

Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com diagnóstico médico de câncer gástrico

Sociodemographic and clinical profile of patients with a medical diagnosis of gastric cancer

Bruna Batista de Melo Cardoso¹ , Marcele Pescuma Capeletti Padula² , Camila Waters¹ 

RESUMO

Introdução: O câncer gástrico representa uma das neoplasias malignas mais comuns em todo o mundo e uma importante causa de morte oncológica. Apesar da diminuição da incidência nos últimos anos, ainda é o quarto câncer mais comum e uma significativa causa de mortalidade, sendo uma doença heterogênea e multifatorial cuja incidência pode ser afetada por fatores endógenos e exógenos. **Objetivo:** Identificar, por meio de artigos científicos, o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com diagnóstico médico de câncer gástrico. **Método:** Pesquisa bibliográfica, utilizando os descritores específicos: “Neoplasias Gástricas” e “Gastrectomia”, que foram cruzados com os descritores gerais: “Perfil de Saúde” e “Planejamento de Assistência ao Paciente”. Selecionados artigos científicos disponíveis de forma gratuita, para acesso na íntegra, escritos no idioma português (Brasil) e publicados de janeiro de 2002 a setembro de 2022. Excluídos artigos de revisão integrativa, revisão sistemática ou pesquisa bibliográfica, estudos de caso e que não respondessem ao objetivo da pesquisa. **Resultados:** O material deste estudo foi composto por cinco artigos científicos, sendo cada um publicado nos seguintes anos: 2007, 2009, 2012, 2020 e 2021. Com relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer gástrico, prevaleceram os idosos, acima de 60 anos; o sexo masculino apresentou uma frequência que variou de 59 a 73,9%, e o sexo feminino variou de 26,1 a 41%. No que concerne à escolaridade, a frequência de pacientes analfabetos foi de 18,2 a 63,5%; com ensino fundamental variou de 9,7 a 76,8%, ensino médio de 6,7 a 22,7%, e ensino superior de 5,1 a 9%. Apenas dois artigos citaram o tabagismo como fator de risco, variando de 37,3 a 63,9%; o etilismo, também citado por dois artigos, variou de 25,3 a 62,2%. No que diz respeito às manifestações clínicas, a epigastralgia variou de 28,8 a 38,5% e a perda ponderal de 3,9 a 23,9%. Na avaliação da localização anatômica do câncer gástrico, o acometimento no antro variou de 7,9 a 54,5%; no corpo de 1,9 a 31,9%; na cárdia de 4,6 a 12,7%; no fundo de 0,9 a 4,5% e no piloro de 0,6 a 3%. O tipo histológico de adenocarcinoma foi citado em dois artigos, sendo que o adenocarcinoma intestinal variou de 19,9 a 38,7%; o adenocarcinoma SOE variou de 18 a 36,3%; e o adenocarcinoma difuso, de 13,8 a 17,3%. O estadiamento do câncer gástrico também foi avaliado em dois artigos, sendo que o estadiamento I variou de 4,1 a 6,8%; o II de 8,6 a 19,1%; o III de 12,4 a 33,3%; e o tipo IV de 32,2 a 40,8%. Dados relativos ao procedimento cirúrgico foram citados por dois artigos, sendo que a gastrectomia total variou de 48,5 a 59% e a gastrectomia subtotal de 41 a 51,4%. A mortalidade hospitalar, citada por dois artigos, variou de 4,9 a 31,1%. **Conclusão:** O câncer gástrico foi mais frequente no sexo masculino, em pessoas acima de 60 anos de idade e com baixo grau de escolaridade. Acometeu a localização do antro e do corpo gástrico, sendo do tipo histológico de adenocarcinoma, com estadiamento IV e com a epigastralgia como o sintoma mais comum. Os procedimentos cirúrgicos realizados foram a gastrectomia total e subtotal, com uma mortalidade que variou de 4,9 a 31,1%.

Palavras-chave: neoplasias gástricas, gastrectomia, perfil de saúde, planejamento de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer represents one of the most common malignancies worldwide and an important cause of cancer death. Despite its decreasing incidence in recent years, it is still the fourth most common cancer and a significant cause of mortality, being a heterogeneous and multifactorial disease whose incidence can be affected by endogenous and exogenous factors. **Objective:** To identify, through scientific articles, the sociodemographic and clinical profile of patients with a medical diagnosis of gastric cancer. **Method:** Bibliographic research, using the specific descriptors “Gastric Neoplasms” and “Gastrectomy”, which were correlated with the general descriptors “Health Profile” and “Patient Care Planning”. Scientific articles available free of charge, for full access, written in Portuguese (Brazil) and published from January 2002 to September 2022 were selected. Articles from integrative reviews, systematic reviews or bibliographic research studies, case studies and those that did not respond to the research objective were excluded. **Results:** The material of this study consisted of five scientific articles, published in the years

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Curso de Graduação em Enfermagem – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Camila Waters. Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61 – Vila Buarque, 01221-020 – São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: camila.waters@fcmsantacasasp.edu.br

Trabalho recebido: 06/12/2022. Trabalho aprovado: 19/02/2023. Trabalho publicado: 23/05/2023.

Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)

2007, 2009, 2012, 2020 and 2021. Regarding the sociodemographic profile of patients with gastric cancer, the elderly, over 60 years old, prevailed. Males had a frequency that ranged from 59 to 73.9% and females ranged from 26.1 to 41%. With regard to education, the frequency of illiterate patients ranged from 18.2 to 63.5%; of patients with elementary education, from 9.7 to 76.8%; with high school, from 6.7 to 22.7%; and with higher education, from 5.1 to 9%. Only two articles cited smoking as a risk factor, ranging from 37.3 to 63.9%; alcoholism, also cited by two articles, ranged from 25.3 to 62.2%. With regard to clinical manifestations, epigastralgia ranged from 28.8 to 38.5% and weight loss from 3.9 to 23.9%. In the assessment of the anatomical location of gastric cancer, involvement in the antrum ranged from 7.9 to 54.5%; in the body, from 1.9 to 31.9%; in cardia, from 4.6 to 12.7%; in the background, from 0.9 to 4.5%; and in the pylorus, from 0.6 to 3%. The histological type of adenocarcinoma was mentioned in two articles, and intestinal adenocarcinoma ranged from 19.9 to 38.7%; Not otherwise specified adenocarcinoma ranged from 18 to 36.3% and diffuse adenocarcinoma from 13.8 to 17.3%. Gastric cancer staging was also evaluated in two articles, with staging I ranging from 4.1 to 6.8%; II from 8.6 to 19.1%; III from 12.4 to 33.3%; and IV from 32.2 to 40.8%. Data related to surgical procedure were cited by two articles, with total gastrectomy ranging from 48.5 to 59% and subtotal gastrectomy from 41 to 51.4%. Hospital mortality, mentioned by two articles, ranged from 4.9 to 31.1%. **Conclusion:** Gastric cancer was more frequent in males, in people over 60 years of age and with a low level of education. It affected the location of the antrum and gastric body, being of the histological type of adenocarcinoma, stage IV and with epigastralgia as the most common symptom. The surgical procedures performed were total and subtotal gastrectomy, with mortality ranging from 4.9 to 31.1%.

Keywords: gastric neoplasms, gastrectomy, health profile, patient care planning.

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico representa um importante problema de saúde em diferentes partes do mundo, e muitos esforços têm sido direcionados para compreender a etiologia, a história natural, o diagnóstico precoce e o tratamento da doença⁽¹⁾.

Desde a década de 1950, houve um declínio constante na incidência do carcinoma gástrico, com uma taxa de aproximadamente 5% por ano. Este fato pode ser justificado pelo diagnóstico mais precoce, menor ingestão de sódio, alterações no preparo de alimentos e o armazenamento e acondicionamento de alimentos frescos, com o uso de refrigeradores, reduzindo a quantidade de carnes conservadas por salgamento⁽¹⁻⁹⁾.

Apesar da diminuição da incidência nos últimos anos, ainda é o quarto câncer mais comum e uma importante causa de mortalidade em todo o mundo. É um dos cinco tumores com maior mortalidades no país^(1,2,4-13).

Devido à inexistência de políticas públicas de rastreamento para a população assintomática, os países em desenvolvimento são responsáveis pelo registro de aproximadamente 70% dos casos de câncer gástrico avançados, contribuindo para um prognóstico ruim e elevação das taxas de mortalidade^(2,4,7,8). Este fato pode ser justificado pela maior prevalência de infecção por *Helicobacter pylori* em áreas carentes, com baixa renda, educação precária, falta de saneamento básico e superpopulação^(1,7,8).

O câncer gástrico é uma doença heterogênea e multifatorial, e a incidência pode ser afetada por fatores endógenos e exógenos^(4,7,13).

A infecção crônica por *Helicobacter pylori* e condições nutricionais são fatores que se destacam para o aumento da incidência desta patologia, devendo também ser mencionados os fatores ambientais, raciais, genéticos, socioeconômicos e ocupacionais^(1,2,5,7).

O *Helicobacter pylori* é uma agente carcinógeno, que aumenta o risco de carcinoma gástrico em até seis vezes, sendo um dos principais fatores de risco ambientais para o desenvolvimento deste tipo de câncer^(3,6,8,10). Porém nem todos os infectados desenvolvem a doença, já que a transformação maligna está relacionada à virulência bacteriana e a fatores do próprio hospedeiro⁽¹⁾.

Os humanos são os únicos hospedeiros conhecidos do *Helicobacter pylori*, que pode colonizar o corpo e o antro gástrico, levando a uma inflamação aguda, com gastrite crônica ativa e a uma atrofia da mucosa, com metaplasia intestinal, displasia e transformação maligna^(1-3,6,8-10).

Fatores relacionados à dieta podem ter importante função etiológica no desenvolvimento do câncer gástrico⁽¹⁰⁾. Os fatores nutricionais estão relacionados a um baixo consumo de frutas e vegetais frescos e a uma ingestão de alimentos defumados e em conserva, ricos em sal e compostos nitrogenados^(1-3,5-8,13). O consumo de peixe salgado e peixe em conserva é alto nas populações japonesas, justificando a alta incidência da doença no país⁽¹⁾.

Os fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento do câncer gástrico justificam pelo preparo inadequado de alimentos, pela falta de refrigeração dos alimentos e pela deficiência de água potável^(1,2,6,8).

OBJETIVO

Identificar, por meio de artigos científicos, o perfil socio-demográfico e clínico dos pacientes com diagnóstico médico de câncer gástrico.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e descritiva, com busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores específicos: “Neoplasias Gástricas” e “Gastrectomia”,

que foram cruzados com os descritores gerais: “Perfil de Saúde” e “Planejamento de Assistência ao Paciente”. Selecionados artigos científicos gratuitos, disponíveis para acesso na íntegra, escritos no idioma português (Brasil) e publicados entre janeiro de 2002 e setembro de 2022. Excluídos artigos de revisão integrativa, revisão sistemática ou pesquisa bibliográfica, estudos de caso, artigos em duplicata e que não respondam ao objetivo da pesquisa.

RESULTADOS

Foram cruzados todos os descritores específicos e todos os descritores gerais, conforme a Figura 1.

Desta forma, o material deste estudo foi composto por cinco artigos científicos⁽¹⁴⁻¹⁸⁾, que serão apresentados abaixo:

Na Tabela 1 é possível identificar que os idosos acima de 60 anos são os pacientes mais acometidos por câncer gástrico.

A Figura 2 demonstra que o sexo masculino foi o mais frequente para a ocorrência de câncer gástrico em todos os artigos analisados, variando de 59⁽¹⁶⁾ a 73,9%⁽¹⁵⁾. Já o sexo feminino apresentou uma variação de 26,1⁽¹⁵⁾ a 41%⁽¹⁶⁾.

Apenas dois artigos^(14,15) identificaram questões relacionadas à raça e cor da pele dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico. Siman et al.⁽¹⁴⁾ evidenciaram uma maior frequência na cor parda (47,3%), seguida da cor branca (29,2%). Já Morais et al.⁽¹⁵⁾ evidenciaram a maior frequência de vítimas de cor branca (63,5%), seguido de cor parda (21,5%), conforme dados ilustrados na Figura 3.

Informações sobre religiosidade, nacionalidade, naturalidade e estado civil não foram referidas em nenhum artigo analisado.

A escolaridade foi referida em três artigos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, conforme demonstrado na Figura 4. Segundo os dados de Morais et al.

Tabela 1 - Identificação dos pacientes com câncer gástrico segundo a faixa etária. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

Referência	Faixa etária (anos): %
Siman et al. ⁽¹⁴⁾	Acima de 60: 60,7
	26 a 39: 3,3
	40 a 49: 7,4
Morais et al. ⁽¹⁵⁾	50 a 59: 21,3
	60 a 69: 27,9
	70 a 79: 29,8
	80 a 93: 10,3
Campelo e Lima ⁽¹⁶⁾	Média de 59,7
	Até 40: 9,7
Arregi et al. ⁽¹⁷⁾	40 a 49: 12,3
	50 a 59: 19,9
	60 a 69: 29
	70 a 79: 21,7
Lemos et al. ⁽¹⁸⁾	80 ou mais: 7,2
	Acima de 60: 43,6

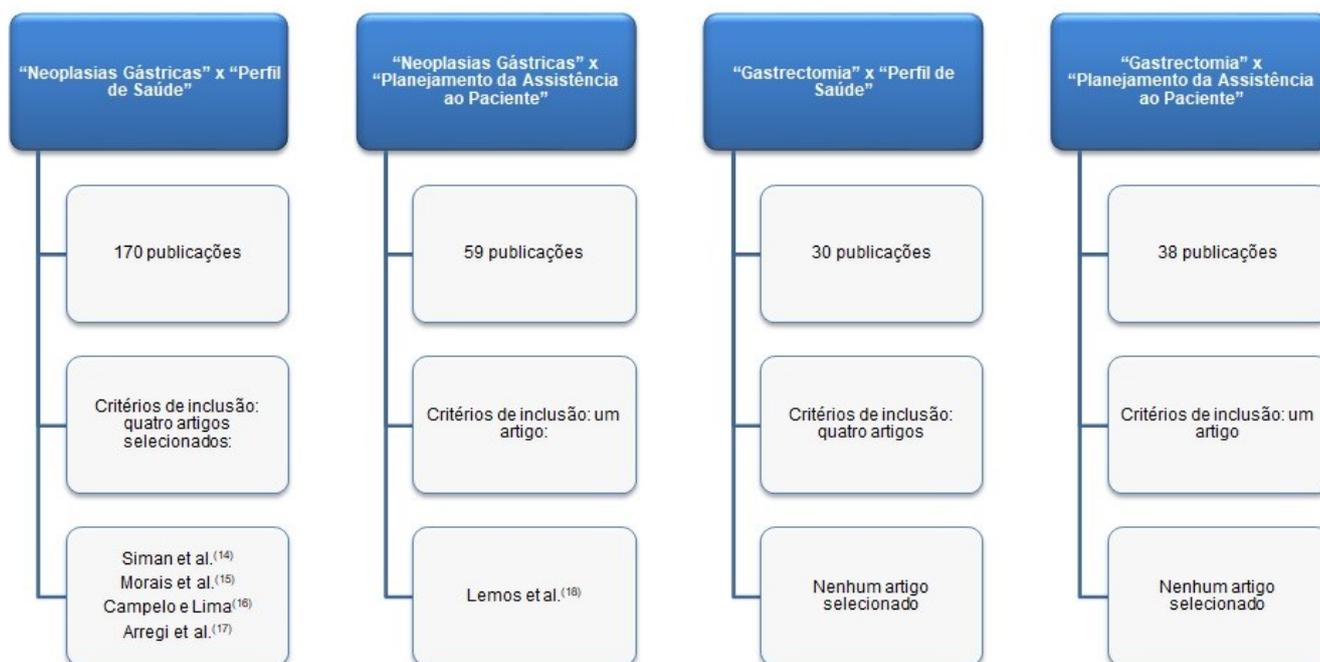


Figura 1 - Fluxograma da busca bibliográfica de acordo com os descritores selecionados. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

⁽¹⁵⁾, a maior frequência de escolaridade da amostra estudada correspondia a ensino fundamental, seguida do ensino médio. Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ evidenciaram predomínio de pessoas com escolaridade de nível fundamental, seguido de ensino médio,

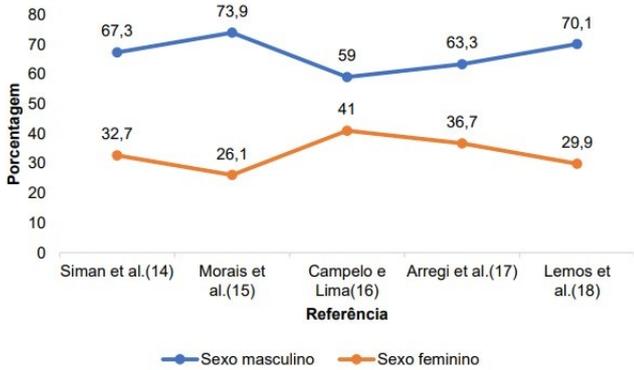


Figura 2 - Identificação dos artigos segundo o sexo dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

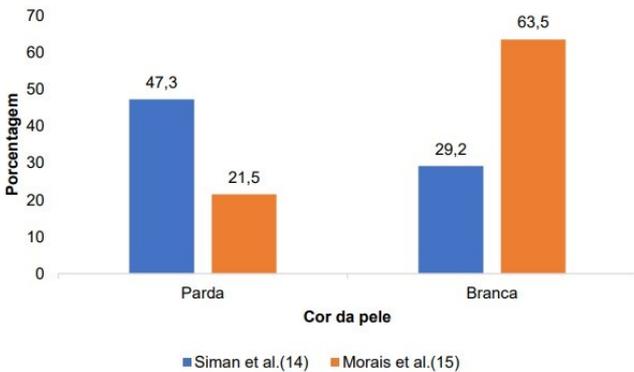


Figura 3 - Identificação dos artigos segundo a cor de pele dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

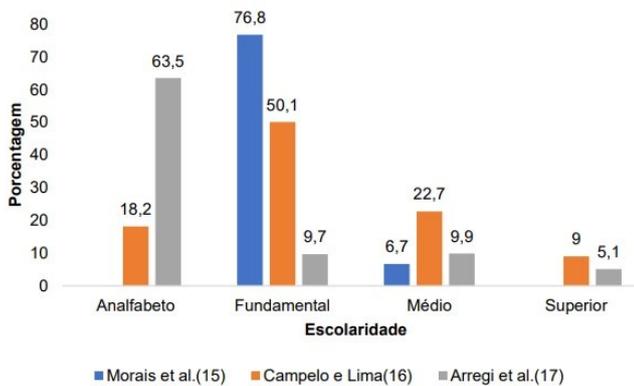


Figura 4 - Identificação dos artigos segundo a escolaridade dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

analfabetos e ensino superior. De acordo com Arregi et al.⁽¹⁷⁾, houve um predomínio de pessoas analfabetas, seguida de nível médio, fundamental e superior.

Apenas dois artigos abordaram as informações relacionadas ao etilismo e tabagismo. Morais et al.⁽¹⁵⁾ encontraram uma porcentagem de 37,3%, e Lemos et al.⁽¹⁸⁾ encontraram uma porcentagem de tabagismo de 63,9%. Com relação ao etilismo, Morais et al.⁽¹⁵⁾ identificaram uma frequência de 25,3%, e Lemos et al.⁽¹⁸⁾ identificaram em seu estudo uma frequência de 62,2%.

Nenhum artigo apresentou informações relacionadas a comorbidades e uso de drogas ilícitas.

As manifestações clínicas foram evidenciadas em apenas dois artigos. Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ encontraram: epigastralgia: 38,5%; náusea/vômito: 11,5%; pirose: 7,7%; hematêmese/melena: 3,9%; e perda ponderal: 3,9%. Lemos et al.⁽¹⁸⁾ evidenciaram a epigastralgia em 28,8% e a perda ponderal em 23,9% da amostra estudada.

A localização anatômica do câncer gástrico foi referida apenas por três artigos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Morais et al.⁽¹⁵⁾ identificaram uma maior frequência no antro, seguida da cárdia, corpo, fundo e piloro gástrico. Já Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ identificaram uma maior frequência no antro, seguida do corpo, cárdia e fundo gástrico. Por fim, dados de Arregi et al.⁽¹⁷⁾ evidenciaram a maior frequência no corpo, seguida do antro, cárdia, piloro e fundo gástrico, conforme ilustrado na Figura 5.

O tipo histológico do câncer gástrico foi referido somente por dois artigos^(15,17), conforme ilustrado na Figura 6. Morais et al.⁽¹⁵⁾ evidenciaram uma maior frequência de histologia do tipo adenocarcinoma intestinal (38,7%), seguida por adenocarcinoma difuso (17,3%). Já Arregi et al.⁽¹⁷⁾ também identificaram uma maior frequência de histologia do tipo adenocarcinoma intestinal (19,9%), seguida do adenocarcinoma difuso (13,8%).

O estadiamento do câncer gástrico foi referido somente em dois artigos^(15,17), que evidenciaram um predomínio do

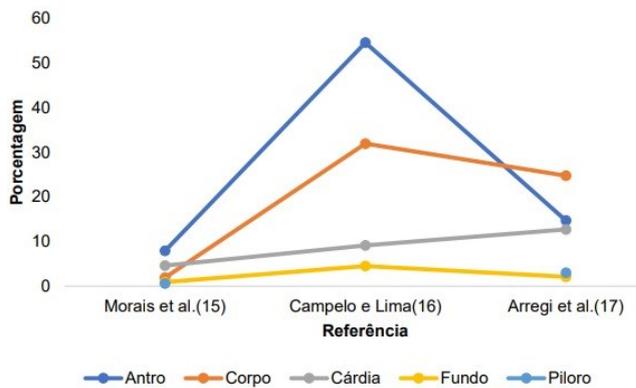


Figura 5 - Identificação dos artigos segundo a localização anatômica do câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

estadiamento do tipo IV, seguido do III, II e I – dados ilustrados na Figura 7.

Apenas um artigo⁽¹⁴⁾ mencionou a média de permanência hospitalar, que foi de 7,7 dias.

O procedimento cirúrgico realizado aos pacientes com câncer gástrico foi citado por dois artigos^(16,18), conforme a Figura 8. Os dados de Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ evidenciaram uma maior porcentagem da amostra submetida à gastrectomia total (59%) e uma menor porcentagem submetida à gastrectomia subtotal (41%). Já os dados de Lemos et al.⁽¹⁸⁾ evidenciaram que 51,4% da amostra foi submetida à gastrectomia subtotal e 48,5% foi submetida à gastrectomia total.

Apenas um artigo⁽¹⁸⁾ evidenciou as complicações pós-operatórias, sendo identificadas dor abdominal (25%), anemia (22%), sepse (19,6%) e infecção de ferida operatória (15%).

A mortalidade hospitalar foi descrita nos artigos de Siman et al.⁽¹⁴⁾ e Lemos et al.⁽¹⁸⁾. O primeiro estudo mostrou que a mortalidade para as cirurgias eletivas no regime público foi de

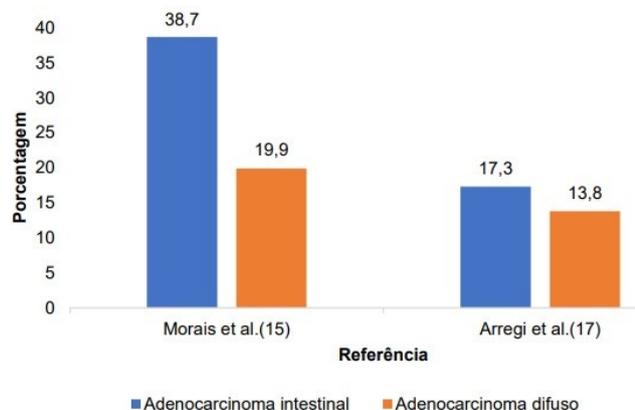


Figura 6 - Identificação dos artigos segundo o tipo histológico do câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

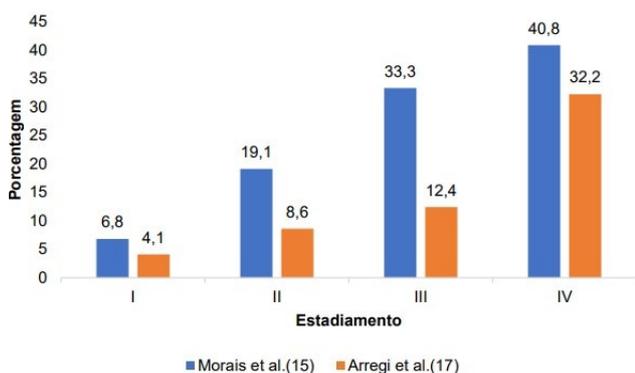


Figura 7 - Identificação dos artigos segundo o estadiamento do câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

8,9%; para as cirurgias eletivas no regime privado, a mortalidade foi de 4,9%; para as cirurgias de urgência no regime público, a mortalidade foi de 21,5%; e para as cirurgias de urgência no regime privado, a mortalidade foi de 19,6%. Já o segundo estudo evidenciou uma mortalidade de 31,1%.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi evidenciado que o câncer gástrico atinge com mais frequência a faixa etária acima de 60 anos – dados corroborados por outros estudos. Estudo retrospectivo realizado com 27 pacientes internados em hospital em Belém, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico T4b, evidenciou uma média de idade de 58 anos⁽⁴⁾. O estudo de Mello et al.⁽¹¹⁾ identificou que 88,8% dos pacientes operados por câncer gástrico possuíam mais de 50 anos. Já o estudo de Tahara⁽⁷⁾ avaliou 24.512 novos casos de câncer gástrico diagnosticados no município de São Paulo, no período de 1997 a 2011, e evidenciou que a idade de maior ocorrência para o câncer gástrico foi acima de 60 anos. Por fim, um estudo de Toneto et al.⁽⁹⁾ avaliou 50 pacientes que realizaram cirurgia por câncer gástrico e encontrou uma média de idade de 62,9 anos.

A incidência do câncer gástrico é mais comum entre os 60 e 80 anos de idade, com um pico de incidência entre a sexta e sétima décadas de vida. Ocorre raramente em indivíduos antes dos 40 anos, idade a partir da qual o risco aumenta gradualmente^(2,3,8).

No que diz respeito ao sexo dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico, no presente estudo foi identificado que o sexo masculino foi o mais frequente nos cinco artigos avaliados, variando de 59 a 73,9%. Dados semelhantes também foram encontrados por outros estudos, evidenciando o sexo masculino mais presente nas amostras estudadas, com uma frequência de 60,6⁽⁷⁾, 76⁽⁹⁾, 77,2⁽¹¹⁾ e 81,5%⁽⁴⁾.

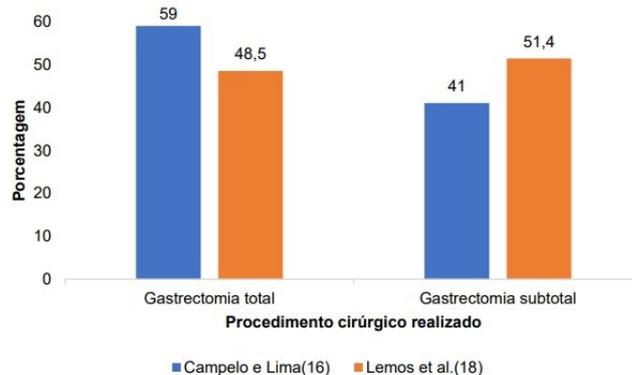


Figura 8 - Identificação dos artigos segundo o procedimento cirúrgico realizado para o câncer gástrico. Brasil. Janeiro de 2002 a setembro de 2022.

A incidência do câncer gástrico é duas vezes maior no sexo masculino do que no sexo feminino, sendo responsável por mais de 60% dos novos casos^(2-4,6-8,10). Tal fato pode se justificar por fatores exógenos, relacionados aos hábitos de vida, tendo em vista que os homens têm mais prevalência de consumir mais alimentos com excesso de sódio, produtos industrializados, frituras, bebidas alcoólicas e tabaco, quando comparado às mulheres, evidenciando os fatores de risco para a ocorrência do câncer gástrico⁽⁷⁾.

No presente estudo, apenas dois artigos identificaram a raça dos pacientes com câncer gástrico, sendo evidenciado, pelo estudo de Morais et al.⁽¹⁵⁾, uma maior frequência da raça branca (63,5%) e, no estudo de Siman et al.⁽¹⁴⁾, uma maior frequência da raça parda (47,3%). A literatura evidencia que o câncer gástrico ocorre mais em pessoas da raça negra^(1,2).

Na análise dos artigos, foi evidenciado que o câncer gástrico acomete mais pessoas com baixo nível de escolaridade, sendo mais frequente em pessoas com ensino fundamental. O câncer gástrico é uma doença mais prevalente em grupos socioeconômicos menos favorecidos^(1,2,4,8,9), podendo ser de duas a três vezes maior do que em classes mais elevadas⁽⁴⁾. Isso pode estar relacionado ao tabagismo, que é maior nesses grupos, aumentando o risco de desenvolver o câncer de estômago se comparado aos não fumantes. Outro aspecto pode estar relacionado ao estilo de vida, principalmente os hábitos alimentares e o risco ocupacional vinculado a certas profissões. A prevalência do câncer gástrico nas comunidades pobres reflete a má nutrição e a ingestão de alimentos de baixa qualidade, associados a condições precárias de preservação e preparo⁽¹⁾.

Nos cinco artigos analisados não foram encontradas informações sobre a nacionalidade dos pacientes. Países asiáticos como Japão, Coreia e China continuam a registrar elevadas taxas de incidência do carcinoma gástrico, sendo responsável por 75% de todos os novos casos da doença, podendo tal fato estar relacionado ao efeito da obesidade associado a fatores ambientais^(2,4,6-8,10).

Com relação ao tabagismo, nos cinco artigos avaliados, apenas dois artigos abordaram as informações acerca desse hábito de vida, com uma porcentagem que variou de 37,3%⁽¹⁵⁾ a 63,9%⁽¹⁸⁾, dados corroborados pelo estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciou o tabagismo em 40,7% da amostra. Existe uma relação dose-dependente entre o tabagismo e o risco do desenvolvimento de carcinoma gástrico^(6,7,10).

No presente estudo, na avaliação com relação ao etilismo, Morais et al.⁽¹⁵⁾ encontraram uma frequência de 25,3%, e Lemos et al.⁽¹⁸⁾ evidenciaram uma amostra de 62,2% de pacientes etilistas. O álcool possui um papel fundamental na carcinogênese, sendo um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer gástrico, por lesar a mucosa gástrica,

expondo os tecidos durante o consumo e agindo sinergicamente com o tabaco⁽¹³⁾.

As informações acerca das manifestações clínicas relacionadas ao câncer gástrico foram encontradas em dois artigos do presente estudo. A epigastralgia apresentou uma frequência de 28,8⁽¹⁸⁾ e 38,5%⁽¹⁶⁾, dados diferentes ao estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciou uma frequência de 81,5%. A epigastralgia associada ao câncer gástrico tende a ser constante, não irradiada, e geralmente não é aliviada pela alimentação^(2,3,6,8).

A perda ponderal também foi citada em dois estudos do presente trabalho, que apresentou uma frequência de 3,9% no estudo de Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ e de 23,9% no estudo de Lemos et al.⁽¹⁸⁾; dados diferentes do estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciou a perda ponderal em 85,2% da amostra. A hematêmese/melena foi evidenciada em uma frequência de 3,9% no estudo de Campelo e Lima⁽¹⁶⁾, dados inferiores aos encontrados no estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciou a hematêmese em 7,4% da amostra e melena em 18,5% dos pacientes estudados. Nas fases avançadas da doença podem ocorrer perda de peso, anorexia, sangue oculto nas fezes, melena, hematêmese e anemia^(2,3,6,8).

Outras manifestações do câncer gástrico também foram citadas no estudo de Campelo e Lima⁽¹⁶⁾, sendo encontrados náusea/vômito em 11,5% da amostra e pirose em 7,7% da amostra estudada. Esses dados também divergem dos encontrados no estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciaram náusea em 18,4%, vômitos em 59,3% da amostra e pirose em 18,5% dos pacientes estudados.

O estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾ evidenciou também outras manifestações, como plenitude gástrica pós-prandial (44,4%), disfagia (18,5%), diarreia (14,8%), astenia (11,1%), dor em flanco esquerdo (7,4%) e febre (3,7%). De acordo com a localização do tumor, esses sintomas podem estar presentes e podem ser confundidas com outras manifestações benignas do trato gastrointestinal, dificultando o diagnóstico precoce da doença^(2,3,6,8).

O câncer gástrico precoce pode ser assintomático, e aproximadamente 50% dos pacientes apresentam apenas sintomas gastrointestinais inespecíficos, configurando um desafio ao diagnóstico e contribuindo para um diagnóstico em fase avançada da doença^(2,6,8).

Nos casos avançados, pode estar presente no exame físico uma massa palpável na região epigástrica, presença de ascite e hepatomegalia, bem como o acometimento de linfonodos à distância na região axilar, supraclavicular e periumbilical^(2,3,6).

As informações sobre a localização anatômica do câncer gástrico foram retratadas em três artigos do presente estudo. Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ e Morais et al.⁽¹⁵⁾ evidenciaram uma maior frequência no antro, dados corroborados pelos estudos de Mello et al.⁽¹¹⁾ e Favacho et al.⁽⁴⁾; já Arregi et al.⁽¹⁷⁾ identificaram uma

maior frequência no corpo. Estudo retrospectivo⁽⁴⁾ realizado com 27 pacientes internados em hospital em Belém, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico T4b, encontrou a localização proximal (18,5%), localização distal (44,4%), localização em todo órgão (37%). Estudo de Toneto et al.⁽⁹⁾ evidenciou na amostra estudada que 36% dos casos de câncer gástrico encontrava-se no terço médio do estômago, 28% no terço proximal e 26% no terço distal.

Cerca de 40% dos tumores encontram-se no antro, predominantemente na curvatura menor; 30% surgem no corpo e fundo; 25% na cárdia; e 5% envolvem todo o órgão. A infecção por *Helicobacter pylori* está associada a um maior risco de desenvolver o adenocarcinoma em corpo ou antro gástrico⁽³⁾.

Embora as lesões distais ainda predominem nos países com incidências mais altas, tem-se notado uma queda nas taxas de câncer gástrico médio e distal, com um aumento progressivo na incidência de tumores proximais de cárdia, associado ao refluxo gastroesofágico e à obesidade^(1,3,6).

A localização da lesão é importante, pois definirá o tipo e a extensão da ressecção e o tipo de reconstrução, fatores que podem influenciar na morbidade do procedimento e na mortalidade⁽⁹⁾.

Dois estudos evidenciaram a informação sobre o tipo histológico relacionado ao câncer gástrico, predominando o adenocarcinoma intestinal nos dois, variando de 19,9%⁽¹⁷⁾ a 38,7%⁽¹⁵⁾, dados inferiores ao encontrado no estudo de Tahara⁽⁷⁾, que identificou que o tipo intestinal foi responsável por 63,6% da amostra; dados diferentes do estudo de Toneto et al.⁽⁹⁾, que evidenciou que 42% da amostra apresentava o tipo difuso.

Os adenocarcinomas gástricos podem ser classificados em função do grau de diferenciação celular, sendo proposto por Lauren, em 1965, a subdivisão nos tipos intestinal ou difuso, com base na histopatologia, e com patologia, epidemiologia e prognóstico distintos^(2,3,6-10).

O adenocarcinoma intestinal é o mais comum, e está relacionado a fatores ambientais, como dieta, tabagismo e uso de álcool, levando a uma reação inflamatória nas bordas, com um prognóstico um pouco melhor do que o difuso. Está associado à infecção por *Helicobacter pylori*, e a incidência aumenta em países com alta ocorrência de câncer gástrico. Ocorre mais em homens, apresenta um aumento da incidência com a idade, e geralmente estão localizados no antro, causando metástases hepáticas^(2,3,6-10).

Já o adenocarcinoma difuso é o mais agressivo, produz um padrão de crescimento infiltrativo, está relacionado a fatores genéticos, ocorre mais em mulheres, em um grupo etário de pessoas mais jovens, sendo mais comum na parte distal do estômago, causando metástases transperitoneais^(2,3,6-8,10).

Na avaliação sobre o estadiamento do câncer gástrico, o presente estudo mostrou que em dois artigos o estadiamento

IV foi o mais frequente, variando de 32,2%⁽¹⁷⁾ a 40,8%⁽¹⁵⁾, o que corrobora com o estudo de Toneto et al.⁽⁹⁾, que evidenciou uma maior frequência de estadiamento IV em 36% da amostra estudada.

O fator prognóstico mais importante no momento do diagnóstico do câncer gástrico é o estadiamento do tumor. Infelizmente muitos se encontram em fase avançada no momento do diagnóstico, levando metástases à distância e aumentando a mortalidade pós-operatória⁽⁹⁾.

O câncer gástrico pode ser estratificado em tipo I até o tipo V. No tipo I, as lesões são polipoides ou fungiformes; no tipo II, as lesões são ulceradas com bordas elevadas; no tipo III, as lesões são ulceradas com infiltração para a parede gástrica; no tipo IV, as lesões são difusamente infiltrativas para a parede gástrica; e, no tipo V, são lesões que não se enquadram em nenhum dos tipos anteriores⁽²⁾.

A identificação sobre o tipo de procedimento cirúrgico realizado foi retratada por dois artigos. Lemos et al.⁽¹⁸⁾ evidenciaram uma maior frequência de gastrectomia subtotal (51,4%); dados corroborados pelo estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciaram a gastrectomia subtotal em 51,9% da amostra, e pelo estudo de Mello et al.⁽¹¹⁾, que também identificaram que a gastrectomia subtotal com gastroenteroanastomose foi o tipo de cirurgia mais realizada na amostra estudada. Já Campelo e Lima⁽¹⁶⁾ encontraram no presente estudo uma maior frequência de gastrectomia total (59%).

A cirurgia continua sendo o principal tratamento para a remoção do tumor gástrico, que tem o objetivo de remover adequadamente a lesão primária com margem de segurança macroscópica longitudinal e circunferencial de 5 cm a partir do tumor primário, para obter o menor índice de recidiva^(2-4,6,9,11,19).

A agressividade da neoplasia gástrica dificulta o diagnóstico precoce e, muitas vezes, uma cirurgia potencialmente curativa não é uma opção para aproximadamente metade dos pacientes no momento do diagnóstico⁽⁹⁾.

Os tipos de ressecções aceitas para o adenocarcinoma gástrico são a gastrectomia distal (subtotal), a gastrectomia proximal e a gastrectomia total, sendo que a escolha é determinada pelo tamanho, modo de infiltração no estômago e pela localização do tumor. A seleção da melhor abordagem cirúrgica para cada situação clínica e a utilização de procedimentos operatórios padronizados terão impacto direto sobre os resultados do tratamento empregado^(2,3,6,8,19).

A gastrectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou completa do estômago, com reconstrução do trânsito gastrointestinal pela técnica de Billroth, sendo a do tipo 1 com a anastomose duodenal e a do tipo 2 com anastomose jejunal. Oferece esperança de controle da doença, melhor possibilidade de cura e elevação da sobrevida⁽¹²⁾.

A gastrectomia total envolve a remoção do estômago inteiro, incluindo a cárdia, na junção esofagogástrica e o piloro, sendo indicada para tumores extensivos proximais e de corpo gástrico^(2,3,6,8,19). A gastrectomia total é desnecessária para tumores antrais, pois não melhora a sobrevida e pode elevar desnecessariamente a morbidade e mortalidade pós-operatória⁽⁴⁾.

A gastrectomia total apresenta alta complexidade, com índices elevados de morbidade e mortalidade, uma vez que o paciente, na maioria das vezes, tem suas condições clínicas e nutricionais comprometidas pela doença. Desta forma, torna-se necessário um rigoroso cuidado pós-operatório, além do controle de infecção, manutenção do estado geral e realimentação⁽¹²⁾.

A gastrectomia distal (subtotal) envolve a remoção do antro, incluindo o piloro, mas preservando a cárdia. Geralmente são removidos dois terços ou três quartos do estômago médio ou distal, com margens de ressecção suficientes. A extensão da ressecção depende das dimensões e da localização do tumor no estômago^(2,3,8,19). Essa abordagem cirúrgica está relacionada a menos complicações e limitações nutricionais a longo prazo⁽⁶⁾.

A gastrectomia proximal envolve a remoção do estômago, incluindo a cárdia, mas preservando o piloro, sendo indicada para tumores proximais com ou sem invasão do esôfago, onde mais da metade do estômago distal pode ser preservada⁽¹⁹⁾.

A ressecção cirúrgica curativa está contraindicada em pacientes com metástase à distância e em tumores com invasão de estruturas vasculares irremediáveis^(6,8).

No presente estudo, as complicações pós-operatórias foram identificadas em apenas um artigo⁽¹⁸⁾, que evidenciou dor abdominal (25%), anemia (22%), sepse (19,6%) e infecção do sítio cirúrgico (15%). Estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾ encontrou as seguintes complicações cirúrgicas: fístula/deiscência (25,9%), pneumonia (22,2%), choque séptico (18,5%), sangramento (11,1%), peritonite (7,4%) e derrame pleural (3,7%).

As duas principais complicações após a gastrectomia para câncer são a fístula anastomótica e a fístula pancreática, que causam retardo no esvaziamento gástrico, abscesso intra-abdominal, peritonite, sepse e insuficiência renal, sendo mais comum em gastrectomia total, se comparado com a gastrectomia distal^(11,12,19).

Dados sobre a mortalidade hospitalar foram retratados em dois artigos do presente estudo, variando de 21,5⁽¹⁴⁾ a 31,1⁽¹⁸⁾, resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Favacho et al.⁽⁴⁾, que evidenciaram uma mortalidade de 25,9% na amostra estudada e diferentes ao encontrado no estudo de Toneto et al.⁽⁹⁾, que apresentaram uma mortalidade de 62% dos pacientes estudados.

O câncer gástrico é uma doença agressiva, sendo a segunda maior causa de morte por câncer em ambos os sexos em todo o mundo, e responsável por 10% de todos os óbitos atribuídos a

essa doença^(1,2,8,10). Esse fato pode ser justificado pelo diagnóstico tardio, em fases mais avançadas da doença, refletindo em resultados ruins do seu tratamento^(1,2,4).

A mortalidade pelo tumor pode ocorrer pela disseminação para outros órgãos ou pode resultar de obstrução gástrica progressiva e desnutrição. Aproximadamente 75% dos pacientes já apresentam metástases na ocasião do diagnóstico⁽³⁾.

Os principais fatores de risco para a mortalidade pós-operatória são a presença de doenças concomitantes, o estado fisiológico pré-operatório, a idade do paciente, as metástases, o tamanho e a extensão do tumor e a experiência do cirurgião^(9,11).

As chances de cura do câncer gástrico estão diretamente relacionadas ao diagnóstico precoce e ao estadiamento clínico. Porém, estima-se que apenas cerca de 10 a 15% dos casos de câncer gástrico no Brasil sejam diagnosticados em fase precoce, o que impacta diretamente nos resultados, com baixo índice de sobrevida⁽⁴⁾.

Os pacientes com câncer gástrico em estágio inicial, com lesão primária restrita à mucosa e à submucosa, e sem metástase para linfonodos, apresentam um excelente prognóstico, com taxa de sobrevida de 90% em cinco anos após a ressecção. Para os estágios avançados da doença, a sobrevida cai para 12% em cinco anos após a ressecção^(3,10).

Com relação à extensão da disseminação, a sobrevida em cinco anos é de 70% para o estágio I; 30% para o estágio II, 10% para o estágio III e 0% para o estágio IV⁽³⁾. Pacientes com tumores de estágio III ou IV apresentam uma mortalidade cinco vezes maior do que pacientes com tumores de estágio I ou II⁽⁹⁾.

As estratégias primárias de prevenção têm o propósito de prevenir o desenvolvimento do câncer, e as estratégias de prevenção secundárias buscam evitar a progressão para um câncer. As abordagens de prevenção primária devem atuar na educação da população para alteração de hábitos sociais, como a cessação do uso de tabaco, e de hábitos alimentares, como manter uma mínima ingestão de sal e aumentar o consumo de frutas frescas e vegetais, contribuindo também para a prevenção da obesidade⁽¹⁾.

Torna-se importante a intensificação de programas de redução de sal na alimentação e o incentivo para um maior consumo de frutas e vegetais frescos, reduzindo o consumo de produtos ultraprocessados e incentivando a ingestão de alimentos naturais ou minimamente processados⁽⁷⁾.

Torna-se necessário a realização de políticas de saúde que ajudem a identificar os indivíduos com maior risco para o câncer gástrico⁽⁹⁾. As regiões do mundo com elevada incidência, como o Japão, têm desenvolvido, desde a década de 1970, efetivos programas de triagem em massa para rastreamento do câncer gástrico, que conseguem identificar lesões precursoras e condições pré-malignas, melhorando os índices de sobrevivência dos portadores da doença e reduzindo a taxa de mortalidade em 50%^(1,8).

O câncer gástrico está associado a fatores de risco relacionados ao estilo de vida, que poderiam ser evitados com o enfoque de orientação primária na prevenção das doenças⁽¹³⁾.

CONCLUSÕES

Após a análise dos cinco artigos que discorreram sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico, foi possível concluir que:

Com relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer gástrico:

- O câncer gástrico foi mais frequente no sexo masculino, em pessoas acima de 60 anos de idade e com grau de escolaridade baixo.

Com relação ao perfil clínico dos pacientes com câncer gástrico:

- O câncer gástrico foi mais evidente em antro e corpo, sendo do tipo histológico de adenocarcinoma, com estadiamento IV e com a epigastralgia como o sintoma mais comum. Os procedimentos cirúrgicos realizados foram a gastrectomia total e subtotal, com uma mortalidade que variou de 4,9 a 31,1%.

Financiamento: nenhum.

Conflito de Interesses: as autoras declaram não haver conflito de interesse.

Contribuições das autoras: BBMC: Conceituação, escrita – primeira redação, investigação, metodologia. MPCP: Conceituação, escrita – primeira redação. CW: Administração do projeto, análise formal, curadoria de dados, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, supervisão, validação.

REFERÊNCIAS

1. Allum WH. Epidemiologia, genética e rastreamento dos cânceres esofágicos e gástricos. In: Griffin SM, Raimes SA, Shefine J. Cirurgia gastroesofágica. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 21-36.
2. Batista TP, Andrade Neto MR. Patologias malignas do estômago. In: Ferraz A, Campos J, Martins E, Siqueira L, Kreimer F, Macedo CE. Cirurgia digestiva: bases da técnica cirúrgica e trauma. Rio de Janeiro: Revinter; 2016. p. 221-34
3. Doherty GM. Estômago e duodeno. In: Doherty GM. Current cirurgia: diagnóstico e tratamento. 14ª. ed. Porto Alegre: AMGH; 2017. p. 534-6
4. Favacho BC, Costa CS, Magalhães TC, Assumpção PP, Ishak G. Adenocarcinoma gástrico T4B: experiência de 12 anos em hospital universitário. Arq Bras Cir Dig. 2013;26(4):268-73. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202013000400004>
5. Ramos MFKP, Pereira MA, Sagae VMT, Mester M, Morrel ALG, Dias AR, et al. Câncer gástrico em adultos jovens: um grupo de pior prognóstico? Rev Col Bras Cir. 2019;46(4):e20192256. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192256>
6. Schirmer CC, Boff MF, Ramos MJ, Gurski RR. Câncer gástrico. In: Rohde L, Osvaldt AB. Rotinas em cirurgia digestiva. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 245-55
7. Tahara EI. Tendências da incidência e da mortalidade do câncer de estômago no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
8. Teitelbaum EM, Hungness ES, Mahvi DM. Estômago. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 1213-27.
9. Toneto MG, Depaula PL, Debon L, Tertuliano B, Silva VD, Baldisseroto M, et al. Análise da expressão imuno-histoquímica do fator tecidual no carcinoma gástrico: correlações com prognóstico e sobrevida. Rev Col Bras Cir. 2018;45(6):e2030. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20182030>
10. Grabsch HI. Patologia dos tumores esofágicos e gástricos. In: Griffin SM, Raimes SA, Shefine J. Cirurgia gastroesofágica. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 6-21.
11. Mello BS, Lucena AF, Echer IC, Luzia MF. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):803-11. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000400026>
12. Pereira FC, Moreira GB, Melo MAS, Ponte Neto FAV, Mendonça JABA, Martins LC, et al. Análise das complicações pós-operatórias de gastrectomias e fatores associados. Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento. 2020;17(5):37-68. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/analise-das-complicacoes>
13. Teixeira JBA, Nogueira MS. Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciária em um município do interior paulista. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(1):43-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000100007>
14. Siman JB, Oliveira Júnior PPL, Simões MO, Boone DL, Freitas ED, Gomes ALD, et al. Câncer gástrico em Minas Gerais: estudo sobre o perfil da morbimortalidade

- hospitalar. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(4):e101226. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1226>
15. Morais BCF, Resende BT, Lopes CEZ, Diniz MFL, Hollunder RG, Pujatti PB, et al. Perfil sócio demográfico e clínico de pacientes com Câncer Gástrico atendidos em um hospital de referência no interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais.* 2020;30(Suppl. 4):S11-6. <http://www.doi.org/10.5935/2238-3182.v30supl.4.02>
 16. Campelo JCL, Lima LC. Perfil clínicoepidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(1):15-20. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n1.631>
 17. Arregi MMU, Férrer DPC, Assis ECV, Paiva FDS, Sobral LBG, André NF, et al. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período 2000-2004. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(2):121-8. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2009v55n2.1641>
 18. Lemos PRF, Souza HGM, Santana ME. As complicações do pós-operatório mediato de gastrectomia: estudo retrospectivo. *CuidArte Enferm.* 2007;1(1):60-4.
 19. Sano T. Cirurgia para o câncer do estômago. In: Griffin SM, Raimes as, Shefine J. *Cirurgia gastroesofágica.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 117-44.

