

**MORTALIDADE POR
CÂNCER GÁSTRICO NO
BRASIL: UMA ANÁLISE
COMPARATIVA DESCRITIVA
ENTRE AS REGIÕES NORTE
E SUL (2018-2023)**

**GASTRIC CANCER MORTALITY IN BRAZIL: A COMPARATIVE DESCRIPTIVE
ANALYSIS BETWEEN THE NORTH AND SOUTH REGIONS (2018-2023)**

Ciências da Saúde • 22/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/779321442](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779321442)

Daiane Sampaio Barroso¹
Gleiziane Souza da Silva Vieira²
Cláudia Rossini Simões Ribeiro³
Mayara Magella dos Santos Machado⁴
Marília Mendes de Lira⁵
Jamyllle Carina Ribamar Vila Real⁶
Luciane Margalho de Araújo⁷
Tayse Alves da Costa⁸
Lucas Serrano Rodrigues⁹
Luciana Duarte Moreira Brito¹⁰
Ester de Jesus da Silva Pimentel¹¹
Caline Alves de Oliveira¹²

RESUMO

O câncer gástrico constitui um importante problema de saúde pública devido à elevada mortalidade e às desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo caracterizar e comparar o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer gástrico entre as regiões Norte e Sul do Brasil no período de 2018 a 2023. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando os registros classificados pelo CID-10 C16, correspondente à neoplasia maligna do estômago. Foram analisadas as variáveis ano do óbito, sexo, faixa etária, cor/raça e local de ocorrência. No período estudado, registraram-se 22.507 óbitos, sendo 66,6% na Região Sul e 33,4% na Região Norte. Observou-se predominância de óbitos no sexo masculino em ambas as regiões. Na Região Norte, houve maior concentração de óbitos em indivíduos entre 30 e 69 anos e maior proporção de mortes em domicílio, enquanto no Sul predominou a ocorrência em idosos e em ambiente hospitalar. Também foram identificadas diferenças quanto à distribuição por cor/raça. Os achados evidenciam desigualdades regionais relacionadas às condições socioeconômicas e ao acesso aos serviços especializados de saúde, reforçando a necessidade de estratégias voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e fortalecimento da assistência oncológica no Brasil.

Palavras-chave: Câncer gástrico; Mortalidade; Epidemiologia; DATASUS; Saúde pública.

ABSTRACT

Gastric cancer represents an important public health problem due to its high mortality rate and inequalities related to access to

healthcare services. This study aimed to characterize and compare the epidemiological profile of deaths caused by gastric cancer between the North and South regions of Brazil from 2018 to 2023. This is a descriptive, retrospective epidemiological study with a quantitative approach, based on secondary data obtained from the Mortality Information System of the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS), using records classified under ICD-10 C16, corresponding to malignant neoplasm of the stomach. The variables analyzed included year of death, sex, age group, race/color, and place of occurrence. During the study period, 22,507 deaths were recorded, with 66.6% occurring in the South region and 33.4% in the North region. A predominance of deaths among males was observed in both regions. In the North region, deaths were more frequent among individuals aged 30 to 69 years and at home, whereas in the South region deaths occurred predominantly among older adults and in hospital settings. Differences were also identified regarding race/color distribution. The findings highlight regional inequalities associated with socioeconomic conditions and access to specialized healthcare services, reinforcing the need for strategies focused on prevention, early diagnosis, and strengthening oncological care in Brazil.

Keywords: Gastric cancer; Mortality; Epidemiology; DATASUS; Public health.

1. INTRODUÇÃO

O câncer gástrico (CG) é uma das principais causas de mortalidade por neoplasias malignas no mundo, sendo considerado um importante problema de saúde pública devido à elevada morbimortalidade associada à doença. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células malignas no estômago,

apresentando evolução silenciosa em muitos casos, o que dificulta o diagnóstico precoce e contribui para maiores índices de mortalidade. Entre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da doença destacam-se hábitos alimentares inadequados, tabagismo, etilismo, infecção por *Helicobacter pylori*, predisposição genética e fatores socioeconômicos (Lopes *et al.*, 2024).

Entre os tumores do trato gastrointestinal, os cânceres de esôfago, estômago e colorretal possuem grande relevância epidemiológica. O câncer gástrico possui elevada incidência e mortalidade, principalmente em homens, e se destaca pelo diagnóstico em estágios avançados. Já o câncer colorretal está entre os mais incidentes no mundo e apresenta forte relação com fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Pereira *et al.*, 2023).

No Brasil, a doença apresenta distribuição heterogênea entre as regiões, essas diferenças no acesso ao diagnóstico e aos serviços de saúde influenciam os indicadores de mortalidade. Regiões mais urbanizadas e próximas de grandes centros apresentam maior capacidade diagnóstica, enquanto áreas mais afastadas podem sofrer com subdiagnóstico e atraso terapêutico (Pereira *et al.*, 2023).

O Instituto Nacional de Câncer estima, para o triênio 2026–2028, diferenças importantes na incidência do CG entre as regiões Norte e Sul do Brasil. No Norte, a doença tem alta prevalência entre os homens, ocupando a segunda posição entre os tipos de câncer mais incidentes, com risco estimado de 13,30 casos por 100 mil homens. Já entre as mulheres da região, o CG aparece em quinto lugar, com taxa estimada de 6,83 casos por 100 mil mulheres. No Sul, por sua

vez, são observadas as maiores taxas de incidência do país para ambos os sexos (INCA, 2026).

Apesar da importância epidemiológica, ainda existem lacunas sobre a comparação da mortalidade entre diferentes regiões brasileiras. Diante disso, surge a seguinte pergunta: quais são as principais diferenças no perfil epidemiológico dos óbitos por câncer gástrico entre as regiões Norte e Sul do Brasil no período de 2018 a 2023? A realização desta pesquisa se justifica pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre a mortalidade por CG no país, ajudando a identificar possíveis desigualdades regionais e fatores ligados à vulnerabilidade social. Além disso, os resultados poderão contribuir para o fortalecimento das estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, apoiando profissionais de saúde no planejamento de ações voltadas à redução da mortalidade pela doença.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo caracterizar e comparar o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer gástrico entre as regiões Norte e Sul do Brasil, no período de 2018 a 2023.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Aspectos Epidemiológicos

O CG ainda é considerado um grande desafio para a saúde pública no mundo todo, com cerca de 990 mil novos casos diagnosticados e aproximadamente 738 mil mortes a cada ano, sendo o quarto câncer mais comum e a segunda maior causa de morte por câncer globalmente. A doença ocorre com uma variação significativa entre os sexos e conforme a região, sendo que os homens são afetados de duas a três vezes mais que as mulheres. Mais de 50% dos novos casos ocorrem em países em desenvolvimento, particularmente em

áreas da América Central e do Sul, do Leste Europeu e do Leste Asiático, com destaque para China e Japão (Machlowska *et al.*, 2020).

No período de 2020 a 2024, a distribuição dos casos de neoplasia maligna do estômago no Brasil evidenciou diferenças importantes entre as regiões Sul e Norte do país, a região sul registrou 4.201 casos da doença, além de 79.971 internações relacionadas ao câncer gástrico. Em contrapartida, a região norte apresentou 1.788 casos registrados e 15.724 internações no mesmo período. Apesar da diferença quantitativa entre as regiões, ambas seguiram o padrão nacional de maior acometimento em indivíduos com idade superior a 50 anos, especialmente entre 60 e 79 anos, reforçando o impacto (Stuepp; Brustulim; Adamowski, 2026).

Os autores Araújo, Andrade Junior e Maior (2021), destacam que o desenvolvimento do CG envolve múltiplos fatores biológicos e ambientais, o que torna essa neoplasia heterogênea e de difícil manejo clínico. Enfatizam, também, que o diagnóstico precoce ainda é um grande desafio no Brasil, principalmente porque os sintomas iniciais costumam ser inespecíficos, como dor abdominal difusa, perda de apetite, astenia e emagrecimento, o que favorece a identificação da doença apenas em estágios avançados.

No Brasil, o câncer gástrico permanece entre os tipos de câncer com maior impacto na mortalidade, especialmente em indivíduos do sexo masculino e idosos. Além disso, fatores sociais e regionais influenciam diretamente os índices epidemiológicos da doença, evidenciando desigualdades no acesso à saúde e na assistência oncológica (Chiuchietta; Magajewski, 2020).

2.2. Mortalidade por Câncer Gástrico

A mortalidade por CG apresenta importante relevância epidemiológica no cenário brasileiro. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de estômago está entre as principais causas de óbitos por neoplasias malignas no país, apresentando maior incidência em homens e indivíduos acima dos 50 anos (Moura *et al.*, 2020). As diferenças regionais influenciam diretamente os indicadores de mortalidade, regiões com menor infraestrutura em saúde e maior vulnerabilidade social tendem a apresentar maiores dificuldades relacionadas ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (Chiuchetta; Magajewski, 2020).

Este, por sua vez, é o quinto tipo de câncer mais frequente e a quarta causa de mortalidade relacionada à doença. Embora alguns países tenham registrado queda nas taxas de incidência nas últimas décadas, estima-se que a carga global pode aumentar em 62% até 2040. Esse crescimento deve ocorrer principalmente por causa do envelhecimento da população e da continuidade dos fatores de risco associados à doença (Thrift; Wenker; El-Serag, 2023).

2.3. Desigualdades Regionais Entre o Norte e o Sul do Brasil

As regiões Norte e Sul do Brasil apresentam diferenças importantes relacionadas às condições socioeconômicas, demográficas e estruturais. A região Norte possui desafios relacionados à extensão territorial, dificuldades de acesso geográfico e menor disponibilidade de serviços especializados em saúde. Já a região Sul apresenta melhores indicadores de desenvolvimento humano, maior cobertura hospitalar e maior acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos (Chiuchetta; Magajewski, 2020).

Essas desigualdades refletem diretamente nos indicadores de saúde da população, estudos apontam que indivíduos residentes em regiões com menor acesso aos serviços especializados podem apresentar maior dificuldade para diagnóstico precoce e início do tratamento (Silva *et al.*, 2022). Fatores como escolaridade, renda e condições de moradia também influenciam o perfil epidemiológico da doença. Populações socialmente vulneráveis tendem a apresentar maior exposição aos fatores de risco e menores condições de acesso à prevenção e assistência adequada (Braga *et al.*, 2025).

2.4. Fatores de Risco

O desenvolvimento do câncer gástrico está relacionado à associação de fatores ambientais, genéticos e comportamentais que contribuem para alterações celulares na mucosa do estômago. Entre os fatores mais conhecidos destaca-se a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*, considerada um dos principais agentes envolvidos no processo de inflamação crônica gástrica e no surgimento de lesões pré-neoplásicas. A presença prolongada dessa bactéria pode favorecer alterações celulares progressivas, aumentando o risco de desenvolvimento da neoplasia maligna (Braga *et al.*, 2025).

Os hábitos alimentares também possuem importante influência no surgimento do câncer gástrico. Dietas ricas em alimentos ultraprocessados, conservados em sal e defumados estão associadas ao aumento do risco da doença. O consumo excessivo de sal pode provocar lesões na mucosa gástrica, facilitando a ação de substâncias carcinogênicas. Em contrapartida, uma alimentação

equilibrada e rica em antioxidantes pode contribuir para a proteção das células gástricas (Lopes *et al.*, 2024).

Os fatores de risco associados ao CG envolvem questões comportamentais, ambientais e socioeconômicas, que afetam a incidência e a mortalidade dessas doenças. Entre os principais fatores modificáveis, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, o excesso de peso e a obesidade, além de hábitos alimentares inadequados, como a alta ingestão de carnes vermelhas. Ademais, foram identificados forte correlação entre tabagismo e excesso de peso e as maiores taxas de mortalidade por câncer gastrointestinal no Brasil, principalmente nas regiões Sul e Sudeste (Pereira *et al.*, 2023).

As condições socioeconômicas também influenciam a ocorrência do câncer gástrico. Populações em situação de vulnerabilidade social apresentam maior exposição aos fatores de risco, além de menor acesso aos serviços de saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Compreender os fatores associados à doença torna-se essencial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e ações de promoção da saúde (Santos *et al.*, 2023).

2.5. Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico precoce é um dos principais fatores relacionados ao aumento das chances de tratamento e sobrevida dos pacientes. Entretanto, a doença frequentemente apresenta sintomas inespecíficos em estágios iniciais, dificultando sua identificação precoce. Entre os sinais clínicos mais comuns estão dor abdominal, sensação de estômago cheio, perda de peso, náuseas, vômitos e

anemia, sintomas que muitas vezes são confundidos com outras doenças gastrointestinais (Braga *et al.*, 2025).

Os testes diagnósticos são cruciais para a confirmação da doença. Sem dúvida, a endoscopia digestiva alta é o principal exame para identificar alterações na mucosa do estômago, possibilitando a biópsia para teste histopatológico. Exames como a tomografia computadorizada e testes laboratoriais também são importantes para avaliar a disseminação do câncer e para o planejamento do tratamento (Silva *et al.*, 2022).

O tratamento do câncer gástrico varia conforme o estágio da doença e as condições clínicas do paciente. Entre as principais formas terapêuticas destacam-se cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapias complementares. A cirurgia é considerada o tratamento mais eficaz nos casos diagnosticados precocemente, enquanto a quimioterapia pode ser utilizada antes ou após o procedimento cirúrgico, visando reduzir o tumor ou evitar recidivas (Lopes *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços terapêuticos, muitos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados da doença, reduzindo as possibilidades de cura e aumentando a mortalidade. Esse cenário pode estar associado à evolução silenciosa de muitos tumores gastrointestinais, além das dificuldades de acesso aos serviços especializados de saúde. O diagnóstico tardio compromete o prognóstico dos pacientes, uma vez que muitos casos já apresentam disseminação tumoral e limitações terapêuticas no momento da descoberta da doença. Dessa forma, estratégias de rastreamento, educação em saúde e ampliação do acesso ao diagnóstico precoce

tornam-se fundamentais para reduzir os impactos dessas neoplasias na população (Pereira *et al.*, 2023).

2.6. Importância das Políticas Públicas

As políticas públicas de saúde possuem papel fundamental na prevenção e controle da doença. A implementação de estratégias voltadas à promoção da saúde, educação da população e diagnóstico precoce pode contribuir significativamente para a redução dos índices de mortalidade e melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Braga *et al.*, 2025). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha importante função na oferta de assistência oncológica, garantindo acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. Entretanto, ainda existem desafios relacionados à desigualdade regional, à demora no diagnóstico e à limitação de serviços especializados em determinadas localidades, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade social (Santos *et al.*, 2023).

As campanhas de conscientização sobre hábitos saudáveis, alimentação equilibrada, redução do tabagismo e consumo moderado de álcool são estratégias preventivas para diminuição dos fatores de risco associados ao CG. Além disso, ações voltadas à identificação e tratamento da infecção por *Helicobacter pylori* podem contribuir para a prevenção do desenvolvimento da doença (Lopes *et al.*, 2024).

A ampliação da cobertura dos serviços especializados, a descentralização do diagnóstico e a qualificação da assistência podem contribuir para o diagnóstico em estágios mais precoces. Estudos apontam que regiões com maior vulnerabilidade social e

menor infraestrutura em saúde apresentam maiores dificuldades no acesso ao tratamento adequado, refletindo diretamente nos indicadores de mortalidade por câncer gástrico (Chiuchetta; Magajewski, 2020; Santos et al., 2023). Dessa forma, investimentos em planejamento regional no fortalecimento da atenção integral ao paciente oncológico tornam-se fundamentais para minimizar os impactos da doença no país.

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa epidemiológica descritiva, retrospectiva e de abordagem quantitativa, desenvolvida a partir da análise de dados secundários referentes aos óbitos por câncer gástrico no Brasil. A pesquisa teve como objetivo caracterizar e comparar o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer gástrico entre as regiões Norte e Sul do país, no período de 2018 a 2023.

Os dados utilizados foram obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando especificamente o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Para a seleção dos registros, foi utilizado o CID-10 C16, correspondente à Neoplasia Maligna do Estômago. A coleta das informações foi realizada diretamente na plataforma do DATASUS, considerando os registros disponíveis referentes às regiões Norte e Sul do Brasil.

A população do estudo foi composta por todos os registros de óbitos por câncer gástrico notificados no período de 2018 a 2023 nas regiões selecionadas. A amostragem foi do tipo não probabilística

por conveniência, incluindo todos os casos disponíveis no banco de dados que atenderam aos critérios estabelecidos para a pesquisa.

Foram incluídos no estudo os registros de óbitos classificados pelo CID-10 C16, referentes às regiões Norte e Sul do Brasil, disponíveis no DATASUS durante o período analisado. Foram excluídos registros com informações incompletas ou inconsistentes.

As variáveis coletadas para análise foram: ano do óbito, região de residência, sexo, faixa etária, cor/raça e local de ocorrência do óbito. A variável faixa etária foi agrupada em categorias, destacando indivíduos entre 30 e 69 anos e indivíduos com 70 anos ou mais. Após a coleta, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no programa *Microsoft Excel*, onde foi realizada a tabulação das informações e análise estatística descritiva. Os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa.

Por utilizar dados secundários de domínio público, sem identificação nominal dos indivíduos, o presente estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas realizadas com informações públicas e sem identificação dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2018 a 2023, foram registrados 22.507 óbitos por neoplasia maligna do estômago (CID-10 C16) nas regiões Norte e Sul, sendo 7.518 (33,4%) na Região Norte e 14.989 (66,6%) na Região Sul. A distribuição anual demonstrou relativa estabilidade ao longo do período analisado, com redução em 2020 nas duas regiões. A partir de 2021, observou-se recuperação dos números, com 2023

registrando os maiores valores do período na Região Norte (1.319 óbitos; 17,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por CG segundo ano, regiões Norte e Sul do Brasil, 2018 a 2023.

Ano do óbito	Região Norte – n (%)	Região Sul – n (%)	Total – n (%)
2018	1.226 (16,3)	2.591 (17,3)	3.817 (16,9)
2019	1.262 (16,8)	2.553 (17,0)	3.815 (16,9)
2020	1.197 (15,9)	2.389 (15,9)	3.586 (15,9)
2021	1.213 (16,1)	2.529 (16,9)	3.742 (16,6)
2022	1.301 (17,3)	2.411 (16,1)	3.712 (16,5)
2023	1.319 (17,5)	2.516 (16,8)	3.835 (17,0)
Total	7.518 (100,0)	14.989 (100,0)	22.507 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do DATASUS/SIM (2026).

A redução registrada em 2020 pode estar associada às dificuldades nos sistemas de registro durante a pandemia, além de possível subnotificação decorrente da sobrecarga dos serviços de saúde. Braga *et al.*, (2025) identificaram oscilações semelhantes na mortalidade por câncer gástrico no Ceará nesse período. O volume consideravelmente maior de óbitos na Região Sul em relação ao Norte é esperado, considerando a diferença populacional entre as regiões, e pode também ser influenciado pela maior capacidade de

notificação e registro nos estados sulistas (Chiuchetta; Magajewski, 2020).

O sexo masculino predominou em ambas as regiões analisadas, representando 67,5% (n = 5.075) dos óbitos na Região Norte e 63,7% (n = 9.542) na Região Sul, totalizando 64,9% (n = 14.617) do conjunto dos óbitos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por CG segundo sexo, regiões Norte e Sul do Brasil, 2018 a 2023.

Sexo	Região Norte – n (%)	Região Sul – n (%)	Total – n (%)
Masculino	5.075 (67,5)	9.542 (63,7)	14.617 (64,9)
Feminino	2.442 (32,5)	5.446 (36,3)	7.888 (35,0)
Total	7.517 (100,0)	14.990 (100,0)	22.507 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do DATASUS/SIM (2026).

Moura *et al.*, (2018) e Araújo, Andrade Junior e Souto Maior (2021) identificaram padrões semelhantes em diferentes regiões brasileiras. Essa diferença pode estar relacionada à maior exposição masculina a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, etilismo e dieta inadequada, além de menor adesão aos serviços de saúde (Lopes *et al.*, 2024). A proporção masculina foi superior na Região Norte (67,5%) em relação ao Sul (63,7%), o que pode refletir diferenças nos padrões de comportamento e acesso à saúde entre as regiões.

A faixa de 30 a 69 anos concentrou a maioria dos óbitos na Região Norte (59,4%; n = 4.462), ao passo que na Região Sul a maior

proporção ocorreu entre indivíduos com 70 anos ou mais (47,2%; n = 7.070) (Tabela 3). Na Região Norte, a faixa de 60 a 69 anos foi a mais acometida (n = 1.954; 26,0%); no Sul, destacou-se a faixa de 70 a 79 anos (n = 4.168; 27,8%).

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos por CG segundo faixa etária, regiões Norte e Sul do Brasil, 2018 a 2023.

Faixa etária	Região Norte – n (%)	Região Sul – n (%)	Total – n (%)
Menos de 30 anos	85 (1,1)	76 (0,5)	161 (0,7)
30 a 69 anos	4.462 (59,4)	7.842 (52,3)	12.304 (54,7)
70 anos e mais	2.970 (39,5)	7.070 (47,2)	10.040 (44,6)
Total	7.517 (100,0)	14.990 (100,0)	22.505 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do DATASUS/SIM (2026).

A maior proporção de óbitos em faixas etárias mais jovens no norte pode refletir diagnóstico tardio e limitações no acesso a serviços oncológicos especializados, comprometendo o prognóstico em idades mais precoces (Araújo; Andrade Junior; Souto Maior, 2021). No sul, o predomínio de óbitos entre idosos está em consonância com o envelhecimento populacional mais avançado e com a maior sobrevivência observada nessa região, corroborando os achados de Chiuchetta e Magajewski (2020) para Santa Catarina. Thrift, Wenker e El-Serag (2023) ressaltam que o risco de câncer gástrico aumenta progressivamente com a idade, associado ao acúmulo de danos

celulares e à exposição prolongada a agentes carcinogênicos, como a infecção crônica por *Helicobacter pylori*.

A distribuição por cor/raça evidenciou diferença marcante entre as regiões (Tabela 4). Na Região Norte, a maioria dos óbitos ocorreu entre indivíduos pardos (74,1%; n = 5.569), seguida da categoria branca (16,9%; n = 1.274). Na Região Sul, predominaram os brancos (81,4%; n = 12.195), com expressiva diferença em relação ao Norte. A categoria preta apresentou proporções semelhantes nas duas regiões (Norte: 5,6%; Sul: 5,4%). A categoria indígena foi mais representativa no Norte (1,2%; n = 92) do que no Sul (0,1%; n = 19).

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos por CG segundo cor/raça, regiões Norte e Sul do Brasil, 2018 a 2023

Cor/raça	Região Norte – n (%)	Região Sul – n (%)	Total – n (%)
Branca	1.274 (16,9)	12.195 (81,4)	13.469 (59,8)
Preta	419 (5,6)	809 (5,4)	1.228 (5,5)
Amarela	39 (0,5)	85 (0,6)	124 (0,6)
Parda	5.569 (74,1)	1.614 (10,8)	7.183 (31,9)
Indígena	92 (1,2)	19 (0,1)	111 (0,5)
Ignorado	125 (1,7)	267 (1,8)	392 (1,7)
Total	7.518 (100,0)	14.989 (100,0)	22.507 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do DATASUS/SIM (2026).

Esse padrão reflete a composição étnico-racial de cada região: o Norte apresenta historicamente maior proporção de populações

pardas e indígenas, enquanto o Sul é marcado pela colonização europeia e pela predominância da população branca (Santos *et al.*, 2023). As desigualdades socioeconômicas podem influenciar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, com populações não brancas enfrentando maior vulnerabilidade social. Braga *et al.* (2025) e Pereira *et al.* (2023) apontam que essas iniquidades se traduzem em piores desfechos oncológicos para grupos historicamente marginalizados.

O ambiente hospitalar constituiu o principal local de ocorrência dos óbitos em ambas as regiões: 71,5% (n = 5.377) no Norte e 80,2% (n = 12.028) no Sul (Tabela 5). O domicílio foi o segundo local mais frequente, com proporção expressivamente maior na Região Norte (25,7%; n = 1.929) em comparação à Região Sul (16,0%; n = 2.403).

Tabela 5 – Distribuição dos óbitos por CG segundo local, regiões Norte e Sul do Brasil, 2018 a 2023.

Local de ocorrência	Região Norte – n (%)	Região Sul – n (%)	Total – n (%)
Hospital	5.377 (71,5)	12.028 (80,2)	17.405 (77,3)
Outro estab. de saúde	130 (1,7)	385 (2,6)	515 (2,3)
Domicílio	1.929 (25,7)	2.403 (16,0)	4.332 (19,2)
Via pública	11 (0,1)	22 (0,1)	33 (0,1)
Outros	69 (0,9)	147 (1,0)	216 (1,0)
Ignorado	2 (0,0)	4 (0,0)	6 (0,0)
Total	7.518 (100,0)	14.989 (100,0)	22.507 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do DATASUS/SIM (2026).

A maior proporção de óbitos domiciliares na Região Norte indica possível limitação no acesso à rede hospitalar especializada, especialmente em municípios distantes dos grandes centros urbanos, onde a oferta de serviços oncológicos é reduzida (Araújo; Andrade Junior; Souto Maior, 2021). A maior concentração de óbitos hospitalares na Região Sul corrobora a melhor estrutura assistencial dessa região, com cobertura mais ampla de internações oncológicas (Chiuchetta; Magajewski, 2020). Silva *et al.* (2022) ressaltam que a qualidade do registro de óbitos também tende a ser superior em regiões com maior desenvolvimento institucional, o que pode influenciar os resultados observados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu caracterizar e comparar o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer gástrico nas regiões Norte e Sul do Brasil entre 2018 e 2023, destacando importantes desigualdades regionais relacionadas à mortalidade pela doença. Observou-se predominância de óbitos no sexo masculino, em pessoas idosas e em ambiente hospitalar. A Região Norte apresentou maior proporção de óbitos em indivíduos mais jovens e em domicílio, o que pode indicar limitações no acesso a serviços especializados, diagnóstico tardio e maior vulnerabilidade social. Já a Região Sul mostrou maior concentração de óbitos hospitalares e em indivíduos idosos, sugerindo diferenças estruturais e assistenciais entre as regiões.

Dessa forma, conclui-se que o câncer gástrico permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo necessário fortalecer políticas públicas voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e ampliação do acesso à assistência oncológica, especialmente nas regiões mais vulneráveis. Além disso, ações de promoção da saúde e redução dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, etilismo e hábitos alimentares inadequados, tornam-se fundamentais para reduzir os impactos da doença e contribuir para a diminuição da mortalidade por câncer gástrico no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. M. D.; ANDRADE JÚNIOR, F. P.; SOUTO MAIOR, F. N. Tendência de mortalidade por câncer gástrico no Nordeste brasileiro. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 47, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/64004>. Acesso em: 05 fev 2026.

BRAGA, L. L. B. C. et al. Mortalidade por câncer gástrico no Ceará, Nordeste do Brasil, 2000-2022: estudo espaço-temporal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, 2025. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5266>. Acesso em: 14 fev 2026.

CHIUCHETTA, J. V.; MAGAJEWSKI, F. Tendência temporal da mortalidade por câncer de estômago em Santa Catarina no período de 1996 a 2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 48, n. 4, 2020. Disponível em:

<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/642>. Acesso em: 26 fev 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2026**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026.

LOPES, M. E. B. et al. Mortalidade por câncer de estômago no Nordeste brasileiro, Brasil, 2002–2019: um estudo ecológico. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 49, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/69051>. Acesso em: 12 abr 2026.

MACHLOWSKA, J.; BAJ, J.; SITARZ, M.; MACIEJEWSKI, R.; SITARZ, R. Gastric cancer: epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics and treatment strategies. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 11, p. 4012, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms21114012>. Acesso em: 03 mai 2026.

MOURA, E. C. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer gástrico no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 18 abr 2026.

PEREIRA, L. S. et al. Perfil clínico-epidemiológico da mortalidade por neoplasia maligna do trato gastrointestinal e sua relação aos fatores de risco no Brasil entre 2000 e 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e13094.2023>

SANTOS, G. P. et al. Análise epidemiológica do câncer gástrico no Brasil: tendência temporal e distribuição regional. **Revista Ciência**

Plural, Natal, v. 9, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp>. Acesso em: 24 abr 2026.

SILVA, L. H. R. et al. Incidence and mortality of gastric cancer in Brazil and Bahia over the last 10 years. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd>. Acesso em: 28 abr 2026.

STUEPP, Nicole Luisa Konzen; BRUSTULIM, Bianca Davibida; ADAMOWSKI, Eleniza de Victor. Adenocarcinoma gástrico: uma análise epidemiológica no brasil entre os 2020 a 2024. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 970–982, 2026. DOI: 10.25110/arqsaude.v30i2.2026-12311. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/12311>. Acesso em: 8 maio. 2026.

THRIFT, A. P.; WENKER, T. N.; EL-SERAG, H. B. Global burden of gastric cancer: epidemiological trends, risk factors, screening and prevention. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 20, p. 338–349, 2023.

¹ Bacharel em Enfermagem pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Bacharel em Enfermagem pela UNIFAMAZ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Graduanda em Terapia Ocupacional pela UNIFATECIE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

- ⁴ Bacharel em Fisioterapia pela Universidade da Amazônia (UNAMA).
E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁵ Graduanda em Farmácia pela AFYA UNITPAC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁶ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁷ Bacharel em Farmácia pela UNIESAMAZ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁸ Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁹ Graduado em Biologia pelo Centro Universitário Claretiano. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹⁰ Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Amazônia (UNAMA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Amazônia (UNAMA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹² Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Vale de São Francisco (UNIVASF). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)