



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 06, pp. 48068-48074, June, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22224.06.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE DO CÂNCER GÁSTRICO NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2008 A 2018

Victor Martins Fernandes¹, Pedro Yennydy Santos Moura¹, João Marcos Castro Fagundes²,
Thiago de Carvalho Milet³ and Gibran Ribeiro da Rocha⁴

¹Discente da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Vitória da Conquista-Bahia; ²Médico Residente de Cirurgia Oncológica no Hospital de Amor, Barretos-São Paulo; ³Coordenador do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Vitória da Conquista-Bahia; ⁴Professor de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Vitória da Conquista-Bahia

ARTICLE INFO

Article History:

Received 08th March, 2021

Received in revised form

24th April, 2021

Accepted 11th May, 2021

Published online 30th June, 2021

Key Words:

Câncer de Estômago;

Adenocarcinoma Gástrico;

Mortalidade; Epidemiologia.

*Corresponding author:

Victor Martins Fernandes

ABSTRACT

Em números absolutos, o câncer gástrico é um dos mais prevalentes tanto nas mulheres quanto nos homens em todo o mundo, inclusive no Brasil, sendo conseqüentemente um dos que mais mata também. Buscamos compreender o perfil dos pacientes na Bahia e como têm influência da doença de maneira comparativa com outros estados do Brasil bem como com o mundo, através de um estudo transversal com coleta dos dados disponíveis no DATASUS durante o período de 2008 a 2018. Um total de 6268 pessoas foram diagnosticadas com câncer de estômago na Bahia, sendo o tipo histológico adenocarcinoma responsável por quase metade dos casos, e houve predomínio de homens tanto na incidência da doença quanto na mortalidade, em números brutos. Foi o terceiro câncer com pior taxa de mortalidade em homens e quarto em mulheres. Este dado se mostrou agravado com o avançar da idade e teve destaque negativo nas microrregiões de Vitória da Conquista, Itabuna, Teixeira de Freitas, Caetitê e Brumado. Ademais, Bahia também apresentou índices de mortalidade piores que as taxas nacional e mundial da doença, mostrando que muito ainda pode ser feito para contribuir com a melhoria do atendimento. Espera-se que durante a pandemia de COVID-19 estes marcadores tendam a regredir e piorar.

Copyright © 2021, Victor Martins Fernandes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Victor Martins Fernandes, Pedro Yennydy Santos Moura, João Marcos Castro Fagundes, Thiago de Carvalho Milet, Gibran Ribeiro da Rocha. "Perfil epidemiológico da mortalidade do câncer gástrico no estado da bahia no período de 2008 a 2018.", *International Journal of Development Research*, 11, (06), 48068-48074.

INTRODUCTION

O carcinoma gástrico se destacou na epidemiologia mundial, de modo que na década de 1980, era o câncer mais prevalente do mundo (SABISTON, 2019). Em 2012 a incidência mundial da doença foi de quase 1 milhão de novos casos, sendo responsável por mais de 700.000 mortes no ano no planeta (TORRE, 2015). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2020 o câncer de estômago foi o quarto mais incidente nos homens e o sexto nas mulheres, representando respectivamente 5,9% (13.360 novos casos) e 3,5%

(7.870 novos casos), do total de neoplasias diagnosticadas no Brasil. Já em 2018, a doença foi responsável por 14.761 mortes no Brasil, sendo 9.387 (8% de todas as mortes por câncer) em homens e 5.374 (5% das mortes por câncer) nas mulheres. No Brasil recomenda-se a investigação diagnóstica nos pacientes que cursam com dispepsia e têm mais de 45 anos ou possuem algum sinal de alarme, como perda de peso, anemia, disfagia ou história familiar da neoplasia (SOUZA et al, 2013). O câncer tem potencial fatal, mas também pode ser curativo, principalmente se diagnosticado nas fases iniciais da doença. Atualmente está atrás apenas do câncer pulmonar como a neoplasia com maior mortalidade à nível mundial (SABISTON, 2019).

Entretanto, a confirmação diagnóstica do câncer gástrico no Brasil no Sistema Único de Saúde (SUS) é feito de maneira tardia, sendo um dos responsáveis pelo aumento de vítimas pela doença e de gastos do estado na terapia, é o que aponta um relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) feito em 2019. Segundo este documento, no ano de 2017, 79% dos pacientes oriundos do SUS que iniciaram tratamento para o câncer já estavam em estágio III ou IV, fase em que a cura é mais difícil e muitos acabam se tratando com cuidados proporcionais. Vale ressaltar que este número é crescente no período de 2013 a 2017 (BRASIL, 2018). A maioria dos tumores malignos no estômago são decorrentes das células epiteliais e por isso a grande maioria deles são do tipo histológico adenocarcinoma (FORMAN et al, 2006; WADDELL, 2014; SMYTH, 2016). Alguns fatores de risco para seu surgimento são conhecidos, como a idade avançada, sexo masculino, infecção por *Helicobacter pylori*, alimentos defumados e excessos de sal e frituras (FORMAN et al, 2006). O hábito tabágico isoladamente já aumenta este risco, entretanto quando presente junto ao etilismo, pode apresentar efeito sinérgico (IARC, 2004;). Por outro lado, dieta balanceada em frutas e verduras pode reduzir sua incidência (RIBOLI et al, 2003), bem como o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (WANG et al, 2003) e até ingestão de beta-caroteno (KONO et al, 1996; LATORRE et al, 1997). Atualmente para se atender às recomendações e fazer um estadiamento correto, são necessários retirar no mínimo 15 linfonodos na cirurgia (EDGE et al, 2010). De modo geral, o câncer tem potencial curativo apenas através de procedimento cirúrgico, mas ainda assim muitos deles apresentam recidivas no seguimento e por isso combinar os tipos de terapia são padrão para estágio 1B em diante (WADDELL, 2014; SMYTH, 2016). Os cânceres mais iniciais (T1a) podem ser abordados por endoscopia digestiva alta ou cirurgia preferencialmente videolaparoscópica (TADA, 2000; ASSOCIAÇÃO JAPONESA DO CÂNCER GÁSTRICO.). Já para os pacientes em estágio IV da doença, em que a cura já não é mais possível, devem ser ofertados a quimioterapia paliativa com melhora na sobrevida, desde que as condições clínicas e comórbidas do paciente permitam (WAGNER, 2006).

METODOLOGIA

Desenho do estudo: Estudo de caráter transversal, realizado a partir de dados secundários referentes ao perfil clínico e epidemiológico de casos de câncer gástrico diagnosticados entre os anos de 2008 a 2018 no Estado da Bahia. Os estudos transversais procuram descrever padrões de doenças na população, abordando populações bem definidas, permitindo estimar dimensão, magnitude ou extensão de uma enfermidade, delineando um diagnóstico da situação de saúde de uma população.

Área do estudo: O estudo será realizado considerando o Estado da Bahia, que possui Área Territorial de 564.760,427 km², em 2019, com População estimada de 14.930.634 pessoas, em 2020 e Densidade demográfica 24,82 hab/km² (IBGE, 2020).

População do estudo: A população do estudo foi composta por todos os casos de câncer gástrico diagnosticados entre os anos de 2008 a 2018, atendidos no Estado da Bahia. Incluímos pacientes para os quais foi atribuído um diagnóstico de neoplasia maligna do estômago; esses pacientes foram classificados como C16, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10). Não há critérios de exclusão.

Fontes de dados: Os dados foram extraídos dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), do Instituto Nacional de Câncer, que é órgão vinculado ao Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil e disponibilizados no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS – www.datasus.gov.br).

Análise dos dados: O presente estudo fez uso do *software Tab para o Windows* – TabWin (versão 4.14), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para tabulação e processamento do banco de dados. A análise descritiva, composta por valores absolutos e relativos, foram calculadas por meio do Programa Excel (Versão 2013). Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Aspectos éticos: Foram utilizados dados secundários, de domínio público, disponíveis para consulta nos sites das instituições responsáveis pela coleta e divulgação dos mesmos do Ministério da Saúde - DATASUS, onde não há violação de confidencialidade das informações e das particularidades dos indivíduos. Os dados são obtidos de maneira agregada, não havendo qualquer acesso a informações pessoais dos casos e dos residentes no município. Dessa forma, seguirá todas as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo não teve qualquer conflito de interesse com o tema abordado, não tendo quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e entidades que possam ter interesse no mesmo.

RESULTADOS

O Estado da Bahia registrou, até 31 de dezembro de 2018, 6268 indivíduos diagnosticados com câncer gástrico entre os anos de 2008 a 2018, sendo encontrados 59 tipos histológicos e o mais prevalente foi o Adenocarcinoma com 3093 casos (49%). A taxa de mortalidade bruta ajustada pela faixa etária, pelas populações mundial e brasileira de 2010 são maiores na população masculina, estando o maior percentual de mortalidade na faixa com idade igual ou maior de 80 anos (83,24 anos) enquanto que na população feminina verifica-se também uma maior mortalidade na mesma faixa etárias, porém, com um menor percentual, como evidenciado no Quadro 1. Fazendo um paralelo quanto à localização primária do câncer na mortalidade entre homens, o de estômago é a terceira causa de mortes, atrás somente dos cânceres de próstata e brônquios-pulmões (Quadro 2). Já quanto às mulheres, foi a quarta maior causa, ficando atrás somente dos de mama, brônquios-pulmões e útero (Quadro 3). As microrregiões de Saúde em que a maioria dos casos letais em homens estão situados são: Vitória da Conquista, Brumado, Teixeira de Freitas e Caetitê e a menor taxa fica na microrregião de Barreiras (Quadro 4). Assim, o Estado da Bahia ocupa a quinta posição na região Nordeste com maior taxa de mortalidade na população masculina por câncer de estômago (Quadro 6). Nas mulheres os piores índices estão presentes principalmente nas microrregiões de saúde: Itabuna, Vitória da Conquista e Caetitê. E a menor taxa está na microrregião de Amargosa (Quadro 5). No sexo feminino, portanto, o Estado da Bahia ocupa a quinta posição na região Nordeste com maior taxa de mortalidade por câncer gástrico (Quadro 7).

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma gástrico também foi o responsável pela maioria dos casos em RAMOS et al, 2018 e BARCHI et al, 2020. Em concordância com a literatura, apresentou tendência à predominar nos homens com mais de 60 anos na região metropolitana de Belém-PA, sendo que a maioria estavam em estado avançado no momento do diagnóstico (VINAGRE, et al, 2012). Estima-se que no biênio de 2018/2019 foram diagnosticados 21.290 novos casos de Câncer Gástrico (13.540 em homens e 7.750 em mulheres), com cerca de 15.000 mortes em 2017 relacionadas ao Câncer Gástrico (SANTOS, 2018). Quanto ao comparativo entre os sexos, pelo fato de que o perfil hormonal em mulheres ser hipotetizado como um fator protetor, isso pode explicar a diferença nas taxas de incidência de câncer gástrico entre mulheres e homens (CAMARGO et al, 2012). Segundo RAMPAZO et al., 2012, entre 20.521 pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta no Hospital Universitário de Santa Maria, RS, entre 1986 e 2010, foram identificados (1,6%) pacientes com adenocarcinoma gástrico. A idade média dos pacientes foi 62,4 (± 13,0) anos e 67,8% pertenciam ao sexo masculino (razão homem/mulher de 2:1).

Quadro 1. Taxa de mortalidade por câncer de estômago, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000, homens e mulheres, Bahia, entre 2008 e 2018

Taxas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Bahia, entre 2008 e 2018.						
FAIXA-ETARIA	OBITOS_HOMES	TAXA_ESPECIFIC A_HOMES	OBITOS_MULHE RES	TAXA_ESPECIFIC A_MULHERES	OBITOS_TODOS	TAXA_ESPECIFIC A_TODOS
00 a 04	2	0,03	0	0	2	0,02
05 a 09	0	0	0	0	0	0
10 a 14	1	0,01	0	0	1	0,01
15 a 19	3	0,04	1	0,01	4	0,03
20 a 29	37	0,25	53	0,36	90	0,31
30 a 39	138	1	169	1,24	305	1,12
40 a 49	463	4,7	327	3,24	790	3,96
50 a 59	923	13,07	496	6,64	1419	9,77
60 a 69	1248	29,56	651	13,48	1899	20,98
70 a 79	1229	56,97	723	25,35	1954	39,01
80 ou mais	775	83,24	663	44,81	1438	59,66
Idade ignorada	2	0	1	0	3	0
Total	4819	-	3084	-	7905	-
Taxa Bruta	-	5,93	-	3,73	-	4,82
Taxa Padrao Mundial	-	6,52	-	3,35	-	4,78
Taxa Padrao Brasil	-	7	-	3,65	-	5,15

Fonte: Inca, 2021

Quadro 2. Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2018, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens, Bahia, entre 2008 e 2018

ANO	Prostata	Bronquios E Pulmoes	Estomago	Esofago	Figado E Vias Biliares Intra-Hepaticas
2008	14,03	7,86	6,31	4,04	3,99
2009	14,23	8,7	6,41	4,96	4,24
2010	13,54	7,4	6,51	4,96	4,03
2011	14,88	7,81	6,87	4,71	3,93
2012	14,7	7,87	6,43	4,89	4,81
2013	15,12	7,8	6,35	5,41	4,4
2014	14,64	8,4	6,76	5,22	4,1
2015	15,87	8,44	5,87	5,06	4,48
2016	16,29	8,53	6,32	5,62	4,52
2017	17,35	9,73	6,94	6,12	4,99
2018	17,12	9,14	6,92	6,43	6,08

Fonte: Inca, 2021

Quadro 3. Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2018, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Bahia, entre 2008 e 2018

Ano	Mama	Bronquios e pulmoes	Colo do utero	Estomago	Localizacao primaria desconhecida
2008	8,18	4,02	3,88	3,33	3,82
2009	7,88	4,48	4,42	3,12	3,4
2010	8,52	4	3,94	3,37	3,65
2011	9,15	4,61	4,38	3,34	3,75
2012	8,8	4,63	4,16	3,59	3,7
2013	9,71	4,66	4,6	2,95	3,52
2014	9,23	5,36	4,55	3,29	3,2
2015	10,01	4,94	4,06	3,19	3,36
2016	9,83	5,2	4,39	3,17	3,93
2017	11,28	5,66	4,91	3,42	3,88
2018	11,32	6,11	4,76	3,99	3,79

Fonte: Inca, 2021

Quadro 4. Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, por 100.000 homens, Bahia, entre 2008 e 2018

Regional de saúde	Serrinha	Jequié	Itapetinga	Juazeiro	Jacobina	Mundo novo	Itaberaba	Brumado	Vitória da conquista
Taxa bruta	4,62	5,81	5,99	4,79	3,31	4,35	5,63	8,81	9,59
Regional de saúde	Ibotirama	Boquira	Caetité	Barreiras	Santa maria da vitória	Seabra	Amargosa	Senhor do bonfim	Cruz das almas
Taxa bruta	4,94	5,86	7,99	3,07	3,69	6,22	3,45	4,17	6,63
Regional de saúde	Guanambi	Alagoinhas	Feira de santana	Salvador	Itabuna	Ilheus	Gandu	Santo antônio de jesus	Cícero dantas
Taxa bruta	6,3	4,06	6,75	6,33	8,32	5,53	3,42	4,59	5,02
Regional de saúde	Paulo afonso	Teixeira de freitas	Eunápolis	Irecê					
Taxa bruta	4,56	8,14	5,58	6,39					

Fonte: Inca, 2021

Quadro 5. Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, por 100.000 mulheres, Bahia, entre 2008 e 2018

Regional de saúde	Serrinha	Jequié	Itapetinga	Juazeiro	Jacobina	Mundo novo	Itaberaba	Brumado	Vitória da conquista
Taxa bruta	3,38	3,41	3,29	2,9	2,51	2,56	2,75	4,35	5,03

Regional de saúde	Ibotirama	Boquira	Caetité	Barreiras	Santa maria da vitória	Seabra	Amargosa	Senhor do bonfim	Cruz das almas
Taxa bruta	2,01	2,03	4,88	1,51	1,63	3,62	1,8	2,67	4,07

Regional de saúde	Guanambi	Alagoinhas	Feira de santana	Salvador	Itabuna	Ilheus	Gandu	Santo antônio de jesus	Cícero dantas
Taxa bruta	4,24	2,61	4,63	4,51	5,09	3,24	1,95	2,81	2,43

Regional de saúde	Paulo afonso	Teixeira de freitas	Eunápolis	Irecê
Taxa bruta	3,3	4,24	3,68	3,54

Fonte: INCA, 2021

Quadro 6. Taxas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, na região Nordeste, entre 2008 e 2018

Taxas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, na região Nordeste, entre 2008 e 2018.																
Localidade	Taxas específicas												Idade ignorada	Taxa ajustada pela população mundial	Taxa ajustada pela população Brasil	
	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais					
Alagoas	0	0	0	0	0,36	1,04	3,75	10,18	23,55	45,51	73,29	0	4,16	14	5,29	5,73
Bahia	0,03	0	0,01	0,04	0,25	1	4,7	13,07	29,56	56,97	83,24	0	5,93	16	6,52	7
Ceará	0,02	0	0,02	0,04	0,27	2,13	6,47	19,92	54,78	110,64	184,84	0	10,85	10	11,88	12,92
Maranhão	0,03	0	0	0,11	0,15	1,27	4,61	15,48	33,76	64,82	81,34	0	5,39	8	7,26	7,73
Paraíba	0	0	0	0,05	0,48	1,46	6,13	17,05	42,52	81,25	119,21	0	8,87	12	9,13	9,81
Pernambuco	0	0	0,04	0,04	0,37	1,34	5,37	16,09	38,45	75,58	115,04	0	7,46	13	8,43	9,09
Piauí	0	0	0,06	0,13	0,19	1,04	3,47	10,55	30,86	55,26	89,3	0	5,43	9	6,25	6,72
Rio Grande do Norte	0	0	0	0,12	0,33	1,01	5,62	15,92	44,18	93,15	143,08	0	8,88	11	9,61	10,4
Sergipe	0	0	0	0,18	0,09	1,28	5,27	12,7	31,57	62,08	87,79	0	5,44	15	6,91	7,42

FONTE: INCA, 2021

Quadro 7. Taxas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, na região Nordeste, entre 2008 e 2018

Taxas de mortalidade por câncer de ESTOMAGO, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, na região Nordeste, entre 2008 e 2018.																
Localidade	Taxas específicas												Idade ignorada	Taxa ajustada pela população mundial	Taxa ajustada pela População Brasil	
	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais					
Alagoas	0	0	0	0,12	0,34	1,26	1,72	4,7	7,62	19,12	31,95	0	2,23	14	2,27	2,52
Bahia	0	0	0	0,01	0,36	1,24	3,24	6,64	13,48	25,35	44,81	0	3,73	16	3,35	3,65
Ceará	0	0	0,02	0,09	0,39	1,7	4,9	9,35	23,02	43,3	79,18	0	6,07	10	5,41	5,9
Maranhão	0,03	0	0	0,08	0,25	1,09	2,76	6,59	14,29	23,31	33,69	0	2,71	8	3,14	3,36
Paraíba	0	0	0	0,05	0,34	1,41	3,99	8,24	18,93	33,28	68,43	0	5,42	12	4,46	4,88
Pernambuco	0	0	0	0,09	0,35	1,5	3,8	7,34	14,74	28,97	52,12	0	4,31	13	3,78	4,14
Piauí	0	0	0	0	0,22	1,28	2,56	5,81	12,38	24,16	38,15	0	3,17	9	2,99	3,26
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	0,42	1,69	4,31	8,08	17,65	35,61	64,14	0	5,22	11	4,46	4,89
Sergipe	0	0,09	0	0,09	0,18	1,53	2,53	7,69	13,51	21,32	43,76	0	3,2	15	3,25	3,54

Fonte: Inca, 2021

A análise da taxa de mortalidade, segundo a faixa etária, evidenciou-se elevada no grupo etário acima de 50 anos, mais acentuada em homens do que nas mulheres. Observa-se, também, uma piora neste índice a partir dos 70 anos, como reforçado em OLIVEIRA, 2010. Conforme esperado, as taxas de mortalidade aumentaram linearmente com a idade, variando de aproximadamente 10% em pacientes <50 anos a 25% em pacientes > 70 anos (AMORIM et al, 2014). A tendência da mortalidade por câncer de estômago no Brasil entre 1980 e 2009 para os sexos masculino e feminino é semelhante nas regiões, embora a magnitude seja maior entre homens em todos os locais. As regiões Centro-Oeste, Sul, Sudeste apresentaram tendência de declínio, enquanto a região Norte não apresentou tendência significativa e a região Nordeste apresentou tendência ao aumento (GUIMARÃES et al, 2012). Em período equivalente ao dos Quadros 6 e 7, BATISTA, 2018, identificou o registro de 3.396 óbitos por câncer de estômago na Paraíba, com uma média anual de 212,25. Desse total de óbitos por câncer de estômago, 2.056 ocorreram em homens – com média anual de 128,5 óbitos, e 1.340 em mulheres – com média anual de 83,75 óbitos. Do total de óbitos por câncer de estômago, registrados no período analisado, no ano de 2000 foram apontados 68 (2,00%) mortes, com taxa ajustada específica de 2,04 casos por 100 mil habitantes e, em 2015, foram registrados 278 (8,18%) mortes, com taxa ajustada específica de 6,41.

Anteriormente ao período analisado no trabalho em tela, de 1980 a 2010, TAHARA, 2014, encontrou, na cidade de São Paulo, o coeficiente padronizado de 17,2 óbitos por 100.000 homens e 6,9 óbitos por 100.000 mulheres. No início do período 1980, os coeficientes de mortalidade eram de 25,1/100.000 habitantes do sexo masculino e 11,6 óbitos do feminino. Em 2011, esses valores foram reduzidos para 10,6 e 4,6 óbitos, respectivamente. O coeficiente de mortalidade (por 100.000) entre os homens com idade até 49 anos era menor do que 10,0 e 5,0 entre as mulheres. Porém, nas faixas etárias mais velhas, em 80+ anos, os coeficientes de mortalidade chegaram a 248 por 100.000 homens e, aproximadamente, 127,0 por 100.000 mulheres. No período estudado, a taxa de mortalidade permaneceu alta, mas isso não é exclusividade da Bahia. Em 2018, o Câncer Gástrico recuperou o segundo lugar em mortes por câncer no mundo, ultrapassando novamente o câncer de fígado e ficando atrás apenas do câncer de pulmão (BARCHI et al, 2020). Em estudo na microrregião de Vitória da Conquista, ALMEIDA et al, 2016, analisou 3269 laudos anatomopatológicos, correspondentes ao período de 2009 a 2013. O câncer de estômago analisado foi o adenocarcinoma gástrico, e o tipo intestinal foi o que apresentou maior ocorrência (53,8%). Ao se comparar a variação histológica do Adenocarcinoma Gástrico segundo o sexo, observou-se que no sexo masculino, o tipo intestinal esteve presente em 59,07% dos laudos, e o tipo difuso 27,8% dos laudos masculinos. No gênero feminino, o tipo intestinal representou 43,5% dos laudos, sendo 40,59% correspondentes a esse tipo. Diferentemente de nossa casuística, onde o sexo masculino é predominante em todas as faixas etárias de ocorrência segundo idade, ALMEIDA et al, 2016, encontrou a predominância de mulheres na faixa dos 60 – 69 anos. Quanto a dificuldade de diagnóstico de câncer, no município de Vitória da Conquista, AGUILAR et al, 2015, objetivaram conhecer as barreiras que levam mulheres em idade fértil da cidade de Vitória da Conquista-BA a não realizarem o exame Papanicolau, que diagnostica o câncer do colo do útero, e verificaram que o conhecimento insuficiente acerca do exame Papanicolau e da sua finalidade, aspectos relacionados aos serviços de saúde com acesso limitado, oferta reduzida e a inserção das mulheres no mercado de trabalho constituíram barreiras à realização do Papanicolau, contribuindo para as mulheres se tornarem mais vulneráveis ao câncer cérvico-uterino e, deste modo, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no âmbito da prevenção. O que é um diapasão para o que poderá estar acontecendo com o câncer gástrico, já que o mesmo, para ser diagnosticado, se houver suspeita, é recomendado endoscopia gastrointestinal alta e biópsia, especialmente para análise da localização e disseminação de potenciais lesões gástricas (CUZZUOL et al, 2020). Associado a isso, no contexto da Pandemia, em que foi a declarado emergência em saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus.

Assim, prevê-se que a pandemia de COVID-19 afete significativamente pacientes com câncer. Na Coreia, o impacto do COVID-19 no diagnóstico de câncer de pulmão, onde a incidência continua a aumentar, durante a pandemia, o número de pacientes que procuraram consulta na divisão de pneumologia dos hospitais do estudo caiu 16% em relação ao ano anterior. Sendo que a proporção de pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas avançado aumentou durante a pandemia de COVID-19 (PARK, J. Y. et al, 2019). Na Itália, que foi o primeiro país europeu a estar envolvido nesse surto de Coronavírus, a maioria das atividades preventivas de rotina foram reduzidas, incluindo campanhas ativas de triagem. As unidades mamárias foram fortemente afetadas pela emergência e suas consequentes restrições. Todos os anos, cerca de 53.000 mulheres recebem um diagnóstico de câncer de mama na Itália. O que acontecerá com os pacientes que não podem ser submetidos a triagem ou acompanhamento devido ao surto? Quantas pacientes com neoplasia mamária avançada serão diagnosticadas ao final da emergência? Quantos pacientes necessitarão do uso de terapia neoadjuvante, secundária ao diagnóstico local avançado de apresentação do câncer? (VANNI et al., 2020).

É o mesmo cenário em que está inserido o Brasil, onde houve uma limitação do acesso aos serviços de saúde eletivos, devido ao contexto da pandemia Covid-19, onde após o controle da mesma, possivelmente enfrentaremos uma crescente em casos de câncer não diagnosticados precocemente. Quanto ao comparativo entre a mortalidade da patologia em Vitória da Conquista, Brasil e resto do Mundo, percebe-se que há flutuações nos gráficos, em que os índices brasileiros de modo geral são sempre piores que os mundiais e que Vitória da Conquista, dentre todo período estudado, obteve mortalidade abaixo da média mundial e nacional. A oscilação entre os valores não foi pontual, ao passo que a mortalidade nacional e local sempre acompanharam as variações mundiais. Pela grande heterogeneidade tanto epidemiológica quanto social e financeira (no sentido de investimento em diagnóstico precoce e tratamento por exemplo) entre as populações destes três grupos, fica muito difícil inferir no motivo pelo qual houveram variações de ano a ano.

CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade por câncer de estômago na população de modo geral no Estado da Bahia permaneceu alta entre os anos de 2008 a 2018 e foi ainda pior nos homens com mais de 70 anos. Outro aspecto apontado pelos dados, nos permitiu inferir que o câncer gástrico continua sendo um grave problema de saúde pública no Estado, sendo importante a reestruturação de estratégias adotadas de prevenção e diagnóstico precoce para poder otimizar o tratamento da doença de modo a possibilitar sua cura e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Importante enfatizar, ainda, que no grupo das mulheres, apenas Maranhão dentre os estados do Nordeste teve taxa de mortalidade inferior aos índices mundiais durante o período estudado. Ao se comparar essa estatística com os dados nacionais de modo geral, Piauí e Sergipe, além do próprio Maranhão, tiveram valores inferiores à mortalidade nacional. Já quanto aos homens, todos os estados do Nordeste tiveram valores de taxa de mortalidade abaixo da mortalidade mundial. Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível inferir sobre as causas dessa discrepância. Deste modo, a Bahia possui um certo destaque negativo nos números de mortalidade no âmbito nacional, tendo Vitória da Conquista como uma das principais cidades que elevam estes índices. O período estudado foi prévio ao atual cenário de pandemia pelo COVID-19, portanto, não consegue levar em consideração suas consequências diretas e indiretas acerca da qualidade do seguimento e tratamento dos pacientes com câncer gástrico e como isso interfere nos marcadores de saúde abordados nesta pesquisa. Com boa parte da população adiando procedimentos médicos considerados eletivos por uma parte considerável da pandemia, como consultas e exames de rastreio e diagnóstico precoce do adenocarcinoma de estômago, espera-se que os dados ganhem uma tendência a piorarem nos anos que se seguem. Atrelado a isto vem o fato de que boa parte da verba pública que é destinada à saúde precisou ser direcionada aos insumos com a própria

pandemia, reduzindo investimento em melhorar as variáveis que controlam a melhora do prognóstico do câncer, desde infraestrutura e busca ativa da população para diagnóstico precoce até o próprio tratamento de qualidade que a doença necessita.

REFERÊNCIAS

- Aguilar, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, June 2015. Acesso em Janeiro de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200359&lng=isso&nrm=isso
- Almeida, Palloma Porto et al. Análise da ocorrência de neoplasias na microrregião de Vitória da Conquista, Bahia. *Scientia Plena*, 016002 (2016). VOL. 12, NUM. 01. Acesso em Janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.scientiaplenu.org.br/sp/article/view/2799>
- Almeida-Filho, Naomar; BARRETO, Maurício Lima. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações* – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Amorim, C. A. et al. Estudo ecológico do câncer gástrico no Brasil: análise geográfica e de tendência temporal. *World J Gastroenterol*. 2014; 20 (17): 5036-5044
Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i17/5036.htm>
- Associação Japonesa DO Câncer Gástrico. Diretrizes de tratamento do câncer gástrico japonês 2018. 5ª edição. *Gastric Cancer* 24. 2020. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10120-020-01042-y>
- Bahia. Casa Civil. Decreto Nº 16.075 DE 14 De Maio DE 2015. Salvador, 2015. Acesso em dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-16075-de-14-de-maio-de-2015>
- Barchi, Leandro Cardoso et al. II consenso brasileiro de câncer gástrico realizado pela associação brasileira de câncer gástrico. *Abcd, arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, v. 33, n. 2, e1514, 2020. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202020000200306&lng=pt&nrm=isso
- Batista SILVA, Allan. Análise da taxa de mortalidade por câncer de estômago entre 2000 e 2015 na Paraíba, Brasil. *Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.]*, v. 25, n. 3, p. 18-21, dez. 2018. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/997>. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.3.2018.997>
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. 2018. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/751001239/relatorio-de-auditoria-ra-ra-2365520186/inteiro-teor-751001259>
- Camargo, M. C. et al. Sex hormones, hormonal interventions, and gastric 36âncer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Jan;21(1):20-38. Epub 2011 Oct 25. PMID: 22028402; PMCID: PMC3315355. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: < doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0834>
- Cuzzuol, B. R. et al. Gastric Cancer: A Brief Review, from Risk Factors to Treatment. *Arch Gastroenterol Res*. 2020; 1(2): 34-39. Acesso em Janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.scientificarchives.com/article/gastric-cancer-a-brief-review-from-risk-factors-to-treatment>
- Edge, S. B; Compton, C. C. The American Joint Committee on Cancer: a 7ª Edição do Manual de Estadiamento do Câncer AJCC e o Futuro do TNM. *Ann Surg Oncol* 17, 1471-1474 (2010). Acesso em janeiro de 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10434-010-0985-4>
- Forman, D; Burley, V.J. Gastric 36âncer: global pattern of the disease and isso overview of environmental risk factors. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(4):633-49. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691806000497?via%3Dihub>
- Guimaraes, Raphael Mendonça; MUZI, Camila Drumond. Tendência das taxas de mortalidade por câncer gástrico no Brasil e regiões no período de 30 anos (1980-2009). *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 49, n. 3, pág. 184-188, setembro de 2012. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000300003&lng=en&nrm=iso
- Iarc Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2004; 83:1-1438. PMID: 15285078; PMCID: PMC4781536. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15285078/>
- Ibge – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estado da Bahia. 2020. Acesso em dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>
- Kono, S; Hirohata T. Nutrition and Stomach 36âncer. *Cancer Causes Controle* 1996; 7(1):41-55. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00115637>
- Latorre, M. R. D. O. A mortalidade por câncer de estômago no Brasil: análise do período de 1977 a 1989. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(Supl 1):67-78. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v13s1/1426.pdf>
- Oliveira, Julio Fernando Pinto Câncer de estômago: incidência, mortalidade e sobrevida no município de Fortaleza, Ceará. Rio de Janeiro: s.n., 2010. 91 f.; tab., graf. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23061>
- Park, J. Y. et al. Efeitos colaterais da pandemia da doença coronavírus 2019 no diagnóstico de câncer de pulmão na Coreia. *BMC Cancer* 20, 1040 (2020). Acesso em Janeiro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07544-3>
- Ramos, Marcus Fernando Kodama Pertille et al. Tratamento cirúrgico do câncer gástrico: experiência de 10 anos em hospital universitário de grande porte. *Clinics*, São Paulo, v. 73, supl. 1, e543s, 2018. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322018000200205&lng=en&nrm=iso
- Rampazzo, Alexandre et al. Tendência temporal do adenocarcinoma do estômago na região central do Rio Grande do Sul: o que mudou em 25 anos?. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 178-183, set. 2012. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000300002&lng=pt&nrm=iso
- Sabiston, D. C. Jr. Et al. *Tratado de Cirurgia –A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. Editora: Guanabara Koogan; 20ª edição, Rio de Janeiro, 2019.
- Sancho-Poch, F.J. et al. Isso evaluation of gastric biopsy in the diagnosis of gastric 36âncer. *Gastrointest. Endosc.*, Denver, 1978; v. 24, n. 6, p. 281-2.
Acesso em janeiro de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/730002/>
- Santos, M. de O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Isso. Bras. Cancerol.* [Internet]. 30º de março de 2018; 64(1):119-20. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/115>
- Smyth, E. C. ESMO Guidelines Committee. Gastric 36âncer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2016 Sep;27(suppl 5):v38-v49. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27664260/>
- Souza, Benilton Batista de; ARAÚJO, Nayana Camurça de; Yamanaka, Ademar. Câncer gástrico avançado: acurácia da biópsia endoscópica. *Isso. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v.12, n.3, p.299-305, set./dez. 2013. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/8322/6666>

- Tada, M. et al. Mucosectomy for gastric 37âncer: current status in Japan. *J Gastroenterol Hepatol.* 2000;15(Suppl): D98–D102. Acesso em janeiro de 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10759227/>>
- Tahara, Emi Igarashi. Tendências da incidência e da mortalidade do câncer de estômago no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2014. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/37âncer37veis/6/6132/tde-20032015-132001/publico/EmiIgarashiTahara.pdf>>
- Torre, L. A., Bray et. Al. Global 37âncer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65: 87–108. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21262>
- Vanni, Gianluca et al. Breast Cancer Diagnosis in Coronavirus-Era: Alert From Italy. *Front. Oncol.*, 22 May 2020. Acesso em Janeiro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00938>
- Vinagre, Ruth Maria Dias Ferreira; CAMPOS, Brenda Prazeres de; SOUSA, Rachid Marwan Pinheiro. Estudo de caso de adenocarcinoma de estômago realizado em hospital referência em câncer no norte do Brasil. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 49, n. 2, pág. 125-129, junho de 2012. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000200006&lng=en&nrm=iso>
- Waddell, T. et al. Gastric 37âncer: ESMOe ESSO e ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Eur J Surg Oncol.* 2014 May;40(5):584-591. . Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <<https://www.essoweb.org/media/documents/ejso-vol-41-issue-1-pages-1-174-jan-15-gastric.pdf>>
- Wagner, A. D. et al. Chemotherapy in advanced gastric 37âncer: a systematic review and meta-analysis based on aggregate data. *J Clin Oncol* 2006;24:2903–9. Acesso em janeiro de 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782930/>>
