

CÂNCER GÁSTRICO E O IMPACTO DA MORTALIDADE NO MARANHÃO

GASTRIC CANCER AND THE IMPACT OF MORTALITY IN MARANHÃO

MAÍRA SILVA ALVES¹, FRANCISCA BRUNA ARRUDA ARAGÃO², MARLON TEIXEIRA RABELO³, MAGNÓLIA DE JESUS SOUSA MAGALHÃES⁴, ANDREA KARINE DE ARAÚJO SANTIAGO⁵, GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR⁶, IGOR NUNES DO REGO E SILVA⁷, MATHEUS DE SOUSA MARTINS⁸, RODRIGO RODRIGUES VASQUES⁹, RODRIGO LOPES DA SILVA^{10*}

1. Médica pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias (MA) – Brasil; 2. Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís (MA) – Brasil; 3. Médico pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias (MA) – Brasil; 4. Mestre em genética e toxicologia, Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias (MA) – Brasil; 5. Nutricionista, Hospital do Câncer Tarquínio Lopes Filho, São Luís (MA) – Brasil; 6. Graduando em Medicina, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís (MA) – Brasil; 7. Nutricionista, Hospital do Câncer Tarquínio Lopes Filho, São Luís (MA) – Brasil; 8. Graduando em Medicina, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís (MA) – Brasil; 9. Cirurgião do Aparelho Digestivo, Hospital do Câncer Tarquínio Lopes Filho, São Luís (MA) – Brasil; 10. Cirurgião Oncológico, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança (UFMA), São Luís (MA) – Brasil

* Universidade Estadual do Maranhão-UEMA,Pc. Duque Caxias, Centro, Caxias, Maranhão, Brasil. CEP: 65604-290.rodriigo.1979@hotmail.com

Recebido em 20/12/2017. Aceito para publicação em 05/02/2018

RESUMO

Introdução: O câncer gástrico (CG) devido a alta mortalidade, é considerado uma doença grave e um problema de saúde pública, sendo comumente diagnosticado em estágios avançados no Brasil, piorando assim o índice de sobrevivência, apesar da relativa diminuição na incidência. **Objetivo:** Avaliar aspectos relacionados com a mortalidade por câncer gástrico em hospital de referência oncológica do Maranhão. **Método:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa e documental, cujos dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários de pacientes em tratamento de CG no período de 2011 a 2014. **Resultados:** A amostra inicial era de 96 prontuários confirmados com neoplasia gástrica, dos quais 33 evoluíram a óbito, sendo a maioria do sexo masculino, com idade acima dos 70 anos, da classe social D, nível fundamental incompleto, diagnosticados em fases avançadas da doença (estádio IV), com a tumoração localizada na região proximal do estômago. **Conclusão:** O trabalho enfrentou desafios no que tange a falta de alguns dados durante a coleta, de modo que alguns resultados ficaram comprometidos. Os demais aspectos estudados com relação à mortalidade por CG se assemelham a outros dados da literatura e apontam a importância do diagnóstico precoce e profilaxia primária como formas de combater a mortalidade por tal neoplasia.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer gástrico, mortalidade, Maranhão.

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer (GC) due to high mortality is considered a serious disease and a public health problem, being commonly diagnosed in advanced stages in Brazil, thus worsening the survival rate, despite the relative decrease in incidence. **Objective:** To evaluate aspects related to gastric cancer mortality in an oncology referral hospital in Maranhão. **Method:** This is a descriptive and retrospective observational study of a quantitative and documentary approach, whose data were obtained by reviewing the medical records of patients undergoing GC treatment in the period from 2011 to 2014. **Results:** The initial sample was 96 medical records confirmed with gastric

neoplasia, of which 33 died, most of them male, aged over 70 years, social class D, incomplete fundamental level, diagnosed in advanced stages of the disease (stage IV), with localized tumor in the proximal region of the stomach. **Conclusion:** The work faced challenges regarding the lack of some data during the collection, so that some results were compromised. The other aspects studied with regard to GC mortality are similar to other data in the literature and point out the importance of early diagnosis and primary prophylaxis as ways of combating mortality due to such neoplasia.

KEYWORDS: Gastric cancer, mortality, Maranhão.

1. INTRODUÇÃO

O câncer, dada a alta mortalidade, é considerado um problema de saúde pública. Em se tratando de câncer gástrico, a maioria dos pacientes sintomáticos já apresenta uma doença avançada e incurável no momento do diagnóstico¹.

Noventa e cinco por cento de todas as neoplasias gástricas malignas são adenocarcinomas. Outros tipos histológicos incluem o carcinoma de células escamosas, o adenoacantoma, os tumores carcinóides, os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) e o linfoma².

A incidência de câncer gástrico varia de acordo com as diversas regiões do mundo, e no geral, é de duas a três vezes mais frequente nos países em desenvolvimento, além de ser mais comum em indivíduos do sexo masculino³. Sua incidência aumenta com a idade, apresentando um pico por volta da sétima década de vida¹.

O desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos⁴. Alguns dos componentes de risco conhecidos são de origem: 1) infecciosa, como a infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; 2) idade

avançada e gênero masculino; 3) hábitos de vida como dieta pobre em produtos de origem vegetal, dieta rica em sal, consumo de alimentos conservados de determinadas formas, como defumação ou conserva na salga; 4) exposição à drogas, como o tabagismo; 5) associação com doenças, como gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago, gastrite hipertrófica gigante e 6) história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar⁵.

Desses, a infecção por *H. pylori* é considerada o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento do câncer gástrico⁶. Esta é uma das infecções mais comuns no mundo e pode ser responsável por 63% dos casos de câncer gástrico¹.

Entretanto, apenas uma pequena parte de indivíduos infectados desenvolve a neoplasia, e o risco da doença envolve a interação entre o patógeno e o hospedeiro, sendo esta, por sua vez, dependente de fatores cepa-específicos da bactéria, além de fatores intrínsecos do hospedeiro e de fatores ambientais, tais como, a dieta⁷⁻¹⁰.

O tratamento cirúrgico é o mais indicado, contribuindo para elevar consideravelmente a sobrevida¹¹. Atualmente, preconiza-se, além da ressecção do tumor, o emprego de quimioterápicos em tumores T3/T4 ou N1/N2/N3⁴. No entanto, na maioria dos casos, a doença é identificada em estágio avançado devido aos sintomas vagos e inespecíficos e ao diagnóstico tardio, quando medidas de intervenção tornam-se menos eficazes e as chances de cura pequenas¹².

Os tumores gástricos podem se localizar na região proximal do estômago, que corresponde à cárdia (junção gastro-esofágica) e o fundo gástrico, bem como pode ser observado na região distal, que engloba o antro gástrico e o piloro. De acordo com essa localização pode haver melhor ou pior prognóstico. Os tumores proximais apresentam um aumento da incidência nas últimas décadas e apresentam pior prognóstico que os tumores distais^{8,13}.

No ano de 2012, segundo a IARC, o número de casos na cárdia foi maior do que os cânceres gástricos não-cárdia na Ásia Oriental, Ásia Central e Noroeste da Europa, no entanto na Oceania o número de casos de câncer na cárdia foi bem pequeno¹⁴.

O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns, sendo considerado a segunda causa de morte por câncer mundialmente⁴ e em alguns países chega a ser o câncer mais frequente e a principal causa de mortalidade oncológica. No entanto, é um dos poucos tumores cuja incidência e mortalidade vêm registrando marcado declínio em vários países¹⁵.

Apesar dos dados estatísticos revelarem um declínio da incidência do câncer gástrico nas últimas décadas, nos países desenvolvidos esta doença continua representando um grave problema de saúde pública¹⁶.

A sobrevida média em 5 anos para pacientes com

câncer gástrico não chega a 30%, na Ásia, Europa e EUA^{17,18}, sendo considerada longa somente em estágios iniciais da doença¹⁹. Prova disso é que no oriente (Japão e Coreia do Sul), com programa de detecção precoce a sobrevivência está acima de 70 %⁵.

O Câncer Gástrico é considerado uma doença neoplásica grave, relativamente frequente, sendo usualmente diagnosticada em estágios avançados em nosso país¹.

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 baixos índices de sobrevida¹¹.

No Brasil, em 2012, a neoplasia gástrica aparecia em quarto lugar na incidência entre os homens e em sexto lugar entre as mulheres. Apesar disso, observou-se uma redução em sua incidência, atribuída a uma menor exposição aos fatores de risco²⁰.

Em território nacional, o adenocarcinoma está entre as três primeiras causas de morte por câncer no sexo masculino e entre as cinco primeiras nas mulheres. Sua incidência é maior entre homens, na proporção de 2:1, sendo mais frequente entre 50 e 70 anos, com pico por volta dos 70 anos em ambos os sexos⁴.

Esperam-se 12.920 casos novos de câncer de estômago em homens e 7.600 em mulheres para o Brasil, no ano de 2016 (tabela 1). Esses valores correspondem a um risco estimado de 13,04 casos novos a cada 100 mil homens e 7,37 para cada 100 mil mulheres²¹.

Já no estado do Maranhão a estimativa é de 370 novos casos, sendo 240 para homens (80 na capital São Luís) e 130 para mulheres (50 na capital) para o ano de 2016²¹.

Dados de 2013 do Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), referência no tratamento oncológico do estado do Maranhão, revelou 123 casos de câncer gástrico, dos quais apenas 16 apresentaram remissão completa e 26 vieram a óbito ao final do primeiro tratamento. Foram registrados um total de 52 óbitos por câncer gástrico nesse ano (RHC – HCAB/2013).

Tal fato pode ser explicado pelo fato do tumor ser diagnosticado em graus avançados da doença (30 casos em estágio III e 62 em estágio IV) minimizando as chances de cura (RHC – HCAB/2013). Apesar dos dados recentes, o estado ainda carece de maiores estudos com relação ao câncer gástrico, como seguimento no longo prazo e taxas de mortalidade em 5 e 10 anos.

Com isso, esse trabalho visa analisar o perfil epidemiológico, desfechos clínicos e mortalidade de pacientes com diagnóstico de câncer gástrico tratados no Hospital do Câncer do Maranhão – Tarquínio Lopes Filho (HCM/TLF) na cidade de São Luís.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esse trabalho se deu sob a forma descritiva, observacional e retrospectiva envolvendo pacientes com diagnóstico de câncer gástrico. Os dados foram coletados a partir dos prontuários de pacientes

admitidos no Hospital Tarquínio Lopes Filho, situado na cidade de São Luís-Maranhão. O hospital é uma Instituição pública, de nível de atenção terciária, e é referência em oncologia em sua região. Pacientes de qualquer idade atendidos no Hospital de Câncer do Estado do Maranhão, com diagnóstico de câncer gástrico e que foram submetidos a tratamento oncológico (curativo ou paliativo) entre setembro de 2011 e março de 2014.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa para análise e deliberação. A coleta de dados iniciou apenas depois da aprovação do projeto pelo referido Comitê. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois não houve contato direto com os pacientes em nenhuma etapa da pesquisa, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Prontuário sem as informações pesquisadas. Os dados foram coletados através da análise dos prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer gástrico admitidos para tratamento no Hospital de câncer do Estado do Maranhão, atendidos no período de Janeiro de 2011 a dezembro de 2014. As informações analisadas foram aquelas contidas na ficha protocolo de coleta de dados.

Foi realizado um estudo a partir do levantamento de prontuários de todos os pacientes admitidos com diagnóstico de câncer gástrico no hospital Tarquínio Lopes Filho no período de 2011 a 2014, sendo analisados individualmente e seus dados transpostos para instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) previamente elaborado, a partir das quais foi possível coletar dados referentes à apresentação clínico-cirúrgica.

A avaliação dos dados foi feita após recrutamento dos prontuários, os quais foram originados a partir de um filtro segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) C 16 – neoplasia maligna do estômago – no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), totalizando 96 (cem) prontuários.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa para análise e deliberação. A coleta de dados só iniciou após a aprovação do projeto pelo referido Comitê. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois não houve contato direto com os pacientes em nenhuma etapa da pesquisa, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de aprovação do Comitê de Ética da referente pesquisa tem como número 1.756.464 e com número do CAAE:57888716.6.0000.5084 (Anexo 1).

A análise da mortalidade dos portadores de câncer gástrico foi calculada e comparada com variáveis, do tipo: idade, sexo, classe social, comorbidades associadas, características do tumor e estadiamento pré-operatório. Inicialmente as informações foram repassadas para os Softwares Microsoft Excel e Access, a fim de criar um banco de dados e assim serem avaliadas apenas as informações relevantes ao estudo.

Os dados foram digitados em planilha do programa

Microsoft Excel, 2010. Na interpretação dos dados foram realizadas análises descritivas, utilizando-se medidas de frequência e tendência central, com construção de tabelas e figuras.

3. RESULTADOS

Foram estudados 137 pacientes, dos quais foram excluídos linfomas, pancreatites, patologias benignas do estômago etc., totalizando 96 prontuários com neoplasia primária no estômago entre 2011 a 2014.

Desses, 33 pacientes faleceram em decorrência na doença, sendo 78,8% (26) do sexo masculino e 21,2% (7) do sexo feminino. É importante saber ainda que o perfil epidemiológico da amostra aponta que 63,5% dos pacientes estudados eram homens e 36,5% eram mulheres.

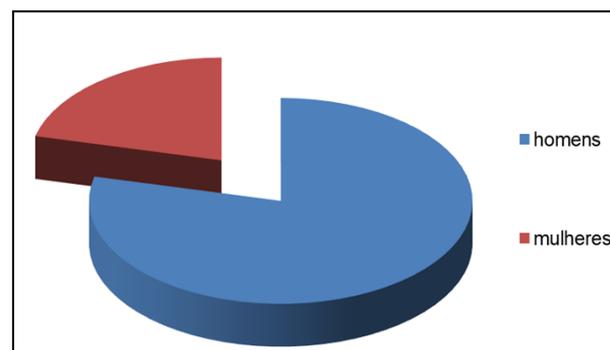


Figura 1. Relação dos óbitos entre homens e mulheres com câncer gástrico. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

Com relação à faixa etária, foram estudados 11 intervalos de idade com diferença de 4 anos entre eles. Percebeu-se que a faixa etária mais acometida por óbitos foi acima dos 70 anos (8 óbitos) seguida pela faixa etária de 61 a 65 anos (7 óbitos), enquanto o intervalo de idade menos acometida foi entre 26 a 30 anos (nenhum óbito registrado), até 25 anos, dos 31 aos 35 anos, dos 36 aos 40 anos (um óbito em cada). Comparando com o total de casos diagnosticados com câncer gástrico do período estudado, há maior risco de evolução para óbito nos pacientes acima de 60 anos (40,4%) seguido pela faixa etária abaixo dos 40 anos (37,5%) em relação à faixa etária intermediária de 41-60anos (28,8%).

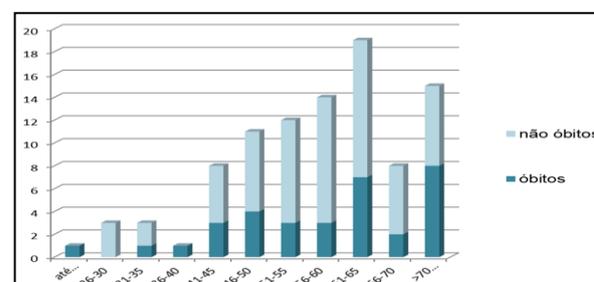


Figura 2. Relação de óbito por câncer gástrico por idade. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

Quanto às escolaridades dos pacientes que faleceram, 5 eram analfabetos, 10 tinham o ensino fundamental incompleto, 5 tinham o ensino fundamental completo, 1 tinha ensino médio

incompleto, 4 tinham ensino fundamental incompleto, 1 tinha ensino superior e outros 7 não tinham escolaridade descrita no prontuário.

Sobre a situação financeira, 3 pertenciam a classe E (menos de um salário mínimo), 8 pertenciam à classe D (1-3 salários mínimo), 1 pertencia à classe C (3-5 salários mínimos), e 21 não possuíam tal informação no prontuário

Tabela 1. Distribuição dos pacientes falecidos por câncer gástrico, segundo características socioeconômicas

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	26	78,8
Feminino	7	21,2
Idade diagnóstico (anos)*		
Até 25	1	3
26-40	2	6,1
41-60	13	39,4
Acima de 60	17	51,5
Escolaridade*		
Analfabeto	5	15,2
Ensino fundamental incompleto	10	30,3
Ensino fundamental completo	5	15,2
Ensino médio incompleto	1	3
Ensino médio completo	4	12,1
Ensino superior incompleto	1	3
Superior completo	0	0
Ignorado	7	21,2
Classe social*		
E	3	9,1
D	8	24,2
C	1	3
B	0	0
A	0	0
Ignorado	21	63,6
TOTAL	33	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Com relação às comorbidades associadas foram analisados: Hipertensão arterial sistêmica (8 pacientes eram portadores), Diabetes melitus (5 pacientes portadores), Tabagismo (12 pacientes), História familiar de câncer (8 pacientes) e presença de *H. pylori* (5 portadores).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes falecidos por câncer gástrico, segundo fatores de risco.

Fatores de risco	Nº	%
Tabagismo		
Sim	12	
Não	19	
Ignorado	2	
HAS		
Sim	8	
Não	22	
Ignorado	3	
DM		
Sim	5	
Não	25	
Ignorado	3	
H. pylori		
Sim	5	
Não	9	
Ignorado	19	
História familiar de câncer		
Sim	8	
Não	10	
Ignorado	15	
TOTAL	33	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Com relação a localização do tumor 6 pacientes possuíam tumor no antro, 3 no corpo, 6 na cárdia, 10 no antro + corpo, 2 no corpo + cárdia e 6 não foram identificados no prontuário.

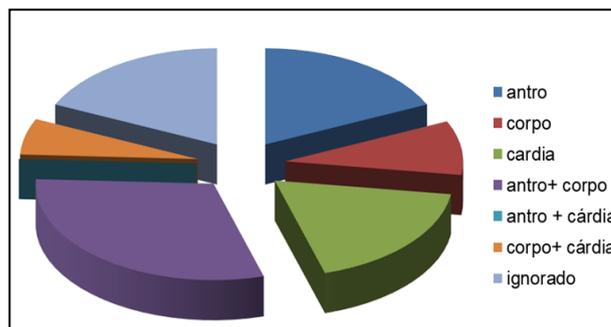


Figura 3. Distribuição do câncer gástrico segundo a localização do tumor nos pacientes que faleceram. Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Sobre o estadiamento, 21,2% dos pacientes não tiveram tal registro no prontuário impossibilitando a análise. Do restante, percebeu-se que a maioria dos pacientes (69,2%) apresentavam estágio avançado da doença (estadio IV), 3,9% foram diagnosticados no estágio I, 7,7% no estágio II, e 19,2% no estágio III.

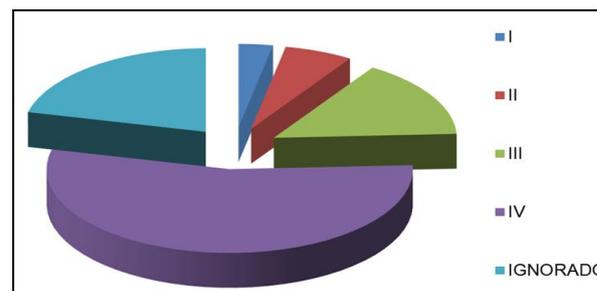


Figura 4. Estadiamento. Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

4. DISCUSSÃO

Percebeu-se no estudo que a faixa etária idosa foi a que mais evoluiu a óbito por câncer gástrico. Tal fato tem correlação com outros estudos que apontam, tanto a maior prevalência de câncer nessa população, quanto a maior taxa de mortalidade pela neoplasia.

O gênero masculino foi o que mais evoluiu a óbito segundo a pesquisa (78,8%). Oliveira Júnior e Cesse²² teve resultados semelhantes analisando a mortalidade por câncer segundo faixa etária e gênero em Recife, que o risco é mais elevado entre homens com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária onde a população masculina tem uma redução mais acentuada, e é justamente dessa idade em diante que a proporção de óbitos por câncer cresce de forma mais acentuada.

Castaño-Molina *et al.* (2010)²³ evidenciaram que o CG se encontra com maior frequência na idade adulta porque com o envelhecimento os processos fisiológicos não são tão eficientes, ocorre a diminuição dos mecanismos de proteção e reparação da mucosa gástrica, tornam-se mais evidenciados os efeitos nocivos dos fatores de risco ambiental e por seus

estilos de vida desfavoráveis alteram os processos celulares resultando no desenvolvimento e na progressão do câncer.

Nessa pesquisa foram analisados fatores de risco associados ao câncer gástrico, sendo excluídos os prontuários em que tais informações não foram retratadas, obteve-se: 26,7% tinham hipertensão arterial sistêmica, 16,7% tinham diabetes mellitus, 38,8% eram tabagistas, 35,7% eram infectados por *H. pylori*, e 44,4% tinham história familiar de câncer. Cabe ressaltar que alguns dados omitidos do prontuário comprometeram a amostragem final, como no caso da infecção por *H. pylori*, em que a maioria dos pacientes tiveram essa informação ignorada do prontuário (57,5%)

Parkin *et al.* (2001)²⁴ diz que as principais ações para a sua prevenção são: reduzir a prevalência do *H. pylori* com melhorias no saneamento básico e mudança no estilo de vida da população; modificar o consumo alimentar (ingestão de frutas, legumes e verduras, redução do uso de sal e dos alimentos defumados e principalmente na conservação dos alimentos); não fumar; e manter o peso corporal adequado.

No estudo, percebeu-se que 63,6% dos pacientes que evoluíram a óbito não tiveram a situação financeira registrada em prontuário e 36,4% estavam distribuídos entre classe C, D e E, não sendo identificado nenhum paciente entre as classes sociais A e B. Desses 36,4%, a maioria recebia de 1 a 3 salários mínimos -classe D- (66,7%).

Abreu (1997)²⁵ afirma que a mortalidade por câncer de estômago exhibe uma definida graduação socioeconômica, sendo as taxas nos grupos sociais mais baixos aproximadamente o dobro da verificada nos estratos socioeconômicos superiores.

Grupos sociais menos favorecidos tendem a ter menos acesso a serviços de saúde e a possuir uma alimentação mais deficiente de fibras, vitaminas e sais minerais. A hipótese de que uma alimentação mais saudável seja um fator protetor deve-se ao fato de frutas e legumes possuírem vitaminas com propriedade antioxidantes como vitamina C, E e o betacaroteno^{26,27}.

O estudo mostrou que a maioria dos óbitos ocorreram em cânceres cuja localização envolvia antro e cárdia juntos (10 pacientes), mostrando certa falta de definição do sítio em função do diagnóstico tardio da doença. Outros estudos nacionais também apresentaram tal dificuldade, como apresentado por Arregi *et al.* (2009)²⁸, cuja sublocalização anatômica somente pôde ser definida para uma parte das neoplasias (57,2%). No momento do diagnóstico, o tumor já havia avançado sobre várias áreas do estômago, fazendo impossível a identificação do local de origem da doença.

Já o estudo de Santos, Silva e Caldeira (2016)²⁹, mostrou padrão diferente, identificando localização definida para todos os pacientes, o que pode ser justificado por uma amostragem menor da pesquisa (12).

Excluindo-se esses 10 pacientes que envolviam

regiões proximais e distais simultaneamente, e também os 6 pacientes cuja sublocalização não foi identificada no prontuário, 64,7% tinham localização proximal (corpo, cárdia e fundo) e 35,3% eram distais (antro e piloro).

Tal fato está em concordância com outros estudos que apontam que tumores proximais apresentam um aumento da incidência nas últimas Décadas e apresentam pior prognóstico que os tumores distais^{8,13}.

Nesse estudo, a maioria dos pacientes que evoluíram a óbito foram diagnosticados em estádios avançados da doença (69,2% já tinham metástase a distância). Esse fato concorda com outros autores como Laporte *et al.* (2014)³⁰ que diz que o manejo de tumores avançados e agressivos prejudica diretamente a sobrevida, como já demonstrado na literatura.

No seu estudo, Guedes *et al.* (2014)³¹ percebem alta prevalência de doença com diagnóstico em estágio avançado III ou IV (n=216; 81,8%), e relaciona esse fato com a dificuldade dos pacientes dependentes do Sistema Único de Saúde para acessar diagnóstico precoce.

Araújo Júnior *et al.* (2011)³² reafirmam que o estadiamento no momento do diagnóstico é o maior determinante prognóstico, embora outros fatores como idade acima de 50 anos, sexo, tipo histológico e baixo nível socioeconômico também contribuam.

Ainda com base na literatura, Arregi *et al.* (2009)²⁸ reiteram que os pacientes com estádios I e II têm melhor prognóstico, no entanto, mais de 50% dos doentes são diagnosticados nos estádios III e IV. Nesses estádios, a sobrevida após cinco anos é de 33,4% e de 2%, respectivamente.

Fato que é corroborado ainda por Andreollo, Lopes e Coelho Neto (2011)³³ que diz que é amplamente aceito que o fator prognóstico mais importante para a sobrevida no câncer de estômago é o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico.

5. CONCLUSÃO

O estudo em questão foi desenvolvido em hospital de referência para câncer no estado do Maranhão, e reflete, portanto, a realidade local. Apesar das dificuldades com relação a falta de alguns registros nos prontuários, percebeu-se que os resultados deste trabalho se assemelham a outros estudos nacionais.

Fato que merece destaque é a importância do diagnóstico precoce como meio de melhorar as taxas de sobrevida da população, porém a realidade brasileira não pode ser comparada a do Japão, onde já existe um programa de saúde efetivo para combate do adenocarcinoma gástrico. No Brasil, ainda é um desafio selecionar um método único e viável diante das proporções e desigualdades do país.

Outra maneira de diminuir a mortalidade por câncer gástrico no Brasil, seria melhorar as condições socioeconômicas locais e incentivar a mudança de hábito da população, a fim de intervir nos fatores de risco modificáveis da doença. A prevenção primária seria, portanto, reduzir consumo de sal, álcool, açúcar,

alimentos em conserva, alimentos mal acondicionados. Medida essa que teria impacto não só no câncer gástrico, como também em outras doenças prevalentes no país.

REFERÊNCIAS

- [1]. Silva RMB, Freitas RRF, Rocha TSR. Perfil dos Pacientes com Câncer Gástrico Atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence no Período de 2007 a 2012. *Revista Ciências em Saúde* 2016; 6(1).
- [2]. Townsend Junior CM, Beauchamp D, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston tratado de cirurgia*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- [3]. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 1:359-386.
- [4]. Santos AS, Burchianti LC, Netto NA, Mazon VAP, Malheiros CA. Adenocarcinoma gástrico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2015. [No Prelo].
- [5]. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab P, Jacob CE, Weston AC, Bresciani CJC. Consenso brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. *ABCD - Arq. Bras. Cir. Dig.* 2013; 26(1).
- [6]. Pereira ES. *Helicobacter pylori: importância dos genes da ilha e de adesão no câncer gástrico (Intestinal e Difuso) e em estudos de risco*. Fortaleza. Tese [Doutorado em Microbiologia Médica] – Universidade Federal do Ceará; 2015.
- [7]. Marshall B. *Helicobacter pylori: 20 years on*. *Clin Med*. 2002; 2:147-52.
- [8]. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2006; 21(12):354-62.
- [9]. Prinz C, Schwendy S, Voland P. H pylori and gastric cancer: shifting the global 31 burden. *World J Gastroenterol*. 2006; 14(12):5458-68.
- [10]. Pakseresh M, Forman D, Malekzadeh R, Yazdanbod A, West RM, Greenwood DC, Crabtree JE, Cade JE. Dietary habits and gastric cancer risk in north-west Iran. *Cancer Causes Control* 2011; 22:725-36.
- [11]. Favacho BC; Costa CS, Magalhães TC, Assumpção PP, Ishak G Adenocarcinoma gástrico T4b: experiência de 12 anos em Hospital Universitário. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [online]. 2013; 26(4):268-73. ISSN 0102-6720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000400004>.
- [12]. Lacerda KC, Rocha RC, Melo MM, Nunes LC. Mortalidade por câncer de estômago em Volta Redonda-RJ, 1981-2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2014; 23(3):519-26. ISSN 2237-9622. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300014>.
- [13]. Condeducav SD, Lauletta G, Russi S, Ingravallo G, Dammacco F. H. pylori infection and gastric cancer: state of the art (review). *Int J Oncol*. 2013 jan; 2(1):5-18. doi: 10.3892/ijo.2012.1701.
- [14]. International Agency for Research on Cancer (IARC). Evaluation of carcinogenic risk to humans. Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*. *IARC Monogr*. 2016;61:1-241.
- [15]. Fonseca CM, Moraes SR, Romeiro P, Werneck FA. Estudo de tumores em pacientes atendidos no Hospital de Força Aérea Galeão. *Almanaque multidisciplinar de pesquisa* 2015; 1(2):22. ISSN 2359-6651. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/view/3259/1527>
- [16]. Resende C, Thiel A, Machado JC, Ristimäki A. Gastric cancer: basic aspects. *Helicobacter* 2011; 1:38-44.
- [17]. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb DG, Howlander N, Horner MJ, et al. *SEER cancer statistics review, 1975–2001*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2004.
- [18]. Oshima A, Kuroishi T, Tajima K. *Cancer statistics-incidence, mortality, and survival - 2004*. Japan: Shinohara Shuppan; 2004.
- [19]. Gama-Rodrigues JJ, Del Grande JC, Martinez JC. *Tratado de clínica cirúrgica do sistema digestório*. In Hamada GS, editor. Câncer gástrico. São Paulo: Atheneu; 2004; 541-671.
- [20]. Bashash M, Hislop TG, Shah AM, Le N, Brooks-Wilson A, Bajdik CD. The prognostic effect of ethnicity for gastric and esophageal cancer: the population-based experience in British Columbia, Canada. *BMC Cancer*. 2011 may; 11(164):1-8.
- [21]. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- [22]. Oliveira Junior FJM, Cesse EAP. Morbimortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. *Rev. Bras Cancerol*. 2005; 51(3):201-8.
- [23]. Castaño-Molina E, Santacoloma M, Arango L, Camargo M. Câncer gástrico y genes detoxificadores en una población colombiana. *Rev Col Gastroenterol*. 2010; 25(3).
- [24]. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001 oct 15;94(2):153-6.
- [25]. Abreu E. A prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1997; 13(supl. 1):S105-S108.
- [26]. Campelo JCL, Lima LC. Perfil clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referencia em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 28.
- [27]. Piazeulo MB, Epplein M, Correa P. Gastric cancer: an infectious disease. *Infect Dis Clin North Am*. 2010; 24(4):853–69.
- [28]. Arregi MMU, Férrer DPC, Assis ECV, Sobral LBG, Paiva FDS, André NF, Silva TC. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período 200-2004. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(2):121-28.
- [29]. Santos TED, Silva AHO, Caldeira LM. Frequência de câncer gástrico no serviço de endoscopia de um hospital-escola de Goiânia. *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2016;35(3):89-95.
- [30]. Laporte GA, Weston AC, Paludo AO, Castria TB, Kalil AN. Análise epidemiológica dos adenocarcinomas gástricos ressecados em um serviço de cirurgia oncológica. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 2014; 58(2):121-25.
- [31]. Guedes MT, de Jesus JP, de Souza Filho O, Fontenele RM, Sousa AI. Clinical and epidemiological profile of cases of deaths from stomach cancer in the National Cancer Institute, Brazil. *Ecancermedicalscience* 2014; 8:445.
- [32]. Araújo-Júnior ON, Alexandre AATV, Barboza DRMM, Meireles MS, Pinheiro MV, Pinheiro ATM. Perfil epidemiológico do câncer gástrico em um hospital terciário de Fortaleza-CE. *Cadernos ESP, Ceará* 2011;5.
- [33]. Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto JS. Complicações operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico. Análise de 300 doentes. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2011; 24:126-130.