada taxa de mortalidade. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto na expectativa prognóstica e no tratamento entre os pacientes operados por carcinoma epidermóide (CEC) de boca no Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery - Santa Cruz do Sul-RS, após o reestadiamento, a partir do lançamento do novo Manual de classificação de Tumores (TNM 8ª ed.). Foram avaliados 56 prontuários de pacientes operados por CEC de forma retrospectiva. Variáveis clínicas e epidemiológicas foram analisadas, incluindo o estadiamento clínico-patológico aplicando a sétima e a oitava edições do TNM e dados de sobrevida e mortalidade. Entre os pacientes com CEC, 33,9 % dos pacientes foram reclassificados em novas categorias, conforme o novo manual da TNM. Os casos com *upstaging* de N2 para N3 apresentaram mortalidade de 50% comparativamente aos 7,1% com estadiamento N2. Os casos com *upstaging* de T1 ou T2 para T3 tiveram mortalidade de 30% comparativamente aos 6,6% em T1 e 0% em T2. Apenas 1 dos casos com *upstaging* para N3 não fez adjuvância com quimioterapia e apenas um dos casos com *upstaging* para T3 não fez adjuvância com RT. O novo estadiamento prediz de forma mais adequada o prognóstico. Embora as mudanças de estadiamento tenham ocorrido recentemente, os protocolos de tratamento já vinham obedecendo as recomendações dos últimos *guidelines*.

Descritores: Carcinoma epidermóide de boca; fator prognóstico; TNM; restadiamento.

ABSTRACT

The oral cancer is the fifth more frequent neoplasia in the Brazilian population with a high mortality rate. The objective of this paper is to evaluate the impact about prognosis and treatment among the patients who underwent surgery for oral squamous cell carcinoma (SCC) in the Integrated Oncology Center of the Ana Nery Hospital - Santa Cruz do Sul, Brazil, after restaging from launch of the new Manual of classification of tumors (TNM eighth edition). Were reviewed 56 patient records of patients operated by oral SCC retrospectively. Several clinical and epidemiological studies were carried out, including clinical and pathological staging, applying the seventh and eighth issues of TNM and survival and mortality data. Cases with upstaging from N2 to N3 had a 50% mortality compared to 7.1% with N2 staging. The cases with upstaging of T1 or T2 for T3 have a 30% mortality compared to 6.6% in T1 and 0% in T2. Only 1 of the cases with upstaging for N3 did not do adjuvant chemotherapy and only one of the cases with upstaging for T3 did not do adjuvant chemotherapy with RT. The new staging predicts more appropriately prognosis. Although staging changes have occurred recently, treatment protocols already have been following the recommendations of the latest guidelines.

Keywords: oral squamous cell carcinoma; prognostic factor; TNM; restaging.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS	12
DADOS CLÍNICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS.....	12
TRATAMENTO	14
DESFECHOS	14
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÕES.....	16
REFERÊNCIAS	16
ANEXO A – Tabelas	18
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Ana Nery	20
ANEXO C – Regras da Revista.....	24

ANÁLISE DO IMPACTO DAS MUDANÇAS DO ESTADIAMENTO CLÍNICO-PATOLÓGICO (TNM) DO CÂNCER DE BOCA A PARTIR DA SUA OITAVA EDIÇÃO

ANALYSIS OF THE IMPACT OF THE CHANGES IN THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL STABILIZATION (TNM) ABOUT ORAL SQUAMOUS CELL FROM THEIR EIGHTH EDITION

Bertielli Barrichello¹

Fábio Murádas Giradi²

RESUMO

O câncer bucal é a quinta neoplasia mais frequente na população brasileira, com elevada taxa de mortalidade. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto na expectativa prognóstica e no tratamento entre os pacientes operados por carcinoma epidermóide (CEC) de boca no Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery - Santa Cruz do Sul-RS, após o reestadiamento, a partir do lançamento do novo Manual de classificação de Tumores (TNM 8ª ed.). Foram avaliados 56 prontuários de pacientes operados por CEC de forma retrospectiva. Variáveis clínicas e epidemiológicas foram analisadas, incluindo o estadiamento clínico-patológico aplicando a sétima e a oitava edições do TNM e dados de sobrevida e mortalidade. Entre os pacientes com CEC, 33,9 % dos pacientes foram reclassificados em novas categorias, conforme o novo manual da TNM. Os casos com *upstaging* de N2 para N3 apresentaram mortalidade de 50% comparativamente aos 7,1% com estadiamento N2. Os casos com *upstaging* de T1 ou T2 para T3 tiveram mortalidade de 30% comparativamente aos 6,6% em T1 e 0% em T2. Apenas 1 dos casos com *upstaging* para N3 não fez adjuvância com

¹ Graduanda do curso de odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

² Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006), pós-graduação (residência médica) em Cirurgia Geral pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (2009) e pós-graduação (residência médica) em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelo Hospital Santa Rita - Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (2011). Possui mestrado em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Atualmente é médico credenciado no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre e médico cirurgião de cabeça e pescoço do Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery (Santa Cruz do Sul). Atua como auditor interno do Hospital Ana Nery (Santa Cruz do Sul). Tem experiência na sua área de atuação, especialmente em patologias cirúrgicas da tireóide e cânceres da via aéreo-digestiva alta.

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Correspondência; Bertielli Barrichello – Rua São Cristóvão, 1024 – Bairro Centro, Horizontina/RS – Brasil – CEP.: 98920-000

quimioterapia e apenas um dos casos com *upstaging* para T3 não fez adjuvância com RT. O novo estadiamento prediz de forma mais adequada o prognóstico. Embora as mudanças de estadiamento tenham ocorrido recentemente, os protocolos de tratamento já vinham obedecendo as recomendações dos últimos *guidelines*.

Descritores: Carcinoma Epidermóide de Boca; Fator Prognóstico; TNM; Restadiamento.

ABSTRACT

The oral cancer is the fifth more frequent neoplasia in the Brazilian population with a high mortality rate. The objective of this paper is to evaluate the impact about prognosis and treatment among the patients who underwent surgery for oral squamous cell carcinoma (SCC) in the Integrated Oncology Center of the Ana Nery Hospital - Santa Cruz do Sul, Brazil, after restaging from launch of the new Manual of classification of tumors (TNM eighth edition). Were reviewed 56 patient records of patients operated by oral SCC retrospectively. Several clinical and epidemiological studies were carried out, including clinical and pathological staging, applying the seventh and eighth issues of TNM and survival and mortality data. Cases with upstaging from N2 to N3 had a 50% mortality compared to 7.1% with N2 staging. The cases with upstaging of T1 or T2 for T3 have a 30% mortality compared to 6.6% in T1 and 0% in T2. Only 1 of the cases with upstaging for N3 did not do adjuvant chemotherapy and only one of the cases with upstaging for T3 did not do adjuvant chemotherapy with RT. The new staging predicts more appropriately prognosis. Although staging changes have occurred recently, treatment protocols already have been following the recommendations of the latest guidelines.

Keywords: Oral Squamouscell Carcinoma; Prognostic Fator; TNM; Restaging.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal ocupa a sexta posição mundial entre as neoplasias malignas mais frequentes do homem¹. No Brasil e no Rio Grande do Sul, ocupa a quinta posição, representando cerca de 40% de todas as neoplasias malignas da via aéreo-digestiva nesse grupo²⁻³. Já na capital rio-grandense, ocupa a quarta posição entre os homens. É associado a um somatório de fatores carcinogênicos, sendo os principais no nosso meio aqueles de origem extrínseca, especialmente o tabaco e o álcool⁴.

O carcinoma espinocelular ou epidermóide (CEC) é o tipo mais frequente, representando 90% do total de casos⁵. Apesar da fácil acessibilidade ao tumor dos avanços dos tratamentos empregados, na maioria dos casos, a sobrevida global ainda é baixa, com expectativa de vida em cinco anos de 54,5%⁶. O prognóstico dos cânceres de boca é determinado conforme o estadiamento clínico e o componente histológico da lesão⁶.

O sistema de classificação originalmente descrito por Denoix e Schwart em 1948 sistema TNM (Tumor, Nódulo e Metástase), considerou quatro propósitos: fornecer informações prognósticas; avaliar os resultados do tratamento; permitir o intercâmbio de informações entre médicos; ajudar os médicos a definir um tratamento⁷.

Há alguns anos, diversos fatores prognósticos do câncer de boca vem sendo identificados. Boa parte deles, ausente da classificação TNM⁸. Esse sistema é quase exclusivamente baseado na extensão do tumor e tem pouca relação com os aspectos clínicos^{7,9}. Inúmeras modificações foram propostas ao longo do tempo até que se chegasse a esta classificação atual. O lançamento da oitava edição do Manual de estadiamento passou a incluir alguns desses fatores prognósticos, aproximando-se da realidade clínica, melhorando a determinação da expectativa prognóstica e selecionando, de forma mais apurada, os casos passíveis de tratamentos multimodais⁸. Foram incluídas novas descrições de tumores, removidas algumas categorias e atualizadas informações acerca da biologia de várias neoplasias. Uma das mudanças mais significativas ficou por conta da orofaringe, com o reconhecimento prognóstico do papiloma vírus humano (HPV) nesses tumores¹⁰.

No caso exclusivo dos tumores de cavidade oral, o estadiamento T não mais levará em consideração apenas o diâmetro dos tumores, mas também a profundidade de invasão, melhor definida nessa edição. Por exemplo, mesmo em tumores menores de 2 cm de diâmetro, porém com infiltração profunda superior a 1cm, os mesmos não mais serão classificados como T1 e sim como T3. Quanto ao estadiamento N, passarão a ser classificados como N3 também os casos com extravasamento extra-nodal, mesmo com linfonodos positivos menores de 3cm e

únicos^{11,2-3}. Espera-se que as mudanças empregadas forneçam expectativas prognósticas mais adequadas, embora ainda poucos estudos tenham explorado essa temática¹¹.

Na medida em que o tratamento primordial desses tumores é cirúrgico, sempre que ressecáveis, não há expectativa de mudança na indicação de cirurgia. Porém, visto que tratamentos adjuvantes usualmente são recomendados para pacientes em estágio III-IV, espera-se que as modificações de estadiamento T somem mais casos à adjuvância radioterápica¹².

Avaliar o impacto na expectativa prognóstica e no tratamento entre os pacientes operados por CEC de boca no Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery - Santa Cruz do Sul-RS, após o reestadiamento a partir do lançamento do novo Manual de classificação de Tumores (TNM 8ª ed).

METODOLOGIA

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Universidade de Santa Cruz do Sul. Foram selecionados 56 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da boca no período entre 2011 e 2017, admitidos no Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery para tratamento com intenção curativa. A pesquisa dos casos foi realizada no Registro Hospitalar de Câncer da Instituição, além de pesquisa por CID C01 a C06 através de busca ativa no sistema informatizado do Hospital.

A análise dos dados foi realizada de forma retrospectiva de corte transversal, com pesquisa de prontuários médicos, tanto em versão eletrônica quanto em papel, sendo levantados dados relativos à(ao): identificação, histórico clínico, manejo cirúrgico, dados anatomopatológicos detalhados, adjuvância, complicações pós-operatórias e seguimento. Foram excluídos da análise casos com confirmação de histologias outras que não de CEC, casos sem informação de histopatologia; casos já tratados em outra instituição pela mesma patologia ou em que a cirurgia atual trate-se de manejo de recidiva tumoral; ou casos em que não se pudesse realizar o estadiamento adequado por carência de informações anatomopatológicas. Todos os casos selecionados e incluídos foram tabelados em planilha de Excel® e estadiados conforme a 7ª e a 8ª edição da TNM. Dados referentes às diferenças de estadiamento também foram levantados.

RESULTADOS

Dados clínicos e anatomopatológicos

Do total de casos submetidos a tratamento cirúrgico nesse serviço no período determinado, foram selecionados 56 pacientes tratados pelo mesmo profissional (FMG). Desses, em 3 (5,3%) casos não haviam informações histopatológicas suficientes para o correto estadiamento sob as orientações da sétima edição do manual da AJCC (referência), todos por falta de informação do diâmetro tumoral devido à fragmentação da peça cirúrgica. Do total, a maioria de cor branca (51 casos – 91,0%), enquanto apenas 4 (7,1%) declarados negros e 1 (1,7%) pardo. Oito (14,2%) eram provenientes da segunda coordenadoria regional de saúde do Estado do RS (CRS-RS) e o restante (48 – 85,7%) da décima terceira CRS-RS. Quatro (7,1%) eram analfabetos; 41 (73,2%) tinham estudado entre a primeira e a oitava série do primeiro grau; 8 (14,2%) entre o primeiro e o terceiro ano do segundo grau; 2 (3,5%) haviam iniciado ou completado o ensino superior; e 2 (3,5%) eram pós-graduados (Tabela 3). O tempo de evolução dos sintomas até a primeira consulta variou de 15 dias a 12 meses, com média de 5,24 meses. Em 10 (17,8%) casos não havia histórico de exposição ao tabaco ou álcool. Trinta e seis casos eram tabagistas (64,2%) ou tinham histórico de tabagismo no passado, sendo que 26 (46,4%) desses tinham associação com etilismo. Em outros 8 (14,2%) casos não havia informação acerca de hábitos nocivos no prontuário. Os demais resultados clínico-patológicos podem ser visualizados na tabela 1.

Em 25 (44,6%) casos não havia descrição da profundidade de invasão ou mesmo da espessura do tumor. Porém em apenas 2 (3,5%) desses casos não havia a descrição da camada tecidual mais profunda invadida. Em 20 (35,7%) casos não houve esvaziamento cervical associado, porém 2 (3,5%) deles já haviam sido submetidos a esvaziamento cervical no passado, relacionados a outros tumores primários de via aéreo-digestiva alta (VADA; no caso, um CEC de laringe e um CEC de sítio primário oculto). Dos 36 submetidos a esvaziamento cervical, 15 foram à esvaziamento eletivo, sendo que 7 (46,6%) confirmaram metástases. Outros 14 foram operados por suspeita clínica de doença linfonodal, baseada em exame clínico ou por imagem, sendo que apenas 1 (7,1%) não confirmou metástase. Nos restantes 7 casos não havia informação em prontuário sobre o exame cervical pré-operatório, 4 (57,1%) confirmando metástase.

Quando realizado o estadiamento comparativo entre a sétima e a oitava edição do manual da AJCC, oito (14,2%) casos sofreram *upstaging* para N3 por presença de extravasamento

extra-nodal (embora em 6 (10,7%) outros casos não houvesse informação sobre a presença ou não de extravasamento, podendo aumentar esse valor de *upstaging*). Isso levou ao *upstaging* automático de 8 (14,2%) casos para o estágio IVB. Houve também *upstaging* de 20 (35,7%) casos relativos ao T e, no total, 16 (28,5%) casos relativos ao estadiamento clínico-patológico (ver tabela 2).

Tratamento

Do total de casos operados, 20 (35,7%) casos tiveram ressecção segmentar ou marginal de mandíbula associada e 4 (7,1%) casos de infra-estrutura da maxila. Tivemos 3 (5,3%) casos de glossectomia total, 2 incluindo porção de mandíbula. Do total de casos, 1 (1,7%) caso foi mantido em cicatrização por 2ª intenção no pós-operatório imediato; 2 (3,5%) casos foram corrigidos com enxertia de pele total; 2 (3,5%) com retalho de platisma; 5 (8,9%) com protetização oral; 1 (1,7%) com retalho livre antebraquial; 18 (32,1%) com retalho miocutâneo peitoral; e os demais 27 (48,2%) foram corrigidos com sutura primária ou com técnicas convencionais de fechamento primário /plastia de língua. Tivemos 1 (1,7%) casos de perda enxerto e 2 (3,5%) de perda de retalho no pós-operatório (1 de retalho peitoral e 1 de retalho de platisma). Do total, 31 (55,3%) pacientes foram submetidos a tratamento adjuvante, 8 (14,2%) apenas à radioterapia e 23 (41,0%) a esquema combinado de quimioterapia e radioterapia.

Desfechos

Dos 56 casos da amostra, 54 (96,4%) pacientes fizeram seguimento, com variação de 0 a 86 meses (média de 22 meses). Dezoito (32,1%) pacientes tiveram média de seguimento superior a 24 meses e outros 18 (32,1%), superior a 12 meses. Dezesete (30,3%) casos recidivaram, com tempo livre de recorrência de 1 a 46 meses (média de 11 meses). Oito (14,2%) casos no pescoço, 4 (7,1%) casos com recidivas locais e 5 (8,9%) à distância (3 pulmonares, 1 em base de crânio e 1 em encéfalo). Desses recidivados, 9 (16,0%) foram à óbito. Dos restantes sem recidiva, 2 (3,5%) foram à óbito por causas não relacionadas à doença de base (1 por hepatocarcinoma e outro por complicações do alcoolismo). Dos 36 casos com seguimento igual ou maior de 12 meses, 5 (8,9%) foram a óbito. Outros 5 (8,9%) foram à óbito antes de completarem 1 ano de seguimento. A sobrevida global em 1 ano foi de 75,6% na nossa amostra.

Os casos com *upstaging* de N2 para N3 apresentaram mortalidade de 50% (4/8) comparativamente aos 7,1% (1/14) com estadiamento N2. Os casos com *upstaging* de T1 ou T2 para T3 tiveram mortalidade de 30% (3/10) comparativamente aos 6,6% (1/15 – caso de óbito não relacionado à doença de base) em T1 e 0% (0/21) em T2. Apenas 1 dos casos com *upstaging* para N3 não fez adjuvância com quimioterapia e apenas um dos casos com *upstaging* para T3 não fez adjuvância com RT.

DISCUSSÃO

Desde 1977 a classificação TNM do câncer de boca não sofreu alterações significativas¹³. Ao longo dos anos observou-se que o sistema de estadiamento não fornecia informações com acurácia acerca do prognóstico de alguns doentes¹⁴.

Analisamos o impacto que as modificações da nova edição do Manual TNM tiveram sobre uma amostra independente de casos de CEC de boca. Encontramos apenas um estudo na literatura explorando a mesma temática¹¹. Nesse trabalho, 22,8% dos casos receberam um *upstaging* na profundidade de invasão (35,7% na nossa amostra) e 29,2% no extravasamento extra-nodal (14,2% na nossa amostra). Tanto a adição da profundidade de invasão tumoral como do extravasamento extra-nodal demonstrara ter impacto negativo sobre os parâmetros prognósticos. O principal estudo que norteou as mudanças atuais do Manual foi o *International Consortium for Outcome Research (ICOR) in Head and Neck Cancer*¹⁴, publicado em 2014. Nesse estudo o *upstaging* foi de 32,5%, semelhante ao nosso trabalho (28,5%). A inclusão da profundidade de invasão distinguiu de modo mais acuraz os pacientes dentro do grupo T, especialmente aumento os casos de estadiamento T3. Na nossa amostra, carecemos de informação de profundidade de invasão em 25 casos (44,6%), o que pode ter subestimado o estadiamento. No entanto, analisando a camada mais profunda invadida, a impressão que nos passou foi a de que a maioria dos casos sem informação travam-se de tumores superficiais, minimizando o viés.

A presença de metástases linfonodais é maior fator determinante de pior prognóstico em pacientes com câncer de VADA¹². Em câncer de boca esse cenário é semelhante e a presença de disseminação regional é de cerca de 50% (41,5% na nossa amostra)¹³. A presença de extravasamento extra-nodal, definido pela presença de extensão metastática linfonodal através da cápsula fibrosa e do tecido conectivo circundante. As evidências de pior prognóstico em pacientes com esse achado foi cumulativa e atualmente o extravasamento extra-nodal representa um dos principais marcadores prognósticos da doença, sendo uma das características que indicam a associação de quimioterapia à adjuvância nesses pacientes. É possível que esse dado seja subestimado, na medida em que as técnicas de análise patológica para esse fim ainda careçam de padronização. Uma das limitações da nossa amostra foi a falta de informações acerca da presença ou não de extravasamento extra-nodal em 6 casos.

CONCLUSÕES

Apesar do nosso número amostral limitado e do curto período médio de seguimento (22 meses), as modificações do estadiamento levaram a uma migração de casos para estádios mais avançados de doença, resultando em melhor expectativa prognóstica dos casos que permaneceram sob estágio mais precoce. O novo Manual permite uma melhor estratificação dos pacientes com CEC de boca, alocando de forma mais acuraz os pacientes com maior profundidade de invasão tumoral e presença de extravasamento extra-nodal para estádios com prognóstico atribuído mais reservado. A mudança do Manual não trouxe modificações significativas na previsão de adjuvância, na medida em que a maioria dos casos com upstaging já seguiam as recomendações da literatura quanto à associação de quimioterapia ou radioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Dissanayaka WL, Pitiyage G, Kumarasiri PV, Liyanage RL, Dias KD, Tilakaratne WM. Clinical and histopathologic parameters in survival of oral squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 April; 113:518–25.
2. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28 de abril de 2017.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28 de abril de 2017.
4. Martins F, Oliveira MA., Wang Q, Sonis S, Gallottini M, George S, Treister N. A review of oral toxicity associated with mTOR inhibitor therapy in cancer patients. *Oral Oncology.* Volume 49, issue 4, April 2013, pages 293-298.
5. Slootweg PJ, Eveson JW. *Tumours of the oral cavity and oropharynx: Introduction.* Volume 1 Chapter 4, January 2017, pages 166-208.
6. Marchiano E, Patel TP, Eloy JE, Baredes S, Park RCW. Impact of Nodal Level Distribution on Survival in Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Study. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* Volume: 155 issue: 1, page(s): 99-105, 2016.
7. Ferraz LG, Fávero E, Franzi SA, Rapoport A, Curioni OA. Relação do estadiamento clínico (TNM) e histopatológico (pTNM) com a sobrevida no carcinoma espinocelular avançado de boca e orofaringe. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.39, nº 1, p. 48-56, janeiro / fevereiro / março 2010.

8. Gress DM, Edge SB, Greene FL, Washington MK, Asare EA, Brierley jd, et al. Principles of cancer staging. In: Amin MB, editor. AJCC cancer staging manual. 8th ed. New York: Springer; 2017.
9. Montero PH, Yu C, Palmer FL, Patel PD, Ganly I, Shah JP et al. Nomograms for preoperative prediction of prognosis in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. *Cancer*. 2014; 120:214–221.
10. Seethala RR. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Preface. *Head Neck Pathol*. 2017 Mar;11(1):1-2. .
11. Matos LL, Dedivitis RA, Kulcsar MAV, de Mello ES, Alves VAF, Cernea CR. External validation of the AJCC Cancer Staging Manual, 8th edition, in an independent cohort of oral cancer patients. *Oral Oncol*. 2017 Aug;71:47-53.
12. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, Brandwein MS, Ridge JA, Migliacci JC, Loomis AM, Shah JP8. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017 Mar;67(2):122-137.
13. Reporting AJCfCSaE-R. Manual for staging of cancer. 7th ed. Chicago: American Joint Committee; 1977.
14. International Consortium for Outcome Research in H, Neck C, Ebrahimi A, Gil Z, Amit M, Yen TC, et al. Primary tumor staging for oral cancer and a proposed modification incorporating depth of invasion: an international multicenter retrospective study. *JAMA Otolaryngol Head NeckSurg* 2014;140 (12):1138–48.

ANEXO A - Tabelas

Tabela 1: Resultados de análise clínico-patológica geral de toda a amostra de casos com neoplasias malignas de boca submetidos a tratamento cirúrgico.

		Média (DP)	Mediana (Min-Max)
Idade		60,3(11,02)	58,64(31-91)
Diâmetro tumoral		2,97 (1,54)	3 (0,3-7)
Espessura tumoral*		1,45(0,83)	1,3 (0,2-3)
		N = 56	%
Gênero	masculino / feminino	42/14	75/25
Sítio anatômico	gingiva superior	4	7,1
	palato duro	2	3,5
	língua oral	25	62,5
	soalho da boca	14	25
	gingiva inferior	3	5,3
	TRM	7	12,5
	mucosa bucal	1	1,7
Histologia	CEC	52	92,8
	adenóide cístico	3	5,3
	mucoepidermóide	1	1,7
Margem	comprometidas	3	5,3
	≤0,1	13	23,2
	>0,1 e <0,3	15	26,7
	0,3 a 0,49	12	21,4
	≥0,5	10	17,8
	não avaliável	3	5,3
Inv neural		25	44,6
Invangiolinfática		33	58,9

Legenda: idade expressa em anos; * relativo a 31 casos com informação disponível; TRM: trígonoretromolar; 17 Bem diferenciado, 3 in situ, 31 Moderadamente diferenciado e 1 Pouco diferenciado; medidas de diâmetro, espessura e margem expressas em cm; CEC: carcinoma espinocelular; margens não avaliáveis foram por fragmentação da peça.

Tabela 2: Resultados do estadiamento comparativo entre a sétima e oitava edição do manual de estadiamento TNM da AJCC

		sétima edição		oitava edição	
		N = 56	%	N = 56	%
pTis		1	1,7	1	1,7
pT1		15	26,7	12	21,4
pT2		21	37,5	13	23,2
pT3		6	10,7	17	30,3
pT4		11	19,6	11	19,6
N1		9	16	9	16
N2	a	0	0	0	0
	b	12	21,4	6	10,7
	c	2	3,5	0	0
N3		0	0	8	14,2
Estádio	0	1	1,7	1	1,7
	I	15	26,7	12	21,4
	II	11	19,6	8	14,2
	III	7	12,5	13	23,2
	IVA	20	35,7	12	21,4
	IVB	0	0	8	14,2

Tabela 3: Dados demográficos

		Média (DP)	Mediana (Min-Max)
Idade		60,3(11,02)	58,64(31-91)
Diâmetro tumoral		2,97 (1,54)	3 (0,3-7)
Espessura tumoral*		1,45(0,83)	1,3 (0,2-3)
		N = 56	%
Gênero	masculino / feminino	42/14	75.25
Raça	branco	51	91
	negro	4	7,1
	pardo	1	1,4
Escolaridade	1ª grau	41	73,2
	2ª grau	8	14,2
	ensino superior	2	3,5
	pós-graduado	2	3,5

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - Hospital Ana Nery



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO IMPACTO DAS MUDANÇAS DO ESTADIAMENTO CLÍNICO-PATOLÓGICO (TNM) DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE BOCA A PARTIR DA SUA OITAVA EDIÇÃO

Pesquisador: Fábio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72825517.9.0000.5343

Instituição Proponente: HOSPITAL ANA NERY SANTA CRUZ DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.226.989

Apresentação do Projeto:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.228.989

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Recomendações:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto em segunda avaliação.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_967322.pdf	16/08/2017 13:57:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUS.pdf	16/08/2017 13:57:03	Fábio	Aceito
Outros	tlc.pdf	16/08/2017 13:50:53	Fábio	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	marcia.pdf	03/08/2017 12:39:45	Fábio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pppb.pdf	03/08/2017 12:37:28	Fábio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Untitled_20170529_092113.JPG	03/08/2017 12:26:15	Fábio	Aceito
Cronograma	cro.docx	03/08/2017 12:21:35	Fábio	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.228.989

Orçamento	or.pdf	03/08/2017 12:18:26	Fábio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COI.pdf	03/08/2017 12:01:37	Fábio	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/08/2017 11:34:56	Fábio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 18 de Agosto de 2017

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO C - Regras da Revista

Normas para publicação

Orientação aos autores

A **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (ISSN 0100-2171)**, órgão científico oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e da Federação Latino-Americana de Sociedades de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, é um veículo multidisciplinar de publicação trimestral, em um único volume anual, com o objetivo de divulgar artigos originais de autores nacionais e estrangeiros, aprovados por pareceristas do Conselho Editorial, contendo informações clínicas e experimentais relacionadas com o segmento anatômico da cabeça e pescoço, interessando não só à Especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço como também às de Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, Neurocirurgia e Ciências Básicas afins.

O endereço editorial é: Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 – 6º andar 01318-901 São Paulo SP. Telefax (11) 3107-9529.

Todos os manuscritos e comunicações editoriais devem ser enviados on-line. Veja a Submissão de Manuscritos, abaixo. Visite o site: <http://www.sgponline.com.br/rbccp/sgp/> e <http://www.sbccp.org.br>

Política editorial

Todos os artigos são revisados por dois revisores. O Conselho Editorial é composto por especialistas, com publicações nas bases de dados, que recebem os textos de forma anônima e decidem por sua publicação. A aceitação é baseada na originalidade e significância do material apresentado. Somente serão submetidos à avaliação os trabalhos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista. A responsabilidade de conceitos ou asserções emitidos em trabalhos na Revista, bem como a exatidão das referências cabem inteiramente ao(s) autor(es). Não serão aceitos trabalhos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos.

Autoria

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do manuscrito e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

O **crédito de autoria** deve ser baseado apenas por contribuições substanciais durante: (a) concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos resultados; (b) redação e elaboração do artigo ou revisão de forma intelectual importante; (c) aprovação final da versão a ser publicada.

A participação limitada somente à obtenção de fundos, coleta de dados, supervisão geral ou chefia de um grupo de pesquisa não justifica autoria do manuscrito.

Os Editores podem solicitar justificativa para a inclusão de autores durante o processo de revisão do manuscrito, especialmente se o total de autores exceder seis.

Categorias dos artigos

Os seguintes tipos de artigos são publicados:

- Artigos Originais: a) introdução com objetivo; b) método; c) resultados; d) discussão; e) conclusões; f) referências bibliográficas. As informações contidas em tabelas e figuras não devem ser repetidas no texto. Estudos envolvendo seres humanos e animais devem fazer referência ao número do protocolo de aprovação pelo respectivo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual está vinculada a pesquisa. Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho original com contribuições significativas e válidas. Os leitores devem extrair de um artigo geral conclusões objetivas que vão ao encontro dos objetivos propostos.
- Artigos de Revisão da Literatura: a) introdução; b) revisão de literatura; c) discussão; d) comentários finais; e) referências bibliográficas. Artigos de revisão devem abranger a literatura existente e atual sobre um tópico específico. A revisão deve identificar, confrontar e discutir as diferenças de interpretação ou opinião.
- Artigos de Atualização: a) introdução; b) revisão de um determinado tema; c) discussão; d) comentários finais; e) referências bibliográficas. O artigo de atualização é uma produção científica que explora um determinado tema, desenvolvido a partir de dados atuais disponíveis pelos autores. Tem por finalidade organizar um discurso explorando um assunto específico, com base em obras publicadas recentemente.
- Artigos de Relato de Caso: a) introdução; b) revisão de literatura com diagnóstico diferencial c) apresentação de caso clínico; d) discussão; e) comentários finais; f) referências bibliográficas. Relatos de caso deverão apresentar características inusitadas ou cientificamente relevantes. Será dada prioridade a relatos de cunho multidisciplinar, interdisciplinar e/ou prático.

- Artigos de Opinião e Carta ao Editor: deverão ser feitos sob convite do Editor.

Preparação do manuscrito

A **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço** adota as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, conforme o site www.icmje.org (de outubro de 2007).

A **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço** 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. Assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE. Os endereços estão disponíveis no site do ICMJE <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Abreviações devem ser apresentadas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto, sendo indicadas imediatamente depois entre parênteses. Devem ser consistentemente utilizadas no corpo do manuscrito.

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês.

Página do título. A página do título deve conter: (1) título em português e em inglês, devendo ser conciso e explicativo e representando o conteúdo do trabalho; (2) nome completo de todos os autores, com o mais elevado título acadêmico e afiliação institucional de cada um; (3) instituição(ões) onde o artigo foi desenvolvido; (4) nome, endereço completo, números de telefone/fax e endereço eletrônico (e-mail) do autor correspondente; o autor correspondente receberá toda correspondência relativa ao manuscrito, bem como a prova do artigo e solicitação de separatas; (5) congresso ou encontro onde o trabalho foi apresentado, se aplicável; e (6) patrocínios, assistência recebida e conflito de interesse, se aplicável.

Resumo e Abstract. Artigos originais devem ter um resumo em português e um *abstract* em inglês, cada um com 200 a 250 palavras. Devem ser apresentados em páginas separadas, em um parágrafo único e estruturados nas seguintes partes: Introdução; Objetivo; Casuística (ou Material) e Método; Resultados; e Conclusão. Três ou mais descritores em português e *key words* em inglês, em seguida, respectivamente, ao resumo e ao *abstract* devem ser apresentados, conforme padronização nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://www.bireme.br>) e *Medical Subject Headings of the Index Medicus (MeSH)*.

Texto. Consulte "Categorias dos Artigos" para orientação sobre o tamanho do manuscrito. O texto deve ser claro e conciso. Recomenda-se subdividir os artigos originais em: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Conclusão. Use os nomes genéricos de drogas e equipamentos quando possível; cite os nomes do proprietário após a primeira menção. Identifique equipamentos pelo nome e local do fabricante.

Aspectos éticos. Todos os artigos devem mencionar claramente a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local onde o trabalho foi realizado ou equivalente, contendo o Consentimento Informado e com observação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996 (<http://www.datasus.gov.br/conselho/resolucoes.htm> ou <http://www.resodoc.org.br/rede8119.html>); da Declaração de Helsinki, revisada em 2000 - WMA (World Medical Association), 2000. *Declaration of Helsinki*. Edinburgh, Scotland; 52nd General Assembly-WMA. 13 October 2000 (<http://www.wma.net>); e das Normas Internacionais de Proteção aos Animais.

Agradecimentos. Registre agradecimento ao estatístico e qualquer outra pessoa que tenha contribuído para o trabalho e que não sejam co-autores, indicando os nomes e respectivas titulações acadêmicas e vínculo institucional.

Referências. Os autores são responsáveis pela exatidão, acurácia e formato das referências. Comece a listagem das referências em uma página separada, logo após os Agradecimentos. As referências são identificadas no texto, nas tabelas e legendas através de algarismos arábicos colocados na mesma linha do período, na forma sobrescrita. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva na ordem em que são citadas pela primeira vez no trabalho, não na ordem alfabética nem na cronológica. Siga o formato detalhado no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (JAMA, 1997;277:927-34)*. Mencionar todos os autores. Cite dados não publicados, comunicações pessoais e manuscritos submetidos (mas ainda não aceitos) como notas de rodapé, no texto. Serão aceitas no máximo 30 referências para artigos originais, 50 para artigos de revisão ou de atualização e 15 para relatos de casos.

Exemplos de formas de referências:

- em Revista: Alkurcishi LW, Ross GL, MacDonald DG, Shoab T, Gray H,

Robertson G, Soutar DS. Sentinel node in head and neck cancer: use of size criterion to upstage the neck in head and neck squamous cell carcinoma. *Head Neck*. 2007;29(2):95-103.

- **livro:** Carvalho MB. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.

- **capítulo de livro:** Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In: Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdomo agudo não traumático - Novas propostas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Robe Editora; 1995. p. 201-220.

- **tese e monografia:** Barros APB. Efetividade da comunicação oral, qualidade de vida e depressão pós-faringolaringectomia e laringectomia total. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

- **Material Eletrônico:**

Artigo: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis [serial on the Internet]*. 1995 jan/mar [cited 1996 jun 5]; 1(1):[24 telas]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Arquivo de Computador: Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Monografia em formato eletrônico: CDI, Clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1965.

Tabelas. As tabelas devem ser numeradas de forma consecutiva na ordem em que são citadas no texto. Devem ser colocadas em páginas separadas, logo após as Referências e numeradas na ordem em que elas são mencionadas no texto. Cada tabela deve ter um título conciso na parte superior e suas abreviações devem ser colocadas como notas de rodapé, escritas como *Times New Roman* 10.

Figuras. As figuras devem ser numeradas de modo consecutivo de acordo com a primeira citação no texto. A lista de legendas das figuras deve ser remetida em folha separada logo após as tabelas. Cada figura deve ter uma legenda na sua parte inferior. Cada figura será impressa em preto e branco, a não ser que seja selecionada pelo Editor ou haja uma solicitação por parte dos autores para reprodução a cores. Figuras a cores são estimuladas, porém, os autores serão responsáveis pelas despesas para reprodução a cores, caso sejam os solicitantes. As figuras podem aparecer no website da Revista sem custo adicional. Para reprodução de figuras já publicadas deve ser reconhecida a fonte e os autores devem encaminhar cópia da autorização escrita do proprietário para reprodução. Fotos envolvendo seres humanos devem observar os cuidados de privacidade do indivíduo. Caso contrário, os autores devem providenciar uma autorização por escrito do paciente ou de seu responsável. As figuras devem ser submetidas no formato eletrônico, em formato TIF ou JPEG. As figuras devem ser enviadas **separadamente** na submissão eletrônica. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo árabe. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda descritiva colocada após as referências.

Instruções para submissão on-line de manuscritos usando o sistema de gestão de publicações (sgp)

Todo o processo de submissão deverá ser feito através do endereço de internet <http://www.sgponline.com.br/rbccp/sgp/>, que dá acesso ao nosso Sistema de Gestão de Publicações (SGP), onde é feita a submissão do artigo pelos autores e a avaliação por revisores do corpo editorial, em um processo onde os nomes dos autores do artigo em questão não são demonstrados em nenhuma instância. Quando acessar este link, o sistema irá pedir seu nome de usuário e senha, caso já esteja cadastrado. Caso contrário clique no botão "Quero me cadastrar" e faça seu cadastro. Ou ainda, caso tenha esquecido sua senha, use o mecanismo para lembrar sua senha, que gerará automaticamente um e-mail contendo a mesma. O (s) autor (es) deve (m) manter uma cópia de todo o material enviado para publicação, pois os editores não se responsabilizam pelo extravio do material. O processo de submissão é composto de oito passos, listados abaixo:

- 1º - Informar Classificação (Original, Revisão, Atualização, Relato de Caso)
- 2º - Envio de Imagens para o seu Artigo
- 3º - Cadastrar Co-autor (es)
- 4º - Informar Título e Descritores
- 5º - Informar Resumo e Comentários
- 6º - Montar Manuscrito
- 7º - Transferência de Copyright (Cessão de Direitos) e Declaração de Conflitos de Interesse
- 8º - Aprovação do (s) Autor (es)

Após a submissão, o sistema oferece a opção de salvar uma cópia de seu manuscrito em formato PDF para seu controle.

A Revista encoraja fortemente que os autores submetam eletronicamente ma-

nuscritos preparados em WordPerfect ou Microsoft Word, pois no passo "Montar Manuscrito", será exibida uma tela que simula o Word, onde é possível "copiar e colar" de qualquer editor de texto, inclusive as tabelas. O texto deverá ser digitado em espaço duplo, sendo que as margens não devem ser definidas, pois o sistema SGP as definirá automaticamente. Regras para imagens e gráficos estão descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo

1º Passo: Informar Classificação

Escolha uma das quatro opções: Artigo Original, Artigo de Revisão, Artigo de Atualização ou Relato de Caso.

2º Passo: Envio de imagens para o seu artigo:

As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG. Caso necessite alterar o formato de suas imagens entre na seção DOWNLOADS no SGP em: <http://www.sgponline.com.br/rbccp/sgp/naveg/downloads.asp> e faça o download de algum dos programas freeware oferecidos para edição de imagens (requer senha de acesso).

O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para submeter mais de cinco imagens, basta clicar no botão "Enviar mais imagens". Logo após serão exibidas miniaturas das imagens, onde há um ícone (i), que deverá ser clicado para editar o título e a legenda de cada imagem submetida.

3º Passo: Cadastrar Co-autor (es)

Cadastre cada co-autor, informando nome completo, cargo e titulação obrigatoriamente. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos co-autores pode ser alterada facilmente usando as "setas" exibidas na tela.

4º Passo: Informar Título e Descritore

Informe o título do trabalho, em português e inglês, e as Descritore (Português) e Key words (Inglês), que deverão ter aproximadamente 2 a 6 palavras chaves pertinentes (ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NO DECS E NO MESH que podem encontrados no SGP em todas as telas).

5º Passo: Informar Resumo e Comentários

O Resumo/Abstract deverá obrigatoriamente conter no máximo 250 palavras cada. O autor deverá preencher os campos: Instituição, Nome e endereço para correspondência, suporte financeiro (deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro) e a carta ao editor (opcional). Importante: o limite máximo aceito pelo sistema de submissão on-line para os resumos em português e inglês é de 250 palavras cada. O excedente será cortado automaticamente pelo sistema.

6º Passo: Montar Manuscrito

Nesta tela é exibido um simulador do Word com todas as funcionalidades de formatação de texto necessárias. Para inserir seu texto neste campo, simplesmente selecione todo seu trabalho e copie e cole no campo de montagem do manuscrito (artigo). Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens já deverão ter sido enviadas no 1º passo e serão inseridas no final do trabalho automaticamente. Importante: Nunca coloque neste campo os nomes de autores, co-autores, ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado. Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer sem o conhecimento destes dados pelo (s) revisor (es). A não observância deste detalhe fará com que seu trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO para correções.

7º Passo: Copyright (Cessão de Direitos) e Declaração de Conflitos de Interesse Neste passo é exibida a tela com o termo de Copyright e outra com a Declaração de conflitos de Interesse, onde os autores deverão clicar nos boxes apropriados.

8º Passo (Último passo): Aprovação do Autor

Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela o autor terá a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF de seu trabalho recém submetido. Importante: O autor deverá clicar no link "APROVAR MANUSCRITO" para que seu trabalho seja encaminhado à Secretaria da Revista da SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO para conferência e confirmação.

Distribuição

A Revista é distribuída gratuitamente a todos os membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, a bibliotecas da área de Saúde e mediante assinatura.



Associação Brasileira de Editores Científicos