

## QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE COM GASTRECTOMIA TOTAL POR CÂNCER GÁSTRICO: RELATO DE CASO

**Priscila Ribeiro Maia Avellar<sup>1</sup>**

**Michel Monteiro Macedo<sup>1</sup>**

**Filiação:** <sup>1</sup> Afya Centro Universitário Itaperuna, Itaperuna, RJ, Brasil.

**Autor Correspondente:** Michel Monteiro Macedo

michel.macedo@uniredentor.edu.br

**Filiação:** Centro Universitário Afya Itaperuna, Itaperuna, RJ, Brasil.

**Endereço Institucional:** Av. Pres. Dutra, 1155 - Cidade Nova, Itaperuna- RJ, 28300-000.

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

**Agradecimentos:** Agradeço a Afya Centro Universitário Itaperuna que apoiou o projeto durante todo o curso do mesmo.

### RESUMO

**Introdução:** O câncer é, atualmente, um dos maiores problemas da saúde pública em todo o mundo, sendo responsável por elevados índices de mortalidade e morbidade. O tipo mais comum de câncer gástrico é o adenocarcinoma, representando aproximadamente 90% dos casos diagnosticados. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de uma paciente submetida a gastrectomia total devido a neoplasia gástrica, por meio de um estudo de caso. **Método:** Trata-se de um estudo de caso para avaliar a qualidade de vida de uma paciente submetida a gastrectomia total por câncer gástrico. Este relato faz-se através de seleção por conveniência irá avaliar por meio de itens do EORTC para pacientes submetidos à gastrectomia total ou subtotal para câncer com intenção curativa. O estudo revelou que a gastrectomia total por câncer gástrico impacta significativamente a qualidade de vida do paciente, especialmente nas áreas emocional e digestiva, com sintomas persistentes, como dor abdominal e refluxo. Embora tenha havido uma recuperação satisfatória nas funções físicas, as limitações emocionais e os desafios relacionados à adaptação alimentar e ao suporte psicológico permanecem como pontos críticos. Esses resultados reforçam a importância de um acompanhamento contínuo e multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes pós-cirurgia, especialmente no aspecto emocional e gastrointestinal.

**Palavras-chave:** Gastrectomia total; Qualidade de vida; Oncologia

## 1 INTRODUÇÃO

O Câncer Gástrico (CG) é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo considerado a segunda causa de morte de câncer. Estima-se que haja cerca de 1 milhão de novos casos de câncer de estômago a cada ano, que é o quarto tumor mais comum em homens, com cerca de 631.000 novos casos, enquanto as mulheres são o quinto com cerca de 320.000 novos casos (BESAGIO *et al.*, 2021).

O câncer é, atualmente, um dos maiores problemas da saúde pública em todo o mundo, sendo responsável por elevados índices de mortalidade e morbidade, gerando elevados impactos na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos acometidos (SILVA *et al.*, 2019). Logo essa patologia afeta um grande número de pessoas em diferentes regiões do mundo, exigindo atenção e recursos significativos para prevenção, diagnóstico, tratamento e suporte aos pacientes.

A doença e seu tratamento impactam muitas vezes negativamente a qualidade de vida dos pacientes. Isso pode incluir dor, desconforto, efeitos colaterais dos tratamentos (como quimioterapia e radioterapia), além de problemas emocionais e psicológicos. Pode ainda assim comprometer a capacidade funcional dos indivíduos, ou seja, suas habilidades de realizar atividades do dia a dia. Isso pode envolver limitações físicas, como a perda de mobilidade, ou cognitivas, como dificuldades de concentração e memória.

O Câncer Gástrico (CG) é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo considerado a segunda causa de morte de câncer. O desenvolvimento do câncer gástrico é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos. Sabe-se que a doença surge com as alterações da mucosa gástrica, que sob ação de vários fatores, adquire um fenótipo progressivamente regressivo, através da substituição das células normais do estômago por células indiferenciadas (BAÚ *et al.*, 2011).

Como principais fatores ambientais, é possível citar a infecção pelo *Helicobacter pylori* (*H.pylori*); o alto consumo de sal e alimentos conservados no sal; a exposição a compostos N-nitrosos (contidos em alimentos defumados, queijos e carnes curadas, tabaco, etc.); o tabagismo; a realização gastrectomia parcial especialmente do tipo

BillrothII; a obesidade e as baixas condições socioeconômicas (BRUM *et al.*, 2021).

O tipo mais comum de CG é o adenocarcinoma, representando aproximadamente 90% dos casos diagnosticados. Este tipo de câncer é classificado em diferentes subtipos de acordo com a classificação de Lauren: o tipo bem diferenciado (não cárdia/intestinal), predominantemente encontrado em homens de idade mais avançada; o tipo pouco diferenciado (cárdia/difuso), mais comum em mulheres jovens; e o tipo misto, presente em uma minoria de pacientes, mas associado a um prognóstico menos favorável. Além do adenocarcinoma, existem tipos mais raros de CG, como o carcinoma de células escamosas, linfoma não-Hodgkin, tumores estromais gastrointestinais e tumores neuroendócrinos (JULITA MACHLOWSKA *et al.*, 2020, PETRYSZYN; CHAPELLE; MATYSIAK-BUDNIK, 2020, ILIC; ILIC, 2022).

Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento do CG, incluindo o tabagismo, consumo de dietas ricas em nitratos e nitritos, predisposição genética, idade avançada, gênero e infecção por *H. Pylori*, sendo esta última considerada a causa principal. A infecção por *H. Pylori* está intimamente ligada à gastrite atrófica crônica, um precursor conhecido do CG. Embora tenha havido uma diminuição na incidência e mortalidade do CG nas últimas duas décadas, devido em parte à redução nas taxas de infecção por *H. Pylori* e à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, a incidência absoluta continua a aumentar devido ao envelhecimento da população. A baixa sobrevida associada ao CG é atribuída ao diagnóstico frequentemente tardio da doença, levando à resistência aos tratamentos quimioterápicos, com uma média de sobrevida inferior a um ano nos casos avançados (JULITA MACHLOWSKA *et al.*, 2020, STEWART; WU; CHEN, 2020).

O diagnóstico diferencial do CG envolve a consideração cuidadosa de diversas condições que compartilham sintomas semelhantes, como úlceras gástricas benignas, gastrite e DRGE. A diferenciação precisa requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo história clínica detalhada, exames físicos, exames laboratoriais e métodos de imagem, com destaque para a EDA com biópsia como a principal ferramenta diagnóstica. Essa abordagem integrada é essencial para garantir o diagnóstico precoce e preciso do CG, permitindo o início imediato do tratamento adequado e, conseqüentemente,

melhorando os desfechos clínicos dos pacientes (GULLO et al., 2020, THRIFT; EL-SERAG, 2020). Essa complexidade torna o diagnóstico e o tratamento mais desafiadores. Muitas vezes podem ser letais para o paciente, entendendo assim uma doença de alto grau de gravidade e a necessidade de atenção especial tanto para sua prevenção quanto para o tratamento.

Atualmente, a principal modalidade terapêutica curativa para o câncer gástrico é a ressecção cirúrgica. Uma abordagem interdisciplinar e multimodal pode levar a melhores resultados e ganhos de sobrevivência (PINHEIRO et al., 2019).

A gastrectomia é um procedimento cirúrgico que resulta em diversas alterações na anatomia do trato gastrointestinal. Dependendo do tipo de ressecção gástrica e do método de reconstrução as funções deste órgão vão-se encontrar alteradas ou até ausentes. Conseqüentemente, os pacientes submetidos a este tipo de cirurgia vão apresentar um diverso quadro de sintomas que pode se manifestar de maneira isolada ou segundo padrões característicos que correspondem às síndromes pós-gastrectomia. Estas síndromes vão-se desenvolver em até 20% dos doentes sujeitos a gastrectomia e têm por base, alterações da motilidade gástrica (DA SILVA VIANA, 2024).

A extensão da ressecção, seja ela subtotal ou total, depende de fatores como a localização do tumor, a presença de invasão linfática e o status do anel linfonodal. Souza (2018) ressalta que a gastrectomia subtotal é frequentemente indicada para tumores localizados no antro ou corpo distal do estômago, desde que os margens de ressecção possam ser alcançadas com segurança. Por outro lado, a gastrectomia total é reservada para tumores proximais ou difusos, onde a remoção completa do estômago é necessária para garantir margens livres de doença. Segue abaixo imagem ilustrativa. (Figura 1)



Figura 1: Cirurgia de câncer gástrico conforme localização tumoral.

Fonte: site Hopkins, Gastroenterology and Hepatology.

A Qualidade de Vida (QV) dos doentes gastrectomizados por câncer gástrico tem um significado importante e implicações que detém grande relevância clínica. A QV destes pacientes depende da sua percepção e integração de funções físicas, psíquicas e sociais sendo importante avaliar de forma objetiva para adequar decisões terapêuticas complementares ao longo dos anos.

Entender qualidade de vida dessa paciente é um aspecto fundamental, pois a verdadeira cura vai além da remoção da doença. Ela envolve a promoção de uma vida plena e significativa após o tratamento. O relato deste caso oferece novas perspectivas sobre a qualidade de vida a longo prazo de pacientes com diagnóstico de neoplasia gástrica.

Com este trabalho também é esperado a contribuição para o meio acadêmico de forma a esclarecer a perspectiva da qualidade de vida em pacientes gastrectomizados. Nesse sentido, o presente estudo de caso objetiva-se investigar o impacto da gastrectomia na qualidade de vida de uma paciente com neoplasia maligna de estômago e analisar a qualidade de vida, no âmbito emocional, funcional e digestivo, de uma paciente submetida a uma cirurgia de gastrectomia total, por meio de um relato de caso.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 Descrição do caso**

Para a elaboração deste relato de caso, foi utilizado dados clínicos, de um paciente específico, coletados através de prontuários médicos. Foi aplicado questionários a cerca da qualidade de vida do(a) paciente, que auxiliou no entendimento da percepção ele(a) tem sobre si.

Para este trabalho a paciente foi submetida a cirurgia de gastrectomia total laparoscópica.

### **2.2 Coleta de dados**

Para esse relato de caso foi utilizado de um questionário, o EORTIC contendo um específico para cirurgia gástrica e um para cirurgia neoplásica em geral, onde a qualidade de vida, como seus aspectos físicos, emocionais e como se dá a alimentação da paciente após gastrectomia total.

O dia da aplicação do questionário foi feito na residência da paciente em um ambiente calmo para que haja maior interação e foco durante as perguntas e respostas.

Todos procedimentos adotados foram aprovados pelo parecer consubstanciado do comitê de ética do Afya Centro Universitário Itaperuna sobre o código SAAE 90227825.8.0000.5648.

### **2.3 Critérios de seleção**

O critério escolhido para esse trabalho foi através da seleção por conveniência, que se enquadrasse dentro da proposta temática desse relato, através de um histórico médico de câncer gástrico e que tivesse realizado uma gastrectomia total.

### **2.4 Riscos e benefícios da pesquisa**

Entre os possíveis riscos associados a este estudo, destacam-se o possível constrangimento da paciente em colaborar com a disponibilização dos prontuários médicos, que estão em sua posse, e a dificuldade no preenchimento correto dos questionários propostos.

Por outro lado, os benefícios desta pesquisa são significativos, uma vez que a temática abordada é essencial para a identificação de fatores prognósticos positivos em casos de câncer gástrico tratados com gastrectomia total. Ademais, este estudo contribui de maneira relevante para o corpo científico que se dedica à análise de casos semelhantes, ampliando o conhecimento e as estratégias de manejo clínico.

### **2.5 Inquéritos de qualidade de vida**

O questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer –quality of life questionnaire core 30* (EORTC QLQ-C30) ([Anexo A](#)) (AARASON, 1993) é um instrumento de 30 perguntas específico para câncer para avaliar a qualidade de vida pós-operatória. A mensuração neste questionário segue a seguinte pontuação: 1 (não), 2 (pouco), 3 (moderadamente) e 4 (muito), exceto a escala de saúde global, composta de 2 perguntas para que o indivíduo classifique sua saúde geral e qualidade de vida na última semana, conforme uma nota de 1 a 7, sendo 7 a melhor resposta e 1 a pior. As questões do questionário correspondem a 3 escalas (Escala de Saúde Global, Escala Funcional e Escala de Sintomas) e são distribuídas ao longo do

questionário, conforme determinação do EORTC. As questões de 1 a 7 e 20 a 27 dizem respeito à Escala Funcional, abordando os aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional propriamente dito e social. As questões 29 e 30 abordam a Escala de Saúde Global. As questões de 8 a 19 estão relacionadas à escala de sintomas, como fadiga, dor, dispneia, insônia, náuseas e vômitos. Ao final, encontra-se a questão 28, que mensura dificuldades financeiras, e faz parte da escala de sintomas.

O EORTC QLQ-STO22 ([Anexo B](#)) (BLAZEBY, 2004) específico para cirurgia gástrica, leva em consideração 22 itens adicionais relacionados ao câncer gástrico, incluindo cinco escalas (disfagia, dor torácica e abdominal, refluxo, restrições alimentares, ansiedades) e quatro itens individuais (boca seca, imagem corporal, problemas de paladar, queda de cabelo), refletindo sintomas da doença, efeitos colaterais do tratamento e problemas emocionais, com pontuações mais altas indicando piores problemas sintomáticos. A mensuração neste questionário segue a seguinte pontuação: 1 (não), 2 (pouco), 3 (moderadamente) e 4 (muito).

A confidencialidade das informações foi garantida conforme os critérios éticos e legais vigentes, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege a proteção dos participantes de pesquisas.

### **2.5.1 Análise de dados**

#### **Utilização dos Questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-STO22.**

O EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30) é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer. O questionário é composto por 30 itens, distribuídos em escalas funcionais e escalas de sintomas, além de um item global de qualidade de vida. O questionário foi aplicado a participante do estudo com o intuito de avaliar aspectos físicos, emocionais, sociais e funcionais do impacto da doença e do tratamento, bem como sintomas como fadiga, dor, náuseas e dificuldades respiratórias. A aplicação do QLQ-C30 seguiu as seguintes etapas:

- **Coleta das Respostas:** Os participantes responderam a paciente respondeu aos itens do QLQ-C30 com base em suas experiências nos últimos 12 anos. As respostas foram dadas em uma escala de 1 a 4, onde 1 indicava a menor

intensidade (por exemplo, "nada" em relação a um sintoma) e 4 a maior intensidade (por exemplo, "muito").

- **Cálculo do Escore Bruto:** Para cada escala, foi realizada a soma das respostas dos itens correspondentes, a fim de obter o escore bruto de cada domínio avaliado.

- **Transformação para Escore de 0 a 100:** O escore bruto foi transformado para o intervalo de 0 a 100 utilizando a seguinte fórmula:  

$$\text{Escore transformado} = (\text{Soma das respostas} - \text{Mínimo possível}) / (\text{Máximo possível} - \text{Mínimo possível}) \times 100$$

O EORTC QLQ-STO22 é um módulo específico desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer gástrico. O questionário consiste em 22 itens que abordam sintomas específicos da doença, como disfagia (dificuldade para engolir), dor abdominal, refluxo gastroesofágico, e ansiedade, entre outros.

A aplicação do QLQ-STO22 foi realizada de maneira similar ao QLQ-C30:

- **Coleta das Respostas:** Os participantes responderam aos itens do questionário conforme suas experiências nos últimos 7 dias. As respostas foram registradas em uma escala de 1 a 4, com a pontuação 1 representando nenhuma dificuldade e 4 representando extrema dificuldade.

- **Cálculo do Escore Bruto:** Da mesma forma que no QLQ-C30, a soma das respostas para cada escala do QLQ-STO22 foi realizada para obter os escores brutos.

- **Transformação para Escore de 0 a 100:** O escore bruto também foi transformado para o intervalo de 0 a 100, utilizando a fórmula já mencionada, de modo que os resultados fossem comparáveis e padronizados.

Após a coleta dos dados, os escores transformados de cada escala foram analisados para determinar os impactos da condição de saúde na qualidade de vida da participante. A análise da QV foi realizada considerando as médias dos escores de cada domínio, com o objetivo de identificar as áreas mais afetadas, como o funcionamento físico, emocional e os sintomas relacionados ao câncer.

Além disso, os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-STO22 foram utilizados de forma integrada, permitindo uma avaliação abrangente da qualidade de vida da paciente com câncer gástrico, considerando tanto os

aspectos funcionais quanto os sintomáticos (EORTC QLQ-C30 SCORING MANUAL, 2011).

### 3 RESULTADOS

O questionário EORTC QLQ-C30 foi utilizado para avaliar a qualidade de vida da paciente de 53 anos, que se submeteu a uma gastrectomia total há 12 anos. Este questionário, amplamente validado, é uma ferramenta essencial na análise do impacto de doenças crônicas e tratamentos, como o câncer, abordando dimensões funcionais e sintomáticas da saúde do paciente.

As **escalas funcionais** avaliam como a condição clínica e o tratamento afetam as funções físicas, sociais, emocionais e cognitivas do paciente.

- **Função Física:** A pontuação obtida foi de 86,67, indicando um nível elevado de função física, permitindo a realização das atividades diárias com pouca limitação.

- **Função Social:** A pontuação foi de 60,00, indicando algumas dificuldades nas atividades sociais. Esse resultado reflete o impacto das restrições alimentares e do estado emocional relacionados à gastrectomia.

- **Função Emocional:** A pontuação foi de 6,67, evidenciando um impacto emocional significativo, associado ao estresse psicológico e à ansiedade, possivelmente agravados pelas consequências da gastrectomia.

- **Função Cognitiva:** A pontuação de 46,67 indicou comprometimento cognitivo moderado, sugerindo dificuldades em tarefas que exigem concentração ou memória.

- **Atividade Funcional:** A pontuação foi de 0,00, indicando que a paciente não está conseguindo realizar atividades relacionadas ao trabalho ou outras funções diárias, refletindo a incapacidade de desempenhar papéis sociais e profissionais após a gastrectomia total.

A **escala de sintomas** avalia a intensidade de sintomas adversos que o paciente experimenta, como dor, fadiga, náuseas e outros sintomas.

- **Sintomas Gerais:** A pontuação de 100,00 nos Sintomas Gerais é indicativa de que a paciente está enfrentando sintomas severos. Este valor reflete a presença de sintomas típicos de pacientes com gastrectomia, como dor abdominal, refluxo e dificuldades digestivas.

## Resultados do EORTC QLQ-C30

---

Escalas	Raw Score (RS)	Pontuação Final (0-100)
Função Física	1.4	86.67
Função Social	1.8	60.0
Função Emocional	2.8	6.67
Função Cognitiva	3.4	46.67
Atividade Funcional	4	0.0
Sintomas	4.0	100.0

O EORTC QLQ-STO22 é um instrumento específico para pacientes com distúrbios gastrointestinais, como aqueles que passaram por gastrectomia ou que enfrentam câncer gástrico, avaliando sintomas relacionados ao sistema digestivo, como dor abdominal, dificuldades de deglutição, refluxo, entre outros. Escalas do EORTC QLQ-STO22. As escalas do QLQ-STO22 abordam sintomas específicos e impactam diretamente a qualidade de vida de pacientes com problemas gástricos.

A seguir, está a análise detalhada dos Raw Scores (RS) e suas transformações para a escala de 0 a 100. Segue os resultados detalhados por item:

### - Dificuldade para engolir (Q31-Q33)

RS: 1

Pontuação Final (0-100): 0. A paciente apresentou dificuldade mínima para engolir.

### - Dor abdominal (Q34-Q36)

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A paciente relatou dor abdominal moderada.

### - Refluxo (Q37-Q39)

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A paciente experimenta refluxo moderado

### - Ansiedade e impacto psicológico (Q40-Q42)

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A paciente relatou ansiedade moderada

**- Restrições alimentares (Q43-Q45)**

RS: 1

Pontuação Final (0-100): 0. A paciente apresenta poucas restrições alimentares

**- Boca seca e alterações no paladar (Q46-Q48)**

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A presença de boca seca e alterações no paladar pode ser um efeito colateral da gastrectomia e de tratamentos subsequentes. A paciente relatou que essas mudanças são moderadas.

**- Perda capilar (Q49-Q51)**

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A perda capilar foi reportada de forma moderada pela paciente.

**- Imagem corporal (Q52)**

RS: 2

Pontuação Final (0-100): 66.67. A paciente experimenta alterações na imagem corporal, que são comuns após uma cirurgia tão invasiva como a gastrectomia total.

## Resultados do EORTC QLQ-STO22

---

Itens	Raw Score (RS)	Pontuação Final (0-100)
Q31-Q33	1	0
Q34-Q36	2	66.67
Q37-Q39	2	66.67
Q40-Q42	2	66.67
Q43-Q45	1	0
Q46-Q48	2	66.67
Q49-Q51	2	66.67
Q52	2	66.67

#### 4 DISCUSSÃO

A paciente deste estudo foi diagnosticada com CG por meio de uma endoscopia digestiva alta, com etiologia associada à infecção por *Helicobacter pylori* não tratada. O diagnóstico definitivo, incluindo estadiamento, tratamento e prognóstico, foi realizado no Hospital de Barretos. A intervenção cirúrgica indicada foi a gastrectomia total, devido ao diagnóstico de adenocarcinoma difuso, com comprometimento de linfonodos. Após a cirurgia, a paciente iniciou tratamento com quimioterapia oral, que não obteve sucesso, sendo posteriormente substituída por quimioterapia intravenosa, administrada por 24 horas. Durante o tratamento, a paciente apresentou complicações, incluindo estenose esofágica, que agravaram significativamente seu quadro e impactaram negativamente sua qualidade de vida alimentar, resultando em uma perda de peso inevitável. Apesar dos desafios enfrentados, 12 anos após a cirurgia, a paciente encontra-se bem.

A pesquisa desenvolvida nesse relato de caso teve como objetivo analisar a qualidade de vida de uma paciente submetida à gastrectomia total em decorrência de câncer gástrico, contribuindo para o entendimento da QV após 12 anos de gastrectomia total e avanço do conhecimento na área da saúde, com ênfase em oncologia e reabilitação cirúrgica. Para atingir esse propósito, foram obtidos dados primários por meio de questionários aplicados a participante, EORTIC QLQ-C30 e o QLQ-STO22, os quais serão comparados com resultados descritos na literatura científica, buscando evidenciar convergências e divergências entre os achados.

Os resultados obtidos indicam que a paciente desse caso apresentou uma relevante adaptação funcional após a cirurgia, porém com impacto significativo em aspectos nutricionais e emocionais.

No estudo de Rausei et al. (2013), os pacientes com gastrectomia total também apresentaram piores escores nas dimensões física, emocional e de sintomas digestivos, confirmando que a paciente do presente estudo segue o padrão clínico esperado, embora com desempenho físico superior, apresenta bom desempenho físico e alimentar, embora importante sofrimento emocional e sintomas gastrointestinais persistentes.

O Summary Score de 50 (QLQ-C30) e 66,67 (STO22) colocam a paciente desse estudo dentro da faixa moderada de comprometimento de QV (qualidade de vida), típica para casos de gastrectomia total em longo prazo.

**QUADRO 1: QUADRO COMPARATIVO DO ESTUDO AVELLAR X RAUSEI.**

<b>Dimensão</b>	<b>Score da Paciente (Avellar, 2024)</b>	<b>Média do Artigo (Rausei et al., 2013)</b>	<b>Interpretação</b>
Função Física	86.67	50	Função física melhor que a média do estudo; boa recuperação pós-TG.
Função Social	60.0	55	Função social moderada, condizente com isolamento parcial pós-TG.
Função Emocional	6.67	20	Função emocional muito prejudicada; impacto psicológico mais intenso.
Função Cognitiva	46.67	50	Função cognitiva moderada; possível reflexo de fadiga e estado nutricional.
Atividade Funcional	0.0	30	Função de papel ausente; incapacidade de retomar atividades diárias.
Sintomas Gerais	100.0	80	Sintomas severos, compatíveis com pacientes TG do estudo.
Disfagia	0.0	30	Deglutição preservada; melhor que a média esperada.
Dor Abdominal	66.67	60	Dor abdominal moderada; padrão semelhante ao artigo.
Refluxo	66.67	70	Refluxo moderado; típico após TG.
Ansiedade/Psicológico	66.67	60	Ansiedade moderada; semelhante aos achados do estudo.
Restrições Alimentares	0.0	40	Adaptação alimentar excelente; melhor que o esperado.
Boca seca/Paladar	66.67	60	Sintomas orais moderados; dentro do padrão do estudo.

Perda Capilar	66.67	60	Perda capilar moderada; possivelmente nutricional ou terapêutica.
Imagem Corporal	66.67	60	Imagem corporal afetada; padrão esperado após TG.

Os resultados descritos por Farias (2023) também evidenciaram uma redução na qualidade de vida relacionada à alimentação no período pós-operatório. Os pacientes submetidos à Gastrectomia Total (GT) apresentaram maior incidência de sintomas associados à disfagia, enquanto aqueles que realizaram Gastrectomia Subtotal (GST) demonstraram melhor reintegração ao convívio social.

O referido estudo utilizou o questionário EORTC QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida dos pacientes nos períodos de 30, 90 e 180 dias após a cirurgia. Observou-se que, após 180 dias, as escalas relacionadas à funcionalidade apresentaram normalização entre os grupos cirúrgicos (GT e GST).

Embora ambos os trabalhos convirjam ao demonstrar que a gastrectomia total acarreta piora significativa na qualidade de vida, especialmente nas dimensões emocional e digestiva, o estudo de Farias (2023) apresenta desfechos distintos, uma vez que considera um período observacional de seis meses, enquanto a paciente do presente estudo foi avaliada após 12 anos de pós-operatório.

Nesse intervalo de seis meses, Farias (2023) observou melhora progressiva dos sintomas emocionais, o que diverge parcialmente dos achados do presente estudo, possivelmente em decorrência da cronicidade e do tempo prolongado de adaptação da paciente analisada.

Apesar dessas diferenças, ambos os estudos evidenciam melhora significativa dos aspectos físicos, reforçando que, com o passar do tempo, há recuperação funcional satisfatória, ainda que persistam limitações emocionais e digestiva sem alguns casos.

#### **QUADRO 2 - QUADRO COMPARATIVO AVELLAR X FARIAS.**

Dimensão	Score da Paciente (Avellar, 2024)	Média do Artigo (Farias, 2023)	Interpretação
----------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------

Saúde global / QV geral	50	81.9	Qualidade de vida global inferior à média do estudo, indicando impacto a longo prazo.
Função física	86.7	91.7	Função física preservada, próxima à média de Farias, sugerindo boa recuperação funcional.
Função emocional	6.7	83.1	Função emocional gravemente comprometida; possível impacto psicológico crônico.
Função social	60.0	79.3	Função social moderada, com possível isolamento parcial após longo período pós-GT.
Função cognitiva	46.7	82.6	Função cognitiva moderada, abaixo da média; pode refletir fadiga ou estado nutricional.
Sintomas gerais	100	23.3	Sintomatologia geral acentuada; maior desconforto e limitações em relação ao estudo.
Disfagia	0	7.3	Ausência de disfagia, resultado satisfatório a longo prazo.
Dor abdominal	66.7	15.0	Dor abdominal persistente, indicando complicação ou sensibilidade residual.
Refluxo	66.7	12.9	Refluxo acentuado, mostrando piora em comparação ao controle de Farias.
Ansiedade	66.7	37.3	Ansiedade elevada e duradoura; sintoma relevante na avaliação psicológica.
Restrições alimentares	0	16.5	Ausência de restrições alimentares, sugerindo adaptação satisfatória ao padrão alimentar.

Boca seca / paladar	66.7	20.6	Sintomas orais e de paladar mais intensos e persistentes após longo tempo.
Imagem corporal	66.7	29.3	Imagem corporal mais comprometida, refletindo percepção negativa pós-cirurgia.

A seguir o quadro 3 apresenta a comparação entre o presente estudo, Farias (2023) e Rausei et al. (2013), que analisam a QV em pacientes submetidos à Gastrectomia Total (GT) e Subtotal (GST) por câncer gástrico.

Apesar das diferenças metodológicas e temporais, todos os estudos compartilham o mesmo propósito: compreender o impacto da gastrectomia nos aspectos físicos, emocionais, sociais e digestivos do paciente. Os três trabalhos utilizaram instrumentos padronizados de avaliação, o EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-STO22, permitindo uma comparação direta dos escores funcionais e sintomáticos.

O estudo de Rausei et al. (2013), de base internacional, avaliou uma ampla amostra de pacientes submetidos à GT e GST, evidenciando pior qualidade de vida nos pacientes com GT, especialmente nos domínios emocional e gastrointestinal.

De forma semelhante, Farias (2023), em contexto nacional, identificou uma redução significativa da QV nos primeiros meses pós-operatórios, com recuperação gradual da função física e social após 180 dias.

Já o presente estudo apresentou um relato de caso único, destacando a perspectiva de longo prazo, 12 anos após a cirurgia, na qual a paciente demonstrou boa recuperação física, porém limitações emocionais e sintomas digestivos persistentes, sugerindo a cronicidade de alguns efeitos pós-gastrectomia.

### **QUADRO 3 - QUADRO EXPLICATIVO E COMPARATIVO ENTRE ESTUDOS.**

<b>Aspecto</b>	<b>Avellar (2024)</b>	<b>Farias (2023)</b>	<b>Rausei et al. (2013)</b>	<b>Comparação / Interpretação</b>
Tipo de estudo	Relato de caso único (1 paciente, 12 anos após GT).	Estudo prospectivo com 50 pacientes.	Estudo retrospectivo com 103 pacientes (GT e GST).	O presente estilizou perguntas estruturadas; Farias e Rausei são quantitativos. Rausei

				tem maior amostra e validade externa.
Objetivo	Avaliar a qualidade de vida após gastrectomia total por câncer gástrico.	Avaliar a qualidade de vida em diferentes períodos (30, 90 e 180 dias) após GT e GST.	Comparar a qualidade de vida entre GT e GST e identificar fatores preditivos.	Todos investigam QV pós-gastrectomia, com diferentes enfoques temporais e metodológicos.
Instrumentos utilizados	EORTC QLQ-C30 e QLQ-STO22.	EORTC QLQ-C30, QLQ-STO22 e Escala de Karnofsky.	EORTC QLQ-C30 e QLQ-STO22.	Todos utilizam EORTC QLQ-C30/STO22, permitindo comparação direta; Farias inclui escala funcional adicional.
Tipo de cirurgia	Gastrectomia total.	Gastrectomia total e subtotal, maioria laparoscópica.	Gastrectomia total e subtotal, técnicas Billroth II e Roux-en-Y.	Os estudos focam em QV dos pacientes.
Período pós-operatório avaliado	12 anos após a cirurgia.	30, 90 e 180 dias.	Seguimento pós-operatório tardio (não especificado).	Farias analisa fase precoce; Nosso estudo e Rausei descrevem resultados tardios.
Função física (QLQ-C30)	86,7 – preservada.	91,7 ± 12,6 – boa.	Reduzida em GT, melhor em GST.	Nosso estudo mostra desempenho físico superior à média dos GT de Rausei; Farias demonstra melhora precoce.
Função emocional (QLQ-C30)	6,7 – gravemente comprometida.	83,1 ± 23,7 – melhora progressiva.	Reduzida em GT, associada à ansiedade e perda de peso.	Todos mostram prejuízo emocional, porém o presente estudo retrata impacto crônico.
Função social (QLQ-C30)	60,0 – limitação moderada.	79,3 ± 32,4 – melhora em 6 meses.	Comprometida nos pacientes GT.	Tendência semelhante: GT reduz interação social, mas há melhora parcial com o tempo.
Função cognitiva (QLQ-C30)	46,7 – déficit moderado.	82,6 ± 21,3 – normalização em 180 dias.	Não descrita em detalhe.	Nosso estudo mostra déficit tardio; Farias

				demonstra recuperação precoce.
Sintomas gerais (QLQ-C30)	100,0 – severos e persistentes.	23,3 ± 30,3 – sintomas reduzidos.	Piores escores em GT comparado à GST.	Nosso estudo reflete sintomas crônicos; Farias e Rausei mostram redução gradual.
Disfagia (QLQ-STO22)	0 – ausente.	7,3 ± 10,7 – leve.	Mais comum em GT que em GST.	Nossa paciente apresenta melhor deglutição.
Dor abdominal (QLQ-STO22)	66,7 – moderada.	15,0 ± 17,4 – leve.	Dor epigástrica frequente em GT.	Nossa paciente mostra dor crônica; Farias e Rausei relatam melhora em meses.
Refluxo (QLQ-STO22)	66,7 – persistente.	12,9 ± 17,4 – leve.	Frequente em GT, menor em GST com Roux-en-Y.	Nossa paciente mostra refluxo tardio; Farias e Rausei apontam melhora com técnica adequada.
Restrições alimentares (QLQ-STO22)	0 – sem restrições.	16,5 ± 19,5 – leves.	Melhor adaptação em reconstruções tipo Roux-en-Y.	Nossa paciente mostra adaptação alimentar excelente, compatível com padrão Roux-en-Y.
Ansiedade (QLQ-STO22)	66,7 – alta.	37,3 ± 28,7 – moderada.	Elevada em GT.	Ansiedade é marcante nos três estudos, porém persistente em nosso estudo.
Imagem corporal (QLQ-STO22)	66,7 – negativa.	29,3 ± 35,4 – melhora gradual.	Reduzida em GT.	Piora comum após GT; Farias mostra reabilitação mais rápida.
Conclusão geral	GT causa impacto duradouro na QV, com boa recuperação física, mas limitações emocionais persistentes.	GT afeta QV inicial, mas há recuperação física e emocional em seis meses.	GT associada à pior QV global, principalmente e emocional e digestiva.	Convergência entre os três: GT compromete QV, com melhora física e persistência de sintomas emocionais/digestivos.

A análise integrada do presente estudo, Farias (2023) e Rausei et al. (2013) evidencia que a gastrectomia total tem impacto relevante e duradouro

sobre a qualidade de vida dos pacientes, ainda que os domínios afetados variem conforme o tempo de acompanhamento e o tipo de reconstrução cirúrgica.

Nos três trabalhos, observa-se que os aspectos emocionais e digestivos são os mais comprometidos, enquanto a função física tende a apresentar melhor recuperação ao longo do tempo.

O estudo de Rausei et al. (2013) confirma que a técnica de reconstrução e a preservação gástrica parcial (GST) estão associadas a melhores escores de QV, especialmente nos domínios alimentares e sociais. Já Farias (2023) demonstra que a recuperação funcional é mais rápida nos primeiros meses, particularmente em pacientes submetidos à gastrectomia laparoscópica, enquanto o presente estudo ressalta as sequelas emocionais e adaptativas tardias após a GT.

Em conjunto, os resultados reforçam a importância do seguimento multiprofissional e do suporte psicológico e nutricional prolongado, além da necessidade de estratégias cirúrgicas menos invasivas que promovam melhor adaptação e reabilitação a longo prazo. Assim, a convergência entre os três estudos evidencia que, embora a reabilitação física seja viável, a recuperação emocional e digestiva continua sendo um desafio clínico relevante para pacientes gastrectomizados.

Uma limitação significativa deste estudo foi o fato de ser baseado em um único caso, com a análise realizada 12 anos após a realização da gastrectomia. Na literatura, a maioria dos estudos foca em pacientes que foram recentemente submetidos à gastrectomia, geralmente avaliando-os no curto prazo pós-cirúrgico. Isso pode ter influenciado a percepção dos resultados a longo prazo, pois a adaptação do paciente ao novo estilo de vida e aos efeitos da cirurgia pode variar substancialmente com o tempo. Portanto, um estudo longitudinal envolvendo uma amostra maior de pacientes, acompanhados por períodos mais longos, seria altamente recomendável para fornecer uma visão mais abrangente e precisa sobre a qualidade de vida de pacientes gastrectomizados ao longo do tempo. Além disso, a comparação entre os efeitos de diferentes tipos de cirurgia gástrica, como gastrectomias totais e parciais, também poderia agregar valor às futuras pesquisas, permitindo uma análise mais detalhada dos fatores que impactam na recuperação e na qualidade de vida pós-cirúrgica.

## 5 CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados obtidos por meio desses instrumentos, foi possível identificar que, embora a paciente tenha apresentado um nível elevado de função física, o impacto da gastrectomia total na sua qualidade de vida foi significativo, especialmente nas esferas emocional e digestiva. A paciente relatou impactos emocionais graves e moderados nas funções social e cognitiva, o que sugere dificuldades contínuas na adaptação ao novo estilo de vida pós-cirúrgico.

Em relação aos sintomas digestivos, a paciente apresentou intensa dor abdominal e dificuldades com refluxo e ansiedade, conforme evidenciado pelas pontuações altas nas escalas de sintomas (escalas gerais e de refluxo). Esse quadro está de acordo com as evidências da literatura, que indicam que os pacientes submetidos a gastrectomia total frequentemente experimentam uma combinação de comprometimento funcional e dificuldades digestivas persistentes, sendo necessário um acompanhamento contínuo, tanto do ponto de vista nutricional quanto psicológico.

## 6 REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K. *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: um instrumento de qualidade de vida para uso em ensaios clínicos internacionais em oncologia. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, v. 85, n. 5, p. 365-376, 1993.

BAÚ, F.C., & HUTH, A. (2011). Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. **Revista contexto & saúde**, 11(21), 16-24.

BESAGIO, B. P.; ANDRADE, E. C.; CARDOSO, G. G.; COUTO, L. C.; SANTINI, J. X. NUNES, P. L. P.; CARVALHO, F. B. Câncer gástrico: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.4, p. 16439-16450, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33889>

BLAZEBY, J. M. *et al.* Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO 22, to assess quality of life in patients with gastric cancer. **European Journal of Cancer**, v. 40, n. 15, p. 2260-2268, 2004.

BRUM, L. S.; DANTAS, C. M. M.; MACHADO, M. S.; ALMEIDA, M. S.; LINHARES, I. C.; FERRAZ, A. R. Estudo sobre câncer gástrico, seus fatores de risco e prognósticos: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 38, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/9214>.

DA SILVA VIANA, Wendel *et al.* Impacto da gastrectomia na qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasia maligna de estômago. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 1276-1289, 2024.

ILIC, M.; ILIC, I. Epidemiology of stomach cancer. **World Journal of Gastroenterology**, v. 28, n. 12, p. 1187–1203, 28 mar. 2022.

GULLO, I. *et al.* **Precancerous lesions of the stomach, gastric cancer and hereditary gastric cancer syndromes**. *Pathologica*, v. 112, n. 3, p. 166–185, 1 set. 2020.

JULITA MACHLOWSKA *et al.* **Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies**. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 11, p. 4012–4012, 4 jun. 2020.

**EORTC QLQ-C30 scoring manual**. Version 3.0. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2011. Disponível em: <https://qol.eortc.org>. Acesso em: 25 out. 2025.

FARIAS, Raquel Lacerda Dantas de. *Avaliação da qualidade de vida global pós gastrectomias subtotais e totais por câncer gástrico*. 2023. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2023.

JULITA MACHLOWSKA et al. Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 11, p. 4012–4012, 4 jun. 2020

PETRYSZYN, P.; CHAPELLE, N.; MATYSIAK-BUDNIK, T. Gastric Cancer: Where Are We Heading? **Digestive Diseases**, v. 38, n. 4, p. 280–285, 1 jan. 2020.

PINHEIRO, R. N.; MUCCI, S.; ZANATTO, R. M.; PICANÇO-JUNIOR, O. M.; BOTTINO, A. A. G.; FONTOURA, R. P.; LOPES FILHO, G. J. Quality of life as a fundamental outcome after curative intent gastrectomy for adenocarcinoma: lessons learned from patients. **J Gastrointest Oncol.**, v. 10, n. 5, p. 989-998, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31602337/>

RAUSEI, Stefano; MANGANO, Alberto; GALLI, Federica; et al. Quality of life after gastrectomy for cancer evaluated via the EORTC QLQ-C30 and QLQ-STO22 questionnaires: surgical considerations from the analysis of 103 patients. *International Journal of Surgery*, v. 11, p. S104–S109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2013.07.046>. Acesso em: 25 out. 2025.

SILVA, W. M. P.; BEMBOM, L. V.; AZEVEDO, S. C.; FIGUEIREDO, M. S. C.; SILVA, W. T.; CAVALLERO, S. R. A.; BARRA, W. F. Qualidade de vida de pacientes portadores de câncer trato gastrointestinal em tratamento quimioterápico em um centro de alta complexidade em oncologia na região Amazônica, Brasil. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 5, p. 4579-4599, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/>

SOUZA, ANDREA ROMANCINI LAET DE. Gastrectomia subtotal e total com linfadenectomia D2: perfil epidemiológico, anatomopatológico e clínico de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma de estômago. 2018.

## ANEXO

PORTUGUESE (BRAZIL)

**EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

**Durante a última semana:**

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você teve dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você se sentiu fraco/a?	1	2	3	4
13. Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você se sentiu enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você vomitou?	1	2	3	4
16. Você teve prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (BRAZIL)

<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Modera- damente</b>	<b>Muito</b>
17. Você teve diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você teve dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você teve dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico lhe trouxe dificuldades financeiras?	1	2	3	4

**Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.**

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

## ANEXO B

PORTUGUESE (BRAZIL)

**EORTC QLQ – STO22**

Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31. Tem tido problemas ao comer alimentos sólidos?	1	2	3	4
32. Tem tido problemas ao comer alimentos pastosos ou moles?	1	2	3	4
33. Tem tido problemas ao beber líquidos?	1	2	3	4
34. Tem sentido mal-estar ao comer?	1	2	3	4
35. Tem tido dores na região do estômago?	1	2	3	4
36. Tem sentido mal-estar na região do estômago?	1	2	3	4
37. Teve a sensação de barriga inchada?	1	2	3	4
38. Tem sentido gosto amargo (ácido) ou de bile vindo na boca ?	1	2	3	4
39. Tem tido acidez ou queimação?	1	2	3	4
40. Tem tido problemas com arrotos?	1	2	3	4
41. Sentiu-se de estômago cheio rápido demais logo após começar a comer?	1	2	3	4
42. Teve dificuldade em sentir prazer nas refeições?	1	2	3	4
43. Leva muito tempo para terminar as refeições?	1	2	3	4
44. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
45. Os alimentos e as bebidas têm tido um sabor diferente?	1	2	3	4
46. Tem tido problemas para comer na presença de outras pessoas?	1	2	3	4
47. Tem pensado na sua doença?	1	2	3	4
48. Tem se preocupado com seu peso muito baixo?	1	2	3	4
49. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
50. Tem se preocupado com a sua saúde no futuro?	1	2	3	4
51. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
52. Só responda a esta pergunta se teve queda de cabelo: Ficou preocupado(a) com as queda de cabelo?	1	2	3	4