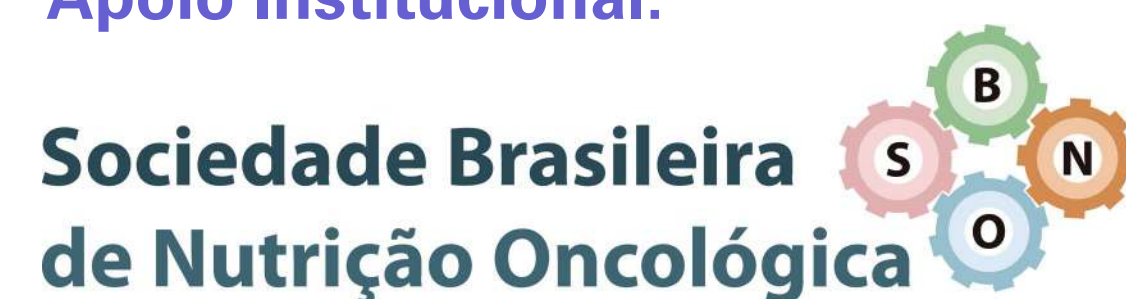


MANUAL UNIFICADO DE BOAS PRÁTICAS PARA MANEJO DO PACIENTE COM CÂNCER GÁSTRICO RESSECÁVEL



BR-54025- Material destinado a profissionais relacionados à área da saúde. Agosto 2026

Apoio Institucional:



Realização:



AUTORES

Bárbara Sodré Figueiredo Ferreira	Oncologista clínica em Tumores Gastrointestinais da Oncoclínica&CO, Representante Regional SBOC 2024. Faz parte das sociedades nacionais e internacionais (SBOC, ASCO, ESMO e GTG).
Cristiane Bedran Milito	Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com mestrado em Medicina (Anatomia Patológica) e doutorado em Clínica Médica (2004) pela UFRJ. Pós-doutora em Hematopatologia no <i>MD Anderson Cancer Center</i> , da Universidade do Texas. Professora titular da Faculdade de Medicina de Petrópolis do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (FMP-UNIFASE). Professora do Programa de Pós-graduação em Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Atual presidente da Associação Estadual de Patologia do Rio de Janeiro (APERJ).
Fernando Prado de Barros	Médico pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Gastroenterologista pelo Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG). Mestre em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pelo INI/Fiocruz. Membro efetivo da FBG. Membro titular da SOBED. Atualmente é Diretor Clínico e Médico Gastroenterologista e Endoscopista da Gastromed-RJ, e integra o Núcleo de Doenças Infecciosas da SOBED e é membro da Diretoria da AGRJ.
Hayane Cristina Duarte Gonçalves	Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Celso Lisboa. Especialista em Oncologia Clínica pela Universidade Veiga de Almeida. Especialista em Estomaterapia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Navegação de Pacientes pelo Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Atualmente é enfermeira navegadora de práticas avançadas, focada em pacientes com tumores gastrointestinais na Oncoclínicas – Unidade de Botafogo.
Marcelo Sá de Araújo	Cirurgião geral e oncológico, com residência em Cirurgia Geral pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e em Cirurgia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), mestre em Ciência Cirúrgica Interdisciplinar pela EPM-UNIFESP. Atualmente é professor de Cirurgia Geral da UFF e chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Antônio Pedro (UAP). Membro titular da SBCO e Colégio Brasileiro de Cirurgões (CBC).
Mariceli Santos Costa Madureira	Médica formada pela UFRJ, residência médica em Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em Endoscopia pela SOBED, Especialista em Gastroenterologia pela FBG. Atualmente é médica do Serviço de Endoscopia do Hospital Federal de Ipanema – MS, Hospital Barra D’or, Samaritano Botafogo e presidente da Sociedade de Endoscopia e Endoscopia Digestiva – Unidade Estadual Rio de Janeiro – Biênio 2025-2026.
Nivaldo Barroso de Pinho	Graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), mestrado em Nutrição e doutorado em Ciências Nutricionais, ambos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA), chefe do Serviço de Nutrição do HC1 por 20 anos e coordenador da Divisão Técnico-assistencial dessa unidade. Atualmente é presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO).



Índice

1. Identificação de risco e rastreio	4
2. Diagnóstico endoscópico e patológico	5
3. Estadiamento e avaliação pré-tratamento	5
4. Decisão terapêutica multidisciplinar	6
5. Tratamento curativo – doença precoce	6
6. Tratamento curativo – doença localizada e/ou avançada ressecável	8
7. Cirurgia	9
8. Perioperatório	10
9. Patologia (biópsia e peça cirúrgica)	10
10. Enfermagem – navegação e coordenação do cuidado	13
11. Nutrição clínica – prevenção, tratamento, reabilitação e monitoramento	14
12. Situações especiais	16
13. Seguimento e reabilitação	16
14. Organização do cuidado e indicadores	17





VISÃO GERAL E OBJETIVO

Este documento tem por objetivo unificar recomendações das sociedades envolvidas na jornada do paciente com câncer gástrico ressecável, a fim de estruturar um manual de boas práticas com linguagem comum, pontos de concordância e caminhos de decisão claros. A jornada é organizada em: identificação de risco e rastreio; diagnóstico; estadiamento; decisão terapêutica multidisciplinar; tratamento (perioperatório e cirurgia); patologia; acompanhamento e vigilância; organização do cuidado que envolve equipe multidisciplinar (enfermagem e nutrição oncológica).

1. Identificação de risco e rastreio

- Populações de risco: indivíduos que apresentam infecção por *Helicobacter pylori*, gastrite atrófica e metaplasia intestinal (estratificação por estágios de atrofia/risco de acordo com os sistemas OLGA e OLGIM), história familiar ou síndromes hereditárias (por exemplo, síndrome de Lynch e mutações no gene *CDH1*) e residentes em áreas de maior incidência.¹⁻¹³
- Estratégias^{1,5}
 - Tratar e confirmar a erradicação do *Helicobacter pylori*.
 - Realizar endoscopia digestiva alta e manter vigilância endoscópica por meio de biópsias mapeadas em indivíduos com lesões precursoras; encaminhar para avaliação genética quando houver indicação.
- Concordância: tratar *Helicobacter pylori*, exigir endoscopia de qualidade e usar a estratificação histológica por estágios de atrofia/metaplasia (OLGA e OLGIM) para definir vigilância.^{1,5-7}



2. Diagnóstico endoscópico e patológico

- Endoscopia
 - Técnica e qualidade: limpeza da mucosa, tempo de exame adequado, protocolo de pelo menos 22 imagens,¹⁴ uso da Classificação de Paris para morfologia e da Classificação de Viena para histologia; empregar o algoritmo diagnóstico por magnificação, conhecido como MESDA-G,¹⁵⁻¹⁷ que avalia linha de demarcação e padrões de microvascularização e de microsuperfície.
 - Indicação de ressecção endoscópica: ressecção da mucosa (EMR) ou dissecação da submucosa (ESD) para câncer precoce conforme critérios japoneses.¹⁵



3. Estadiamento e avaliação pré-tratamento

- Métodos¹⁸
 - Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve com contraste como exame de base.
 - Ultrassonografia endoscópica de forma seletiva para diferenciar tumores superficiais limitados à mucosa (T1) de tumores que atingem a região muscular (T2) e para avaliar linfonodos quando não há metástases a distância.
 - Tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) não é exame de rotina; reservar para dúvidas de metástase quando a tomografia e a laparoscopia não esclarecem.
 - Videolaparoscopia com lavagem peritoneal e citologia para tumores mais avançados (T3 e T4), para tumores de padrão difuso/anel de sinete, na presença de linfonodo suspeito sem metástase distante ou quando de alto risco de disseminação no peritônio.
- Preparo clínico¹⁸
 - Avaliação do estado nutricional e da depleção de massa muscular; implementação de programa de pré-habilitação; tratamento da anemia; reposição de vitaminas e minerais; otimização das comorbidades.



4. Decisão terapêutica multidisciplinar

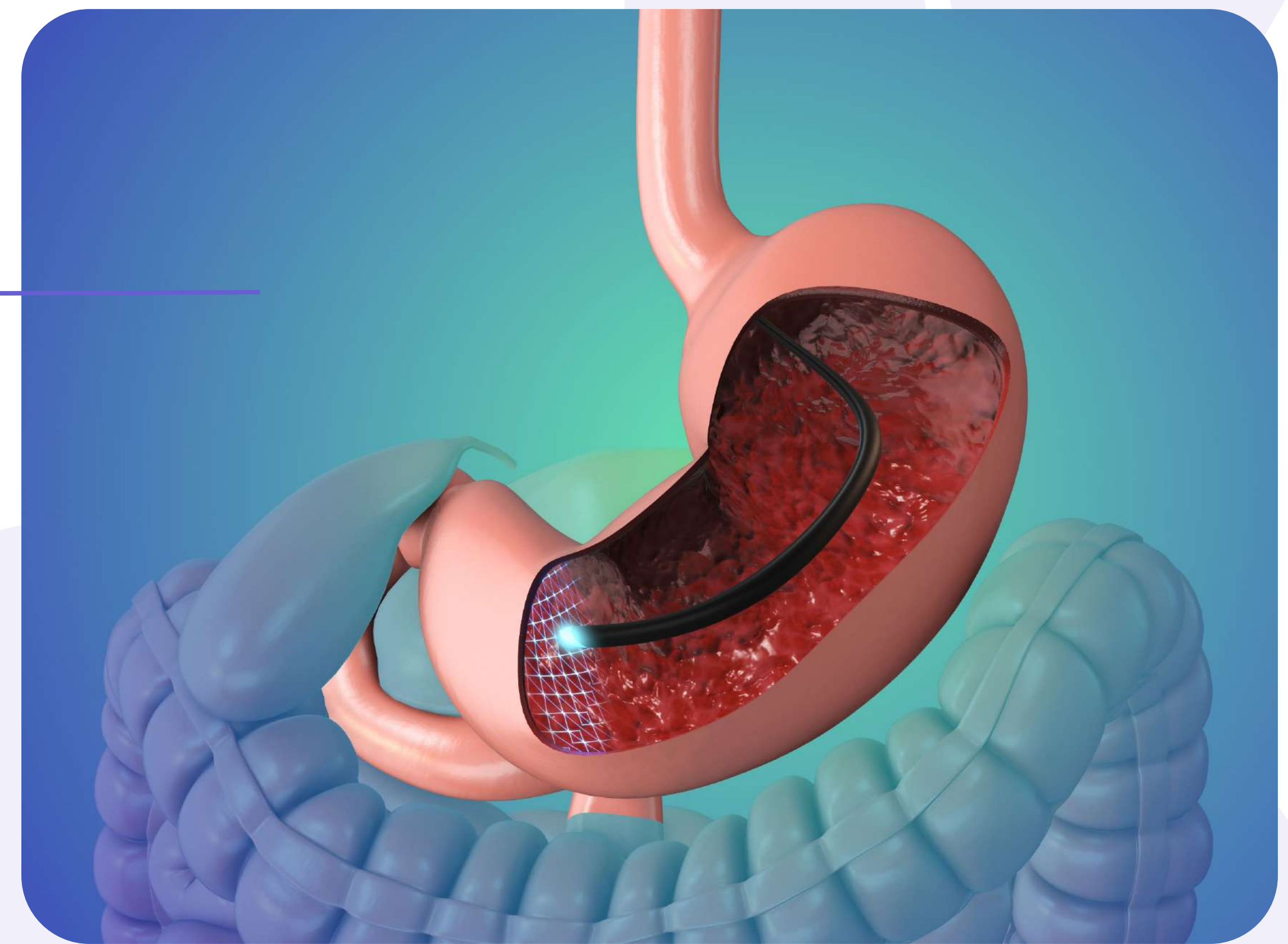
- Composição ideal de discussão: cirurgia oncológica, oncologia clínica, endoscopia, patologia, radiologia, anestesia/perioperatório, enfermagem com navegação, nutrição clínica, psicologia, odontologia e genética, quando necessário.¹⁹
- Resultados esperados da reunião: planejamento nutricional multimodal (habilitação/reabilitação - pré-tratamento sistêmico, pré-cirurgia e pós-cirurgia), intenção terapêutica (curativa ou paliativa); plano de tratamento (ressecção endoscópica curativa; quimioterapia antes da cirurgia, seguida de cirurgia, cirurgia *upfront*), cronograma, critérios de reestadiamento e de resposta, responsabilidade, consentimento informado; recomendação de reavaliação em MDT após tratamento inicial.¹⁹

5. Tratamento curativo – doença precoce

- Ressecção endoscópica
 - Ressecção em monobloco com margens livres nas lesões precoces permite adequada avaliação histopatológica e aumenta a chance de cura. A mucosectomia (EMR) pode ser uma opção alternativa nas lesões intramucosas, diferenciadas, tipo intestinal, não ulceradas, até 20mm. A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) é a melhor estratégia de ressecção e a técnica de escolha nas lesões intramucosas diferenciadas, do tipo intestinal maiores que 20mm, sem ulceração, e até 30mm com ulceração.^{15,16,20}
 - Usar critérios absolutos e estendidos para indicar a dissecação endoscópica da submucosa. Após o laudo histopatológico da peça (deve mencionar profundidade da invasão, tipo histológico, presença de ulceração, invasão linfovascular e margens lateral e profunda), classificar a curabilidade de acordo com o sistema e-Cura. Considerar discussão individualizada nos tumores com invasão de submucosa, margens comprometidas e outros fatores associados na tomada de decisão terapêutica.²⁰⁻²³



- Seguimento após ressecção endoscópica
 - T1a - Seguimento endoscópico a cada 3 a 6 meses no primeiro ano, a cada 6 meses nos dois anos seguintes e depois anualmente. Recomenda-se vigilância endoscópica após 5 anos indefinidamente devido ao aumento do risco linear de lesões metacrônicas. Realizar biópsias dirigidas e confirmar erradicação de *Helicobacter pylori*.^{1,9,24}
 - Navegação: educação, acompanhamento remoto e coordenação de retornos e sinais de alerta.^{9,24}

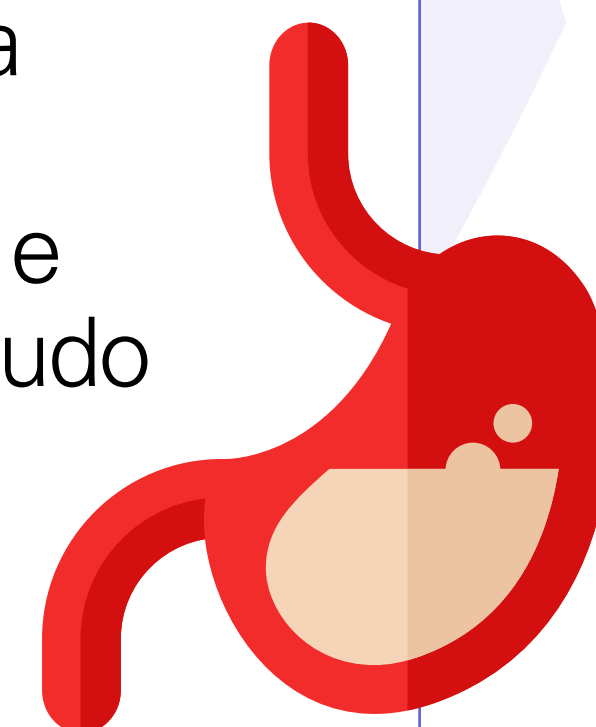


6. Tratamento curativo – doença localizada e/ou avançada ressecável

- Terapia sistêmica antes e depois da cirurgia

- O esquema à base de fluoruracila, leucovorina, oxaliplatina e docetaxel (conhecido como FLOT) é o padrão de tratamento no cenário perioperatório, que evidenciou ganho de sobrevida livre de doença (30 vs. 18 meses; HR: 0,75), sobrevida global (50 vs. 35 meses; HR:R 0,77) e resposta patológica completa (16% vs. 6%) na comparação de quimioterapia baseada em epirrubicina, cisplatina, fluoracil ou capecitabina (ECF/ECX) *versus* FLOT. O estudo ESOPEC comparou quimioterapia concomitante à radioterapia com o protocolo CROSS à quimioterapia perioperatória com o esquema FLOT em pacientes com adenocarcinoma ressecável da junção esofagogástrico com ganho de SG (66 *versus* 37 meses), assim o tratamento perioperatório com FLOT tornou-se o tratamento padrão nesse cenário.^{18,25-29}
- Alternativa para pacientes frágeis ou sem acesso a FLOT: esquema com oxaliplatina e fluoruracila (mFOLFOX), baseado em evidência francesa.³⁰

- Para os pacientes que realizaram cirurgia *upfront*, o tratamento adjuvante com quimioterapia baseado em capecitabina e oxaliplatina, por 8 ciclos, baseado no estudo CLASSIC, deve ser indicado a pacientes orientais submetidos a gastrectomia e linfadenectomia D2.³¹
- Imunoterapia: a eficácia e segurança do durvalumabe (D) associado ao FLOT foi demonstrado no estudo MATTERHORN. O ensaio randomizado, duplo-cego, multicêntrico, comparou D+FLOT perioperatório seguido de durvalumabe adjuvante vs placebo+FLOT. O estudo atingiu o desfecho primário: sobrevida livre de eventos com mediana não alcançada com D+FLOT vs 32,8 meses com placebo+FLOT; HR 0,71 (IC 95% 0,58–0,86; $p<0,001$), consistente em subgrupos. Desfechos secundários: resposta patológica completa ~12% absoluta maior com D+FLOT; sobrevida global HR 0,78 (IC 95% 0,63–0,96; $p=0,021$). O tratamento foi aprovado em fevereiro de 2026 no Brasil.^{32,33}



7. Cirurgia

1

Extensão conforme localização e margens: gastrectomia parcial (subtotal) no caso de tumores no antro ou no corpo distal quando houver margem proximal adequada; gastrectomia total de tumores proximais ou de padrão difuso sem margem segura; gastrectomia proximal selecionada no caso de tumores muito iniciais do terço proximal, com reconstrução em duplo trato por equipes experientes; gastrectomia com preservação do piloro em tumores iniciais do terço médio em casos selecionados.^{8,9,24,34-42}

2

Margens mínimas macroscópicas: 2 cm para tumores T1; 3 cm para tumores expansivos de T2 em diante (tipos 1 e 2); 5 cm para tumores infiltrativos (tipos 3 e 4); usar congelação intraoperatória quando houver dúvida.^{24,34}

3

Linfadenectomia: remoção de cadeias linfáticas ampliadas (chamadas D2) como referência; analisar pelo menos 15 ou 16 linfonodos; estações a dissecar variam conforme o tipo de gastrectomia; não dissecar rotineiramente o hilo esplênico.^{24,35,36}

4

Omento e bursa: remover o grande omento em tumores T3 e T4; pode-se preservar parcialmente o omento em T1 e T2, de modo a manter distância de 3 a 5 cm da arcada gastroepiploica; não realizar bursectomia de rotina.^{34,36}

5

Vias e reconstruções: a laparoscopia é segura e equivalente em centros experientes; a cirurgia robótica é promissora; a reconstrução em Y de Roux é a mais usada; considerar bolsa jejunal (*pouch*) após gastrectomia total para propiciar qualidade de vida; usar duplo trato após gastrectomia proximal.^{37,41,42}



8. Perioperatório

1. Protocolos de Pré-Habilitação Cirúrgica Nutricional (protocolo multimodal, ACERTO e ERAS): analgesia poupadora de opioides, restrição hídrica, mobilização precoce e profilaxias.⁴³⁻⁴⁶
2. Nutrição: iniciar nutrição enteral precoce preferencialmente por sonda até o jejuno e planejar suplementação conforme o risco nutricional.⁴³

9. Patologia (biópsia e peça cirúrgica)⁴⁴⁻⁴⁷

Fase pré-analítica: fixação imediata em formol tamponado a 10%, controle do tempo fora do fixador (isquemia fria), processamento e inclusão com garantia de qualidade.^{47,48}

- Fixação do material

Os fragmentos gástricos retirados do paciente devem ser colocados imediatamente em formol tamponado a 10% com pH entre 7 e 7,3.^{47,48} A isquemia fria (tempo entre a retirada do material e a colocação no formol) deve ocorrer, idealmente, em até 10 minutos e, no máximo, em 1 hora. A quantidade do formol deve corresponder a 10 vezes o volume do tecido. A fixação do material é essencial para a preservação da morfologia e dos antígenos teciduais.^{47,48}

O tempo de fixação para biópsias pode variar entre 6 e 48 horas. A fixação deve ser de, no mínimo, 6 horas e, no máximo, 72 horas. O tempo ótimo de fixação é de 24 horas para estudos de imuno-histoquímica e moleculares.^{47,48}

A fixação com menos de 6 horas não preserva a arquitetura nem os antígenos teciduais. Já a fixação excessiva gera degradação, fragmentação e alteração na sequência de ácidos nucleicos.^{47,48}



- Processamento histológico do material

O processamento histológico desidrata e diafaniza o material, por isso deve ser realizado idealmente em sistemas automáticos com controle da qualidade, da pureza e da frequência de troca dos reagentes.^{47,48}

- Inclusão do material

A inclusão do material em parafina líquida de alta qualidade precisa ser monitorada para que a temperatura não ultrapasse 60°C. Altas temperaturas podem gerar degradação de moléculas.^{47,48}

Fase analítica: cabe ao patologista o diagnóstico do tipo histológico das neoplasias tanto nas biópsias como nas peças cirúrgicas.^{47,48}

- Em biópsias

- ✓ Identificar e classificar o adenocarcinoma gástrico segundo a classificação de Lauren⁴⁰ (intestinal, difuso, misto) e a da Organização Mundial da Saúde de 2022⁴⁶ (OMS 2022) (tubular, papilífero, mucinoso, pobremente coeso etc.).
- ✓ Avaliar lesões associadas (gastrite crônica, metaplasia intestinal, displasias de baixo ou alto grau, infecção por *H. pylori*).⁴⁹

- Em peças cirúrgicas

Macroscopia

- ✓ Medir dimensões tumorais, distâncias às margens proximal/distal, infiltração da parede e extensão para estruturas adjacentes.^{47,48}
- ✓ Descrever padrão macroscópico (ulcerado, infiltrativo, polipoide).^{47,48}



Microscopia

- ✓ Confirmar subtipo histológico e grau de diferenciação.^{47,48}
- ✓ Avaliar profundidade da invasão na parede e número de linfonodos examinados.^{47,48}
- ✓ Determinar o *status* das margens.^{47,48}
- ✓ Identificar invasão linfática, vascular e perineural.^{47,48}
- Laudo analítico padronizado: subtipo segundo classificação de Lauren⁴⁰ e OMS 2022,⁴⁹ grau de diferenciação, profundidade de invasão, *status* das margens, presença de invasão linfática, vascular e perineural, número de linfonodos examinados e estadiamento patológico segundo o Manual de Estadiamento de Tumores do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*,⁵⁰ 8ª edição.
- Biomarcadores mínimos: receptor HER2 por imuno-histoquímica com hibridização fluorescente *in situ* quando resultado duvidoso (2+), proteínas de reparo do DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) para inferir instabilidade de microssatélites, vírus Epstein-Barr por hibridização *in situ* quando indicado. Ampliação de testagem de claudina 18.2 e expressão de PD-L1 com escore combinado (CPS, de *combined positive score*), em cenário metastático.⁴⁹



10. Enfermagem – navegação e coordenação do cuidado^{9,18,51-63}

Papel da navegação: reduzir barreiras e otimizar a jornada do cuidado do paciente, educar paciente e família, oferecer apoio psicossocial e coordenar o cuidado em todas as fases.⁵¹

Fases e responsabilidades^{64,69}

- 1. Suspeita e diagnóstico:** reduz o tempo para diagnóstico após detecção de alteração suspeita, diminui barreiras e esperas, coordena rapidamente exames, favorece o cumprimento da Lei dos 30 dias, mantém o paciente na “linha do cuidado” com acompanhamento ativo, reduz atrasos entre diagnóstico e início do tratamento (Lei dos 60 dias), facilita acesso à endoscopia e biópsias, orienta preparo e esclarece o significado do diagnóstico e oferece acolhimento emocional.
- 2. Estadiamento:** coordena e integra os exames, organiza a sequência lógica, evita duplicidades e reduz o tempo total. Facilita o acesso a exames especializados, acompanha resultados e garante sua avaliação pela equipe assistencial, prevenindo perda de seguimento nessa fase crítica.
- 3. Tratamento:** coordenação do cuidado, educação e monitoramento, advocacia e comunicação, gestão de barreiras, continuidade, adesão e humanização: organiza consultas, procedimentos, exames e interação entre especialidades; explica plano terapêutico, efeitos adversos e autocuidado para decisão compartilhada; monitora sinais, efeitos colaterais e resposta, acionando a equipe para ajustes; oferece apoio emocional e psicossocial; defende direitos e facilita acesso a recursos; assegura troca eficaz de informações sobre evolução, exames e intercorrências; identifica e busca mitigar obstáculos logísticos, sociais, financeiros e culturais; mantém o paciente na linha de cuidado, evitando perdas de seguimento; promove adesão às terapias; e garante abordagem centrada no paciente, respeitando necessidades, valores e preferências.

- Entregáveis de navegação: plano de cuidado individual, *checklists* de preparo, contato direto, coleta de indicadores (tempo até diagnóstico, tempo para resultado molecular, tempo para início de terapia, toxicidades e manejos, redução de internações evitáveis, índice de satisfação do paciente, redução de barreiras identificadas).^{55,70,71}



11. Nutrição clínica – prevenção, tratamento, reabilitação e monitoramento

- Prevenção e diagnóstico da desnutrição



- Muito prevalente em tumores do trato digestivo alto; iniciar triagem precoce e contínua, usando a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (PG-SGA/ ASGPPP) como ferramenta de referência.^{43,72-120}
- Identificar sinais e sintomas que impactam a alimentação (anorexia, náusea, vômitos, diarreia, mucosite, disfagia, alteração do paladar) e intervir precocemente.^{43,72-120}
- Iniciar protocolo de pré-habilitação cirúrgica (Protocolo Multimodal - ACERTO).⁴³⁻⁴⁶

- Terapia suplementar

- Terapia oral: iniciar imediatamente quando a ingestão estiver abaixo de 60% a 70% das necessidades para alcançar 100% (aconselhamento e suplementos).⁷⁷
- Terapia enteral: indicada quando a via oral é insuficiente (abaixo de 60%), nos casos de síndromes de má-absorção, disfagia, dor ao engolir, mucosite e cirurgias altas; preferir fórmulas imunomoduladoras que contenham arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos na faixa de 500 a 1.000 ml por dia; quando exclusiva, associar a fórmula enteral hiperproteica para cobrir metas.^{72,78-83}
- Terapia parenteral: suplementar quando a nutrição enteral for insuficiente por intolerância, iniciando após 3–4 dias de insucesso; exclusiva quando o trato gastrointestinal não pode ser usado; melhor evidência no pré-operatório de desnutridos e continuidade no pós-operatório.^{43,72-120}
- Jejum abreviado: em situações de cirurgias eletivas com esvaziamento gástrico preservado, oferecer 400 ml de solução com 12,5% de dextrose na noite anterior e 200 ml 2 horas antes da anestesia.^{72,82,88,93}



- A fórmula hiperproteica e imunomoduladora deve ser ofertada, por via oral ou enteral, para o paciente em risco nutricional ou desnutrido, candidato a operação de médio e grande portes. A formulação imunomoduladora que contém arginina, ômega-3 e nucleotídeos deve ser ofertada por pelo menos cerca de 5 a 7 dias antes da operação e na quantidade mínima de 500 ml a 1.000 ml/dia.^{72,82,93}
- A dieta por via oral deve ser modificada e adaptada às preferências e às necessidades individuais dos pacientes oncológicos clínicos e cirúrgicos. Essa conduta individualizada, aliada ao aconselhamento nutricional, visa garantir a ingestão adequada de todos os nutrientes e minimizar a perda de peso corporal e a piora clínica no pré- e no pós-tratamento oncológico clínico e cirúrgico.^{44,72-86}
- Reabilitação
 - Nutrição domiciliar: oferecer terapia oral, enteral ou parenteral em domicílio para pacientes desnutridos ou com alto risco de desnutrição com trato gastrointestinal funcional; entregar orientação escrita detalhada (fórmula, volumes, horários, contatos); realizar monitoramento presencial ou telefônico.^{76-85,96}
- Acompanhamento e monitoramento
 - Realizar avaliação nutricional sistemática do diagnóstico à alta e durante todo o tratamento; utilizar a PG-SGA/ASGPPP; planejar alta com educação tanto do paciente quanto dos cuidadores; monitorar peso, ingestão, sintomas e adesão; prevenir reinternações.^{44,72-96}
- Suplementação após gastrectomia
 - Suplementar ferro, ácido fólico, vitamina B₁₂ (obrigatória após gastrectomia total), vitamina D e cálcio e fazer ajustes conforme exames e sintomas.^{72,82}
- Integração com recuperação aprimorada após cirurgia: nutrição como pilar do protocolo perioperatório; início precoce da via enteral; coordenação com enfermagem para transição segura.^{44,72-96}



12. Situações especiais

- Tumor difuso/anel de sinete: alto risco de disseminação peritoneal; laparoscopia com citologia altamente recomendada; atenção à menor resposta à quimioterapia e necessidade de suporte nutricional intensivo.^{96,103}
- Tumores da junção esôfago-estômago: decisões cirúrgicas individualizadas; evidência favorece quimioterapia perioperatória com FLOT; avaliar quimiorradioterapia em subgrupos.^{44,72,82,96,103}
- Doença precoce de padrão indiferenciado: delimitação endoscópica mais difícil; biopsiar áreas adjacentes; critérios para dissecação da submucosa são mais restritivos.^{44,72,82,96,103}
- Idosos e pessoas com fragilidade: avaliação geriátrica; ajustar intensidade terapêutica; foco na função e nutrição.^{44,72,82,96,103}

13. Seguimento e reabilitação

- Cronograma: consultas de 3 a 6 meses nos 2 primeiros anos, depois de 6 a 12 meses até completar 5 anos; endoscopia no remanescente gástrico quando houver indicação; exames de imagem e laboratoriais conforme risco e sintomas.⁹⁹⁻¹⁰³
- Reabilitação: fisioterapia, manejo de *dumping* e má-absorção, saúde mental, retorno ao trabalho; educação sobre sinais de alerta.⁹⁹⁻¹⁰²
- Navegação e nutrição: acompanhamento remoto, reforço da adesão, coordenação de exames e suplementos; plano domiciliar estruturado.⁹⁹⁻¹⁰²



14. Organização do cuidado e indicadores

Indicadores

Acesso e tempos: tempo entre suspeita e endoscopia; tempo entre biópsia e laudo; tempo entre coleta e resultado de biomarcadores; tempo entre reunião multidisciplinar e início do planejamento terapêutico.

Técnica oncológica: proporção de linfadenectomias ampliadas corretas; número de linfonodos examinados igual ou acima de 16; margens cirúrgicas livres; uso de laparoscopia diagnóstica em alto risco; complicações graves; mortalidade em 30 e 90 dias.

Nutrição: triagem nutricional no diagnóstico; início de terapia nutricional por via oral, enteral ou parenteral, conforme critérios; uso de imunonutrição; jejum abreviado; prevenção de perda de peso; reinternações relacionadas à nutrição.^{43-46,72-120}

Experiência do paciente: barreiras ao cuidado; tempo do diagnóstico ao início do tratamento; triagem de sofrimento psicossocial (*distress*); encaminhamentos para cuidados paliativos; experiência do paciente; desempenho clínico e resultados; toxicidades e seus manejos; redução de internações evitáveis.⁷⁰

Governança: revisão periódica dos indicadores por comitê; auditorias; atualização anual; integração com pesquisa clínica.



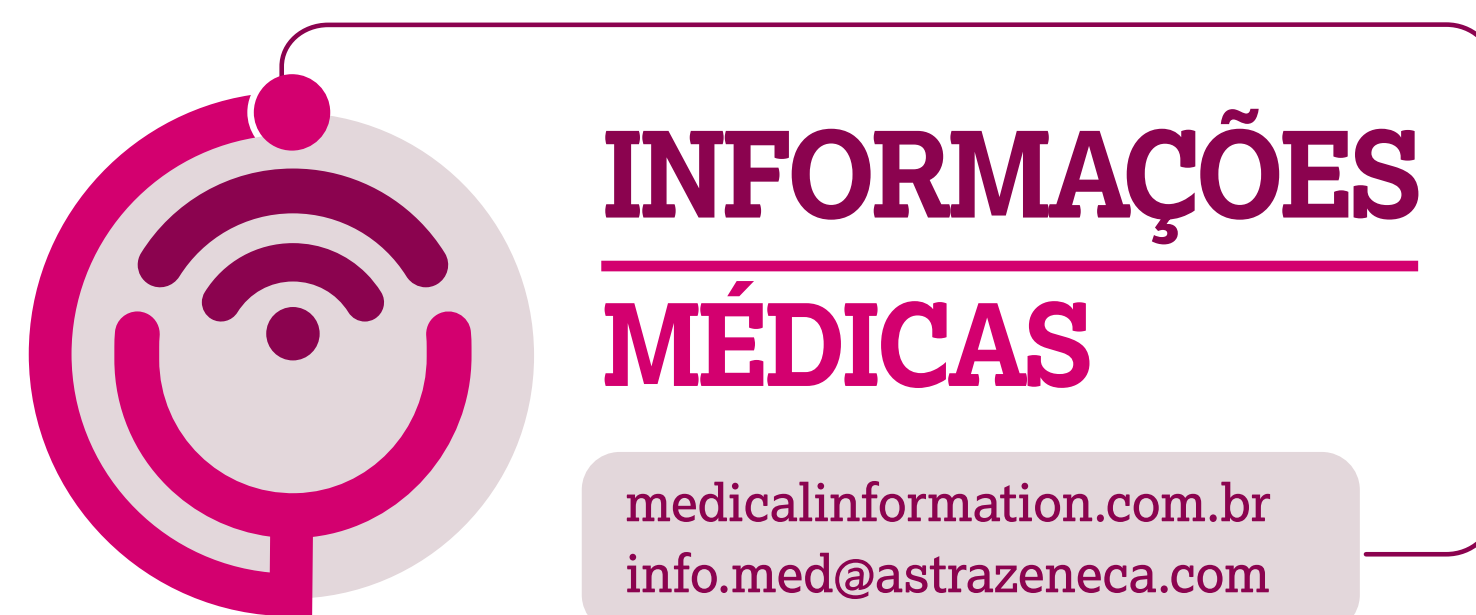
Referências Bibliográficas: 1. Coelho LGV, Marinho JR, Genta R, Ribeiro LT, Passos MCF, Zaterka MCF, et al. IV Consenso brasileiro sobre *Helicobacter pylori*. Arq Gastroenterol. 2018;55(2):97–121. 2. Lages RB. V Consenso brasileiro sobre *Helicobacter pylori*: o que há de novo? Gastropedia 2025, Vol II [acesso em 17 dez 2025]. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/v-consenso-brasil-eiro-sobre-helicobacter-pylori-o-que-ha-de-novo/>. 3. Correa P. The epidemiology of gastric cancer. World J Surg. 1991;15(2):228-34. 4. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. Prz Gastroenterol. 2019;14(1):26-38. 5. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut. 2015;64(9):1353-67. 6. Capelle C, Vries AC, Haringsma J, Borg FT, Vries RA, Bruno MJ, et al. OLGIM staging for intestinal metaplasia as an alternative to OLGA. Gut 2010;59(6):774-9. 7. Benites-Goñi, Cabrera-Hinojosa D, Latorre G, Hernandez AV, Uchima H, Riquelme A. The OLGA and OLGIM systems for risk stratification of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. Therap Adv Gastroenterol. 2025;18:17562848251325461. 8. Smyth C, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27(suppl 5):v38-v49. 9. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Corvera CU, Das P, Enzinger PC, et al. Gastric cancer, version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(5):169-91. 10. van der Post RS, Vogelaar IP, Carneiro F, Guilford P, Huntsman D, Hoogerbrugge N, et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical guidelines with an emphasis on germline CDH1 mutation carriers. J Med Genet. 2015 ;52(6):361-74. 11. Blair V, McLeod M, Carneiro F, Coit DG, D'Addario JL, van Dieren JM, et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical practice guidelines. Lancet Oncol. 2020;21(8):e386-e397. 12. Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, Boland CR, Burke CA, Burt RW, et al; US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer. Gastroenterology, 2014;147(2):502-26. 13. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*: views and expert opinions of an IARC Working Group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC Working Group; 1994. 14. Yao K. The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Ann Gastroenterol. 2013;26(1):11-22. 15. Yao K, Uedo N, Kamada T, Hirasawa T, Nagahama T, Yoshinaga S, et al. Guidelines for endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Dig Endosc. 2020;32(5):663-98. 16. Hisada H, Sakaguchi Y, Oshio K, Mizutani S, Nakagawa H, Sato, J, et al. Endoscopic treatment of superficial gastric cancer: present status and future. Curr Oncol. 2022;29(7):4678-88. 17. Muto M, Yao K, Kaise M, Kato M, Uedo N, Yagi K, et al. Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer (MESDA-G). Dig Endosc. 2016;28(4):379-93. 18. Sociedade Brasileira De Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes de tratamento oncológico SBOC 2025: estômago – doença localizada. São Paulo: SBOC, 2025. 19. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer. Version 2.2026. Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2026. Jan 21, 2026 [Acesso em: 04 de março de 2026]. 20. Ono H, Yao K, Fujishiro M, Oda I, Uedo N, Nimura S, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer (second edition). Dig Endosc. 2021;33(1):4-20. 21. Chiarello MM, Fico V, Pepe G, Tropeano G, Adams NJ, Altieri G, et al. Early gastric cancer: a challenge in Western countries. World J Gastroenterol. 2022;28(7):693-703. 22. Souza WP, Pereira MA, Cardili L, Zilberstein B, Ribeiro-Junior U, Ramos MFKP. Evaluation of the endoscopic cure criteria in patients undergoing surgery for early gastric cancer. J Surg Oncol. 2024;130(4):743-9. 23. Hatta W, Gotoda T, Koike T, Masamune A. History and future perspectives in Japanese guidelines for endoscopic resection of early gastric cancer. Dig Endosc. 2020;32(2):180-90. 24. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2023 (6th edition). Gastric Cancer. 2023;26(1):1-25. 25. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49. 26. Instituto Nacional De Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. 27. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van De Velde CJ, Nicolson M, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. New Engl J Med. 2006;355(1):11-20. 28. Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, Goetze TO, Meiler J, Kasper S, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-esophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. Lancet. 2019;393(10184):1948-57. 29. Hoepfner J, Brunner T, Lordick F, Schmoor C, Kulemann B, Neumann UP, et al. Prospective randomized multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (ESOPEC trial). BMC Cancer. 2016;16:503. 30. Ychou M, Boige V, Pignon J-P, Conroy T, Bouché O, Lebreton G, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. J Clin Oncol. 2011;29(13):1715-21. 31. Noh SH, Park SR, Yang H-K, Chung HC, Chung I-J, Kim S-W, et al. Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): 5-year follow-up of an open-label, randomized phase 3 trial. Lancet Oncol. 2014;15(12):1389-96. 32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Imfinzi (durvalumabe). Brasília: Ministério da Saúde; 23 fev 2026 [citado em 10 mar 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/imfinzi-durvalumabe>. Acesso em 10/03/2026. 33. Janjigian Y, Al-Batran SE, Wainberg ZA, Muro K, Molena D, Van Cutsem E, et al. Perioperative durvalumab in gastric and gastroesophageal junction cancer. N Engl J Med. 2025;393(3):217-30. 34. Kim I-H, Kang SJ, Choi W, Seo AN, Eom BW, Kang B, et al. Korean Practice Guidelines for Gastric Cancer 2024: an evidence-based, multidisciplinary approach (update of 2022 Guideline). J Gastric Cancer. 2025;25(1):5-114. 35. Degiuli O, Sasako M, Ponti A, Vendrame A, Tomatis M, Mazza C, et al. Randomized clinical trial comparing survival after D1 or D2 gastrectomy for gastric cancer. Br J Surg. 2014;101(2):23-31. 36. Kurokawa Y, Doki Y, Mizusawa J, Yoshikawa T, Yamawa Y, Kimura Y, et al. Five-year follow-up of a randomized clinical trial comparing bursectomy and omentectomy alone for resectable gastric cancer (JCOG1001). Br J Surg. 2022;110(1):50-6. 37. Son S-Y, Hur H, Hyung WJ, Park Y-K, Lee H-J, An JY, et al. Laparoscopic distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: KLASS-02 randomized clinical trial. JAMA Surg. 2022;157(10):879-86. 38. Guerrini GP, Esposito G, Magistri P, Serra V, Guidetti C, Olivieri T, et al. Robotic versus laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: the largest meta-analysis. Int J Surg. 2020;82:210-228. 39. Siewert Jr, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. Br J Surg. 1998;85(11):1457-9. 40. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. Acta Pathol Microbiol Scand. 1965;64:31-49. 41. Tsuji T, Isobe T, Seto Y, Tanaka C, Kojima K, Motoori M, et al. Effects of creating a jejunal pouch on postoperative quality of life after total gastrectomy: a cross-sectional study. Ann Gastroenterol Surg. 2021;6(1):63-74. 42. Ilhan E, Okut G. Double tract reconstruction in proximal gastric tumors: a systematic review of clinical and functional outcomes. World J Gastrointest Surg. 2025;17(9):109030. 43. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017;36(3):623-50. 44. Aguilar-Nascimento JE, Bicudo-Salomão A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados perioperatórios em cirurgia geral. Rev Col Bras Cir. 2006;33(3):181-8. 45. Aguilar-Nascimento JE, Bicudo-Salomão A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Enhancing surgical recovery in Central-West Brazil: The ACERTO protocol results. E Spen Eur E J Clin Nutr Metab. 2008;3(2):e78-e83. 46. Bicudo-Salomão A, Meireles MB, Caporossi C, Crotti PL, de Aguilar-Nascimento JE. Impact of the ACERTO project in the postoperative morbi-mortality in a university hospital. Rev Col Bras Cir. 2011;38(1):3-10. 47. Compton CC, Robb JA, Anderson MW, Berry AB, Birdsong GG, Bloom KJ, et al. Preanalytics and precision pathology: pathology practices to ensure molecular integrity of cancer patient biospecimens for precision medicine. Arch Pathol Lab Med. 2019;143(11):1346-63. 48. Assis E. Manual de boas práticas em patologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia: Livromed Paulista Eireli; 2021. 49. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. Histopathology. 2020;76(2):182-8. 50. American Joint Committee on Cancer – AJCC. Cancer staging manual. 8. ed. Cham: Springer; 2017. 51. Oncology Nursing Society Position. Role of the oncology nurse navigator throughout the cancer trajectory. Oncol Nurs Forum. 2018;45(3):283. 52. Ministério da Saúde - BRASIL. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 53. Chen M, Wu VS, Falk D, Cheatham C, Cullen J, Hoehn R. Patient Navigation in Cancer Treatment: A Systematic Review. Curr Oncol Rep. 2024 May;26(5):504-537. doi: 10.1007/s11912-024-01514-9. Epub 2024 Apr 6. PMID: 38581470; PMCID: PMC11063100. 54. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: diagnosis, staging and treatment. Ann Oncol. 2022;33(10):1005-20. 55. Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(10):1614-7. 56. Freeman HP. The history, principles, and future of patient navigation: commentary. Semin Oncol Nurs. 2013;29(2):72-5. 57. Instituto Nacional De Câncer (INCA). Diretrizes para o diagnóstico e tratamento do câncer de estômago. Rio de Janeiro: INCA, 2025. 58. Cheville AL, Alberts SR, Rummans TA, Basford JR, Lapid MI, Sloan JA, et al. Improving adherence to cancer treatment by addressing quality of life in patients with advanced gastrointestinal cancers. J Pain Symptom Manage. 2015;50(3):321-7. 59. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Chao J, Cooke D, Corvera C, et al. Gastric cancer: clinical practice guidelines in oncology. Version 2.2022. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(2):167-92. 60. Shan B, Shan L, Morris D, Golani S, Saxena A. Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma. J Gastrointest Oncol. 2015;6(5):544-60. 61. Barchi LC, Ramos MFKP, Dias AR, Andreollo NA, Weston AC, Lourenço LG, et al. Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico realizado pela Sociedade Brasileira de câncer gástrico. ABCD Arq Bras Cir Dig.



2023;33(2):e1514. **62.** McMullen L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs.* 2013;29(2):105-17. **63.** Duarte RMA, Fortes RC. Atuação do enfermeiro como agente educador de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: Uma revisão integrativa. *Braz J Develop.* 2022;8(1):4332-50. **64.** BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732/2012 para assegurar a realização de exames diagnósticos de câncer no prazo máximo de 30 dias. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2019.* **65.** BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2012.* **66.** Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer.* 2011;117(15 suppl.):3539-42. **67.** Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer.* 2008;113(8):1999-2010. **68.** Paskett ED, Harrop JP, Wells KJ. Patient navigation: an update on the state of the science. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(4):237-49. **69.** Bush ML, Kaufman MR, Shackelford T. Adherence in the Cancer Care Setting: a Systematic Review of Patient Navigation to Traverse Barriers. *J Cancer Educ.* 2018 Dec;33(6):1222-1229. doi: 10.1007/s13187-017-1235-2. PMID: 28567667; PMCID: PMC5711635. **70.** Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Dudley DJ, Fiscella K, Paskett E, et al. The National Cancer Institute Patient Navigation Research Program: methods, protocol, and measures. *Cancer.* 2014;120(2):191-200. **71.** Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, Mandelblatt JS, Paskett ED, Raich PC; Patient Navigation Research Program. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer.* 2008 Oct 15;113(8):1999-2010. doi: 10.1002/cncr.23815. PMID: 18780320; PMCID: PMC2679696. **72.** Aguilar-Nascimento JE, Bicudo-Salomão A, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Corrêa MITD, Campos ACL, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(06):633-48. **73.** Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calde PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2017a;36:1187-96. **74.** Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017b;36(1):11-48. **75.** August DA, Huhmann MB, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2009;33(5):472-500. **76.** Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr.* 2002;56(8):779-85. **77.** Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(5):371-85. **78.** Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020;39:5-22. **79.** Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, Camilo M, Ravasco P. Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. *Br J Nutr.* 2012;108(2):343-8. **80.** Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, Thul P, Klek S, Gavazzi C, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multicentre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann Oncol.* 2014;25(2):487-93. **81.** Bowrey DJ, Baker M, Halliday V, Thomas AL, Pulikottil-Jacob R, Smith K, et al. A randomised controlled trial of six weeks of home enteral nutrition versus standard care after oesophagectomy or total gastrectomy for cancer: report on a pilot and feasibility study. *Trials.* 2015;16:531. **82.** Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: surgery. *Clin Nutr.* 2009;28(4):378-86. **83.** Braga M, Wischmeyer PE, Drover J, Heyland DK. Clinical evidence for pharmaconutrition in major elective surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37(5 Suppl):66S-72S. **84.** Chantragawee C, Achariyapota V. Utilization of a scored patient-generated subjective global assessment in detecting a malnourished status in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(9):4401-4. **85.** Chow R, Bruera E, Chiu L, Chow S, Chiu N, Lam H, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* 2016;5(1):30-41. **86.** Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Sau Col.* 2004;9(1):7-14. **87.** De Pinho N, Martucci R, Rodrigues V, D'almeida CA, Thuler LCS, Saunders C, et al. Malnutrition associated with nutrition impact symptoms and localization of the disease: results of a multicentric research on oncological nutrition. *Clin Nutr.* 2019;38(3):1274-9. **88.** De Pinho N, Martucci R, Rodrigues V, D'almeida CA, Thuler LCS, Saunders C, et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: results of a Brazilian multicenter study. *Cancer.* 2020;126(1):156-64. **89.** Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica - SBNO. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO. Rio de Janeiro: Edite; 2021. **90.** Drover JW, Dhaliwal R, Weitzel L, Wischmeyer PE, Ochoa JB, Heyland DK. Perioperative use of arginine-supplemented diets: a systematic review of the evidence. *J Am Coll Surg.* 2011;212:385-99. **91.** Dubhashi SP, Kayal A. Preoperative nutritional assessment in elderly cancer patients undergoing elective surgery: MNA or PG-SGA? *Indian J Surg.* 2015;77(Suppl 2):232-5. **92.** Faramarzi E, Mahdavi R, Mohammad-Zadeh M, Nasirimotlagh B. Validation of nutritional risk index method against Patient-Generated Subjective Global Assessment in screening malnutrition in colorectal cancer patients. *Chin J Cancer Res.* 2013;25(5):544-8. **93.** Gavazzi C, Colatruglio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: a multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer.* 2016;64:107-12. **94.** Gianotti L, Braga M, Nespoli L, Radaelli G, Beneduce A, Di Carlo VA. Randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. *Gastroenterology.* 2002;122(7):1763-70. **95.** Guerra RS, Sousa AS, Fonseca I, Pichel F, Resto MT, Ferreira S, et al. Análise comparativa do rastreamento de desnutrição e ferramentas diagnósticas como preditores de custos de internação. *J Hum Nutr Diet.* 2016;29(2):165-73. **96.** Guerra RS, Fonseca I, Sousa AS, Jesus A, Pichel F, Amaral TF. ESPEN diagnostic criteria for malnutrition – a validation study in hospitalized patients. *Clin Nutr.* 2017;36(5):1326-32. **97.** Horie LM, Barrure APN, Castro MG, Livieira AMB, Carvalho AMB, Pereira A, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J.* 2019;34:2-32. **98.** Hamza N, Darwish A, O'reilly DA, Denton J, Sheen AJ, Chang D, et al. Perioperative enteral immunonutrition modulates systemic and mucosal immunity and the inflammatory response in patients with periampullary cancer scheduled for pancreaticoduodenectomy: a randomized clinical trial. *Pancreas.* 2015;44(1):41-52. **99.** Heidegger CP, Berger MM, Graf S, Zingg W, Darmon P, Costanza MC, et al. Optimisation of energy provision with supplemental parenteral nutrition in critically ill patients: a randomised controlled clinical trial. *Lancet.* 2013;381(9864):385-93. **100.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA; 2013. **101.** Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. Reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Ann Intern Med.* 2009;150(3):178-87. **102.** Kassin MT, Owen RM, Perez SD, Leeds I, Cox JC, Schnier K, et al. Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *J Am Coll Surg.* 2012;215(3):322-30. **103.** Lassen K, Soop M, Nygren J, Cox PBW, Hendry PO, Spies C, et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) group recommendations. *Arch Surg.* 2009;144(10):961-9. **104.** Caro MMM, Candela CG, Rabaneda RC, Nogueira TL, Huerta MG, Kohen VL, et al. Nutritional risk evaluation and establishment of nutritional support in oncology patients according to the protocol of the Spanish Nutrition and Cancer Group. *Nutr Hosp.* 2008;23(5):458-68. **105.** Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi M, Caporale R, et al. Position paper: hospital discharge planning – recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017;19(Suppl D):D244-55. **106.** Osland E, Hossain MB, Khan S, Memon MA. Effect of timing of pharmaconutrition (immunonutrition) administration on outcomes of elective surgery for gastrointestinal malignancies: a systematic review and meta-analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2014;38(1):53-69. **107.** Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition.* 1996;12(1 Suppl):S15-9. **108.** Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2005a;23(7):1431-8. **109.** Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck.* 2005b;27(8):659-68. **110.** Ravasco P. Nutritional approaches in cancer: relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition.* 2015;31(4):603-4. **111.** Rowan NR, Johnson JT, Fratangelo CE, Smith BK, Kemmerer PA, Ferris RL. Utility of a perioperative nutritional intervention on postoperative outcomes in high-risk head & neck cancer patients. *Oral Oncol.* 2016;54:42-6. **112.** Sommariva S, Pongiglione B, Tarricone R. Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: a systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2016;99:13-36. **113.** Spotten L, Corish C, Lorton C, Dhuibhir P, O'donoghue N, O'connor B, et al. Subjective taste and smell changes in treatment-naïve people with solid tumours. *Support Care Cancer.* 2016;24(7):3201-8. **114.** Sealy MJ, Nijholt W, Stuijver MM, Van Der Berg MM, Roodenburg JL, Van Der Schans, et al. Content validity across methods of malnutrition assessment in patients with cancer is limited. *J Clin Epidemiol.* 2016;76:125-36. **115.** Ortiz J, Nogueira JAM, Mateos AGL. Protein-energy malnutrition (PEM) in cancer patients. *Clin Transl Oncol.* 2008;10(9):579-82. **116.** Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Púb.* 2004;20(6):487-1494. **117.** Sriram K, Sulo S, Vanderbosch G, Partridge J, Feldstein J, Hegazi RA, et al. A comprehensive nutrition-focused quality improvement program reduces 30-day readmissions and length of stay in hospitalized patients. *J Parent Ent Nut.* 2017;41:384-91. **118.** Van Aanholt DPJ, Matsuba CST, Dias MCG, Silva MLT, Campos ACL, Aguilar-Nascimento JE. Diretriz brasileira de terapia nutricional domiciliar. *BRASPEN J.* 2018;33:37-46. **119.** Waitzberg DL, De Aguilar-Nascimento JE, Dias MCG, Pinho N, Moura R, Correia MITD. Desnutrición y terapia nutricional en hospitales y en domicilios en Brasil: estrategias para aliviarlo – posicionamiento. *Nutr Hosp.* 2017;34(4):969-75. **120.** Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80.



CANAIS DE INFORMAÇÃO E FARMACOVIGILÂNCIA



Para reportar uma queixa técnica, eventos adversos ou solicitar informações referentes aos produtos AstraZeneca, utilize o formulário web Champion, acessível através do QR Code. A sua colaboração é fundamental para garantir a segurança e eficácia contínua de nossos produtos.

AstraZeneca 

