

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 1 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO	3
CLASSIFICAÇÃO CELULAR DO CÂNCER GÁSTRICO	3
ESTADIAMENTO TNM (AJCC, 2017)	4
AGRUPAMENTO (TNM).....	5
TRATAMENTO	5
ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA.....	6
QT PALIATIVA	7
SEGUIMENTO	9
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	9
CONFLITOS DE INTERESSE.....	9
MONITORAMENTO	9
REFERÊNCIAS.....	9
HISTÓRICO DE REVISÃO	10

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 2 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico ocupa a quinta posição entre os cânceres mais frequentes no Brasil. Segundo dados do INCA, para cada ano no período de 2023 a 2025 foram estimados 21.480 casos novos, sendo 13.340 em homens e 8.140 em mulheres. Em relação à mortalidade, em 2020, no Brasil, foram registrados 13.850 óbitos por câncer gástrico. Nos Estados Unidos, para o ano de 2025, foram estimados 30.300 casos novos e 10.780 mortes por câncer gástrico.

O adenocarcinoma responde por 90 a 95% de todas as neoplasias gástricas. A etiologia precisa da neoplasia gástrica não é completamente conhecida, mas fatores de risco reconhecidos incluem: infecção gástrica por *Helicobacter pylori*, idade avançada, sexo masculino, dieta pobre em frutas e vegetais, rica em sal, defumados ou conservas, gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, anemia perniciosa, pólipos gástricos adenomatosos, história familiar de câncer gástrico, tabagismo, doença de Ménétrier (gastrite hipertrófica gigante), infecção pelo vírus Epstein-Barr, síndromes familiares como câncer gástrico difuso hereditário (mutação em CDH1), síndrome de Lynch (especialmente variantes MLH1 e MSH2), polipose adenomatosa familiar, dentre outras.

O prognóstico do câncer gástrico depende da extensão do tumor, que inclui o envolvimento linfonodal e a extensão além da parede gástrica. A ressecção curativa é o principal determinante de sobrevida, com taxa de 52,1% em 5 anos para pacientes submetidos à cirurgia curativa versus 3,8% para ressecção não curativa. No entanto, as doenças em estágio inicial correspondem a 10 a 20% dos casos diagnosticados nos Estados Unidos, com o restante dos pacientes apresentando doença avançada locorregionalmente ou à distância.

Na doença metastática, o prognóstico é reservado e a sobrevida mediana é de cerca de 1 ano com tratamento sistêmico padrão. O tratamento de pacientes com doença avançada pode resultar em palição de sintomas e algum aumento de sobrevida, mas remissões longas são incomuns.

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para estadiamento, tratamento e seguimento de pacientes com neoplasia gástrica.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Diagnóstico histológico de neoplasia maligna do estômago, em tratamento ou acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).
- Idade acima de 18 anos.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 3 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consulta médica - Preenchimento de laudo de emissão de procedimentos de alta complexidade (APAC) - Realização de prescrição médica - Solicitação de exames complementares
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de prescrição médica (dupla checagem) - Assistência de pacientes em infusão - Realização de primeira consulta em enfermagem
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar assistência ao paciente no pré, durante e pós infusão - Preparo de medicações utilizadas na pré-quimioterapia
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de prescrição médica (dupla checagem) - Preparo de medicações

ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO

ESTADIAMENTO CLÍNICO

- História clínica e exame físico completos.
- Definição de estado nutricional e funcionalidade (KPS, ECOG).

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma, perfil e função hepática, função renal, ionograma, glicemia, sorologias virais.
- Não existe um marcador tumoral específico para câncer gástrico. Dosagens de CEA, Ca19.9 e CA125 têm valor questionável.

AValiação POR EXAMES DE IMAGEM

- Endoscopia digestiva alta.
- Ultrassonografia endoscópica em casos selecionados.
- Tomografia de tórax, abdome e pelve.
- Ressonância nuclear magnética em casos selecionados.
- Laparoscopia diagnóstica em casos selecionado de câncer gástrico localmente avançado, para detecção de metástases peritoneais ocultas.

CLASSIFICAÇÃO CELULAR DO CÂNCER GÁSTRICO

Existem dois tipos principais de adenocarcinoma gástrico:

- **Intestinal:** são bem diferenciados e as células tendem a se organizar em estruturas tubulares ou glandulares. Raramente podem ocorrer cânceres adenoescamosos. Está fortemente associado à sequência de lesões precursoras, incluindo gastrite crônica, atrofia, metaplasia intestinal e

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 4 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

displasia, frequentemente relacionadas à infecção por *Helicobacter pylori* e fatores ambientais.

- **Difuso:** composto por células pouco coesas, frequentemente com morfologia de células em anel de sinete, que se infiltram de forma difusa na parede gástrica, sem formação glandular. Não está necessariamente associado a lesões precursoras. Acomete pacientes mais jovens, apresenta comportamento mais agressivo, maior propensão à invasão transmural, fibrose (linite plástica), disseminação peritoneal e pior prognóstico global.

ESTADIAMENTO TNM (AJCC, 2017)

Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1a	Tumor invade a lâmina própria ou muscular da mucosa
T1b	Tumor invade a submucosa
T2	Tumor invade a muscular própria
T3	Tumor penetra o tecido conjuntivo subseroso, mas não invade peritônio visceral ou estruturas adjacentes
T4a	Tumor invade serosa (peritônio visceral)
T4b	Tumor invade órgãos ou estruturas adjacentes
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Sem metástases linfonodais
N1	Metástases em um a dois linfonodos regionais
N2	Metástases em três a seis linfonodos regionais
N3a	Metástases em sete a 15 linfonodos regionais
N3b	Metástases em 16 ou mais linfonodos regionais
M0	Sem metástases à distância
M1	Metástases à distância

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 5 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

AGRUPAMENTO (TNM)

cTNM

- 0** cTiscN0M0
- I** cT1-2cN0M0
- IIA** cT1-2cN1-3M0
- IIB** cT3-4acN0M0
- III** cT3-4acN1-3M0
- IVA** cT4bqqNM0
- IVB** qqTqqNM1

pTNM

- 0** pTispN0M0
- IA** pT1pN0M0
- IB** pT1pN1M0, pT2pN0M0
- IIA** pT1pN2M0, pT2pN1M0, pT3pN0M0
- IIB** pT1pN3aM0, pT2pN2M0, pT3pN1M0, pT4apN0M0
- IIIA** pT2pN3aM0, pT3pN2M0, pT4apN1-2M0, pT4bpN0M0
- IIIB** pT1-2pN3bM0, pT3-4apN3aM0, pT4bpN1-2M0
- IIIC** pT3-4apN3bM0, pT4bpN3a-bM0
- IV** qqpTqqNM1

ypTNM

- I** ypT1-2ypN0M0, ypT1ypN1M0
- II** ypT3ypN0M0, ypT2-3ypN1M0, ypT1-2ypN2M0, ypT4aypN0M0, ypT1ypN3M0
- III** ypT2-4bypN3M0, ypT3-4bypN2M0, ypT4a-bypN1M0, ypT4bypN0M0
- IV** qqpTqqNM1

TRATAMENTO

- Ressecção cirúrgica ou endoscópica.
- Quimioterapia perioperatória.
- Quimioterapia adjuvante.
- Quimioterapia paliativa.
- Radioterapia.
- Tratamento do *Helicobacter pilory*.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 6 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

A **Tabela de Procedimentos do SUS** prevê o tratamento nos seguintes cenários: prévio, adjuvante e paliativo.

- Paliativo APAC 03.04.02.004-4 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO
- Prévia (neoadjuvante/citorredutora) APAC 03.04.04.017-7 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA)
- Adjuvante (profilática) APAC 03.04.05.025-3 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA)

ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA

QT perioperatória: doença localizada (\geq T2 e/ou cN+)

Esquema	Drogas	Periodicidade
FLOT	Docetaxel 50mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Leucovorin 200mg/m ² EV D1 Fluorouracil 2600mg/m ² EV D1 BIC 24 horas	A cada 2 semanas 4 ciclos pré e 4 ciclos pós gastrectomia (total 8 ciclos)
CF	Cisplatina 75-100mg/m ² EV D1 Fluorouracil 800mg/m ² /dia EV D1 a D5 em BIC	A cada 4 semanas 2-3 ciclos pré e 3 a 4 ciclos pós gastrectomia (total 6 ciclos)
Folfox	Leucovorin 400mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas 4 ciclos pré e 4 ciclos pós gastrectomia (total 8 ciclos)

QT adjuvante: doença localizada (pT3-4 ou N+) ressecada, com linfadenectomia D2

Esquema	Drogas	Periodicidade
CapOx	Oxaliplatina 130mg/m ² EV D1 Capecitabina 1000mg/m ² VO 12/12 horas D1 a D14	A cada 3 semanas total 8 ciclos
XP	Cisplatina 60mg/m ² EV D1 Capecitabina 1000mg/m ² VO 12/12 horas D1 a D14	A cada 3 semanas total 6 ciclos
Folfox	Leucovorin 400mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas total 12 ciclos
De Gramont	Leucovorin 100mg/m ² EV D1 Fluorouracil 400mg/m ² EV bolus D1 e D2 Fluorouracil 2400mg/m ² EV BIC em 22 horas D1 e D2	A cada 2 semanas Total 12 ciclos

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 7 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

QT + RT adjuvante: doença localizada (\geq pT2 e/ou pN+) ressecada, R0 ou R1, pacientes com ECOG \leq 2 e cirurgia subótima

Esquema	Drogas	Periodicidade
MacDonald	Ciclos 1, 4 e 5 Leucovorin 20mg/m ² EV D1 a D5 Fluorouracil 425mg/m ² EV (bolus) D1 a D5 Ciclo 2 Leucovorin 20mg/m ² EV D1 a D4 Fluorouracil 400mg/m ² EV (bolus) D1 a D4 Ciclo 3 Leucovorin 20mg/m ² EV D1 a D3 Fluorouracil 425mg/m ² EV (bolus) D1 a D3	Ciclo 1,4 e 5 A cada 4 semanas Ciclo 2 Na semana 1 da RT A partir do D28 Ciclo3 Na semana 5 da RT
Folfox	Leucovorin 400mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas por 4 a 6 meses, seguido de RT com fluoropirimidina
CapOx	Oxaliplatina 130mg/m ² EV D1 Capecitabina 1000mg/m ² VO 12/12 horas D1 a D14	A cada 3 semanas, por 4 a 6 meses, seguido de RT com fluoropirimidina

QT PALIATIVA

BIOMARCADORES

- HER-2: todo paciente com câncer gástrico metastático e indicação de tratamento sistêmico deve ter o material tumoral avaliado para expressão de HER-2 por imuno-histoquímica. São considerados positivos tumores 3+/3+. Casos 2+/3+ devem ser confirmados por hibridização in situ (FISH, SISH ou CISH). Casos 0 ou +1/+3 são considerados negativos.
- PDL-1: o nível de expressão de PD-L1 está associado a benefício de imunoterapia e deve ser utilizado na decisão terapêutica para o esquema de QT em 1ª linha.
- MSI-H (opcional): auxilia nas escolhas terapêuticas dos pacientes com doença metastática quando imunoterapia está acessível aos pacientes com instabilidade de microsatélite.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 8 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

1ª LINHA

Esquema	Drogas	Periodicidade
5-FU+ + CDDP	5-Fluorouracil 1.000 mg/m ² /dia EV (bomba de infusão contínua) D1 a D4 Cisplatina 75 mg/m ² EV D1	A cada 4 semanas
Folfox	Oxaliplatina 85 mg/m ² EV D1 Leucovorin 400 mg/m ² EV D1 5-Fluorouracil 400 mg/m ² EV (bolus) D1 5-Fluorouracil 2.400 mg/m ² EV (bomba de infusão contínua de 46h) D1	A cada 2 semanas
CapOx	Oxaliplatina 130mg/m ² EV D1 Capecitabina 1000mg/m ² VO 12/12 horas D1 a D14	A cada 3 semanas
FLOX	Oxaliplatina 85 mg/m ² EV D1, D15 e D29 Leucovorin 500 mg/m ² EV D1 semanal 5-Fluorouracil 500 mg/m ² EV (bolus) D1 semanal FLOX é um esquema aceitável para situações em que não exista disponibilidade de 5-Fluorouracil infusional ou capecitabina	Por 6 semanas, a cada 8 semanas
FLOX Nórdico	Oxaliplatina: 85mg/m ² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 500mg/m ² IV pulso D1 e D2 Leucovorin: 60mg/m ² IV pulso D1 e D2	A cada 2 semanas
Folfiri	Irinotecano 180 mg/m ² EV D1 Leucovorin 400 mg/m ² EV D1 5-Fluorouracil 400 mg/m ² EV (bolus) D1 5-Fluorouracil 2.400 mg/m ² EV (bomba de infusão contínua de 46h) D1	A cada 2 semanas
Trastuzumabe + QT (em caso de HER2 positivo e disponibilidade)	Trastuzumabe 8 mg/kg EV D1 (dose de ataque no C1) seguido de Trastuzumabe 6 mg/kg EV D1 (a partir do C2) a cada 3 semanas OU Trastuzumabe 6 mg/kg EV D1 (dose de ataque no C1) seguido de Trastuzumabe 4 mg/kg EV D1 (a partir do C2) a cada 2 semanas	

2ª LINHA

Esquema	Drogas	Periodicidade
Paclitaxel monoterapia	Paclitaxel 80 mg/m ² EV D1, D8 e D15 ou Paclitaxel 175 mg/m ² EV D1	A cada 4 semanas A cada 3 semanas
Docetaxel	Docetaxel 75 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas
Irinotecano	Irinotecano 125 mg/m ² EV D1 e D8 ou Irinotecano 150 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas A cada 2 semanas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 9 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

SEGUIMENTO

- Exame clínico a cada 3 meses por 2 anos, depois a cada 6 meses por 5 anos.
- Monitorar deficiência nutricional – deficiência de vitamina B12 e ferro, especialmente após gastrectomia total.
- Endoscopia digestiva alta em pacientes submetidos a gastrectomia parcial ou subtotal se houver indicação clínica.
- Exames de imagem devem ser solicitados guiados por sintomas, em caso de suspeita de recidiva.

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Óbito.
- Transferência de serviço.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

MONITORAMENTO

Número de pacientes admitidos para tratamento de Ca de mama dentro deste protocolo por ano.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Síntese de resultados e comentários – Estimativa de incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 31 jul. 2025.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). *Gastric cancer treatment (PDQ®) – Health professional version*. National Cancer Institute, 2025. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/stomach/hp/stomach-treatment-pdq>. Acesso em: 31 jul. 2025.

VAN CUTSEM, E. et al. Gastric cancer. *The Lancet*, [S.l.], v. 388, n. 10060, p. 2654–2664, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30354-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30354-3)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. *Diretrizes SBOC 2025 – Câncer de estômago localizado*. 2025. Disponível em: <https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2025/pdf/Diretrizes-SBOC-2025---Estomago-localizado-v8-FINAL.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. *Diretrizes SBOC 2025 – Câncer de estômago avançado*. 2025. Disponível em: <https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2025/pdf/Diretrizes-SBOC-2025---Estomago-avancado-v7-FINAL.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.289 - PÁGINA 10 de 10	
Título do Documento:	CÂNCER GÁSTRICO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	15/01/2026	Alterado título. Atualização em todo o protocolo.

Elaboração/Revisão	Ellen Brandão Leite Faria e Thaís de Melo Passarini - médicas - Oncologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Ellen Brandão Leite Faria
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico