

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoplasia de esôfago e estômago em um hospital escola de São José do Rio Preto, SP

Sociodemographic and clinic profile of patients with stomach and esophageal cancer in a teaching hospital in São José do Rio Preto, SP, Brazil

Evelyn Aline Boscolo Ruivo¹, Juliana Rodrigues Correia Mello¹, Odete Mauad Cavenaghi¹, Lucas Lima Ferreira¹

RESUMO

Introdução: O câncer de esôfago (CE) afeta mais de 450 mil pessoas no mundo por ano, enquanto o câncer de estômago é a segunda causa de morte por câncer no mundo. **Objetivo:** Avaliar e comparar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoplasia de esôfago e estômago. **Método:** Foram avaliados 24 indivíduos internados em um hospital escola em período pré-operatório. Esses responderam a um questionário com dados sociodemográficos e passaram por uma avaliação clínica. Foi considerado o grau de independência, de acordo com a escala *Performance Status*. Foi aplicada estatística descritiva e inferencial com teste *t* de Student não pareado para comparar as variáveis sociodemográficas e físicas dos pacientes, sendo considerada diferença estatisticamente significativa, valores de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Dos pacientes com neoplasia de esôfago, 100,00% (n=8) eram homens e, na neoplasia de estômago, 68,75% (n=11) eram homens. Quanto à escolaridade e renda, a maioria dos pacientes em ambas as doenças possuía ensino fundamental e renda de um salário mínimo. Na escala *Performance Status*, o escore mais elevado foi II para neoplasia de esôfago e 0 para neoplasia de estômago. Em relação às características físicas, verificou-se diferença significativa ($p=0,01$) na comparação do índice de massa corpórea entre homens ($21,68 \pm 2,62$ kg/m²) e mulheres ($27,91 \pm 5,97$ kg/m²). Já na força muscular, a maioria apresentou grau 5 para membros superiores e inferiores. **Conclusão:** O perfil desses pacientes se caracteriza pela prevalência de homens brancos e pardos, idosos, com baixa escolaridade, baixa renda e independentes para as atividades de vida diária.

Palavras-chave: indicadores demográficos; perfil de saúde; neoplasias gástricas; neoplasias esofágicas.

ABSTRACT

Introduction: Esophageal cancer affects more than 450 thousand people worldwide each year, while stomach cancer is the second leading cause of death by cancer across the globe. **Objective:** To evaluate and compare the sociodemographic and clinical profile of patients with stomach and esophageal cancer. **Method:** We evaluated 24 subjects admitted to a teaching hospital in the preoperative period. They answered a questionnaire with sociodemographic data and underwent clinical evaluation. The degree of independence was considered, according to the Performance Status scale. Descriptive and inferential statistics were applied by unpaired Student's t-test to compare the sociodemographic and physical variables of patients, with statistically significant difference of p-values ≤ 0.05 . **Results:** Of patients with esophageal cancer, 100,00% (n=8) were men; and of the patients with stomach cancer, 68.75% (n=11) were men. As for education and income, most patients with both types of cancer had attended primary education and would receive one minimum wage. On the Performance Status scale, the highest score was 2 for esophageal cancer and 0 to stomach. As to physical characteristics, there was a significant difference ($p=0.01$) regarding body mass index between men (21.68 ± 2.62 kg/m²) and women (27.91 ± 5.97 kg/m²). For muscle strength, most patients were level 5 for upper and lower limbs. **Conclusion:** The profile of these patients is characterized by prevalence of white and brown-skinned elderly men, with low education, low income, and independent in daily-living activities.

Keywords: demographic indicators; health profile; stomach neoplasms; esophageal neoplasms.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Contato: lucas_lim21@hotmail.com

Recebido em 22/06/2016. Aceito para publicação em 16/12/2016.

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago (CE) afeta mais de 450 mil pessoas no mundo por ano, com risco de 8,18 casos novos a cada 100 mil homens e de 2,70 a cada 100 mil mulheres. Em homens, é o quinto tumor mais frequente, e o décimo terceiro em mulheres na região sul. O câncer de estômago é a segunda causa de morte por câncer no mundo em ambos os sexos, sendo estimado um risco de 13,19 casos novos a cada 100 mil homens e de 7,41 a cada 100 mil mulheres. Em homens é o segundo tumor mais frequente nas regiões norte e nordeste e, nas mulheres, é o terceiro na região norte.¹ De acordo com a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), há previsão de 17 milhões de mortes por câncer (CA); 27 milhões de casos incidentes e 75 milhões de pessoas vivendo anualmente com CA, isso para a década de 2030.²

Estudos demonstram que o CE é comum em homens (3:1) e negros, na sexta e sétima décadas de vida. Fatores de risco como idade, etilismo, tabagismo e afecções, como megaesôfago e esôfago de Barrett, contribuem para sua etiologia. A incidência do CA gástrico aumenta a partir dos 35 a 40 anos e atinge seu ápice entre 50 e 70 anos, seguindo ritmos diferentes, e em termos de etiologia inclui o consumo exagerado de sal; a infecção pelo *H. pylori*; condições pré-cancerosas, como gastrite crônica, metaplasia intestinal e aquelas submetidas à gastrectomia subtotal. Homens idosos e grupos socioeconômicos desprovidos são os mais afetados, independentemente da localização geográfica.³⁻⁸

A disfagia, um dos primeiros sintomas a se manifestar no CE, ocorre em função dos processos obstrutivos ocasionados pelo aumento do tumor, que gera dificuldade de deglutição e perda de peso. No CA gástrico destacam-se dor abdominal e emagrecimento; e com a existência de metástase, podem ser observados: massa palpável na parte superior do abdome, hepatomegalia, linfonomegalia supraclavicular e periumbilical.⁶⁻⁸

Pacientes com perda de peso involuntária de 5% ou mais, em 1 mês, têm menor chance de sobreviver do que aqueles com o peso estável.⁹ Em pacientes com CA avançado, a diminuição da ingestão de alimentos ocasiona perda ponderal e promove uma desnutrição proteico-calórica que resulta na perda de massa corporal magra, com prejuízo funcional e deterioração da função física causada pelo catabolismo e pela alteração tissular dos músculos esqueléticos.^{10,11}

Em cinco anos, a taxa de sobrevivência para o CA gástrico avançado corresponde de 5 a 15%; e a sobrevida média para o CE é de 13 a 19 meses, sendo que de 35 a 42% sobrevivem 2 anos e somente 15 a 24% permanecem vivos depois de 5 anos.^{3,8} A cirurgia é indicada nos casos de doença ressecável, além de quimioterapia, radioterapia, uso de próteses ou a combinação dessas modalidades terapêuticas. Na presença de tumores irrecutíveis, doença disseminada ou quando o paciente não possui condições clínicas para ser submetido à cirurgia, o tratamento é paliativo, com o objetivo de melhora na qualidade de vida.¹²⁻¹⁴

Identificar indicadores demográficos e clínicos é o método mais adequado para conhecer as características das doenças que acometem uma população e traçar medidas preventivas e intervencionistas. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar e comparar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoplasia de esôfago e estômago.

MÉTODO

O trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, desenvolvido no Hospital de Base, um hospital escola de grande porte, vinculado à Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

A seleção dos indivíduos seguiu como critério de inclusão pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e diagnóstico de neoplasia de esôfago ou estômago, no período de abril a setembro de 2015, que estivessem em internação hospitalar no período pré-operatório. Os indivíduos com estado geral de deterioração física ou mental que impedisse a sua colaboração na avaliação funcional, sem diagnóstico confirmado, portadores de doenças com risco do aumento da pressão intratecal e aqueles já em período pós-operatório foram excluídos da pesquisa.

Os indivíduos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), comprovando sua participação voluntária e autorização quanto à utilização dos dados para fins científicos. O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob parecer nº 1126.078/2015.

Os participantes foram submetidos a uma avaliação fisioterapêutica e as informações coletadas ficaram anexadas a uma ficha elaborada, contendo todos os dados socio-demográficos. Os dados que se referem ao perfil funcional, como a escala *Performance Status*, grau de força muscular, manovacuometria, além dos aspectos físicos e respiratórios, também foram avaliados.

Quanto à avaliação funcional, referente ao índice de massa corporal (IMC), foram levados em consideração o peso e a altura do paciente para uma classificação quanto ao baixo peso, peso ideal, sobrepeso e níveis de obesidade (leve, moderada e mórbida).¹⁵

A escala *Performance Status* foi utilizada para determinar o grau de independência nas atividades de vida diária (AVDs), com escore que varia de zero a cinco pontos que classifica em: índice 0 (ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença), 1 (restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (autocuidado limitado, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não exerce autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto).¹⁰

Com relação à força muscular, foram realizados testes nos músculos bíceps braquial e quadríceps femoral bilateralmente. Esses testes foram baseados na amplitude de movi-

mento (ADM) de cada indivíduo e visa apenas uma repetição para que o resultado final não sofra modificação pela sobrecarga. É classificada segundo a escala do *Medical Research Council* (MRC), com pontuação de 0 a V, sendo que:

- grau V: corresponde à força normal contra a resistência total;
- grau IV: a força muscular é reduzida, mas há contração muscular contra a resistência;
- grau III: a articulação pode ser movimentada apenas contra gravidade e sem resistência do examinador;
- grau II: há força muscular e movimentação articular, somente se a resistência da gravidade é removida;
- grau I: apenas um esboço de movimento é visto ou sentido;
- grau 0: nenhum movimento é observado.¹⁶

Foi realizada estatística descritiva e os dados estão apresentados em valores de média, desvio padrão, números absolutos e percentuais. Foi aplicada estatística inferencial, com utilização do teste *t* de Student não pareado para comparar as variáveis sociodemográficas e físicas dos pacientes analisados. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para Windows, sendo estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 24 indivíduos. Com relação ao sexo, na neoplasia de esôfago, 100% são do sexo masculino; enquanto na neoplasia de estômago, 68,75%. Quanto à etnia, na neoplasia de esôfago, 87,5% são brancos; já na neoplasia de estômago, 50%. No que se refere à escolaridade e renda, na neoplasia de estômago, 50% possuem ensino fundamental e 62,5% têm renda de até 1 salário mínimo. Na neoplasia de esôfago, 50% possuem ensino fundamental e 50% têm renda de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as características antropométricas dos pacientes. Em relação à faixa etária dos indivíduos com neoplasia de estômago, verificou-se que a média de idade foi de $69,36 \pm 10,92$ anos para homens e $59,4 \pm 14,8$ anos para mulheres. Na neoplasia de esôfago, a média de idade entre os homens foi de $63,00 \pm 9,16$ anos. As pacientes com neoplasia de estômago apresentaram

IMC significativamente maior ($p=0,01$) do que os homens acometidos pela doença, sendo classificadas como sobrepeso. Não houve paciente do sexo feminino no grupo de pacientes com neoplasia de esôfago, o que impossibilitou comparações entre sexos.

Ao considerar essas variáveis, dos pacientes com CE deste estudo, 50% apresentaram perda de peso entre 6 e 10 kg, em um período de 2 a 6 meses; enquanto que na câncer de estômago, 37,50% apresentaram perda de peso também entre 6 e 10 kg, porém, 37,50% não relataram alteração no peso corporal após início dos sintomas e diagnóstico da doença, sendo que daqueles com perda ponderal, 31,25% relataram o ocorrido em um período entre 15 dias e 1 mês.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes com neoplasia de esôfago e estômago.

Variável	Neoplasia de esôfago		Neoplasia de estômago	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	8	100	11	68,75
Feminino	–	–	5	31,25
Raça				
Branco	7	87,5	7	43,75
Moreno	1	12,5	8	50,00
Negro	–	–	1	6,25
Escolaridade				
Analfabetos	–	–	3	18,75
Ensino fundamental	4	50	8	50,00
Ensino médio	2	25	4	25,00
Ensino superior	2	25	1	6,25
Renda				
Não possui renda	1	12,5	1	6,25
Até 1 salário mínimo	4	50,0	10	62,50
1 a 2 salários mínimos	2	25,0	4	25,00
2 a 3 salários mínimos	1	12,5	1	6,25

Tabela 2. Características antropométricas dos pacientes com neoplasia de estômago e de esôfago.

Variável	Neoplasia de estômago		Valor p*	Neoplasia de esôfago	
	Homem média±DP	Mulher média±DP		Homem média±DP	Mulher média±DP
Idade (anos)	69,36±10,92	59,40±14,80	0,15	63,00±9,16	–
Peso (kg)	61,45±9,13	72,30±21,09	0,16	62,20±14,80	–
Altura (m)	1,68±0,10	1,60±0,11	0,16	1,71±0,06	–
IMC (kg/m ²)	21,68±2,62	27,91±5,97	0,01	21,23±4,61	–

DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corporal; *teste *t* de Student não pareado.

Na escala *Performance Status*, o escore mais elevado foi grau II, demonstrando que 62,5% dos pacientes com CE estão aptos para o autocuidado, porém incapazes para o trabalho, permanecendo fora do leito por mais de 50% do tempo; nenhum desses pacientes apresentaram graus I ou IV. No CA gástrico, 31,25% apresentam grau 0, mostrando-se ativos, capazes de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição. A maioria dos pacientes apresenta bilateralmente grau V de força muscular para os membros superiores — 87,50 e 68,75%, respectivamente nas neoplasias de esôfago e estômago. Nos membros inferiores, a maioria também apresenta grau V — 75,00 e 68,75%, respectivamente, nas neoplasias de esôfago e estômago (Tabela 3).

Na escala de sintomas, a disfagia foi predominante no CE, com escore de 75% (n=6). No CA gástrico, o principal sintoma foi a pirose, em 31,25% (n=5) dos casos, e 31,25% (n=5) dos pacientes não apresentaram nenhum sintoma (Figura 1).

No que se refere aos hábitos de vida, na neoplasia de esôfago, 50% dos indivíduos são tabagistas ativos e o tempo de fumo relatado foi de 20 a 60 anos. Na neoplasia de estômago, 50% são ex-tabagistas; o tempo de fumo também variou entre 20 e 60 anos e a maioria dos ex-tabagistas (31,25%) deixou o cigarro nos últimos 20 anos. Quanto ao etilismo, em ambas as doenças os escores mais elevados foram para etilistas sociais, ou seja, os que bebem socialmente aos finais de semana, em média de duas a três garrafas — 37,50 e 31,25%, respectivamente, para neoplasia de esôfago e estômago.

Tabela 3. Perfil físico dos pacientes com neoplasia de esôfago e de estômago.

Variável	Neoplasia de esôfago		Neoplasia de estômago	
	n	%	n	%
<i>Escala Performance Status</i>				
Grau 0	2	25	5	31,25
Grau I	–	–	4	25,00
Grau II	5	62,5	2	12,50
Grau III	1	12,5	4	25,00
Grau IV	–	–	1	6,25
<i>Força muscular</i>				
MSD/E Grau IV	1	12,5	5	31,25
MSD/E Grau V	7	87,5	11	68,75
MID/E Grau III	2	25,0	1	6,25
MID/E Grau IV	–	–	4	25,00
MID/E Grau V	6	75,0	11	68,75

MSD/E: membro superior direito/esquerdo; MID/E: membro inferior direito/esquerdo.

DISCUSSÃO

No que se refere aos cânceres de esôfago e estômago, há prevalência de homens e a incidência aumenta significativamente com a idade.³⁻⁵ Na análise dos resultados, foi observada predominância em pacientes do sexo masculino, em uma proporção de 8:0 e 11:5, respectivamente, para as neoplasias de esôfago e estômago; e a média de idade foi de 63,00±9,16 e 69,36±10,92 anos, respectivamente, para as neoplasias de esôfago e estômago, o que corresponde aos dados descritos na literatura. Em um estudo com 69 pacientes portadores de CE submetidos à cirurgia, a média de idade era de 63 anos, com prevalência de homens (75%; n=52).³ Outro estudo desenvolvido em Curitiba, Paraná, com 43 pacientes com CA gástrico, mostrou que 72,1% (n=31) eram homens e a média de idade no diagnóstico foi de 60,63 anos.⁸

Com relação à escolaridade, um estudo com 607 pacientes com CA gástrico mostrou que 63,5% eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto.¹⁴ Os resultados do presente estudo mostram que os pacientes apresentam baixo nível educacional. Esse dado, segundo a literatura, pode ser justificado pelo grau de desconhecimento dos pacientes quanto aos fatores de risco do CA, e também pela dificuldade de compreensão dos fatores de prevenção e tratamento.

Dos 24 pacientes avaliados, 45,83% (n=11) são casados; 83,33% (n=20), católicos; e as ocupações mais citadas foram trabalhador rural (37,50%; n=9) e mecânico (12,50%; n=3), sendo que, do total, 66,66% (n=16) encontram-se aposentados. Um estudo mostra que, de 41 sujeitos com CE e

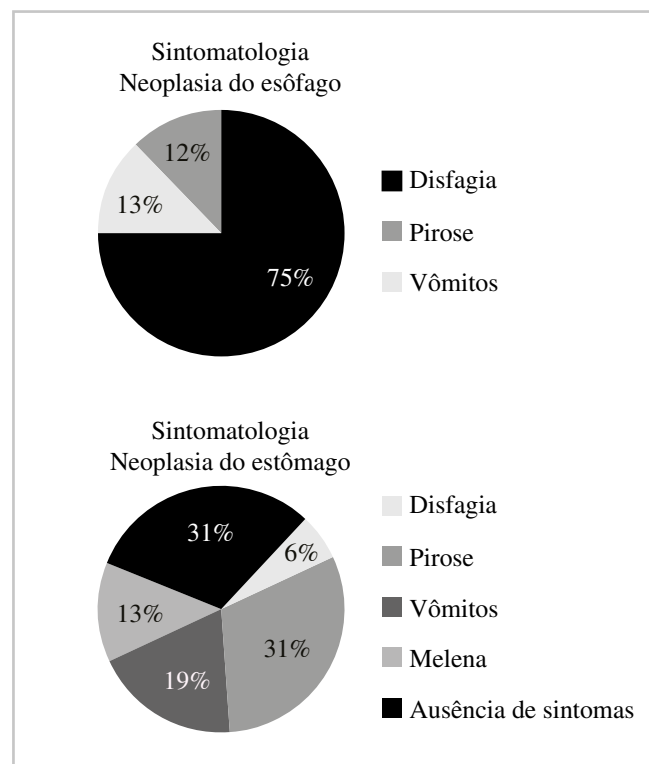


Figura 1. Sintomas relatados pelos pacientes com neoplasia de esôfago e de estômago.

CA gástrico, a maioria, 73,20% (n=30), era casada.² Considerando as ocupações, outra pesquisa constatou como as mais citadas: agricultor (29,9%) e doméstica (28,9%).¹⁷

Quanto à etnia, no presente estudo verificou-se a prevalência em indivíduos brancos em ambas as doenças, o que difere de dados da literatura, que relacionam maior associação do CE em negros, afirmando que a maior incidência em negros do que em brancos ocorre na América do Norte e na Europa Ocidental. Porém, o adenocarcinoma esofágico tem aumentado nos Estados Unidos e em grande parte de países do Ocidente, nas últimas décadas, acometendo especialmente homens brancos.¹⁸ Os cânceres de esôfago e estômago, no presente estudo, foram predominantes em moradores de zona urbana (95,83%; n=23), o que também encontra respaldo na literatura, que afirma a alta incidência em moradores de áreas industrializadas e menor taxa em habitantes de área rural. Em outro estudo, com 109 pacientes com CE, a doença foi observada predominantemente em moradores da zona urbana (90,8%) e, desses, 93,6% tiveram o tratamento custeado pela medicina pública.⁷

Uma pesquisa em Ijuí, Rio Grande do Sul, com 41 pacientes, mostrou que 73,2% (n=30) possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo, em que 50,0% (n=4) e 62,5% (n=10) apresentavam renda de até 1 salário mínimo; e 25% (n=2) e 25% (n=4), renda de 1 a 2 salários mínimos, para as neoplasias de esôfago e estômago, respectivamente. Segundo estudos, o baixo nível socioeconômico, de forma isolada, não é um fator que aumenta o risco de CA, mas a correlação com vários fatores de risco associa-se aos casos de CE e CA gástrico.^{2,14}

Dentre os sintomas do CE, a literatura destaca alteração no timbre de voz, vômitos pós-prandiais — ocorrendo após 30 minutos em média — e o emagrecimento chegando a 10 kg em 4 meses.¹⁸ Em outro trabalho, o primeiro e mais frequente sintoma foi disfagia, relatada por 76,9% dos pacientes; e com a evolução da doença, todos apresentaram disfagia e odinofagia.⁷ Outros autores perceberam que todos os pacientes com CE apresentaram disfagia e perda ponderal no momento do diagnóstico; outros sintomas ocorreram em menor escala, como pirose (25%), vômitos (16%), tosse (10%), regurgitação (7%), dor epigástrica (4%) e odinofagia (4%).³

Outro autor observou, em ambas as doenças, que o sintoma predominante foi perda de apetite (33,29%), sendo essa frequente em pacientes com tumores do trato gastrointestinal, seguido por fadiga, insônia, dor, náusea e vômito, constipação, dispneia e diarreia.² Esses dados corroboram os achados desta pesquisa, em que o sintoma predominante no CE foi disfagia (75%), seguido de pirose e vômitos (12,5%); enquanto que, para o CA gástrico, foram relatados pirose (31,25%), vômitos (18,75%), melena (12,50%) e disfagia (6,25%). No presente estudo, constatou-se que 31,25% dos indivíduos analisados eram assintomáticos.

Outro trabalho observou que, em relação à história familiar de neoplasias, essas estavam presentes em 37,1% dos pacientes, com maior frequência história de CE, de estômago e de laringe, seguidos de CA de mama e próstata, gargan-

ta, pulmão, colo do útero, parte central do sistema nervoso (PCSN), entre outros.⁷ Sabe-se que há um aumento de duas a três vezes nesse percentual quando existem parentes de primeiro grau com CA gástrico.¹³ O presente estudo identificou que a história familiar mais comum foi CA gástrico — 12,50%; n=1 e 18,75%; n=3 —, seguido de CE — 12,50%; n=1 e 12,50%; n=2 —, relatados pelos pacientes com neoplasia de esôfago e neoplasia de estômago, respectivamente.

As comorbidades em pacientes com CE, segundo uma pesquisa, foram: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em 17% dos pacientes; hipertensão arterial (HAS), em 14%; diabetes mellitus, em 4%; insuficiência cardíaca congestiva (ICC), em 3%; e insuficiência renal crônica (IRC) e arritmia cardíaca; em apenas 1%.³ Outro autor identificou a HAS e a dislipidemia como as comorbidades mais frequentes em uma pesquisa com 247 pacientes com CA gástrico — 40,9 e 18,9% dos casos, respectivamente.¹⁹ No presente estudo, essas comorbidades também foram as mais citadas em ambas as doenças — HAS, em 29,16% dos casos (n=7); e a dislipidemia, em 12,5% dos casos (n=3).

Em relação ao estilo de vida, as substâncias do tabaco levam a mutações no gene p53, que induzem a carcinogênese no CE tipo epidermoide. O alcoolismo associado ao tabagismo aumenta o risco do tipo epidermoide, mas o mesmo não ocorre para o adenocarcinoma, que parece reduzir com o uso moderado de vinho.¹⁸ O estudo de alguns autores mostrou altos percentuais de pacientes com CE que relataram hábitos de etilismo (72,2%) e tabagismo (59,3%), fatores esses que aumentam a incidência para esse tipo de tumor.⁷ Esses dados condizem com outro estudo, em que, dos 69 pacientes com CE, o tabagismo foi encontrado em 50 (72%) e o etilismo em 39 (56%).³ Em outra pesquisa, menos de 30% dos pacientes tinham histórico de tabagismo e o etilismo foi encontrado em um pequeno percentual (18,6%); assim, não foi possível concluir com significância estatística a influência do tabagismo e do etilismo como fatores de pior prognóstico. Entretanto, há tendência de maior sobrevida e melhor prognóstico na ausência desses hábitos.⁸

Um estudo envolvendo 49 pacientes com CA gástrico mostra que esses indivíduos apresentaram tabagismo (55,1%), etilismo (53%) e gastrite atrófica crônica (18,3%) como fatores de risco importantes.¹³ Outra pesquisa concluiu que a ingestão de bebidas alcoólicas apresenta risco relativo de 26,7 (p<0,01) de CE. O risco relativo em relação ao tabagismo foi de 1,9 (p>0,10), não significativo estatisticamente para a ocorrência dessa doença. Assim, foi possível verificar a existência da associação entre o alcoolismo e o CE; por outro lado, esse estudo, feito com 19 casos de indivíduos portadores de carcinoma epidermoide de terço médio do esôfago e 57 controles, não mostrou a mesma associação entre a doença e o tabagismo, ou seja, essa informação encontrada em relação ao fumo não está totalmente de acordo com outros dados da literatura.⁴

Outra pesquisa, com 55 pacientes com CE, observou a prevalência de alterações pulmonares com maior frequência entre os indivíduos tabagistas (73%) do que entre os não tabagistas

(29%), independentemente da presença ou não de metástases pulmonares.²⁰ Relacionando esses fatores de risco, no presente estudo todos os pacientes com CE tiveram contato com tabaco, 50% são tabagistas ativos e 50% ex-tabagistas; o mesmo acontece com a ingestão de bebidas alcoólicas: 12,5% são etilistas ativos, 37,5% bebem socialmente e 50,0% são ex-etilistas. No CA gástrico, 43,75% não praticam tabagismo, 50,00% são ex-tabagistas e apenas 6,25% são tabagistas ativos; quanto ao etilismo, 18,75% não apresentam esse hábito, 37,50% são ex-etilistas, 31,25% bebem socialmente e 12,50% são etilistas ativos.

Com relação à antropometria, um trabalho verificou que o IMC habitual médio dos pacientes submetidos à gastrectomia situava-se nos 26,2 kg/m² e que mais da metade (61%) sofria de excesso de peso ou obesidade.¹⁹ Esses dados conferem com os resultados do presente estudo, em que as pacientes com neoplasia de estômago apresentaram IMC significativamente maior do que o sexo masculino, sendo classificadas com sobrepeso. Outro estudo indicou que o risco do adenocarcinoma esofágico foi de 2,7 entre pessoas com IMC de 30 kg/m² ou mais, enquanto que para IMC de 40 kg/m² ou mais foi observado um risco relativo de 4,8. Outra pesquisa citada no trabalho desse autor identificou uma relação direta entre adiposidade abdominal e o adenocarcinoma esofágico, mesmo naqueles indivíduos com IMC normal.²¹

O tumor na parte superior do trato gastrointestinal associa-se a um aumento do risco de desnutrição em 16 vezes. Assim, em um trabalho analisado, a proporção de pacientes com tumores nessa região, com perda de peso acima de 10% em 6 meses (58%; n=43), se mostrou significativa na amostra, e a média do IMC foi 22,9 kg/m².¹¹ Segundo alguns autores, a perda de peso foi relatada por 104 de 108 pacientes com CE após o aparecimento do primeiro sintoma, sendo entre 10 e 15 kg em 41 (37,9%) pacientes.⁷ Foi registrada também perda importante em 69 (100%) pacientes, com média de 9 kg, segundo dados de outro trabalho.³ No presente estudo, os pacientes que relataram emagrecimento após o aparecimento dos sintomas da doença tiveram uma perda ponderal significativa de aproximadamente 3 a 20 kg, em um curto período, variando entre 15 dias e 6 meses; porém, 12,5 e 37,5% mantiveram o peso de base mesmo após o diagnóstico, nas neoplasias de esôfago e estômago, respectivamente.

Outro estudo mostra que o CE está relacionado à perda excessiva de peso, em razão da disfagia e da associação de doenças cardiopulmonares, decorrentes do abuso do tabaco.²² Um trabalho que incluiu pacientes com CE, de estômago e pâncreas encontrou um percentual de 2,7% de perda de peso, sendo que 64,4% dos pacientes relataram perda de peso não intencional.²³ A caquexia se caracteriza pela perda contínua de massa muscular e de gordura e está associada com a maioria dos cânceres em estágio avançado, principalmente gastrointestinal.²⁴

Estudos apontam que o IMC não está relacionado com sintomas respiratórios, porém, o treino de resistência reduz a percepção de fadiga, reverte a fraqueza muscular e a atrofia típica em indivíduos com função pulmonar reduzida.²⁵ O treinamento aeróbico aumenta a concentração de enzimas

oxidativas mitocondriais, o limiar anaeróbico e o volume máximo de oxigênio (VO_{2máx}), melhora o teste de caminhada de 6 minutos, a pressão inspiratória máxima (PI_{máx}) e a sensação de dispneia.²⁶ Segundo resultados de outro estudo, antes do programa de reabilitação pulmonar, a capacidade de exercício e a PI_{máx} foram significativamente menores nos pacientes com baixo peso, em comparação aos de não baixo peso (p<0,05), sugerindo que estar abaixo do peso implica em um impacto sobre a capacidade de exercício, o estado de saúde e a força muscular respiratória.²⁷ Outra pesquisa identificou que há um declínio na função física e respiratória de homens de meia idade fumantes, comparados aos não fumantes, e que o fumo está associado a um nível mais baixo do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e da capacidade vital forçada (CVF). Também foi observado que um consumo de álcool maior ou igual a 350 mL por semana acelera significativamente a perda de VEF1 e CVF.²⁸

O presente estudo apresentou como limitação mais importante o reduzido tamanho amostral, fato que pode ter influenciado os resultados encontrados e que inviabiliza possíveis extrapolações desses achados para toda a população acometida por neoplasias de esôfago e estômago. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não foi possível realizar um acompanhamento em longo prazo desses pacientes para identificar as repercussões da doença nas variáveis de desfecho analisadas.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico dos pacientes com neoplasia de esôfago em período pré-operatório, para a amostra analisada, caracterizou-se exclusivamente por homens, sendo a maioria branca e idosa, com ensino fundamental e renda de até um salário mínimo. O perfil físico demonstrou perda de peso em um curto período de tempo e incapacidade de realizar atividades de trabalho. Os pacientes com neoplasia de estômago da amostra estudada caracterizaram homens, brancos e idosos, com ensino fundamental e renda de até um salário mínimo. Quanto ao perfil físico, uma fração desses indivíduos apresentou perda de peso em um período curto de tempo, porém, mostra-se totalmente ativa. Tais achados se referem ao hospital escola no qual foi realizada a pesquisa, não podendo ser extrapolados, dado o reduzido tamanho amostral.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 10 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/oncoguia-material/estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil/108/22/>
2. Eberhardt AC. Perfil e qualidade de vida de pacientes com câncer de esôfago e estômago. Universidade Regional do Noroeste do Estado Rio Grande do Sul; 2012 [acesso em 10 jan. 2016]. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/995>

3. Pinheiro FAS, Marcondes CA, Sousa MP. Análise epidemiológica das neoplasias de esôfago atendidas no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC) – período de 2001 a 2010. *GED Gastroenterol Endosc Dig.* 2012;31(1):1-6.
4. Jozala E, Infante S, Marchini JS, Okano N. Alcoolismo, tabagismo e carcinoma epidermóide de terço médio de esôfago: estudo tipo caso-controle. *Rev Saúde Pública.* 1983;17(3):221-5. DOI: 10.1590/S0034-89101983000300004
5. Silva DRM. Câncer de esôfago no Centro-Oeste do Brasil: incidência, mortalidade e tendências [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2012.
6. Warken AP, Bosco SMD. Terapia nutricional enteral em pacientes com câncer de esôfago: relato de caso. *Rev Destaques Acad.* 2014;6(3):59-63.
7. Monteiro NML, Araújo DF, Soares EB, Vieira JPFB, Santos MRM, Oliveira Junior PPL, et al. Câncer de esôfago: perfil das manifestações clínicas, histologia, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos a tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(1):27-32.
8. Campos ECR, Pinheiro EBA, Baldissera RL, Kamei DJ, Santos FMR, Guedes A, et al. Análise de fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do câncer gástrico. *Rev Med Res.* 2012;4(2):101-7.
9. Dias VM, Coelho SC, Ferreira FM, Vieira GB, Cláudio MM, Silva PD. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Nutr Clin.* 2006;21(2):104-10.
10. Pereira EE, Santos NB, Sarges ES. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2014;5(4):37-44. DOI: 10.5123/S2176-62232014000400005
11. Poziomyck AK. Avaliação nutricional pré-operatória e risco cirúrgico em pacientes com tumores do trato gastrintestinal superior [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
12. Lunardi AC. Efeito do treinamento muscular respiratório em indivíduos desnutridos submetidos a cirurgias abdominais altas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
13. Araújo Junior ON, Alexandre AA, Barboza DR, Meireles MS, Pinheiro MV, Pinheiro AT. Perfil epidemiológico e histopatológico do câncer gástrico em um hospital terciário de Fortaleza-CE. *Cad ESP Ceará.* 2011;5(2):26-33.
14. Arregi MM, Férrer DP, Assis EC, Paiva FD, Sobral LB, 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.
15. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Dicas em Saúde: obesidade [Internet]. 2009 [acesso em 14 ago. 2015]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html
16. Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. Memorandum no. 45. London: Her Majesty's Stationery Office; 1976.
17. Souza RB. Pressões respiratórias estáticas máximas. *J Pneumol.* 2002;28(Suppl 3):155-65.
18. Borges EC, Silva AF, Graças AM, Melo FF, Barcelos AA, Myiata S. O câncer de esôfago: uma revisão. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2015;13(1):773-90.
19. Chaves SO. Caracterização do estado nutricional, no perioperatório, dos pacientes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia: estudo retrospectivo [tese]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2012.
20. Zan TA, França FC, Muniz MP, Cordeiro JA, Borim AA, Cury PM. Prevalência de achados pulmonares em 55 pacientes com neoplasias esofagianas. *Radiol Bras.* 2005;38(1):11-5. DOI: 10.1590/S0100-39842005000100005
21. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. *Ca Cancer J Clin.* 2013;63(4):232-48. DOI: 10.3322/caac.21185
22. Aquino JL, Said MM, Pereira DA, Cecchino GN, Merhi VA. Avaliação das complicações da esofagectomia de resgate na terapêutica cirúrgica do câncer de esôfago avançado. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2013;26(3):173-8. DOI: 10.1590/S0102-67202013000300004
23. Loh KW, Vriens MR, Gerritsen A, Rinkes IH, van Hillegersberg R, Schippers C, et al. Unintentional weight loss is the most important indicator of malnutrition among surgical cancer patients. *Neth J Med.* 2012;70(8):365-9.
24. Roberts BM, Ahn B, Smuder AJ, Al-Rajhi M, Gill LC, Beharry AW et al. Diaphragm and ventilatory dysfunction during cancer cachexia. *FASEB J.* 2013;27(7):2600-10. DOI: 10.1096/fj.12-222844
25. Shaw I, Shaw BS, Brown GA. Concurrent training and pulmonary function in smokers. *Int J Sports Med.* 2011;32(10):776-80. DOI: 10.1055/s-0031-1277214
26. Dourado VZ, Godoy I. Recondicionamento muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. *Rev Bras Med Esporte.* 2004;10(4):331-4. DOI: 10.1590/S1517-86922004000400010
27. Lan CC, Yang MC, Lee CH, Huang YC, Huang CY, Huang KL. Pulmonary rehabilitation improves exercise capacity and quality of life in underweight patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology.* 2011;16(2):276-83. DOI: 10.1111/j.1440-1843.2010.01895.x
28. Cheng Y, Macera C, Addy C, Sy F, Wieland D, Blair S. Effects of physical activity on exercise tests and respiratory function. *Br J Sports Med.* 2003;37(6):521-8. DOI: 10.1136/bjsm.37.6.521