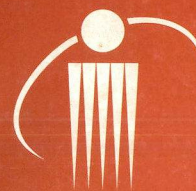


- Sociedade Brasileira de Cancerologia
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
- Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
- Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica
- Setor de Radioterapia - Colégio Brasileiro de Radiologia



INCA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação de Programas
de Controle de Câncer (Pro-Onco)

44
nº 4

Revista Brasileira de Cancerologia

Órgão Oficial do Instituto Nacional de Câncer

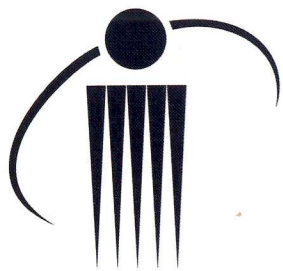


FAF
Fundação Ary Frauzino
Para Pesquisa
e Controle do Câncer

visit **our** site

visit **nosso** site
NA INTERNET NA INTERNET NA INTERNET

Instituto Nacional
de Câncer



INCA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para maiores informações, contate o:
For more information, please contact:

Instituto Nacional de Câncer

Praça da Cruz Vermelha, nº 23 – Centro
CEP 202230-130 – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Tel.:55(021) 217-4110/263-8565
Fax:55(021) 242-2420/516-3459

<http://www.inca.org.br>



Revista Brasileira de Cancerologia

Out/Nov/Dez - 1998

Volume 44 - n° 4

Direção Geral

Jacob Kligerman

Editor Chefe

Luiz Eduardo Atalécio

Editor Executivo

Pedro Luiz Fernandes

Conselho Editorial

Ademar Lopes (SP)
Alfredo Guarischi (RJ)
Antonio G. Nascimento (USA)
Antonio Sergio Petrilli (SP)
Artur Katz (SP)
Beatriz de Camargo (SP)
Benedito Valdecir de Oliveira (PR)
Cesar G. Victora (RS)
Edjane Faria de Amorim (RJ)
Eduardo Faerstein (RJ)
Ernani Saltz (RJ)
Eugenio Del Vigna Filho (MG)
Fani Job (RS)
Gilberto Schwartzmann (RS)
Haroldo Juaçaba (CE)
Heloisa de Andrade Carvalho (SP)
Hebert Praxedes (RJ)
James Freitas Fleck (RS)
Jayme Marsillac (RJ)
João Paulo K. Matushita (MG)
Joel Francisco Gonçalves (RJ)
José Carlos do Valle (RJ)
Luis Souhami (Canadá)

Luis Paulo Kowalski (SP)
Marcelo Gurgel da Silva (CE)
Marcos F. Moraes (RJ)
Maria Gaby Rivero de Gutiérrez (SP)
Maria Izabel Sathler Pinel (RJ)
Mario A. Eisenberg (USA)
Mario A. Brock (Alemanha)
Marise Souto Rebelo (RJ)
Matti Aapro (Itália)
Milton Rabinowitz (RJ)
Nestor Piva (SE)
Nils Gunnar Skare (PR)
Osvaldo Giannotti Filho (SP)
Paulo Eduardo R. dos Santos Novaes (SP)
Regina Moreira Ferreira (RJ)
Renato Luiz Amaral (RS)
Ricardo Pasquini (PR)
Ricardo Renzo Brentani (SP)
Sergio Edgar Allan (RJ)
Sergio Luiz Faria (SP)
Sílvia Regina Brandalise (SP)
Stella Aguinaga (USA)
Vivian Rumjanek (RJ)

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



309



Revisor

Carlos André Oighenstein

Secretária

Pilar Schlaepfer Prado



A *Revista de Brasileira de Cancerologia* (ISSN 0034-7116) é uma publicação do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde
É editado um volume anual dividido em quatro números.
Impresso no Brasil.

Endereço Editorial:

Revista Brasileira de Cancerologia

Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica

Instituto Nacional do Câncer

Rua do Rezende, 128 - Centro

20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396

Fax: (021) 221-7983

Internet: <http://www.inca.org.br/rbc/index.html>

e-mail: rbc@inca.org.br

Informações sobre o direito de cópia (*copyright*). É condição, para efeitos da publicação, que os manuscritos enviados a esta revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia (*copyright*) incluem os direitos exclusivos para produzir e distribuir o artigo, incluindo separatas, reproduções fotográficas, microfílmagens ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser produzida ou arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer outra forma sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (*copyright*).

Outras revistas científicas e as publicações de sumário podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção a companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica sua recomendação ou endoso pelos editores.

A *Revista Brasileira de Cancerologia* (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada no Index Médico Latino-Americano - ISSN - 0034-7116.

Revista Brasileira de Cancerologia

© 1987 Instituto Nacional do Câncer

Projeto Gráfico

Imagemaker Programação Visual

Tel.: (021) 233-7790

Produção

 **CIDADE - Editora Científica Ltda.**

Tels.: (021) 240-4578 - 240-4728 - 262-4764

Telefax: (021) 262-5462

Impressão e acabamento



editora gráfica serrana Ltda.

Tels.: (024) 237-0055

Editorial

Editorial

A assistência oncológica no SUS

Oncology care in the Brazilian Public Health System

Jacob Kligerman

313

Artigos

Articles

Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe

A review of risk factors for oral and pharyngeal cancer

Isabel Cristina Gonçalves Leite

Sérgio Koifman

317

Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada à família e à criança portadora de câncer

Nurses' perceptions about nursing care provided to the family and child with cancer

Giselle Dupas

Maria Helena L. Caliri

Maria Conceição Franciosi

327

311

Os pressupostos teóricos e operacionais do grupo de apoio e reabilitação de pessoas ostomizadas (GARPO): laringectomizados

The theoretical and methodological framework of the support and rehabilitation group to ostomized persons (GARPO):

laryngectomees

Márcia Maria Fontão Zago

Maria José Rossato Stopa

335

Tumor de Ewing: estudo descritivo dos casos atendidos no INCA/Hospital do Câncer - Período 1986 a 1994

Ewing tumor: a descriptive study of the cases seen at INCA's Hospital do Câncer - From 1986 to 1994

Walter Meohas

Nelson Jabour Fiod

José Francisco Neto Rezende

Ana Cristina de Sá Lopes

343

Tumor de células de Sertoli-Leydig do ovário - Apresentação de um caso e revisão da literatura

347

Ovary tumor by Sertoli-Leydig cells - A case report and review of the literature

Eliana M. Monteiro Caran

Maria de Fátima Valente Rizzo

Maria Tereza Seixas

Antonio Sérgio Petrilli

Informes:

Reports

Endereço da RBC

354

Eventos

Events

356

Atualização Científica

Abstracts

360

Normas para publicação

Instructions for authors

369

A assistência oncológica no SUS

Oncology care in the Brazilian Public Health System

Embora o controle do câncer dependa de um conjunto de atuações em áreas diversas, em geral é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda do sistema de saúde.

No Brasil, a ênfase se dá no tratamento especializado, atestado pelo inexpressivo número de programas de prevenção e detecção bem planejados, executados e avaliados; pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos.

As conseqüências dessa clara tendência se verificam facilmente. Entre os tumores que mais incidem entre nós, brasileiros, encontram-se aqueles que podem ser evitados (os cânceres do colo uterino, estômago, pulmão e boca) e curáveis ou controláveis (os cânceres do colo uterino, mama e estômago e leucemias).

A mortalidade por câncer (geral e proporcional) mantida ao longo do tempo, a despeito da incorporação tecnológica e científica que temos sistematicamente feito desde os anos 60, deriva, principalmente, dos diagnósticos feitos em fases avançadas, inclusive de tumores de fácil acesso, como os que ocorrem na boca, no colo uterino e na mama.

Sabe-se que quanto menor o estágio tumoral maior será o percentual de cura. Porém, essa relação se inverte quando se considera o custo que se tem para diagnosticar e tratar um caso de neoplasia maligna, sendo isto uma realidade independente do tipo e da localização tumoral.

Dos setores que compõem o sistema de saúde brasileiro, o SUS é o maior deles e o único a divulgar os seus dados, razão por que somente

estes serão utilizados no presente ensaio. Sabe-se, de antemão, que são dados de procedimentos pagos, que dificilmente podem ser convertidos em número de casos, ou mesmo em procedimentos especificamente relativos a casos de câncer, por exemplo.

No Brasil, em janeiro de 1998, o SUS gastou cerca de R\$ 592.700.000 para prover um pouco mais de 89.700.000 procedimentos ambulatoriais, distribuídos majoritariamente entre entidades estaduais e municipais. Os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos concentram-se, em ordem decrescente, nas entidades privadas sem fins lucrativos (filantrópicas), privadas com fins lucrativos e universitárias, inclusive com nítidas diferenças percentuais entre a quimioterapia e a radioterapia. Esta última ficando mais a cargo das filantrópicas (52,6%) e menos das universitárias (11,5%), e a quimioterapia, mais das filantrópicas (42,1%) e menos das privadas (18,5%).

Relativamente ao número de internações, naquele mesmo mês, a distribuição percentual de todas as 1.011.271 AIH pagas pelo SUS também demonstra a concentração nessas entidades (65,3% nas privadas com e sem fins lucrativos e 12,4%, nas universitárias).

Para se ter uma idéia do quanto custa ao SUS a assistência oncológica, exclusivamente terapêutica, veja-se o ano de 1997: mais de R\$ 362 milhões foram destinados aos procedimentos oncológicos do SIH-SUS e do SIA-SUS, numa estimativa mensal de mais de R\$ 30 milhões. Merece destaque com relação a estes números que o custo médio dos procedimentos de radioterapia é 2,6 menor do que o dos cirúrgicos e 3,4 vezes menor do que o dos quimioterápicos.

Quadro 1 - Números e razões entre os serviços oncológicos cadastrados no SUS.

Região	SIH-SUS	SIA-SUS/QT	SIA-SUS/RT	Razão
Norte	3	7	2	1: 2,3: 0,6
Nordeste	24	67	22	1: 2,7: 0,9
Centro-Oeste	5	22	5	1: 4,4: 1,0
Sudeste	79	163	63	1: 2,0: 0,7
Sul	33	85	16	1: 2,5: 0,4
Brasil	144	344	108	1: 1,3: 0,7

Fonte: Copac/Codec - Ministério da Saúde, 1998.

Vendo-se agora sob o prisma da oferta de serviços oncológicos cadastrados no SUS (Quadro 1), a relação entre eles varia de região a região, sendo maior no Nordeste e Centro-Oeste. O que orienta essa disponibilidade? Poder-se-ia dizer que a oferta espontânea de serviços quimioterápicos e a necessidade de investimento muito maior para a criação de serviços hospitalares e radioterápicos.

Evidencia-se também um fator regional nesta oferta, como ocorre em muitas outras áreas, médicas e não médicas. Tomando-se como base o número de casos novos estimados regionalmente para 1998, retirando-se deles os 20% previstos como de câncer não melanótico de pele (de baixa complexidade) e também os 20% que se estima serem atendidos fora do SUS, produz-se o Quadro 2, que reafirma o caráter regional e mostra a maior oferta de serviços quimioterápicos e o déficit de radioterapia.

Como poderia ser classificada a oferta nas áreas cirúrgica, de diagnóstico e estadiamento, de suporte, de reabilitação e de cuidados paliativos? Ainda se buscam as bases de cálculo, que é dificultado pela multiplicidade de procedimentos envolvidos e pela falta de dados individuais no sistema. Mas é inquestionável que a assistência oncológica deve ter como base a oferta de serviços multiprofissionais, cujo fator integrador é a estrutura hospitalar, do SIH, embora isto não signifique obrigatoriamente hospitalização.

Se se desconhece parte da realidade do SUS e não se dispõe de informação sobre a assistência oncológica prestada por empresas privadas (planos, convênios, cooperativas ou seguradoras), não se pode discutir, em bases reais, sobre as possíveis diferenciações de oferta de serviços em hospitais do SUS, de particulares e de planos privados.

Quadro 2 - Necessidade de serviços oncológicos no SUS a partir da estimativa de casos novos de câncer em 1998.

Região	Casos novos 1998	SIH-SUS		SIA-SUS/QT			SIA-SUS/RT		
		Cadas- trado	Déficit	Cadas- trado	Neces- sário*	Déficit (%)	Cadas- trado	Neces- sário**	Déficit (%)
Norte	14.620	3	?	7	15	53,3	2	9	77,7
Nordeste	76.045	24	?	67	81	17,2	22	48	54,1
C. Oeste	22.790	5	?	22	24	8,3	5	14	64,2
Sudeste	98.715	79	?	163	105	-55,2	63	63	0,0
Sul	56.830	33	?	85	60	-41,6	16	36	55,5
Brasil	269.000	144	?	344	286	-20,2	108	172	37,2

*Casos novos x 80% (exclusão do câncer de pele) x 80% (cobertura pelo SUS)/600 casos novos/ano/serviço.

**Casos novos x 80% (exclusão do câncer de pele) x 80% (cobertura pelo SUS)/1.000 casos novos/ano/serviço.

Mas são características gerais da assistência oncológica no SUS:

- os procedimentos ambulatoriais representam em torno de 80% do sistema;
- são mais lucrativos;
- pelo menos 58% são prestados em serviços isolados do SIH;
- pelo menos 40% das quimioterapias são de medicação oral (que não é coberta pela assistência privada), o que também significa assistência para dispensação de medicamentos; e
- cobrem o tratamento dos cânceres prevalentes entre nós, brasileiros.

O SIA-SUS, porém, ainda:

- é um sistema numérico, de controle deficiente;
- facilita cobranças múltiplas (mais de uma/mês/caso) e duplicadas (mais de um serviço/mês/caso, ou cobrança simultânea no SIA e no SIH/mês/caso);
- facilita a duplicação com doentes do SUS e de particulares e de empresas privadas;
- facilita a seleção de procedimentos e de doentes; e
- permite que os próprios prestadores controlem a autorização de procedimentos e o encaminhamento de doentes.

Por sua vez, os procedimentos de internação, que contam com a informação da AIH e mecanismos de controle e avaliação, embora parciais:

- representam cerca de 20% do sistema;
- costumam ser deficitários;
- costumam ser prestados por hospitais públicos ou filantrópicos; e
- são informados individualmente, porém sem possibilidade de compatibilização com os dados numéricos do SIA-SUS.

O SIH-SUS:

- serve de fonte de doentes para os serviços do SIA-SUS;

- quando não é utilizado para atos operatórios, é depositário de pacientes do SIA-SUS (hotelaria ou assistência paliativa de pacientes refratários à quimioterapia e à radioterapia); e

- não se beneficia do lucro gerado nos serviços isolados do SIA-SUS.

Técnicos do Ministério da Saúde, inclusive do Instituto Nacional de Câncer, em parceria com várias secretarias municipais e estaduais de saúde, vêm há mais de quatro anos trabalhando conjuntamente e desenvolvendo conceitos e mecanismos que permitam a criação de parâmetros e normas necessárias à reformulação desse sistema.

Atualmente, está-se caminhando para:

- recadastrar todos os serviços oncológicos em bases técnicas e epidemiológicas;
- não cadastrar serviços no SIA-SUS isolados do SIH-SUS, para garantir a integridade da assistência oncológica;
- individualizar o atendimento no SIA-SUS;
- aplicar a nova tabela de procedimentos individualizados (e não mais agrupados);
- evitar a duplicidade de atendimento da cobertura simultânea no SUS e em serviços particulares ou de empresas privadas de saúde;
- reformular o fluxo de doentes, por meio de uma nova gestão de autorização; e
- promover a uniformização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em bases técnico-científicas atualizadas.

Afora de quaisquer opiniões e ilações, todos temos um desafio a vencer: controlar realmente o câncer, que, ano após ano, vem matando inexoravelmente os brasileiros, inclusive por tumores evitáveis ou curáveis. E a reformulação conceitual e do sistema da assistência oncológica também faz parte desse desafio.

Jacob Kligerman

Diretor do Instituto Nacional de Câncer
e-mail: kligerman@inca.org.br

Revista Brasileira de Cancerologia

Novo Endereço Editorial:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL

316

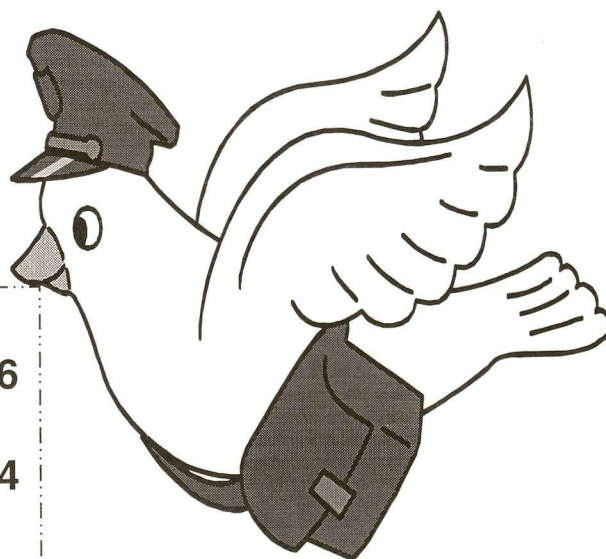
Telefones:

Tel.: (021) 242.1122 - ramal 2396

FAX: (021) 221.7983 (direto)

(021) 242.1122 - ramal 2404

Email: rbc@inca.org.br



Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe

A review of risk factors for oral and pharyngeal cancer

Isabel Cristina Gonçalves Leite¹, Sérgio Koifman²

Resumo

O presente artigo realizou breve análise de perfil epidemiológico de tumores de boca e faringe no Brasil e no mundo, bem como uma revisão da literatura pertinente a seus fatores de risco. Sua incidência, geralmente, varia entre 2% a 30% do total dos novos casos de câncer no mundo, e é fortemente influenciada pela localização geográfica. No Brasil, é a sexta localização anatômica mais comum nos Registros de Base Populacional entre os homens, sendo que a localização envolvendo a língua corresponde a 40% do total de casos. Os principais fatores de risco são o tabaco, o álcool e a interação entre ambos, que exibem forte efeito multiplicativo sobre o risco. A quantidade consumida e o tempo de exposição a estes dois fatores exibem, comumente, gradiente crescente de risco para o câncer. Elementos da dieta são considerados fatores de proteção, especialmente o β -caroteno, enquanto estados de carência nutricional são comumente percebidos entre os casos. Condições de precária saúde bucal são achados comuns entre os casos de câncer de boca e faringe. As recentes linhas de pesquisa em patogênese e prevenção do câncer de boca e faringe têm estudado a contribuição viral e genética. O comprometimento de grupos etários mais jovens e de mulheres provavelmente deve-se à universalização dos fatores de risco, levando a esta modificação do perfil epidemiológico.

Palavras-chave: neoplasmas de boca e faringe; fatores de risco

Abstract

This article was based on an analysis of epidemiological profile of oral and pharyngeal tumors in Brazil and abroad, as well as a review of literature concerning the risk factors for these neoplasms. Generally the incidence ranging from 2% to 30% of the total of new cases world-wide and is strongly associated with geographical location. In Brazil, it's the sixth commonest cancer site registred in Populational Based Registers among men. Tongue cancer corresponds to 40% of all cases. The major risk factors are tobacco and alcohol use and their interaction. The later presents a strong multiplicative effect over the risk. The amount of consumption and the length of exposure to these two factors show an increase in the risk of cancer development. Diet elements are known as protective factors, specially the β -caroten, and nutritional debility is recognized among oral and pharyngeal cancer cases. Poor oral health is characteristic of almost all cases. New research lines on pathogenesis and cancer prevention have studied the contribution of viral and genetical bases. A trend towards

1 - Cirurgiã-dentista, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, subárea Epidemiologia Geral, FIOCRUZ. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Minas Gerais. 2 - Médico, pesquisador adjunto do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ.

Endereço para correspondência: Av. Barão do Rio Branco, 1519/201 - 36035-000 Juiz de Fora - MG - bel@odonto.uff.br

involvement of younger age groups and the presence of women among the case groups for such neoplasms probably show a spread of exposure to risk factors, resulting in a future change in epidemiological profile of oral and pharyngeal cancer.

Key words: mouth and pharyngeal neoplasms; risk factors

Descrição epidemiológica do câncer de boca e faringe no mundo

Uma das formas mais incidentes de câncer é a que compromete as localizações de boca e faringe (CID-O 140-9). Torna-se um problema em Saúde Pública uma vez que as taxas de incidência e mortalidade estão entre as mais altas do mundo. Embora o câncer de boca seja freqüentemente relatado como uma das 10 localizações mais comuns de câncer no mundo⁽¹⁾, os dados epidemiológicos para esta localização tumoral são limitados. Apresenta marcadas diferenças na sua freqüência⁽²⁾, tão intensas, que parece pouco provável que ocorram exclusivamente devido a artefatos ou metodologia empregada⁽³⁾. Principalmente no sudeste da Ásia (Índia, Paquistão, Hong Kong), o câncer de boca é uma das formas mais comuns, sendo que surgem, ao ano, aproximadamente 100 000 novos casos. Em alguns países, como Sri Lanka, Paquistão e Bangladesh, é a forma mais incidente de câncer e corresponde a cerca de 30% do total de neoplasias^(4,5). Nos países ocidentais industrializados, o câncer de boca representa de 2% a 15% da incidência de todas as formas de câncer.

Situação nacional do câncer de boca e faringe

Dados de freqüência relativa obtidos através do Registro de Patologia Tumoral Nacional do Brasil (1976-80)⁽⁶⁾ indicam que o câncer de boca era a terceira localização mais freqüente em homens (8,5%) e a sétima entre as mulheres (2,3%) no referido período. Esta predominância foi observada principalmente nos estados do Norte e Nordeste⁽⁶⁾. Entre 1981 e 1985, destacava-se a Paraíba, onde o câncer de lábio foi a terceira localização mais comum (3,7% dos casos), os cânceres de outras partes da boca como a quarta (3,5%), e câncer de língua como a nona (2,8%). Dados mais recentes apontam a manutenção destas tendências, especialmente para o sexo masculino, figurando entre os seis tumores mais incidentes em todos os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Por sua vez, tumores envolvendo a língua são responsáveis por aproximadamente 40% dos casos

de câncer de boca cadastrados em todos os RCBPs do Brasil⁽⁷⁾.

Informações de base hospitalar⁽⁸⁾ mostram que, no Brasil, o câncer de boca situa-se entre as cinco localizações mais freqüentes, sendo que no Instituto Nacional de Câncer/RJ, em 1990, o câncer de boca foi a quinta localização mais comum, correspondendo a 8% do total de 2.964 neoplasias diagnosticadas. Este percentual foi representado por 237 casos (172 em homens e 65 em mulheres). No Hospital Aristides Maltez (BA), no mesmo ano, o câncer de boca foi a localização mais comum entre homens.

Fatores de risco para o câncer de boca e faringe

Susser⁽⁹⁾ comenta que a epidemiologia descreve a ocorrência e evolução das doenças objetivando conhecer suas causas e preveni-las. Segundo Kleinbaum⁽¹⁰⁾, o fator de risco pode ser definido como qualquer variável que o investigador define como tendo relação causal e antecedendo o evento de interesse com base em substantivo conhecimento, teoria ou prévios achados em pesquisa. Tendo por base esta definição, passamos a descrever os principais fatores de risco para o câncer de boca e faringe relatados pela literatura internacional. Este conhecimento possibilita traçar o perfil de populações sob risco e desenhar modelos de intervenção sobre estes grupos.

Tabagismo

É estimado que o tabaco tenha o principal papel na etiologia do câncer de boca em 75% dos casos⁽¹¹⁾. Grande parte dos estudos sobre fatores etiológicos revela que a maioria dos pacientes portadores de câncer desta localização apresenta história de fumo, com forte efeito dose-resposta com relação ao tempo e quantidade de tabaco consumida para qualquer dos sítios anatómicos^(12,13,14,15,16,17). Esse mesmo agente também relaciona-se com lesões orais consideradas pré-malignas, especialmente leucoplasias^(18,19). Na fumaça do cigarro já foram detectadas mais de 60 substâncias carcinogênicas. O alcatrão, um dos

seus principais componentes, contém o benzo(a)pireno, que é um potente agente cancerígeno, e as aminas aromáticas, dentre as quais a de maior ação carcinogênica, a nitrosamina. Combinando-se a estes, também são encontrados pesticidas e substâncias radioativas usadas em seu cultivo⁽²⁰⁾. Winn et al.⁽²¹⁾ comentam que produtos carcinógenos do tabaco podem ser medidos no sangue de usuários de tabaco indicando que substâncias carcinogênicas do tabaco circulam por todo corpo. Além dos agentes químicos, o calor despreendido pela combustão também é importante irritante da mucosa⁽²⁰⁾. Com relação ao cigarro, a forma mais corrente de uso de tabaco, especialmente no Ocidente, deve-se ressaltar do trabalho de Kabat et al.⁽²⁵⁾ a evidência, tanto em homens como em mulheres, do efeito protetor do uso de cigarros com filtro comparado aos sem filtro, semelhante aos achados de Mashberg et al.⁽¹⁶⁾. Outros estudos mostram efeito protetor com o fim do hábito de fumo^(13, 16, 22) proporcional à quantidade de anos desde a parada, especialmente após o décimo.

No estudo caso-controle de base hospitalar entre veteranos norte-americanos, desenvolvido por Mashberg et al.⁽¹⁶⁾, observou-se aumento da *odds ratio* (OR) com relação ao uso do cachimbo maior do que a para o uso do charuto, sendo de 3,2 (i.c. de 95% = 1,3 - 7,8) para o primeiro e 2,6 (i.c. de 95% = 1,1 - 6,1) para o segundo, mantendo este padrão também com relação à duração de ambos hábitos. Entretanto estas tendências não são claras^(24, 25). Outros estudos referentes ao uso de charuto e cachimbo, em geral, são pouco conclusivos dado o pequeno número de usuários^(14, 16).

O uso do rapé, em trabalho de Kaugars et al.⁽¹⁴⁾, apresentou associação 2,3 vezes maior entre os portadores de lesões bucais comparado a aqueles que não as possuíam (lesões caracterizadas por alterações de mucosa persistentes por, pelo menos, sete dias após a eliminação de possíveis agentes irritantes).

Smith⁽¹²⁾ detectou que o câncer de língua, nas 3 regiões por ela estudadas (Japão, Reino Unido e Estados Unidos), exibia menores taxas de mortalidade ao longo do tempo no Japão. A autora atribuiu tal observação ao fato que, historicamente, nota-se neste país um menor consumo de tabaco do que no Ocidente até a Segunda Guerra Mundial.

Etilismo

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido correlacionado com o aumento de risco para o câncer de boca em homens e mulheres por inúmeros estudos^{16,25,26,27}. Outros já não observaram esta relação tão claramente⁽²⁸⁾. Para Smith⁽¹²⁾, etiologicamente o câncer de língua está mais associado ao consumo de álcool do que ao de fumo. A autora percebeu que o período de abstinência entre 1920-23, nos Estados Unidos, esteve refletido num leve declínio da mortalidade por esta neoplasia. Uma relação dose-resposta frente a diferentes tipos de bebidas foi notada por diversos autores^(22,27,29).

Lewin et al.⁽²³⁾ identificaram que o consumo de álcool igual ou superior a 50 gramas por dia, quando comparado a um consumo menor do que 10 gramas, associava-se a um risco relativo de 5,5 (i.c. de 95% = 3,1-9,6), sendo que entre os não fumantes um consumo moderado de álcool (10-19 gramas) tem pouco ou nenhum efeito na elevação do risco.

Talamini et al.⁽³⁰⁾ comentaram que o papel do álcool ainda não foi elucidado entre uma possível ação solvente para outros carcinógenos, dentre eles o tabaco, ou um efeito carcinogênico independente para o câncer de boca e faringe.

Interação álcool e tabaco

A associação entre tabaco e álcool com câncer do trato aerodigestivo superior tem sido freqüentemente ressaltada^(20, 22, 23, 28). Os padrões de interação observados são variáveis, estando representados por efeitos multiplicativos ou aditivos entre ambos^(27,29). As análises sugerem que, em geral, fumantes “pesados” são também etilistas “pesados”⁽²⁷⁾. Daí, avaliações dos efeitos isolados de ambos por vezes são tidas como inconsistentes⁽³¹⁾.

Franco et al.⁽²⁴⁾, em estudo conduzido no Brasil, não detectaram interação segundo o padrão multiplicativo assumido no trabalho. Francheschi et al.⁽¹³⁾ reuniram 291 casos de câncer de boca e faringe em estudo caso-controle de base hospitalar na região nordeste da Itália. As OR (ajustadas por sexo, área de residência, anos de escolaridade e, respectivamente, consumo de álcool e tabaco) geradas para o câncer de boca e para o câncer de faringe foram proporcionalmente aumentadas com a elevação da exposição ao fumo e ao álcool. Para altos níveis de con-

sumo de ambos, a OR estimada para o câncer de boca foi de 14,3 (i.c. de 95% = 4,2-48) e para o câncer de faringe, 17,6 (i.c. de 95% = 4,1-74,7), sendo expressivo o efeito dose-resposta para o câncer de faringe com relação ao consumo de álcool. Incluindo em seu modelo de predição logístico - incondicional, o termo de interação álcool - fumo detectou efeito intenso, expresso na estimativa de risco de 79,6 para altos níveis de consumo. Francheschi et al.⁽¹³⁾ comentaram, com base no estudo supracitado, que mesmo havendo esta forte interação multiplicativa, o risco atribuível ao tabaco é maior do que o referente ao álcool, ficando em 76% contra 55% para os cânceres de cavidade bucal e 69% contra 45% para o câncer de faringe, destacando a importância da exposição ao fumo, em termos de saúde pública, com relação ao número de casos a ele atribuídos.

Kabat et al.⁽²⁵⁾ notaram a presença de um efeito multiplicativo do risco na associação de álcool e tabaco em seu estudo no EUA. As *odds ratio* relativas a elevado consumo de ambos foi de 20,14 (i.c. de 95% = 12,8-31,5) para homens e de 26,7 (i.c. de 95% = 12,3-58,6) para mulheres.

Dieta

Cânceres de boca e faringe servem como modelos ideais para a aplicação da prevenção química, uma vez que estas localizações possuem lesões pré-malignas bem reconhecidas, como as eritroplasias e uma alta proporção dos pacientes desenvolve tumores secundários. Ashendel⁽³²⁾, revendo estudos laboratoriais, comentou o possível papel preventivo de alguns suplementos (retinóides, tocoferóis) e alterações dietéticas sobre o desenvolvimento ou prevenção do câncer. Destacou a existência de alguns componentes da soja e derivados (como a genesteína) com uma potencial ação preventiva contra a carcinogênese. Suplementos de retinol e outros análogos sintéticos têm demonstrado inibir as leucoplasias e reduzir a ocorrência de tumores secundários de cabeça e pescoço.

Estudos etiopatogênicos sobre o câncer de boca revelam o papel protetor de certos elementos da dieta, como o beta-caroteno, extremamente eficiente contra radicais de oxigênio livres e melhoria da atuação do sistema imunológico⁽³³⁾. Zheng et al.⁽³⁴⁾ analisaram a presença de nutrientes em amostras de sangue de uma coorte de 25.802 voluntários norte-

americanos recolhidas em 1974. Comparando os casos de câncer de boca e faringe surgidos entre 1975-1990 com seus controles, percebeu que elevados níveis de beta-caroteno, carotenóides e alfa-tocoferóis relacionam-se com baixo risco de câncer de boca, obtendo razões de risco de 0,5; 0,33; 0,31 para cada nutriente respectivamente. A reversão de leucoplasias com uso de vitamina A e retinóides sintéticos também é conhecida; entretanto, é grave a sua toxicidade. Desta forma, os estudos têm se voltado para a aplicação de β -caroteno, com taxas de resposta que variam de 44% a 71% quando de seu uso isolado⁽¹¹⁾. A literatura é conflitante entre o efeito protetor ou promotor do retinol com relação ao câncer⁽³³⁾.

Wynder et al.⁽³⁵⁾ afirmaram que deficiências nutricionais especialmente de ferro, niacina, riboflavina, tiamina e pirodoxina estão implicadas na etiopatogenia do câncer. Nas últimas décadas, tem-se evidenciado o papel da vitamina C, caroteno e fibras na redução do risco de câncer^(22, 27, 33), da mesma forma que a vitamina E, potente antioxidante intracelular^(11, 33).

Francheschi et al.⁽¹³⁾ sugeriram que o ligeiro efeito protetor exibido por bebidas não alcólicas (café, chá, leite) relaciona-se ao seu efeito mecânico de limpeza, evidenciada com relação ao câncer de língua. Por outro lado, Mashberg et al.⁽¹⁶⁾ não notaram associação entre o café e chá com o câncer de boca.

Byers et al.⁽³⁶⁾, através de uma revisão da literatura referente ao assunto, observaram que frutas e vegetais são mais fortemente associados à prevenção do câncer bucal (em torno de 40% de redução do risco) do que índices de certos nutrientes isolados.

Fatores ocupacionais e ambientais

Franco et al.⁽²⁴⁾ comentaram que, em contraste com os achados para os cânceres do sistema respiratório, o papel de exposições ocupacionais não tem sido inequivocamente demonstrado para a cavidade bucal.

A radiação solar tem papel etiopatogênico importante para o câncer de lábio. Já em 1957, o estudo de Wynder et al.⁽³⁵⁾ permitia a apreciação de que exposições externas, embora não estatisticamente significantes, estavam mais relacionadas aos casos de câncer de lábio. Gunnarskog et al.⁽³⁷⁾, analisando

o câncer de lábio, observaram que em países nórdicos existe uma tendência ao declínio da incidência entre homens, fato atribuído ao processo de industrialização, que permite a diminuição crescente de homens expostos ao sol pela agricultura e outros trabalhos externos. Nos países nórdicos, percebe-se nítida diferença na incidência de câncer de lábio entre a zona rural e urbana, principalmente envolvendo trabalhadores rurais e pescadores⁽³⁸⁾. Silverman et al.⁽²⁾ também observaram a participação etiológica da radiação solar para câncer de lábio, produzida por atividades externas ou recreativas. Embora não ionizante, a ação prolongada dos raios solares, principalmente em pele com pouca pigmentação, pode causar danos em virtude de alterações que impedem a transcrição da informação genética para o RNA mensageiro e bloqueiam o mecanismo de duplicação do DNA.

Os primeiros relatos baseados em condições odontológicas e o câncer de boca pertencem ao estudo de Wynder et al.⁽³⁵⁾, um estudo caso-controle de base hospitalar. Os autores puderam observar que 44% dos casos avaliados eram edêntulos, sendo que estas diferenças pareciam ser independentes do consumo de álcool e fumo. Foi realizada uma avaliação das condições de higiene bucal pela qual, embora pouco expressiva, percebeu-se diferença deste fator entre os grupos de estudo.

Blot et al.⁽³⁹⁾ observaram risco duas vezes maior para o câncer de boca e faringe entre usuários não fumantes de colutórios bucais, especialmente entre mulheres, ratificando outros estudos de resultados semelhantes em subgrupos considerados de baixa incidência (não fumantes, não alcoólatras, mulheres). Wynder et al.⁽⁴⁰⁾ fizeram a descrição de possíveis irritações na mucosa bucal produzidas por colutórios, os quais desencadeavam, por exemplo, ulcerações, petéquias, descamações, que desapareciam à medida que cessava o uso destes produtos que, em sua maioria, contêm substâncias que lhe atribuem cor e sabor e um percentual considerável de etanol, sendo largamente usados pela população. Os subsítios mais comumente comprometidos foram língua e assoalho de boca. Não foi vista associação significativa entre o consumo de álcool e colutórios, podendo ser atribuído ao sub-relato do consumo de álcool por parte de mulheres. Uma

possível explicação para o fenômeno é o efeito da aleatoriedade, devido ao pequeno número de sujeitos envolvidos. Além disso, caso os colutórios sejam considerados como fatores de risco, seu efeito é comparativamente pequeno, obscurecido por fatores de risco mais potentes, como tabaco ou álcool.

Condições genéticas, sistêmicas e agentes biológicos

Análises preliminares investigam a susceptibilidade genética para o câncer bucal. Nesta linha de pesquisa, Ankarthil et al.⁽⁴¹⁾ investigaram pacientes portadores de câncer bucal e detectaram que em 0,94% dos casos (5 pacientes, Trivandrum, Índia) observava-se agregação familiar para esta forma neoplásica. Estes casos específicos caracterizavam-se por uma idade ao diagnóstico em torno dos 55 anos, abaixo do padrão descrito pela literatura (60-70 anos). Dos 5 casos, 2 não relatavam história de exposição reconhecidamente carcinogênica, permitindo-se atribuir a causa da lesão a outro fator. Percebeu-se uma clara tendência de herança autossômica.

Com relação ao fator Rh, poucos estudos mostram sua relação com o fenômeno da carcinogênese, sendo esta associação fraca. Estudos de Bryne et al.⁽⁴²⁾, realizados na Noruega, reunindo 72 casos de câncer de assoalho de boca, observaram não haver diferenças na distribuição do fator Rh entre os casos de câncer e a população norueguesa, estando, entretanto, relacionado como fator prognóstico para o grupo estudado.

Os recentes avanços nos estudos de genes supressores tumorais e oncogenes têm sido importantes na compreensão de mudanças genéticas ocorridas em diferentes estágios da carcinogênese. A expressão do gene mutante p53 vem sendo frequentemente associada ao câncer de boca como também a lesões pré-malignas⁽⁴³⁾. Sua expressão torna-se cada vez mais intensa à medida que se estabelecem fenótipos mais malignos. Em seu estudo, Kaur et al.⁽⁴³⁾ observaram sobre-expressão do p53 não só nos tecidos sabidamente neoplásicos, como também em material apresentando displasia grave. Intensas imunoreações ao p53 foram detectadas nos tumores pouco diferenciados.

Uma possível etiologia viral não está descartada, embora a microscopia eletrônica

ainda não tenha sido capaz de detectar partículas virais, especialmente do *Herpes simplex*, em carcinomas de boca. Contudo, estudos mais sofisticados, numa época mais recente, têm procurado possível associação com viroses, especialmente com adenoviroses, herpes viroses e papilomavírus⁽⁴⁴⁾. Infelizmente, têm fracassado em demonstrar a participação de adenoviroses no carcinoma de boca, tanto na pesquisa de antígenos, quanto na possível diferença de títulos de anticorpos no soro de casos comparados a controles, ao contrário de outros tipos de neoplasia, onde sua participação na indução de oncogenes é reconhecida, como no caso do retinoblastoma. Sabe-se da participação de seu antígeno na expressão do p53. No caso das herpes viroses, muitos são os relatos de possíveis associações entre o *Herpes simplex* vírus e carcinoma de boca, especialmente o tipo I associado a quadros infecciosos na face, ao passo que outros vírus do mesmo grupo têm participação discutível.

Larrison et al.⁽⁴⁵⁾ comentaram que o *Herpes simplex* tipo 1 (HSV 1) demonstrou um maior número de anticorpos IgM em pacientes portadores de neoplasias de boca não tratados, embora os níveis destes anticorpos tenham sido semelhantes a de controles para os casos que receberam tratamento. Outros relatos científicos sobre a participação do HSV 1 na etiologia do câncer baseiam-se na ação conjunta deste vírus com agentes químicos, levando a transformações oncogênicas, como, por exemplo, a interação deste com as nitrosaminas na alteração celular. Park et al.⁽⁴⁶⁾ comentaram o papel cocarcinogênico do HSV-I, especialmente com relação ao consumo de tabaco ou outros carcinógenos a ele associado. Esta atuação foi evidenciada em seu estudo que induziu mutações carcinogênicas mediante a aplicação tópica de rapé ou alcatrão em conjunção com a inoculação de HSV 1.

O papilomavírus (HPV) tem sido investigado pelo seu possível papel na etiologia de lesões bucais, semelhantes àquelas por ele desenvolvidas no trato genital. Scully⁽⁴⁴⁾ comenta que o papilomavírus, provavelmente, conta com a ação sinérgica do vírus *Herpes simplex*. Park et al.⁽⁴⁶⁾ salientaram que estudos laboratoriais observam que no DNA híbrido de lesões pré-malignas e malignas pode ser observada a presença do DNA viral.

O vírus de *Epstein Barr* (EBV) é fortemente associado com carcinomas anaplásicos de nasofaringe. Embora seu material genético ou antígenos não tenham sido percebidos nos cânceres de boca⁽⁴⁴⁾, anticorpos IgA para o antígeno do EBV são detectados em alta frequência e geralmente em elevados títulos no soro dos portadores de carcinoma de nasofaringe⁽⁴⁷⁾. Com base neste achado, Lin et al.⁽⁴⁷⁾ realizaram estudos para detecção da polimerase de DNA do EBV em *Escherichia coli* para sua utilização como material marcador diagnóstico em casos de carcinoma de nasofaringe. Dcosta et al.⁽⁴⁸⁾ examinaram 103 casos de câncer de boca, 100 lesões de boca, especialmente representadas por leucoplasias, e 76 controles para pesquisar a presença de reação ao *Epstein Barr*. Seus resultados indicaram que o EBV pode contribuir como um dos múltiplos fatores para o câncer de boca em alguns grupos populacionais.

O *Citomegalovírus* (CMV) e o *Varicela-zoster* (VZV) não têm demonstração sorológica de participação na oncogênese bucal⁽⁴⁴⁾. Manning et al.⁽⁴⁹⁾ comentaram que o CMV presente em glândulas salivares é de maior virulência quando comparado aos que se desenvolvem em outros órgãos ou cultura de tecidos. Seu tropismo pelo tecido glandular é o ponto central em biologia e epidemiologia deste microorganismo e, em parte, pode ser um elemento importante na carcinogênese em glândula salivar.

Freqüentemente, colônias de *Candida albicans*, especialmente do tipo pseudo-membranoso, são isoladas em lesões leucoplásticas e outras áreas lesadas do epitélio. São comuns relatos da associação deste microorganismo com infecções bucais de pacientes imunologicamente comprometidos, como os portadores de lesões malignas e que se submetem a radioterapia. Além disso, estudos têm sugerido uma possível participação deste fungo oportunista como fator causal de carcinomas, a partir da produção de N-nitrosobenzilmetilamina, como já observado em neoplasias de boca e esôfago induzidas experimentalmente^(50,51).

Lesões neoplásicas na língua estão freqüentemente associadas aos portadores de HIV⁽⁵²⁾. A prevalência destes tumores ainda não é bem definida. O risco para o desenvolvimento destas lesões em HIV+ assume diferenças em relação à idade. Desta forma,

estes tumores que em geral acometem pacientes em torno dos 60 anos, em indivíduos HIV+ ocorrem, em média, aos 32 anos⁽⁵⁰⁾.

O câncer de boca em não fumantes e não etilistas, especialmente do sexo feminino, pode ser atribuído também à ocorrência subclínica da síndrome de Plummer-Vinson. A Síndrome de Plummer-Vinson, como a de Peterson-Brown-Kelly são caracterizadas por deficiências de ferro e de vitamina A, apresentando, em geral, atrofia da mucosa que predispõe ao câncer de boca e também de hipofaringe e esôfago. É particularmente comum em países europeus do Norte, sendo que esse tipo de deficiência em países tropicais não mantém a mesma relação^(26,33). Pode ser considerada, desta maneira, uma condição propensa à malignização⁽⁵²⁾.

Conclusão

A literatura é unânime em atribuir ao tabaco elevado risco na ocorrência de câncer de boca e faringe, sendo que são dois os seus fatores de proteção: a utilização de filtro e o abandono do hábito, especialmente após dez anos. Acredita-se que o consumo de álcool isoladamente gera aumento do risco ao câncer de boca, numa relação mais particular com os dois terços anteriores da língua e assoalho de boca. A maioria dos estudos que investigam as duas exposições anteriores consegue desenvolver modelos de interação multiplicativa entre ambos bastante expressivos.

O papel protetor de certos elementos da dieta tem ganhado destaque na literatura, e a pesquisa da prevenção química destas neoplasias pela aplicação destes elementos é uma das mais promissoras. Juntamente com os estudos da linha nutricional, os trabalhos em genética e virologia têm avançado nesta década.

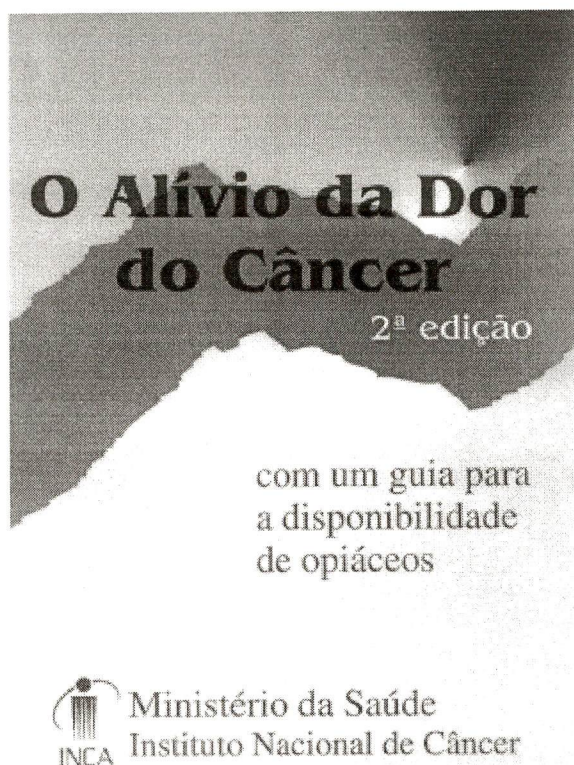
O conhecimento dos fatores de risco chama atenção para possíveis variações do perfil epidemiológico com a universalização destes fatores, a exposição cada vez mais precoce e o aumento da expectativa de vida. As interações ainda existentes e os novos horizontes em prevenção devem alicerçar os futuros estudos.

Referências Bibliográficas

1. Percy, C., et al. - Accuracy of Cancer Death Certificates and its Effect on Cancer Mortality Statistics. *AJPH*, 71(3): 242-50, 1981
2. Silverman, S; Gorsky, M. - Epidemiologic and Demographic Update in Oral Cancer: California and National Data - 1973 to 1985. *JADA*, 120: 495-99, 1990
3. Boschi-Pinto, C. - Mortalidade por Câncer de Trato Digestivo no Estado do Rio de Janeiro: uma apreciação por Estratificação, tese de Mestrado em Saúde Pública, ENSP, 1991
4. Antoniades, D.Z., et al. - Squamous Cell Carcinoma of the Lips in a Northern Greek Population. Evaluation of Prognostic Factors on 5-year Survival Rate. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 31B(5): 333-339, 1995
5. Sankaranarayanan, R.; Kerala, M.D. - Oral Cancer in India: An Epidemiologic and Clinical Review. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol*, 69(3): 325-30, 1990
6. Brumini, R., et al. - Câncer no Brasil, dados histopatológicos, 1976-80, M.S., Campanha Nacional de Combate ao Câncer, INCa, RJ, 480 págs., 1982
7. Ministério da Saúde - Manual de Detecção de Lesões Suspeitas, INCa, Coordenação de Programas de Combate ao Câncer, 47 págs., RJ, 1996.
8. _____ - Câncer no Brasil - dados dos registros de base hospitalar, INCa, Coordenação de Programas de Combate ao Câncer, 52 págs., RJ, 1993.
9. Susser, M. - Causal Thinking in the Health Sciences, Concepts and Strategies of Epidemiology, 4a. ed., Oxford University Press, 162 págs., 1973.
10. Kleinbaum, D.G. - Survival Analysis Module Series, University of North Carolina at Chapel Hill, 270 págs., 1989.
11. Garewal, H. - Antioxidants in Oral Cancer Prevention. *Am J Clin Nutr*, 62 (suppl): 1410 S-6S, 1995.
12. Smith, E. - An Analysis of Cohort Mortality from Tongue in Japan, England and Wales and the United States. *Int. J. Epidemiolol*, 11(4): 329-35, 1982.
13. Francheschi, S., et al. - Smoking and Drinking in Relation to Cancers of the Oral cavity, Pharynx, Larynx and Esophagus in Northern Italy. *Cancer Res*, 50:6502-7, oct., 1990.

14. Kaugars, G.E., et al. - The Prevalence of Oral Lesions in Smokeless Tobacco Users and an Evaluation of Risk Factors. *Cancer*, 70(11): 2579-85, 1992.
15. Nair, K.M., et al. - Independent Predictors of Response and Disease-free Survival in Oral Cancer Treated with Radical Radiation Therapy. *Cancer*, 69(9): 2221-26, 1992.
16. Mashberg, A., et al. - Tobacco Smoking, Alcohol Drinking, and Cancer of the Oral Cavity and Oropharynx Among U.S Veterans. *Cancer*, 72(4): 1369-75, 1993.
17. Barash, A., et al. - Smoking, Gender and Age as Risk Factors for Site-specific Intraoral Squamous Cell Carcinoma. *Cancer*; 73(3): 509-513, 1994.
18. Johnson, G., et al. - Smokeless Tobacco Use by Youth: a Health Concern. *Ped Dent*, 15(3): 169-174, 1993.
19. Datta, K.; Saha, R.K.; Chakrabarti, R.N. - A Simple Risk Estimates Study for Oral Cavity Cancer: Practical Approach in Indian Context. *J Indian Med Assoc*, 95(3): 70-1, 1997.
20. IARC Monographs on the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans, Tobacco Smoking, número 38, 421 págs., fev., 1985.
21. Winn, D.M. - Epidemiology of cancer and other systemic effects associated with the use of smokeless tobacco. *Adv Dent Res*, 11(3): 313-21, 1997.
22. Jones, A.S. - Prognosis in Mouth Cancer: Tumor Factors. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 30B(1):8-15, 1994.
23. Lewin, F.; Norell, S.E.; Johansson, H.; Gustavsson, P.; Wennerberg, J.; Biörklund, A.; Rutqvist, L.E. - Smoking Tobacco, Oral Snuff, and Alcohol in the Etiology of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: a Population-based Case-referent Study in Sweden. *Cancer*, 82(7): 1367-75, 1998
24. Franco, E., et al. - Risk Factors for Oral Cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer*, 43:992-1000, 1989.
25. Kabat, G., et al. - The Role of Tobacco, Alcohol Use, and Body Mass Index in Oral and Pharyngeal Cancer. *Int J Epidemiol*, 23(6): 1137-44, 1994.
26. Kowalski, L.P. - Carcinoma da Boca: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. *Acta WHO*, 10(3): 128-134, 1991.
27. Francheschi, S., et al. - Risk factors for Cancer of the Tongue and the Mouth, a case-control study from Northern Italy. *Cancer*, 70(9): 2227-33, 1992.
28. Nandakumar, A., et al. - A Population-based Case-control Investigation on Cancers of the Oral Cavity in Bangalore, India. *Br J Cancer*, 62: 847-511, 1990.
29. Graham, S., et al. - Dentition, Diet, Tobacco, and Alcohol in the Epidemiology of Oral Cancer. *J Natl Cancer Inst*, 59(6): 1611-5, 1977.
30. Talamini, R., et al. - The Role of Alcohol in Oral and Pharyngeal Cancer in Non-smokers, and of Tobacco in Non-drinkers. *Int J Cancer*, 46: 391-3, 1990.
31. Ministério da Saúde - Câncer de Boca, INCA, Coordenação de Programas de Combate ao Câncer, 53 págs., RJ, 1992.
32. Ashendel, C. L. - Diet, Signal Transduction and Carcinogenesis. *J Nutr*, 125: 686S-691S, 1995.
33. La Vecchia, C., et al. - Dietary Indicators of Oral and Pharyngeal Cancer. *Int J Epidemiol*, 20(1): 39-44, 1991.
34. Zheng, W., et al. - Serum Micronutrients and the Subsequent Risk of Oral and Pharyngeal Cancer. *Cancer Res*, 53: 795-798, 1993.
35. Wynder, E., et al. - A Study of the Aetiological Factors in Cancer of the Mouth. *Cancer*, 10(6): 300-23, 1957.
36. Byers, T., et al. - Epidemiology Evidence for Vitamin C and Vitamin E in Cancer Prevention. *Am J Clin Nutr*, 62(suppl): 1385S-92S, 1995.
37. Gunnarskog, J., et al. - Lip, Oral Cavity and Mesopharynx. *Cancer (suppl.)* 1995.
38. Pukkala, E., et al. - Cancers of the Lip and Oropharynx in Different Social and Occupational Groups in Finland. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 30B(3): 209-215, 1994.
39. Blot, W., et al. - Geographic Patterns of Oral Cancer in the United States: Etiologic Implications. *J Chron Dis*, 30: 745-57, 1977.

40. Wynder, E., et al. - Oral Cancer and Mouthwash Use. *JNCI*, 70(2):251-3, 1983.
41. Ankarthil, R., et al. - Is Oral Cancer Susceptibility Inherited? Report of Five Oral Cancer Families. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 32B(1): 63-67, 1996.
42. BRYNE, M. et al. - Prognostic Value of Rhesus Blood Groups in Oral Squamous Cell Carcinomas. *Cancer*, 68: 2213-16, 1991.
43. Kaur, J., et al. - Overexpression of p-53 Protein in Betel- and Tobacco- Related Human Oral Dysplasia and Squamous-Cell Carcinoma in India. *Int J Cancer*, 58: 340-45, 1994.
44. Scully, C. - Viruses and Oral Squamous Carcinoma. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 28B(1): 7-9, 1992.
45. Larsson, P.A., et al. - Reactivity Against Herpes Simplex Virus in Patients with Head and Neck Cancer. *Int J Cancer*, 49(1): 14-18, 1991.
46. Park, N., et al. - *In Vitro* and Animal Studies of the Role of Viruses in Oral Carcinogenesis. *Oral Oncol, Eur J Cancer*, 28B(2): 145-52, 1992.
47. Lin, L.S., et al. - Expression of the Epstein-Barr Virus DNA Polymerase in *Escherichia coli* for Use as Antigen for the Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma. *J of Med Vir*, 45:99-105, 1995.
48. Dcosta, J.; Saranath, D.; Sanghvi, V.; Mehta, A.R. - Epstein-Barr Virus in Tobacco-induced Oral Cancer and Oral Lesions in Patients from India. *J Oral Pathol Med*, 27(2): 78-82, 1998.
49. Manning, W.C., et al. - Cytomegalovirus Determinant of Replication in Salivary Glands. *J of Virol*, 66(6): 3794-802, 1992.
50. Krogh, P.H. - The Role of Yeast in Oral Cancer by Means of Endogenous Nitroston. *Acta Odontol. Scand*, 48:85-8, 1990 apud Navarro, C.M. - Fatores de Risco no Desenvolvimento do Câncer Bucal. *CROMG*, 2(2):98-102, 1996.
51. Paula, C.R., et al. - Oral Yeasts in Patients with Cancer of the Mouth, before and during Radiotherapy. *Mycopathologia*, 112: 119-124, 1990.
52. Pinto, D.S. - Comunicação pessoal, I Encontro de Treinamento em Prevenção e Tratamento do Câncer Bucal, Belo Horizonte, MG, nov., 1995.



O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER acaba de lançar **O Alívio da Dor do Câncer**, tradução da segunda edição da obra da Organização Mundial de Saúde, editada em Inglês e publicada em 1996.

A primeira edição, de 1986, propôs o tratamento medicamentoso como a base para o controle da dor do câncer, método que passou a ser utilizado em muitos países e teve a sua eficácia largamente comprovada.

Esta nova edição incorpora muitos dos conhecimentos e práticas adquiridos nos dez anos de intervalo entre as duas edições, e inclui um guia que visa a facilitar a disponibilidade de opiáceos.

*O Instituto Nacional de Câncer espera que **O Alívio da Dor do Câncer** contribua decisivamente para que os pacientes brasileiros também se beneficiem de uma adequada prescrição de analgésicos, somando-se aos que com esta já contam, em todo o mundo.*

Para maiores informações, contate:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
CEP 20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021)242-1122 (ramal 2396) - Fax.: (021)221-7983
E-mail: rbc@inca.org.br

Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada à família e à criança portadora de câncer

Nurses' perceptions about nursing care provided to the family and child with cancer

Giselle Dupas¹, Maria Helena L. Caliri², Maria Conceição Franciosi³

Resumo

Usando o Interacionismo Simbólico objetivamos explorar as dimensões das experiências vivenciadas por enfermeiras de uma instituição hospitalar no cuidado à criança com câncer e à sua família. Essas profissionais consideram o câncer infantil um acontecimento que causa muitas mudanças na vida da criança e seus familiares, que o tratamento é na maioria das vezes de curso longo, trazendo implicações que a criança e a família terão que enfrentar e onde a mãe é vista como a principal fonte de suporte. Referem que as famílias apresentam comportamentos distintos no início do tratamento e no transcorrer dele, modificando também suas necessidades. O cuidado é visto como "grande e complicado", necessitando ser fornecido por uma equipe multiprofissional, onde a enfermeira separa as necessidades que julga ser de sua competência e as que são de outros profissionais. Inserido no cuidado está a dimensão de "ajuda", associada à expectativa de aliviar a dor e dar conforto físico e psicológico quando a enfermeira conversa, acaricia, brinca, consola, fala a verdade e respeita a vontade da criança colocando-se no seu lugar. Cuidar da família compreende estar disponível quando necessário, conversar, escutar, encorajar, dedicar-se e "não abandonar" quando não existe mais nada que possa ser feito. As formas de cuidar relatadas corroboram a existência de um "cuidado universal" apresentadas por Leininger e Watson, baseadas em princípios humanísticos. Sugerimos que novos estudos sejam desenvolvidos para descrever os comportamentos, valores e práticas associadas ao cuidar em enfermagem, de maneira que este conhecimento possa ser incorporado na educação e prática profissional, direcionando a um cuidar mais ético, moral e humano.

Palavras-chave: câncer infantil; enfermagem em oncologia; cuidados de enfermagem; família; ajuda à família; pesquisa em enfermagem

Trabalho apresentado no 21º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem, Vancouver - Canadá, em junho de 1997, com apoio da FAPESP (processo nº 97/2175-8).

1 - Enfermeira. Professora Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. 2 - Enfermeira. Professora Dra. do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. 3 - Enfermeira. Diretora da Divisão de Enfermagem do Centro de Investigações Hematológicas Dr. Domingos A. Boldine.

Endereço para correspondência: Dra. Giselle Dupas - Av. Dr. Carlos Botelho, 2455 - 13560-251 - São Carlos - São Paulo.

Abstract

Using Symbolic Interactionism as a theoretical framework the authors intended to explore the dimensions of nurses' experiences in taking care of children with cancer and their families. To the nurses, childhood cancer is an event that brings many changes to the life of the child and his/her family. After the diagnosis, the treatment is soon started and it has usually a long course and brings implications that the child and family need to face, being the mother the child's main source of support. To the nurses, the families have different behaviors at the beginning and during the treatment and so are the needs. Care is seen as "too big a task and too complicated" and needs to be delivered by a team of health professionals, as in some areas the nurse does not feel that care is within of her competence. An extension of "support" is seen within in the nursing care when the nurse expects to alleviate the pain to and give physical and psychological comfort talking to the child, caressing, playing, consoling, telling the truth and respecting the child's wishes. Taking care of the family means to be available when needed, talk and listen to them, give encouragement; be committed to them and not abandoning them when nothing else can be done. The ways of caring identified in this study corroborate the existence of a universal way of caring identified by Leininger and Watson in another cultures. More research is necessary to describe behaviors, values and practices related to care provision in nursing so this knowledge can be incorporated to the nurse's education and practice in order to have a care that is more ethical, moral and human.

Key words: *childhood cancer; oncology nursing; nursing care; family; family support; nursing research*

Introduzindo a temática

Na atualidade, estudar/conhecer o câncer infantil torna-se cada vez mais importante, pois o número de sobreviventes desta patologia tem aumentado surpreendentemente, o que faz passar da categoria de doença aguda fatal para a de doença crônica⁽¹⁻⁸⁾.

Fergusson et al.⁽⁹⁾ relatam que hoje em dia muitas crianças estão sendo curadas, crescendo para a vida adulta com os problemas usuais dos adultos jovens, mais aqueles relacionados aos efeitos tardios da terapêutica do câncer. Colocam que deve-se conhecer os possíveis efeitos tardios anteriormente ao seu aparecimento, para prevenir que uma inabilidade torne-se um problema funcional e/ou emocional. Nos Estados Unidos estima-se que cerca de sete mil novos casos de câncer serão diagnosticados a cada ano entre crianças em idade de 0 - 14 anos, sendo que cerca de 60% dos pacientes, independentemente do tipo da doença, sobreviverão aproximadamente cinco anos depois do diagnóstico, período este em que as conseqüências tardias do tratamento começam a aparecer. Argumentam ainda que fornecer cuidado para a criança com câncer e sua família é uma responsabilidade contínua, que não acaba quando o tratamento termina mas que se estende por todo tempo de vida do paciente.

No Brasil^(10,11) o câncer representa a terceira causa de morte entre as crianças de um a 14

anos. Quanto à incidência, estima-se que anualmente 12 a 13 mil crianças brasileiras são acometidas por câncer e destas, cerca de 60% podem ser consideradas curadas, a depender da precocidade do diagnóstico. No caso da leucemia aguda os índices de cura são superiores a 80%.

Segundo Valle⁽¹²⁾, vários problemas ligados à própria criança, à família e aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado e tratamento da criança surgem devido à gravidade da doença.

Sanger⁽¹³⁾ et al. (1991) colocam que o tratamento da criança com câncer deve ser abrangente e incluir atenção não só às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas. "As crenças e sentimentos das crianças acerca de suas neoplasias não apenas influenciam sua adaptação psicossocial à doença, mas também podem afetar sua aceitação dos protocolos de tratamento prescritos, a natureza e a gravidade dos efeitos relacionados ao tratamento e, em última instância, o curso da própria doença em si."

Overbaugh⁽⁷⁾ et al., comentando sobre o papel do enfermeiro junto à criança portadora de câncer e seus familiares, colocam que no passado esses profissionais enfocavam principalmente os aspectos relativos à ajuda a ser oferecida a ambos para lidar com a morte e que, agora, esses profissionais

devem auxiliar a criança e a família a lidar com a vida - a vida com uma história de câncer e incertezas.

Estabelecendo o objetivo e definindo o referencial teórico-metodológico

O objetivo deste trabalho foi explorar as dimensões da experiência vivenciada por enfermeiras de uma instituição hospitalar especializada em câncer infantil no cuidado à criança e família.

Para atendê-lo, o estudo foi desenvolvido usando métodos e técnicas da pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico as premissas do Interacionismo Simbólico⁽⁴⁾. Segundo este enfoque, a interação social que ocorre entre enfermeira, criança e família no contexto do cuidar é vista como um processo através do qual os comportamentos dos participantes são determinados pela constante interpretação das ações de cada um, e as ações são construídas pelo que os indivíduos percebem e como definem o que percebem.

Local: a instituição utilizada para a realização do estudo foi um hospital de pequeno porte, de cunho filantrópico que presta assistência a crianças portadoras de doenças onco-hematológicas, situado em um município do interior do estado de São Paulo.

Procedimento de coleta e análise dos dados: foi usada uma amostra de conveniência composta de seis enfermeiras que trabalham na instituição há um tempo médio de seis anos. Todas as participantes foram informadas do objetivo do estudo e do direito de se recusarem a participar da pesquisa, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados por ocasião da divulgação dos resultados.

A coleta dos dados foi feita através de entrevistas semi-estruturadas, com duração média de 40 minutos, que foram gravadas e depois transcritas na íntegra pelas pesquisadoras. A pergunta que iniciou a entrevista foi: “*Como você percebe que a família vivencia o fato de ter uma criança com câncer?*” Perguntas subsequentes foram derivadas das colocações apresentadas pelas participantes. As entrevistas com cada participante foram realizadas por uma das autoras que as transcreveu na íntegra para posterior análise, conduzida de maneira conjunta

pelas três autoras, utilizando o *método de comparação constante*⁽¹⁵⁾. Os dados que emergiram levaram a formulação de novos questionamentos, que eram validados ou não com os novos participantes nas entrevistas subsequentes. Mediante a análise das entrevistas, os conceitos iniciais ou códigos foram identificados, sendo realizadas discussões e questionamentos sobre eles, o que direcionou as perguntas a serem feitas posteriormente e desvelou as unidades temáticas.

O método de comparação constante foi usado para revelar códigos substantivos similares entre si, o que permitiu destacar as variações dos dados. A coleta foi interrompida com a saturação teórica, ou seja, os dados começaram a se repetir e nenhuma informação nova estava emergindo das entrevistas.

Descrevendo os resultados

Baseada na análise comparativa constante, foram identificados quatro temas que compõem a experiência vivenciada pelas enfermeiras junto a criança com câncer e suas famílias:

1. Percebendo o impacto que o câncer infantil tem para a criança e família;
2. Identificando as necessidades de cuidado da criança e família;
3. Ajudando a criança e família a atravessarem a experiência do tratamento;
4. Vivendo uma luta constante.

A análise permitiu compreender que existe um interrelacionamento entre os temas identificados, denotando uma interação dinâmica entre a fase do tratamento, as experiências que a família vivencia e as necessidades que apresenta, fazendo com que a assistência prestada seja sincronizada a este movimento. A técnica “vivendo uma luta constante” foi identificada como permeando toda a experiência da enfermeira na sua atuação com a criança com câncer e a família.

Descrevemos a seguir as temáticas.

Percebendo o impacto que o câncer infantil tem para a criança e família.

Na visão das enfermeiras, a notícia que a criança tem câncer causa um choque na família, percebido pelo desespero dos pais que

encaram o diagnóstico como uma sentença de morte, relacionada à crença que câncer não tem cura.

“A família chega aqui e pensa: Ah! Meu filho está com câncer e vai morrer...” (E 6)

Para as enfermeiras, os sentimentos dos pais neste momento são de ansiedade, desespero, medo, revolta, culpa e desorientação, o que os leva a ficarem paralisados, sem ação, ou alguns a apresentarem atitudes agressivas.

“Porque é muito claro, no modo como falam, nas expressões, no jeito que as famílias chegam aqui, a mãe desesperada, o pai arrancando os cabelos...” (E 6).

“Eles ficam às vezes com sentimento de culpa... alguns até com sentimento de revolta.” (E 4)

Inicia-se a partir deste momento, uma trajetória de incertezas, dúvidas e muito sofrimento quanto ao momento presente e futuro.

As enfermeiras percebem que, no início do tratamento, criança e família sofrem uma completa desestruturação no seu mundo, anteriormente ordenado e previsível. Para a criança o início do tratamento está relacionado a ter que submeter-se a uma série de procedimentos desconhecidos e dolorosos, além de exigir uma completa mudança na sua vida diária. Ela interrompe as atividades escolares e outras próprias da infância, pois a prioridade agora é sobreviver e o tratamento é a única alternativa para isso.

Para o tratamento ocorrer, o investimento da família é muito grande. Seus membros ficam separados quando, na maior parte das vezes, a mãe interrompe as suas atividades e fica acompanhando a criança doente enquanto o pai continua a trabalhar para manter o emprego, garantir o sustento da família e as despesas aumentadas pelos gastos com a doença.

“Tem mães que ficam aqui quatro, cinco meses com a criança, sem ver os outros filhos e o marido... ficam longe da família agüentando as pontas sozinhas...” (E 3.)

As enfermeiras percebem que a separação e a sobrecarga física e emocional, às vezes

acabam por levar a uma desestruturação do relacionamento do casal ou agravar situações de conflito preexistentes o que acaba refletindo no todo da estrutura familiar.

“É uma série de coisas que vai se somando e os casais muitas vezes acabam se separando...” (E 5.)

À medida que o tratamento prossegue, a percepção dos enfermeiros é que a criança e a família vão “sofrendo a ação do tempo”, ou seja, vão tentando adaptar-se à situação, aceitando melhor a doença e o tratamento, adequando-se ao hospital e estabelecendo vínculos com a equipe de saúde, outras crianças e famílias que compartilham da mesma experiência.

Após o tratamento evoluir, a família vai vendo que tem chances, vai surgindo a esperança...” (E 6.)

Identificando as necessidades de cuidado da criança e família.

Nessa trajetória de tratamento as interações estabelecidas permitem às enfermeiras identificar que as necessidades estão intimamente relacionadas à fase da doença e às características individuais das crianças e familiares. Na fase inicial, logo após o diagnóstico, percebem que a família não consegue processar um volume muito grande de informações, necessitando ter alguém sempre perto, que lhe dê carinho e atenção, aconchego e segurança de que tudo vai ser feito para que a criança tenha o melhor tratamento.

“Na hora do impacto, do diagnóstico, não adianta mostrar à pessoa que ela está viva, que está bem... que na hora ela não vai aceitar... É só o tempo... mas eu tento passar uma palavra de conforto, de paz...” (E 3.)

“A princípio, elas têm necessidade de segurança total: será que o diagnóstico está certo? Querem segurança também que tudo aquilo que a gente faz está certo, que vai ser seguro para eles.” (E 6)

À medida que o tempo vai passando, a família requer informações e esclarecimentos complementares sobre o tratamento, prognóstico e formas de agir no cuidado da criança.

“Depois, eles não ficam mais com aqueles questionamentos de dúvida do começo: será

que vai sarar? Eles querem informações sobre os exames, sobre a dieta... São questionamentos de coisas que vão acontecendo no momento..." (E 2.)

Ajudando a criança e família a atravessarem a experiência de tratamento

O processo de cuidar inclui, na visão das enfermeiras, o dar ajuda ou suporte psicológico e não somente o cuidado físico ou biológico.

"Cuidar não é só dar banho, pegar uma veia. A gente dá carinho para a criança, para o pai e a mãe que estão estressados. Isto é cuidado de enfermagem também." (E 6)

Para que possam fornecer esta ajuda/suporte à criança e família todas as enfermeiras ressaltam que há a necessidade de "colocar-se no lugar do outro", seja a criança doente ou o familiar.

"Quando morre uma criança a gente fica abalada, imagina os familiares, que é com seu próprio filho né? O filho que a mãe gerou, que ela pôs no mundo, que ela está educando, que ela está batalhando! De repente ter que conviver com isso..." (E 5.)

O cuidado é visto como "grande e complicado" precisando por isso ser compartilhado com outros membros da equipe de saúde. As enfermeiras percebem que em algumas situações, não têm estrutura, tempo ou conhecimento para agir. Entretanto sabem que podem contar com outras pessoas, que não estão sozinhas, podendo "encaminhar" para outros profissionais ou solicitar a ajuda de outros familiares que passaram pela mesma experiência, principalmente das mães.

"Quando não dá para ajudar, a gente encaminha para o psicólogo, para o serviço social. Nós temos autonomia de encaminhar para outro membro da equipe." (E 4.)

"Se é um caso novo que está chegando na quimioterapia eu já procuro uma das mães mais antigas, que já está há mais tempo dentro do hospital. Porque eu acho que ela é muito melhor para conversar do que eu, porque está passando pela mesma coisa, mas numa fase melhor." (E 3.)

Assim, inserida no cuidado está a dimensão da ajuda. Cuidado e ajuda têm uma relação

muito íntima, associada à expectativa de aliviar a dor, dar conforto, ações que a enfermeira vem desempenhando desde os primórdios da profissão. Percebem-se dando ajuda para a criança de diversas maneiras: conversando, acariciando, brincando, consolando, orientando, respeitando a sua vontade, sorrindo sempre, apontando ganhos nas perdas, visitando as crianças internadas, deixando as crianças se manifestarem, falando a verdade sobre quando vai doer, deixando-a ajudar nos procedimentos, respondendo as perguntas sobre a doença.

"Eu brinco muito com as crianças, sou meio palhaça para fazer eles rirem e acho que nisto eu estou dando uma ajuda." (E 2.)

"Tem mães que contam pra gente que a criança chega em casa e na hora de tomar banho não quer lavar o rosto, que vai tirar o batom que a tia beijou. Aquilo é um carinho assim, que vale por muitos outros presentes..." (E 3.)

Dar apoio emocional para a família compreende estar disponível quando necessário, conversando, escutando, encorajando, dedicando-se. Uma outra forma de dar ajuda utilizada pelas enfermeiras é "ficando junto".

"Algumas mães sentem necessidade de conversar, para tentar desabafar, para colocar toda aquela mágoa que está dentro para fora... E a gente senta, conversa, escuta. Eu não sei se a gente consegue confortar mas eu tento transmitir paz, tranquilidade, esperança para esta pessoa." (E 3.)

Apoiar a fé em Deus, independente da religião também é percebido pelas enfermeiras como uma forma de ajuda, como vemos nos depoimentos abaixo.

"A gente sempre tenta dar uma força, uma ajuda assim espiritualmente, através da fé, da religião..." (E 5)

A abordagem do cuidar adotada na instituição onde o estudo foi desenvolvido, não só pela equipe de enfermagem mas também pela equipe multiprofissional como um todo, é centrada na premissa que a criança e a família formam uma unidade única e como tal devem ser consideradas no tratamento. A dimensão que perpassa o cuidar, advinda desta abordagem, tem conseqüências significativas, segundo as percepções das en-

fermeiras, pois estas observam que os familiares e as crianças em tratamento assim como aqueles que ali passaram, manifestam sentirem-se ajudados/cuidados. Tais manifestações são expressas pela adesão e colaboração ao tratamento proposto, pelo nível de conhecimento por eles expresso e por relutarem em internar-se em outra instituição quando ocorrem complicações, pois não sentem a mesma segurança vivenciada na instituição em estudo.

“Muitas vezes após a morte da criança eles voltam porque querem conversar com a gente... Eles dizem que apesar do motivo que os trouxe aqui, eles se sentiram bem entre nós...” (E 2.)

Outras manifestações percebidas pelas enfermeiras de que a ajuda prestada é significativa para estas pessoas reside no fato de que a família expressa o desejo que a criança morra lá, quando fora de possibilidades terapêuticas ou ainda, dos constantes retornos para visitas feitas pelas crianças que sobreviveram ao tratamento.

“Quando a criança está em casa e precisa ser internada eles não querem internar em outro lugar, só aqui. Mesmo que seja para morrer, porque é como se fosse tudo uma família...” (E 2.)

Vivendo uma luta constante: o desafio de todos no enfrentamento da doença

O significado que o profissional atribui à criança, ao familiar e ao câncer vai interferir na maneira de cuidar.

A enfermeira se dá conta de que câncer é também uma doença que acomete crianças, que pode ter cura, configurando-se como uma batalha, uma guerra com um inimigo que precisa e pode ser vencido, necessitando, para isso, aprender sempre mais.

“É uma luta difícil. Não necessariamente significa a morte. Mas é uma grande batalha que a gente tem que vencer. Eu acho que só quem está no meio é que sabe que câncer não tem significado de morte, mas tem o significado de uma guerra! Eu me vejo como um soldado raso que tem muito que aprender para poder conseguir enfrentar o inimigo que é o câncer. Pelo menos tentando lutar.” (E 4)

Apesar da enfermeira apresentar uma transformação da percepção em relação ao sig-

nificado do câncer, a aceitação da doença na criança não é fácil, pois a vê como um ser repleto de possibilidades de vida, futuro, alegria, e a interação com a criança e família ocorre em um contexto de luta e sofrimentos intensos, tanto físicos quanto psicológicos, cujo resultado pode ser a sobrevivência ou a morte. Esta convivência constante com a possibilidade de morte exige mecanismos de adaptação para que a enfermeira consiga permanecer no serviço.

“Quem não consegue lidar com esta patologia então não fica. Criança morrendo de câncer é que faz a seleção natural. Se você agüenta você fica...” (E 6.)

O sentimento em relação à morte ou o significado da morte da criança para a enfermeira depende de duas variáveis por assim dizer: tempo de contato com a criança e o prognóstico da patologia. Quanto mais tempo elas convivem, mais vínculos estabelecem e maior é a dor sentida quando há a separação pela morte.

“Eu me emociono, é lógico, com cada um que vai... Quando o caso é novo, vai para internação, foi a óbito, a gente não sente porque não conheceu. Mas quando a gente conhece, se aproxima, chega, então isso é ruim prá gente...” (E 4.)

Quando a enfermeira associa sua experiência anterior, vivenciada no cuidado de outras crianças, com o diagnóstico de uma criança que inicia o tratamento, mesmo não querendo, ela começa a se preparar para as possibilidades da evolução ou prognóstico.

“Quando a criança está chegando eu falo assim: LLA... Ah! Melhor assim, hoje tem quase 70% de cura. Mas neuroblastoma... tem uns assim que eu não gosto nem de olhar. Você vai trabalhando e se preparando...” (E 4.)

Mesmo quando não há nada mais a fazer dentro da perspectiva de cura, o cuidado prestado visa aliviar o sofrimento e fazer tudo que for possível, sem nunca perder a esperança.

“Quando nós temos um óbito, a gente sabe que faleceu porque não tinha mais o que fazer. Os médicos fizeram tudo que era possível, a equipe de enfermagem também. Todos os recursos possíveis e impossíveis foram oferecidos a este paciente.” (E 3.)

O trabalho em um território onde a luta pela vida e o confronto com a morte é uma constante, pode acarretar conseqüências emocionais importantes aos profissionais que percebem-se necessitando de ajuda para continuar lidando com as situações.

“Então aí, depois que esta criança morreu eu tive que fazer análise. Fiz quatro anos. Tive que ter um suporte emocional para poder trabalhar aqui. E aqui você se envolve no trabalho... então de repente você tem esta força, eu falo assim que é uma missão... você tem esta missão que é superbonita, você poder se doar, você poder estar aqui ajudando, seja de que forma for, emocional...” (E 4.)

Discutindo os achados

O câncer infantil para as enfermeiras estudadas é um acometimento que traz muitas mudanças, tanto na vida da criança como na de seus familiares. As respostas dessas pessoas à doença e ao tratamento são percebidas como ocorrendo em estágios distintos, onde para que as necessidades sejam identificadas e atendidas, é necessário que o profissional disponha-se a estar em constante sincronia com a experiência “do outro”.

O cuidar, nesta situação, envolve um processo de interação em que os comportamentos dos participantes são determinados por um processo de interpretação, onde a enfermeira ao “colocar-se no lugar do outro”, seja a criança ou seus familiares, consegue identificar as reais necessidades dessas pessoas. Desta forma o cuidar é percebido como transcendendo o cuidado físico, incluindo dimensões mais amplas.

Inserida no cuidado está a dimensão da ajuda ou apoio, que para as enfermeiras entrevistadas pode ser dado de diferentes formas, como: estando disponível, ouvindo, conversando, explicando, brincando, acariciando ou simplesmente, “não abandonando” quando não há mais o que fazer.

Segundo Leininger⁽¹⁶⁾, apesar de haver variações nas formas de cuidar entre as culturas, certas maneiras de cuidar são universais. Pudemos constatar, comparando os achados deste estudo com a literatura, que as formas de cuidar referidas pelas enfermeiras compreendem esse cuidar universal, à medida que correspondem às formas utilizadas por outras pessoas, em outros lugares e situações.

As formas de cuidar referidas por esses profissionais são pautadas em uma orientação humanística, que reflete uma maneira de apreender o ser humano que vai além do biológico. Para Leininger⁽¹⁶⁾, a orientação humanística engloba, dentre outros, conceitos de preocupação, conforto, compaixão e proteção. Estes aspectos foram bastante valorizados pelas enfermeiras por nós estudadas, ao se referirem à interação que estabelecem com as crianças e famílias.

Também Watson⁽¹⁷⁾ aborda o cuidado sob o enfoque humanístico, conferindo-lhe um caráter transpessoal, onde a característica da pessoa que cuida é que ela, de alguma forma, responde ao indivíduo como um ser único e percebe os sentimentos do outro.

Aspectos do cuidar da criança com câncer e suas famílias encontrados neste estudo também foram identificados por Rosa⁽¹⁸⁾ ao investigar a questão do apoio psicológico junto a enfermeiras e alunas de enfermagem em outra instituição do país, quando identificou quarenta e uma formas usadas pelas participantes para cuidar.

Price⁽¹⁹⁾, estudando a percepção de um grupo de pais norte-americanos sobre o significado da qualidade do cuidado de enfermagem prestado a seus filhos hospitalizados, descobriu que o que os pais avaliavam como cuidado de enfermagem com qualidade envolvia um processo composto de estágios: *manipulando* (os pais ajudam a enfermeira com procedimentos simples para que lhes sobre mais tempo para gastar com eles); *conhecendo* (é o entendimento, por parte da enfermeira, da individualidade deles); *relacionamento positivo* (fazer-se presente, ouvir, fazê-los sentir-se à vontade no ambiente hospitalar, envolvê-los no cuidado, mostrar afeição e sensibilidade, comunicação, cuidado individualizado). A satisfação dessas necessidades é descrita como cuidado de enfermagem de qualidade.

Os achados de Price⁽¹⁹⁾, quando comparados com as maneiras de cuidar descritas como importantes para as enfermeiras em nosso estudo, corroboram a afirmação da existência de um “cuidado universal”, conforme apresentado por Leininger⁽¹⁶⁾. Consideramos importantes salientar que a filosofia de cuidado dos profissionais da instituição sob estudo tem como base esses princípios humanísticos.

Entretanto, observamos que na prática em geral, nas instituições de saúde há uma valorização dos recursos tecnológicos, aliados a resolutividade e a redução de custos, em detrimento de ações que favoreçam a humanização do cuidado.

Esta pesquisa, de caráter exploratório, permitiu uma primeira aproximação para a compreensão do cuidado prestado à família e criança portadora de câncer infantil sob a ótica das enfermeiras. Novas pesquisas são necessárias para descrever os comportamentos, valores e práticas associadas ao cuidar em enfermagem, de maneira que este conhecimento possa ser incorporado na educação e prática profissional, direcionando a um cuidar/cuidado mais ético, moral e humano.

Referências Bibliográficas

1. Antonelli, C.B.G. - Possibilidades atuais de cura da criança com câncer. *Rev Paul Pediatr*, 6(22): 102-104, 1988.
2. Parkin, D.M., et al. - The international incidence of childhood cancer. *Int J Cancer*, (42): 511-520, 1988.
3. Adams, M. - Information and education across the phases of cancer care. *Sem Oncol Nurs*, 7(2): 105-111, May 1991.
4. Larcombe, I. - Back to normality. *Nurs Times*, 87(16): 68-69, 1991.
5. Françoso, L.P.C.; Valle, E.R.M. - Câncer infantil: relato de um caso e sua compreensão. *Pediatr Mod*, 28(3): 175-184, jun. 1992.
6. Mullis, R.L.; Mullis, A.K.; Kerchoff, N.F. - The effect of leukemia and its treatment on self-esteem of school-age children. *Maternal-Child Nurs J*, 20(3/4): 155-165, 1992.
7. Overbaugh, K.A.; Sawin, K. - Future life expectations and self-esteem of the adolescents survivor of childhood cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 9(1): 8-16, Jan. 1992.
8. Kazak, A.E. - Psychological research in pediatric oncology. *J Pediatr Psychol*, 18(3): 313-318, 1993.
9. Fergusson, J., et al. - Time required to assess child for late effects of treatment - a report from the childrens cancer study group. *Cancer Nurs*, 10(6): 300-310, 1987.
10. *Cancer Infantil - Diálogo Médico*, 21(2): 42-44, 1995.
11. Brasil, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação do Programa de Controle do Câncer. O problema do câncer no Brasil. 4 ed. Rio de Janeiro: Pró-Onco, 1997.
12. Valle, E.R.M. - Ser no mundo com o filho portador de câncer: hermenêutica de discursos de pais. São Paulo, 1988. 123 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.
13. Sanger, M.S.; Copeland, D.R. - Aspectos psicossociais. In: Gottlieb, R.A.; Pinkel - Manual de oncologia pediátrica. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1991, p. 239-260.
14. Blumer, H. - Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California, 1969. 208 p.
15. Strauss, A.; Corbin, J. - Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. California: Sage, 1990. 270 p.
16. Leininger, M. - The phenomenon of caring: importance, research questions, and theoretical considerations. In: Ismeurt, R.; Arnold, E.N.; Carson, V.B. - Concepts fundamental to nursing. Pennsylvania: Springhouse, 1990, p. 7-11.
17. Watson, J. - Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985. 111 p.
18. Rosa, R.S.L. - A questão do apoio psicológico em enfermagem. Ribeirão Preto, 1994, 90 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
19. Price, P.J. - Parents' perceptions of the meaning of quality nursing care. *Adv Nurs Sci*, 16(1): 33-41, 1993.

Os pressupostos teóricos e operacionais do grupo de apoio e reabilitação de pessoas ostomizadas (GARPO): laringectomizados

The theoretical and methodological framework of the support and rehabilitation group to ostomized persons/GARPO: laryngectomees

Márcia Maria Fontão Zago¹, Maria José Rossato Stopa²

Resumo

O estudo tem o objetivo de descrever os pressupostos teóricos e operacionais do GARPO : Laringectomizados. O interesse pelo tema originou-se de um vazio encontrado na literatura acerca da constituição e operacionalização de grupos de apoio com pacientes com doenças crônicas como o câncer. São apresentadas as principais características do grupo, os conceitos relacionados às questões de apoio, educação à saúde e reabilitação que fundamentam a assistência ao paciente laringectomizado e seus familiares. Esses conceitos também direcionam o processo grupal e estabelecem critérios para a avaliação das atividades desenvolvidas, que têm como eixo integrador, o ensino de pacientes. Os resultados obtidos pelo grupo têm levado os profissionais a buscar pela educação continuada e pela pesquisa para aprimorarem a assistência.

Palavras-chave: grupo de apoio; reabilitação; laringectomizado

Abstract

This study aims to describe the theoretical and methodological framework of the GARPO-Laryngectomees. Our interest in this subject had its origin when we noticed a huge gap in the literature about theoretical framework related to support group for patients with chronic diseases as cancer. The study describes the main characteristics of the group and the concepts about support, health education and rehabilitation. These concepts are the basis for the care of laryngectomees and the support for their relatives. These ideas base the group process and establish standards to evaluate health activities. Educating the patients has been the linkage to the activities. The results have motivated the professionals to seek continuing education and to develop research to improve care.

Key words: support group; rehabilitation; laryngectomees

Trabalho apresentado no 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, em 1996.

1 - Enfermeira. Professor Doutor do Departamento E.G.E. da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Coordenadora do GARPO-Laringectomizados. 2 - Enfermeira. Diretora do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Coordenadora do GARPO-Laringectomizados.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Av. Bandeirantes, 3900 - 14040-902 - Ribeirão Preto - SP.

Introdução

Desde o seu nascimento, o homem aprende a conviver em grupo, e é nesse contexto que ele aprende sobre a sua cultura e desenvolve habilidades para as suas relações pessoais e sociais.

O grupo, como modalidade de cuidado, começa a ser percebido pelos enfermeiros como uma alternativa para assistir pacientes em situações de crise, estresse e de doenças crônicas⁽¹⁾.

Querer desenvolver a assistência em nível grupal não é suficiente para que os resultados sejam significativos para os seus participantes, como também para os profissionais. É preciso definir a filosofia de trabalho do grupo e quais serão os fundamentos teóricos e operacionais que direcionarão as atividades. O trabalho grupal requer definições claras para que os profissionais envolvidos e os participantes possam manter-se coesos, buscando o consenso nas atividades realizadas.

Na literatura de enfermagem, encontramos diversos relatos sobre a formação de grupos de pacientes, sob a coordenação de enfermeiros. Entretanto, estes não apresentam os seus fundamentos, dificultando outros profissionais a utilizarem-nos como modelos. Consideramos que a assistência em grupo precisa de parâmetros para que possa ser planejada, implementada e avaliada. Só assim, pode-se considerar sua efetividade e necessidade de alterações.

Com esse propósito, o objetivo deste relato é “descrever os pressupostos teóricos e metodológicos do GARPO : Laringectomizados”. Nessa descrição serão apresentados os fundamentos do GARPO, enquanto um grupo de profissionais que assiste o grupo de pacientes laringectomizados.

O contexto de formação do GARPO : laringectomizados

O GARPO : Laringectomizados foi formado em 1990 por um grupo de profissionais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (enfermeiros, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogas) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (enfermeiros-docentes, alunos da graduação e pós-graduação) interessados em contribuir para a reabilitação dos pacientes com câncer de laringe atendidos nos hospitais da cidade e região. O grupo

conta com o suporte dos médicos do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Endoscopia Per-Oral do hospital.

Os pacientes laringectomizados foram submetidos a uma cirurgia, denominada laringectomia total, com o objetivo de erradicar o câncer. Entretanto, tal procedimento cirúrgico também acarreta alterações fisiológicas importantes: a alteração do trajeto respiratório pela traqueostomia permanente; alteração da movimentação do ombro, braço e pescoço quando o esvaziamento cervical ganglionar é associado à cirurgia; alteração do olfato e paladar; impossibilidade da emissão da voz laríngea (afonia). Essas consequências podem levar ao isolamento social, distúrbios no relacionamento familiar, aposentadoria precoce, depressão persistente, desesperança, dificuldades de enfrentamento com a alteração da imagem corporal e baixa auto-estima. Além disso, alteram todo o equilíbrio familiar, havendo um rompimento da sua rede de apoio⁽²⁾.

Referente à assistência de enfermagem, inicialmente os enfermeiros desenvolviam um plano de ensino para o preparo da alta desses pacientes que se estendia por todo o período de internação hospitalar e envolvia os familiares. Com o passar do tempo, detectamos que apenas essa atividade não era suficiente para facilitar a convivência dos pacientes e familiares com a situação. Com frequência, éramos procurados por eles para ajudarmos na solução de problemas e inseguranças. Foi esta a razão que nos levou a formar o GARPO : Laringectomizados, estabelecendo a filosofia, as finalidades e os pressupostos teóricos e operacionais.

A filosofia e as finalidades

O GARPO : Laringectomizados tem como filosofia:

- a reabilitação do paciente laringectomizado deve iniciar-se no momento da sua internação hospitalar, ter continuidade no pós-operatório e envolver a família;
- a reabilitação do paciente laringectomizado deve englobar aspectos biopsicossociais e ter como meta a sua independência;
- todo paciente laringectomizado é uma pessoa capaz, com potencialidade para de-

envolver o autocuidado, independente do nível sócio-econômico-educacional;

- aos profissionais envolvidos na reabilitação do paciente laringectomizado compete facilitar o desenvolvimento das potencialidades do paciente, respeitando seus valores culturais e sociais.

O GARPO : Laringectomizados foi formado com as finalidades de:

- promover a reabilitação dos pacientes laringectomizados, com a participação da família, por meio da assistência individual e grupal;
- promover o aprimoramento dos profissionais para facilitar a reabilitação dos pacientes;
- desenvolver estudos sobre o processo de reabilitação dos pacientes.

Os pressupostos teóricos

Os pressupostos que passaremos a descrever foram selecionados pelos profissionais do GARPO : Laringectomizados, após um período de estudo. Acreditamos que eles correspondem à nossa filosofia de assistência e de trabalho. São eles que fundamentam a existência e as atividades do grupo, contribuindo para o alcance dos objetivos:

- Grupo de Apoio:

O grupo de apoio tem como finalidade reunir pessoas, que convivem com situações semelhantes, favorecendo-lhes um ambiente de respeito e valorização pessoal. No grupo, estas pessoas podem externar suas dificuldades e inseguranças, e desenvolver habilidades de enfrentamento para as situações que surgem. Assim, o grupo de apoio tem finalidade terapêutica e educativa e é um recurso fundamental para a prestação da assistência de enfermagem e dos demais profissionais da área de saúde^(1,3).

- Apoio:

É o desenvolvimento de comportamentos que objetivam ajudar ou facilitar o indivíduo a manter, restaurar ou maximizar sua potencialidade, de modo a desenvolver capacidades para interagir e adaptar-se a uma situação de conflito⁽⁴⁾.

- Apoio Social:

O apoio social envolve a preocupação com

aspectos emocionais, de ajuda instrumental, de conhecimento e de valorização do participante. Assim, o apoio social tem efeitos diretos, indiretos e interativos na saúde física e psicológica⁽⁵⁾.

- Relação de ajuda:

Consiste na interação e comunicação entre pessoas, através do diálogo. O diálogo tem como objetivo a compreensão e solução de um problema. O assunto é determinado pelo conteúdo do problema e sua solução. As pessoas envolvidas têm papéis diferentes, estando um na procura de ajuda e o outro na condição de tentar auxiliar na solução. A ação dialógica focaliza a pessoa e não o problema. O profissional tem a intenção de dar ao participante a oportunidade de se conhecer, e facilitar a utilização de seus recursos pessoais para as transformações construtivas de comportamentos e atitudes, ou seja, o próprio participante deverá encontrar as soluções para as suas dificuldades. Não cabe julgamentos de valores pelo profissional, mas sim aflorar a capacidade do participante e respeitar as suas decisões. O profissional precisa compreender que cada indivíduo tem suas próprias concepções sociais e culturais⁽⁶⁾.

- Educação de adultos:

É o processo de ensinar e aprender entre adultos. Baseia-se em seis princípios: 1) a participação no processo é voluntária; 2) a prática efetiva é caracterizada pelo respeito entre os participantes (ninguém sabe mais ou melhor do que o outro); 3) a facilitação é colaborativa (os papéis de liderança e facilitação são assumidos por diferentes membros do grupo, em diferentes momentos e com diferentes propósitos); 4) a práxis é o centro da facilitação efetiva (o educador e os aprendizes são envolvidos num processo contínuo de ação, reflexão e ação), sendo que ao educador compete desenvolver a facilitação da aprendizagem, desenvolvendo o espírito da reflexão crítica pelo aprendiz; 5) o processo educativo enfatiza métodos experienciais, participativos e projetivos; 6) a experiência do aprendiz é o principal recurso de aprendizagem⁽⁷⁾.

Segundo Payne⁽⁸⁾, a educação de adultos tem sido aplicada por vários grupos de apoio a pacientes crônicos, coordenados por enfermeiros. Para esta autora, a educação de adultos associada aos conceitos de apoio e

de relação de ajuda favorece o desenvolvimento de mudanças comportamentais, melhora a comunicação, a sociabilidade e a motivação entre os pacientes com doenças crônicas.

- **Reabilitação:**

É o processo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes com as quais os pacientes possam viver com dependência mínima, sentirem-se capazes como seres humanos produtivos e terem expectativa pela vida, durante e após uma situação crítica de doença⁽⁹⁾. O pressuposto de reabilitação tem origem na visão humanista de saúde/doença e contrapõe-se ao conceito de cura do modelo biológico.

Os pressupostos teóricos selecionados para fundamentar as atividades de assistência inter-relacionam-se e fornecem as diretrizes para a implementação e avaliação do GARPO: Laringectomizados. São estes que justificam o envolvimento dos profissionais no desenvolvimento de grupos de apoio com este tipo de clientela.

Os pressupostos operacionais

Dentro das finalidades e objetivos propostos para a formação do GARPO : Laringectomizados, as atividades desenvolvidas visam a assistência, a pesquisa e o ensino.

- **A assistência individualizada:**

A assistência multiprofissional com o paciente laringectomizado é realizada desde a internação do paciente no hospital, prossegue durante todo o seu tratamento ambulatorial e, no período pós-alta hospitalar, tem continuidade nas reuniões grupais.

Durante a internação, os profissionais (enfermeiros, assistente social, nutricionista, fonoaudióloga e alunos) iniciam o relacionamento com o paciente e seus familiares, identificam seus problemas e intervêm, visando a minimização das complicações pós-operatórias.

No pós-operatório, quando o paciente já se encontra em condições de aprendizado, os enfermeiros iniciam a implementação do plano de ensino, tendo como exemplo o proposto por Zağó⁽²⁾. Esse plano tem como meta o desenvolvimento de habilidades cognitivas, psicomotoras e de atitudes, com as quais o paciente possa realizar o autocuidado após a alta e preparar-se para conviver com as

conseqüências da cirurgia. O ensino envolve a apresentação de situações-problemas apresentadas por outros pacientes e as soluções encontradas por eles.

Concomitantemente, a assistente social identifica os problemas sócio-econômicos e implementa possíveis soluções. A fonoaudióloga realiza a avaliação foniátrica e inicia o treinamento para a reabilitação vocal.

Temos tentado, e nem sempre conseguido, participar da decisão do momento da alta hospitalar do paciente. Em nosso entender, os critérios para a alta são: o restabelecimento das condições fisiológicas do paciente, o desenvolvimento da aprendizagem básica para o autocuidado, principalmente no que se refere à troca das cânulas de traqueostomia e a higienização do estoma, e que o paciente apresente disposição para enfrentar os problemas que possam surgir. Quando possível, um paciente que se encontra com boa qualidade de reabilitação visita o paciente recém-laringectomizado antes da alta. Tanto o paciente como os familiares são convidados a participar das reuniões grupais, sendo-lhes fornecido o cronograma dos dias e horários de realização das mesmas.

A equipe de saúde mantém a assistência aos pacientes durante o retorno ambulatorial que acontece às quartas e sextas-feiras. A assistência ambulatorial a esta clientela teve início no ano de 1996, pois percebemos que nos primeiros três meses os pacientes não estavam participando das reuniões grupais por diversos motivos, entre estes o econômico. Sabemos que nesse período os pacientes apresentam depressão, resultante das dificuldades no relacionamento familiar, das reações das pessoas à sua condição e pela sua própria situação⁽²⁾. Assim, esse atendimento tem nos possibilitado acompanhar a evolução dos pacientes, intervir nos problemas, e incentivá-los a participarem das reuniões grupais.

- **A assistência em nível grupal:**

A reunião grupal ou o grupo de apoio é agendada para a última quarta-feira coincidindo com o dia da semana reservado para o retorno ambulatorial de cada mês. A agenda é apresentada ao paciente no momento da alta hospitalar. Mesmo assim, na semana que antecede a reunião, os pacientes são lembrados do encontro por uma carta convite.

O grupo é aberto, ou seja, não conta com a frequência constante dos mesmos pacientes, aspecto este previsível, considerando que a maioria destes reside em outras cidades. Conseqüentemente, a frequência é esporádica, ou seja, os pacientes procuram o grupo quando sentem necessidade de ajuda ou quando acham que podem ajudar os outros. Em toda reunião utilizam-se os passos da dinâmica grupal propostos por Wilson e Kneisl⁽¹⁰⁾. As reuniões se realizam num espaço físico específico (laboratório na Escola de Enfermagem). Os temas propostos para discussão são determinados pelos pacientes presentes ou pelos profissionais facilitadores. Os temas mais freqüentemente discutidos têm sido: a reabilitação vocal, o isolamento social, as reações da sociedade à alteração da imagem corporal, as reais limitações pós-operatórias, o câncer de laringe, o apoio da família, os cuidados com a saúde, a recidiva do câncer e outros. Em todas as situações, os pacientes são estimulados a participar ativamente, expondo sua visão sobre o tema, os problemas que têm tido, como os têm resolvido e como avaliam suas decisões. Temos utilizado a estratégia pedagógica do “método da problematização ou do arco”⁽¹¹⁾ para a discussão desses temas e para a aprendizagem de solução para o problema. É esse compartilhar de experiências e soluções que tem favorecido a reabilitação dos participantes, melhorando a sua qualidade de vida. Assim, as nossas estratégias englobam o apoio, a relação de ajuda e a educação de adultos.

Em geral, a reunião tem duração de duas horas. Os pacientes são orientados a procurar os profissionais para entrevistas individuais após a reunião, ou quando sentirem necessidade. Cabe comentar que os pacientes reabilitados vocalmente têm participação importante no grupo, expondo uma face positiva da reabilitação.

Quanto à dinâmica das reuniões grupais, destacamos que o papel de facilitador ou coordenador, até o segundo semestre de 1995, era exercido por um dos profissionais. A partir de então, a coordenação da reunião tem sido compartilhada com os pacientes reabilitados vocalmente. Anteriormente, isso não era possível visto que a maioria dos pacientes comunicava-se pela mímica labial, que é de difícil compreensão.

As funções das coordenadoras (enfermeiras) do GARPO: Laringectomizados relacio-

nam-se com as atividades administrativas do grupo e com a manutenção das atividades dentro dos pressupostos e finalidades.

Em nosso entender, a assistência em nível grupal complementa a individual, além de servir de parâmetro para a avaliação das atividades realizadas durante a internação do paciente.

- O ensino:

Em nível de ensino, o GARPO tem o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais ao paciente laringectomizado. Este é um aspecto importante a ser considerado e que o GARPO tem procurado expandir. Redko⁽¹²⁾, ao analisar as representações sociais dos profissionais de saúde em relação à assistência aos pacientes de um Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, identificou que estas são acentuadamente estigmatizadas. Em nossa experiência profissional, também percebemos esses estigmas. Neste sentido, temos procurado trabalhar tais estigmas com alunos do Curso de Graduação de Enfermagem, quando estes estão participando das atividades planejadas, nos diferentes níveis de assistência, dentro da disciplina de Enfermagem Cirúrgica.

A educação continuada da equipe de saúde é realizada por intermédio de reuniões mensais de estudo, quando são enfocados temas de interesse: câncer, câncer de laringe, reabilitação, ensino de pacientes, etc., e pela participação em eventos científicos, promovendo o aprimoramento pessoal e contribuindo para o de outros.

- A pesquisa:

O conhecimento da reabilitação do paciente laringectomizado, em nível internacional e nacional, ainda é incipiente. Temos desenvolvido projetos de pesquisa que procuram sanar as lacunas existentes como: o significado de ser laringectomizado, o significado do voltar a falar, estratégias de ensino, adequação de recursos audiovisuais para a aprendizagem dos pacientes, a influência da cultura do paciente e familiares na reabilitação e outros.

Os resultados dessas pesquisas nos têm fornecido uma melhor compreensão do ser laringectomizado e da complexidade da sua reabilitação.

Os resultados obtidos

Decorridos oito anos de atividade, acreditamos que os resultados do grupo foram e continuam sendo positivos, tomando como base os relatos dos pacientes e familiares participantes referentes a: desenvolvimento do autocuidado com a traqueostomia pelos pacientes; redução de problemas com o estoma traqueal; disposição para evitar o isolamento e retornar às atividades sociais, profissionais, de lazer e sexuais; participação dos familiares na reabilitação; motivação para a reabilitação vocal; soluções para enfrentar as reações das pessoas à imagem corporal alterada; melhora da atividade motora do ombro, braço e pescoço, atitudes positivas de enfrentamento ao câncer e maior atenção aos comportamentos de saúde. Além desses, detectamos uma maior frequência de pacientes e, também, uma maior continuidade da presença de pacientes e familiares nas reuniões.

Em relação aos profissionais da equipe de saúde, destacamos como resultados positivos: a compreensão das dificuldades dos pacientes; as reais possibilidades de apoio para a reabilitação; o aprimoramento técnico-científico da assistência, do ensino de pacientes e da dinâmica de grupo; e a integração multiprofissional.

O fato de termos obtido esses resultados levamos a ter consciência das dificuldades e desafios ainda a serem vencidos, quais sejam: manter a motivação e coesão entre os profissionais, diminuir o estigma dos profissionais quanto à reabilitação do paciente laringectomizado, adequar as estratégias de ensino ao nível cultural dos pacientes, continuar o aprimoramento dos componentes da equipe, elaborar instrumentos de avaliação das atividades realizadas, participar mais ativamente das decisões médicas e outros.

Considerações finais

A assistência em nível grupal dos pacientes laringectomizados e de seus familiares é bastante difícil devido aos diferentes aspectos envolvidos e a complexidade do processo de reabilitação.

O grupo de apoio, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento da reabilitação dos pacientes, estabelece uma série de desafios aos profissionais participantes. Esses desafios além de nos remeter aos pressupostos teóricos

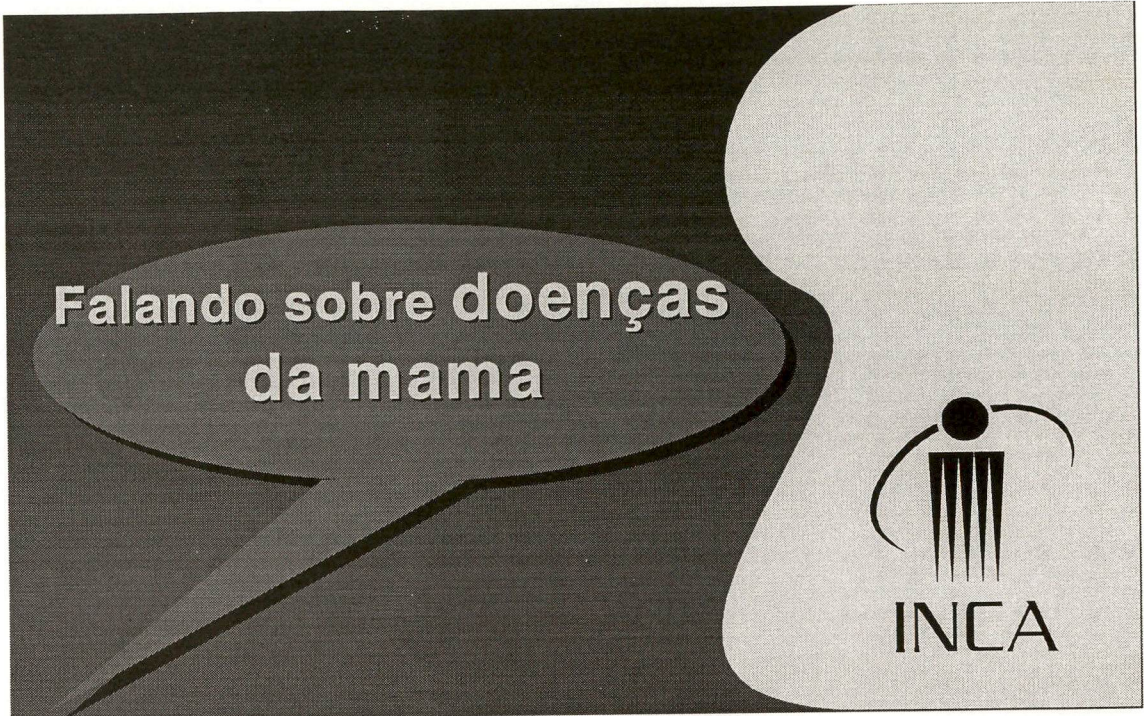
e operacionais que o fundamentam, oferecem diretrizes para o caminho a ser percorrido. São os pressupostos que determinam os fatores existenciais do grupo, ou seja, são os elementos do processo que ajudam os membros do grupo (profissionais e pacientes) a lidarem com os sentimentos que envolvem o significado da sua existência no grupo e, fornecem, ainda, direções que facilitam a sua avaliação e possível continuidade como participante nesse grupo.

Finalizando, sugerimos que os enfermeiros e outros profissionais de saúde, ao relatarem o seu envolvimento com o planejamento e implementação de grupos de apoio, exponham as bases filosóficas e conceituais em que estes foram estabelecidos, para que possam servir de modelos.

Referências Bibliográficas

1. Munari, D.B. - Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. Ribeirão Preto, 1995. 130p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
2. Zago, M.M.F. - Plano de ensino para o preparo da alta médica do paciente laringectomizado. Ribeirão Preto, 1990. 145 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
3. Lewis, D.J.; Frain, K.A.; Donnelly, M.H. - Chronic pain management support group: a program designed to facilitate coping. *Rehabilitation Nurs*, 18 (5): 318-20. 1993.
4. Oberle, K.; Davies, B. - Support and caring: exploring the concepts. *Oncology Nurs Forum*, 19 (5): 763-7. 1992.
5. Ducharme, F.; Stevens, B.; Rowart, K. - Social support: conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, v.15, p.373-92. 1994.
6. Rudio, F.V. - Orientação não-diretiva. Petrópolis. Vozes. 1984.
7. Brookfield, S. D. - Understanding and facilitating adult learning: a comprehensive analysis of principles and effective practices. 2nd ed. Suffolk. Open University. 1991.

8. Payne, J.A.- Group learning for adults with disabilities or chronic disease. *Rehabilitation Nurs*, 20(5):268-71.1995.
9. Hoeman, S.P. - Cultural assessment in rehabilitation practice. *Nurs. Clin North Am*, 24 (1): 277-89. 1989.
10. Wilson, H.S.; Kneisl, C.R. - *Psychiatric Nursing*. Califórnia: Addison-Wesley. 1983.
11. Bordenave, J.D; Pereira, A.M. - *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 14ª ed. Petrópolis, Vozes. 1994.
12. Redko, C.P. - Alguns estereótipos na relação dos profissionais de saúde com os pacientes de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira*, 15 (4): 178-83. 1995.



**Falando sobre doenças
da mama**



342

O Instituto Nacional de Câncer - INCA lançou, em CD-ROM, **Falando sobre doenças da mama**, uma obra integrada ao Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Mama e que tem como finalidade ampliar o conhecimento sobre aos aspectos epidemiológicos, técnicos e operativos de profissionais multiplicadores na área da saúde.

Falando sobre doenças da mama já era disponível em forma de livreto e disquete.

Para maiores informações, contate:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
CEP 20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021)242-1122 (ramal 2396) - Fax.: (021)221-7983
E-mail: rbc@inca.org.br

Tumor de Ewing: estudo descritivo dos casos atendidos no INCA/Hospital do Câncer - Período 1986 a 1994

Ewing tumor: a descriptive study of the cases seen at INCA's/Hospital do Câncer - From 1986 to 1994

Walter Meohas¹, Nelson Jabour Fiod¹, José Francisco Neto Rezende², Ana Cristina de Sá Lopes³

Resumo

Foram estudados 63 pacientes com diagnóstico histopatológico de Tumor de Ewing, matriculados no Hospital do Câncer, no período de 1986 a 1994.

Observou-se que 37 casos (59%) eram do sexo masculino e 26 (41%) do sexo feminino, acometendo jovens, tendo 92% (58 pacientes) idade igual ou inferior a 30 anos (idade média de 19 anos).

Em relação à cor da pele, 47 (75%) eram brancos, 13 (21%) pardos e apenas 3 (4%) pretos.

Palavras chaves: tumor de Ewing; sarcoma de Ewing

Abstract

We studied 63 patients with a diagnosis of Ewing's Sarcoma who were treated at the Brazilian National Cancer Institute (INCA) between 1986 and 1994.

There were 37 male (59%) and 26 (41%) female patients. It affected mainly young people: 92% (58 patients) were under 30 years old with an average (mean) age of 19 years.

Regarding race of race, 47 (75%) were caucasians, 13 (21%) were non caucasians and 3 (4%) were black.

Key words: Ewing's tumor; Ewing's sarcoma

Introdução

Em 1921, Ewing descreveu uma tumoração maligna que foi chamada endotelioma difuso do osso, depois classificada como sarcoma e atualmente tumor de Ewing.

No passado, a controvérsia era em relação ao tumor de Ewing ser uma metástase de neuroblastoma. Os últimos estudos vêm classificando este tumor como uma neoplasia

neuroectodérmica primitiva⁽¹⁾, com grau de malignidade acentuada e formado por células pequenas, arredondadas ou ovaladas, representando 9,11% das neoplasias ósseas.

Trabalhos recentes, publicados pela Clínica Mayo⁽³⁾, observam predomínio do sexo masculino em relação ao sexo feminino e 75% de ocorrência na primeira década de vida.

1 - Médicos da Seção do Tecido Ósseo e Conectivo do Instituto Nacional de Câncer - Hospital do Câncer - INCA/HC. 2 - Chefe da Seção do Tecido Ósseo e Conectivo do Instituto Nacional de Câncer - Hospital do Câncer - INCA/HC. 3 - Estagiária da Seção do Tecido Ósseo e Conectivo do Instituto Nacional de Câncer - Hospital do Câncer - INCA/HC.

Endereço para correspondência: Instituto Nacional de Câncer - Seção do Tecido Ósseo e Conectivo - Praça Cruz Vermelha, 23 - 4º andar - 20230-130 - Centro - Rio de Janeiro - RJ.

As localizações mais frequentes são as extremidades (região metafisária de ossos longos) e pelve, podendo ser encontrado em qualquer segmento ósseo.

A dor é um dos primeiros sintomas em metade dos pacientes e tende a se agravar com a evolução da doença. Geralmente o paciente procura auxílio médico quando observa aumento de partes moles e da vascularização sobre o tumor. É rara a ocorrência de fratura patológica.

O quadro clínico e laboratorial do paciente mostra hipertermia, com aumento da velocidade de hemossedimentação, associada à anemia e alguns casos de leucocitose, que sugere quadro de origem infecciosa no início da doença.

Os achados radiográficos mais comuns são: imagem lítica envolvendo grande parte dos ossos longos; em alguns casos podem haver áreas mais densas, simulando formação de osso (necrose); reação periosteal com múltiplas camadas interrompidas (imagem em "casca de cebola", que é uma característica do tumor de Ewing, mas não exclusiva) e na córtex, imagens radiadas que dificultam o diagnóstico diferencial com osteossarcoma.

Em relação ao tratamento, a quimioterapia tem feito diferença significativa no prognóstico destes tumores. Alguns autores⁽²⁾ que têm relacionado o prognóstico com a localização anatômica do tumor relatam que os tumores da pelve e as lesões proximais dos membros têm pior prognóstico; as lesões

distais e do arco costal têm uma evolução melhor. O padrão de crescimento e a área de necrose têm sido associadas para avaliar o prognóstico. Dierick^(1,5) relatou que os tumores displásicos têm melhor resposta ao tratamento que os anaplásicos. Na Clínica Mayo foi descrito que os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico tiveram uma sobrevida de 74% em 5 anos, com resultado melhor em relação ao radioterápico e quimioterápico exclusivamente^(1,4).

Material e métodos

Foram estudados os pacientes com diagnóstico de Tumor de Ewing atendidos no Hospital do Câncer do Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, no período de 1986 a 1994.

O Hospital do Câncer é principal unidade hospitalar do INCA, sendo classificado como hospital especializado e de referência para a patologia câncer.

A seleção dos casos foi realizada a partir dos bancos de dados do Registro Hospitalar de Câncer - RHC, que mantém informações a respeito de todos os pacientes matriculados no Hospital do Câncer com diagnóstico de neoplasia maligna.

Por ser um hospital especializado, todos os casos tinham confirmação histopatológica do diagnóstico.

A partir das informações do RHC, foi possível avaliar a distribuição dos pacientes segundo sexo, cor da pele e idade.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico de Tumor de Ewing, segundo gênero, por ano de matrícula.

INCA/HC - 1986/1994										
Sexo/ano	86	87	88	89	90	91	92	93	94	Total
Masculino	1	5	4	8	1	6	3	3	6	37 (59%)
Feminino	3	6	2	3	3	2	2	4	1	26 (41%)
Total	4	11	6	11	4	8	5	7	7	63 (100%)

Resultados

Estudaram-se 63 pacientes com diagnóstico de tumor de Ewing confirmado histologicamente, matriculados no Hospital do Câncer, no período de 1986 a 1994, que correspondem a 0,14% do total de casos de neoplasia maligna matriculados no hospital, no período.

Segundo dados do IARC publicados no *Cancer in Five Continents - Vol VII*, a ocorrência das neoplasias ósseas na população geral é de 2,8 no Rio Grande do Sul, 7,5 em Goiânia e 3,2 em Belém. Em outros países, é de 7,9 no Equador, 8,1 no Uruguai, 10 na Argentina, 14,7 no Canadá e 14,4 nos Estados Unidos (Los Angeles).

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo o gênero, por ano de ma-

trícula, onde se observa um predomínio do gênero masculino em relação ao feminino, sendo que na análise individualizada de cada ano não houve manutenção deste padrão, observado-se alternância do predomínio entre os sexos.

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo a cor da pele, por ano de matrícula. Observa-se uma maior frequência de casos entre pacientes de pele branca, em relação aos pretos. Os pardos, por serem um grupo intermediário, também apresentam uma frequência intermediária, exceto no ano de 89, quando o número de casos observados em pacientes pardos foi o mesmo do observado em pacientes brancos.

Na Tabela 3 está a distribuição dos pacientes segundo a faixa etária, por ano de matrícula, tendo

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico de Tumor de Ewing, segundo a cor da pele, por ano de matrícula.

INCA/HC - 1986/1994										
Cor da pele/ano	86	87	88	89	90	91	92	93	94	Total
Branco	4	10	6	5	4	5	4	5	4	47 (75%)
Pardo	0	1	0	5	0	3	0	2	2	13 (21%)
Preto	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3 (4%)
Total	4	11	6	11	4	8	5	7	7	63 (100%)

Fonte: INCA/HC/Registro Hospitalar de Câncer.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico de Tumor de Ewing, segundo faixa etária, por ano de matrícula.

INCA/HC - 1986/1994										
Idade/ano	86	87	88	89	90	91	92	93	94	Total
Até 15 anos	2	2	4	7	3	4	3	1	2	28 (44%)
16 a 30 anos	1	8	1	4	1	4	2	5	4	30 (48%)
Mais de 30 anos	1	1	1	0	0	0	0	1	1	5 (8%)
Total	4	11	6	11	4	8	5	7	7	63 (100%)

Fonte: INCA/HC/Registro Hospitalar de Câncer.

os pacientes sido distribuídos em três categorias: criança e adolescentes (até 15 anos); adulto jovem (16 a 30 anos) e adulto (maior de 30 anos). Observou-se que a doença acomete o paciente jovem, já que 92% dos pacientes têm idade de até 30 anos, com idade média do total de pacientes igual a 19 anos, tendo o paciente mais jovem três anos e o mais idoso 52 anos de idade.

Discussão

O perfil do paciente do HC com diagnóstico de Tumor de Ewing é de um paciente jovem, de cor branca, com discreto predomínio de ocorrência no sexo masculino em relação ao feminino.

Por ser um Hospital especializado e de referência, existe uma concentração de casos, o que permitiu a realização do presente estudo. Contudo, os dados aqui apresentados são referentes ao grupo de pacientes estudados, não podendo ser extrapolados para o restante da população ou para outras unidades hospitalares, uma vez que existe um viés de seleção.

Outra dificuldade é a categorização em relação à cor da pele, já que o processo de

miscigenação da população brasileira não permite o estudo de grupos raciais, contudo, há um significativo predomínio de pacientes de cor branca em relação aos pretos (16:1).

Referências Bibliográficas

1. Unni, K.; Kushnan, M.B., B.S. - Dahlin's bone tumor—General aspects and data on 11.087 cases. Philadelphia—New York, pag. 249-261, 1996.
2. Jesus, G. Reynaldo. - Tumores ósseos—Uma abordagem ortopédica no estudo dos tumores ósseos. São Paulo, pag. 48-51, 1996.
3. Turek, Samuel, L. - Ortopedia, princípios e sua aplicação. São Paulo, vol. 1, pag. 736-738, 1991.
4. Crenshaw, A .H. - Cirurgia ortopédica de Campbel, São Paulo, pag. 827-829, 1989.
5. Dierick, A.M.; Lancrois, M. Van Ostuel D.T., P.; Coels, H. - The prognostic significant of the DNA content in Ewing's sarcoma: A restrospective cyto-histometria and flow cytometric study. Histopathology, 23: 333-339, 1995.

Tumor de células de Sertoli-Leydig do ovário - Apresentação de um caso e revisão da literatura

Ovary tumor by Sertoli-Leydig cells tumor - A case report and review of the literature

Elia M. Monteiro Caran¹, Maria de Fátima Valente Rizzo²,
Maria Tereza Seixas³, Antonio Sérgio Petrilli⁴

Resumo

Os autores relatam um caso de tumor de células de Sertoli e Leydig (TCSL), estágio Ia, no ovário direito de uma paciente com 10 anos de idade. O tumor era não funcionante e as manifestações iniciais foram dor e aumento do volume abdominal. Ao exame físico palpava-se uma massa endurecida na região hipogástrica. A criança não apresentava sinais de virilização ou puberdade precoce. O tratamento foi realizado com cirurgia: salpingo-ooforectomia direita e biópsia em cunha do ovário esquerdo. Histologicamente o tumor era bem diferenciado e não apresentava elementos heterólogos. A paciente apresenta há 26 meses sobrevida livre de doença. Acreditamos que este seja o primeiro caso de TCSL de ovário em crianças com idade igual ou inferior a 10 anos, publicado na literatura médica brasileira indexada.

Palavras-chave: tumor células Sertoli-Leydig; ovário; criança.

Abstract

The authors report a case of a Sertoli-Leydig cell tumor (SLCT), stage Ia, in the right ovary of a 10-year-old girl. The initial clinical manifestations were pain and abdominal distention. A physical examination revealed a large abdominal tumor located in the central region of abdomen. She didn't show signs of virilization. Manifestations of precocious puberty were not noticed. Laparotomy was performed, a right salpingo-oophorectomy with incision biopsy of the left ovary was carried out.

Histopathologically, it was a well differentiated tumor without heterologous elements. The patient has been free of disease for 34 months, now. We think this case is the first report in the Brazilian medical literature index of SLCT in a child younger than 10 years of age.

Key words: Sertoli-Leydig cell tumor; ovary; child.

1 - Mestre em Pediatria, Médica Assistente do Instituto de Oncologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 2 - Médica Residente do Instituto de Oncologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 3 - Médica Assistente do Departamento de Anatomia Patológica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 4 - Doutor em Pediatria, Chefe do Setor de Oncologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Diretor Geral do Instituto de Oncologia Pediátrica.

Endereço para correspondência: Instituto de Oncologia Pediátrica
UNIFESP-EPM - Rua Botucutu 743 - Vila Clementino - 04023-062 - São Paulo - SP
E-mail: iopepm@dialdata.com.br.

Introdução

O tumor de células de Sertoli-Leydig (TCSL) pertence ao grupo dos tumores do estroma ovariano e é o mais freqüente tumor virilizante do ovário^(1,2). Embora tenha sido descrito em 1905, conforme referência de Abrão et al.⁽³⁾, há pouca experiência no controle e na evolução do TCSL do ovário na infância. Na revisão da literatura médica dos últimos dez anos, encontramos apenas dois casos de TCSL em pacientes na primeira década da vida^(4,5).

Neste artigo apresentamos um caso de TCSL no ovário de uma criança com dez anos de idade. As características clínicas, laboratoriais e histopatológicas deste raro tumor são discutidas e comparadas às descritas na literatura médica.

Descrição do caso

Criança com dez anos de idade, sexo feminino, foi admitida no Setor de Oncologia Pediátrica - Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, com diagnóstico de tumor de ovário direito. Há um mês a paciente foi levada a um serviço médico, pois apresentava dor abdominal tipo cólica de fraca intensidade e aumento do volume abdominal. Ao exame físico palpou-se uma massa endurecida na região hipogástrica. Sinais de virilização ou de puberdade precoce não foram detectados. O ultra-som e a tomografia da pélvis demonstraram a presença de um tumor no ovário direito. A alfafeto-proteína (AFP) sérica e a gonadotrofina b coriônica (bHCG) foram colhidas no 12º dia do pós-operatório e os resultados foram respectivamente 1,5 ng/mL (valor normal < 10ng/mL) e 0,5 mU/mL (valor normal < 25mU/MI).

Em 20/09/1995, realizou-se a salpingo ooforectomia direita e a biópsia cirúrgica do ovário contralateral. O tumor foi totalmente ressecado e as medidas dos seus maiores diâmetros foram de 15x10x6 cm. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um TCSL. A paciente foi encaminhada para acompanhamento em nosso serviço e está em remissão clínica e radiológica do tumor 34 meses após a cirurgia. A descrição da revisão do exame anatomopatológico é apresentada a seguir.

Descrição do exame anatomopatológico

a) *Macroscopia*: os espécimes são constituídos de material previamente designados que serão descritos em separado:

1 - *Ooforectomia e salpingectomia direita*: consta de estrutura cística multilocular pesando 415g e medindo 14,5 x 12,0 x 6,5 cm. A superfície externa é esbranquiçada e lisa. Aos cortes, cavidades císticas de tamanhos variados, contendo material líquido e amarelado ou mucoso. Na superfície interna de alguns há projeções papilíferas grandes amareladas e macias ou pequenas e esbranquiçadas.

Entre as cavidades císticas há extensas áreas sólidas constituídas por tecido esbranquiçado, granuloso e firme, contendo raros pontos de calcificação. Em um dos pólos observa-se tuba uterina, medindo 9,5 cm de comprimento e 0,5 cm de diâmetro, não apresentando alterações macroscópicas.

2 - *Ovário esquerdo*: consta de cunha de tecido esbranquiçado, firme e homogêneo. Mede 0,5 x 0,4 x 0,3cm

b) *Microscopia*:

À microscopia, a neoplasia é constituída por estruturas tubulares (Figura 1) ou túbulo-papilíferas (Figura 2), dispersas em meio a um estroma fibro-mixóide e fibro-vascular. Os túbulos neoplásicos são revestidos por células com núcleos uniformes, ovóides e hiper cromáticos com nucléolos pequenos ou indistintos (Figura 3). Não foram observados elementos heterólogos no material examinado.

Comentários

O TCSL é também denominado arrenoblastoma ou androblastoma. Entretanto, o termo TCSL é o mais apropriado, pois, arrenoblastoma e androblastoma conotam masculinização; muitos destes tumores são não funcionantes e alguns são feminilizantes⁽⁶⁾. O TCSL pertence ao grupo de tumores do estroma ovariano e ocorre mais freqüentemente em mulheres adultas jovens. Avaliamos 36 casos de TCSL, publicados na literatura no período de 1986 a 1996, a faixa etária das pacientes variou de 11 meses a 55 anos e a idade mediana foi 25 anos^(4,5,7-20,28-30). A criança com TCSL em ovário direito, que descrevemos, apresentava dez anos de idade; entretanto, a ocorrência desta neoplasia antes dos 10 anos é rara. Em 1985, Young & Scully em uma avaliação retrospectiva de 207 casos de TCSL encontraram 6% das pacientes com idade inferior a 10 anos.⁶ Nos trabalhos que revisamos 2/36 (5,5%) das pacientes relatadas apresentavam idade inferior a 10 anos (11 meses e 5 anos de idade). O comprometido



Figura 1 - (Fotomicrografia HE-100x) Tumor de Sertoli-Leydig de padrão retiforme. Nota-se a presença de estruturas tubulares neoplásicas em meio a estroma fibro-vascular.

Figura 2 - (Fotomicrografia HE-100x) Tumor de Sertoli-Leydig de padrão retiforme. Observa-se grande quantidade de estruturas túbulo-papilíferas neoplásicas em meio a estroma fibroso.

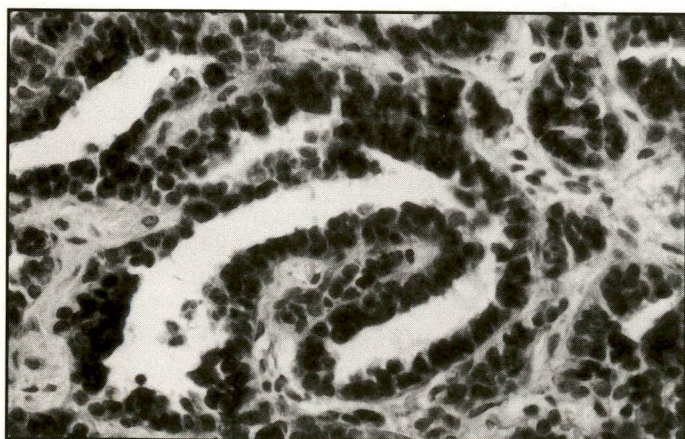
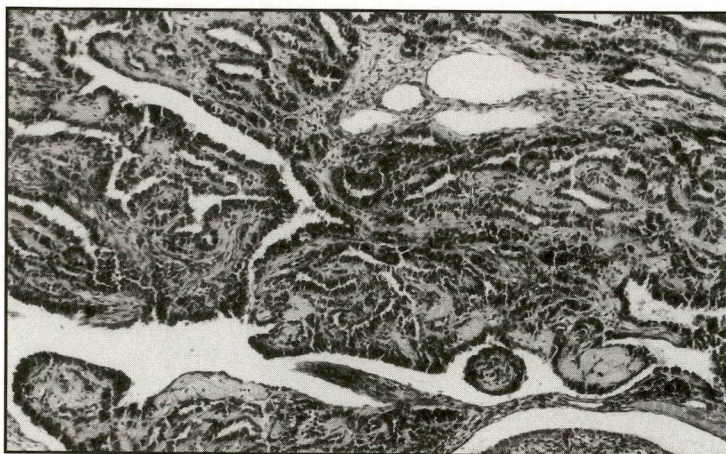


Figura 3 - (Fotomicrografia HE-100x) Tumor de Sertoli-Leydig de padrão retiforme. Os túbulos neoplásicos apresentam-se revestidos por células com núcleos ovóides, regulares e com nucléolos pequenos por vezes indistintos.

mento do ovário direito está de acordo com os dados da literatura, onde a incidência do TCSL é duas vezes maior à direita⁽⁷⁾.

As manifestações iniciais do TCSL ovariano, neste caso apresentado, foram a dor e o aumento do volume abdominal. A dor abdominal é o sintoma mais frequentemente relatado por crianças e adolescentes com tumores de ovário⁽²¹⁾. Esta dor é geralmente crônica, mas pode ser intensificada por torção ou ruptura da neoplasia⁽²¹⁾. Outra forma de apre-

sentação usual nas portadoras de TCSL é a virilização. O TCSL produz desfeminilização, seguida de masculinização em 80% das mulheres afetadas⁽²²⁾. Muitas vezes o tumor é diagnosticado durante a investigação etiológica de um quadro de excesso de andrógenos. A amenorréia, o hirsutismo, a clitomegalia, a alteração de voz e a presença de massa palpável são as principais queixas das pacientes acometidas pelo TCSL ovariano.^{6,14,22} Ocasionalmente, TCSL associados a manifestações estrogênicas têm sido

descritos. Cerca de 20% dos TCSL são inertes⁽⁸⁾, isto é, não produtores de hormônios.

Em virtude da ausência clínica de virilização e puberdade precoce, não foram realizadas pesquisas dos esteróides sexuais no caso apresentado. Entretanto, nos tumores funcionantes, a mensuração dos níveis hormonais é mandatória. No TCSL, os principais esteróides que apresentam alterações são: testosterona, androstenediona e sulfato de dehidroepiandrosterona^(23,24). Os valores da testosterona geralmente são elevados e o 17-cetosteróide urinário (17-KS) apresenta-se normal ou com discreta elevação. A mensuração do sulfato de dehidroepiandrosterona ajuda no diagnóstico diferencial com os tumores virilizantes de adrenal, onde este marcador e a testosterona são encontrados em valores bastante elevados⁽²⁴⁾. A relação entre os níveis de testosterona e androstenediona plasmática, taxa T/A (Tabela 1), também é considerada no diagnóstico diferencial. Nos tumores ovarianos, a taxa T/A geralmente é superior a 1,5 e no ovário policístico, esta taxa é inferior ou igual a 1⁽²⁴⁾.

Tabela 1 - Cálculo de taxa Testosterona/Androstenediona⁽²⁴⁾.

$$\text{Taxa T/A: } \frac{\text{NP de T} \div \text{LS normal T}}{\text{NP de A} \div \text{LS normal A}}$$

T = testosterona; A = androstenediona; LS = limite superior; NP = nível plasmático.

Na infância, 80% dos tumores de ovário são da linhagem de células germinativas⁽²¹⁾, portanto, a vista deste diagnóstico foi solicitada a dosagem de alfafetoproteína (AFP) e bHCG. Raramente a presença da AFP tem sido descrita em pacientes com TCSL e o exato mecanismo pelo qual esta proteína é produzida nos tumores do estroma ovariano é ainda desconhecido^(5,10-12). Considerando que a AFP requer de 4 a 6 semanas e o bHCG 24 horas para a normalização dos seus níveis séricos após a retirada total do tumor que os produz⁽²⁵⁾, e que no nosso estudo esses marcadores foram colhidos 12 dias após a cirurgia, podemos inferir que o tumor do caso relatado não secretava AFP, entretanto, nada podemos afirmar sobre o bHCG.

Os tumores de Sertoli-Leydig são classificados histologicamente pela OMS em: tu-

morem bem diferenciados de diferenciação intermediária, pouco diferenciados de padrão retiforme e misto. Os TCSL histologicamente bem diferenciados geralmente têm curso clínico benigno, em contraste com os intermediários ou com os pobremente diferenciados que são potencialmente agressivos e tendem a recidivar após o tratamento inicial^(10,16). À exceção do subtipo bem diferenciado, todos os demais podem ou não conter elementos heterólogos. Estes elementos podem estar representados à histologia por glândulas entéricas, cartilagem, osso, músculo, etc. Por estas características histológicas, o teratoma é o principal diagnóstico diferencial a ser considerado. Parece haver um comportamento biológico mais agressivo quando os elementos heterólogos presentes na neoplasia são de origem não endodérmica^(26,27).

Em virtude da raridade do TCSL, a experiência na sua abordagem terapêutica é limitada aos casos isolados descritos na literatura médica (Tabela 2). No TCSL estágio Ia (Tabela 3), histologicamente diferenciado, a cirurgia é o tratamento de escolha^(4,5,7-20). Nas pacientes com TCSL estágios Ib a IV ou histologicamente indiferenciados a abordagem terapêutica ainda não está bem estabelecida e a eficácia da quimioterapia e da radioterapia são controversas^(6,13,16). O planejamento terapêutico deve considerar a idade da paciente, estágio e classificação histopatológica do tumor⁽⁶⁾. O tratamento do caso apresentado limitou-se a cirurgia conservadora, com preservação do ovário contralateral e útero. Em pacientes jovens, com tumor histologicamente diferenciado e estágio Ia, a salpingo-ooforectomia unilateral é suficiente e permite a conservação da fertilidade^(16,28-30).

Após a menopausa, as cirurgias podem ser mais radicais, com salpingo-ooforectomia bilateral e histerectomia⁽⁶⁾. Os tumores de estágio maior que Ia ou que romperam durante o ato cirúrgico ou ainda os tumores histologicamente indiferenciados ou com elementos heterólogos necessitam de cirurgias mais radicais e terapia adjuvante^(6,13). A quimioterapia (vincristina, adriamicina, ciclofosfamida, cisplatina, bleomicina e etoposide) tem sido utilizada nas pacientes com mau prognóstico (estádio superior a Ia ou histologia desfavorável) com resultados controversos^(10,12,13,17,19). A radio-

Tabela 2 - Correlação entre estágio, tipo histológico e tratamento.

Estádio	Histologia	Nº pacientes	Tratamento	Evolução	Referência
Ia	Diferenciado	24	Cir	6 m-23 a	6,28
Ia	Intermediário	1	Cir	SLD 6 a	13
		1 a	Cir + QT	Óbito 1 a	18
Ia ind-IV	Ia ind.	5	Cir + QT	SLD 18 m-2 a	5
	Ib - IV - qualquer histologia				17
					13
		1	Cir	Recaída 6 m	10

SLD - sobrevivida livre de doença; Cir - cirurgia; QT - quimioterapia; Ind. - Indiferenciado.

Tabela 3 - Estadiamento do tumor de ovário (Figo, 1988)⁽²¹⁾.

Estádio I - Tumor restrito aos ovários

Estádio Ia	Estádio Ib	Estádio Ic
tumor em um ovário cápsula íntegra ascite negativa lavado peritoneal negativo	tumor nos dois ovários cápsula íntegra ascite negativa lavado peritoneal negativo	estádio Ia ou Ib com: cápsula rota e/ou ascite positiva e/ou lavado peritoneal positivo ou tumor na superfície ovariana

Estádio II - Tumor com propagação pélvica.

Estádio IIa	Estádio IIb	Estádio IIc
propagação ou metástases para útero e/ou tubas	propagação ou metástases para outras estruturas pélvicas	estádio IIa ou IIb com: ascite ou lavado peritoneal positivo

Estádio III - Metástases intraperitoneais, extrapélvicas e/ou para linfonodos retroperitoneais.

Estádio IIIa	Estádio IIIb	Estádio IIIc
metástases microscópicas peritoneais	metástases macroscópicas peritoneais de tamanho igual ou inferior a 2 cm	metástases peritoneais maiores que 2 cm e/ou linfonodos regionais comprometidos.

Estádio IV - Metástases à distância (pulmão, parênquima hepático, derrame pleural com citologia positiva).

terapia é outra opção terapêutica, embora sua eficácia não esteja comprovada⁽¹⁴⁾. As metástases, quando ocorrem, geralmente limitam-se aos órgãos pélvicos ou abdominais (ovário contralateral, fígado, linfonodos etc.) mas, pulmões e linfonodos supraclaviculares também podem ser comprometidos⁽⁶⁾.

Cerca de 60% das recidivas ocorrem precocemente, durante o primeiro ano do término do tratamento, embora recorrências tardias (4 anos) tenham sido descritas.¹⁰

A nossa paciente com TCSL estágio Ia apresenta boa evolução há 26 meses apenas com a cirurgia conservadora. O prognóstico depende principalmente do estágio e do grau de diferenciação histopatológica⁽⁶⁾. Para alcançar melhores resultados, nos TCSL de estágios Ib a IV é necessária a formação de grupos cooperativos que estudem as características biológicas destes tumores e desenvolvam esquemas quimioterápicos mais efetivos.

A descrição deste caso de TCSL em uma criança de 10 anos de idade poderá contribuir para o acúmulo dos conhecimentos das características clínicas e evolutivas deste tumor, na primeira década de vida.

Referências Bibliográficas

- Young, R.H.; Clement, P.B.; Scully, E. - The Ovary. In: Sternberg SS (ed.) Diagnostic Surgical Pathology, 2ª ed, New York, Raven Press Ltda, 2195-2279, 1994.
- Breen, J.L.; Maxson, W.S. - Ovarian tumors in children and adolescents. *Clinical Obst Gynecol*, 20(3): 607-623, 1977.
- Abrão, F.S.; Farias, J.W.M.; Silva, B.B. - Androblastoma do ovário. *Rev Paul Med*, 97: 86-88, 1981.
- Kawage, K.; Yoshiro, F. - Androblastoma in a five-year-old girl. *JPNJ Clin Oncol*, 19: 149-152, 1989.
- Chadha, S.; Honnebier, W.J.; Schabrig, A. - Raised seven a-fetoprotein in Sertoli-Leydig cell tumor (Androblastoma) of ovary: report of two cases. *Int J Gynecol Pathol*, 6: 82-88, 1987.
- Young, R.H.; Scully, R.E. - Ovarian Sertoli-Leydig cell tumors - a clinicopathological analysis of 207 cases. *Am J Surg Pathol*, 9(8): 543-569, 1985.
- Emembolu, J. - Malignant giant androblastoma of the ovary with masculinization: a case report. *Cen Afr J Med*, 32(11): 277-281, 1996.
- Florencio, R.S.; Costa, I.A. - Tumor virilizante do ovário. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2: 32-34, 1989.
- Sainz de la Cuesta, R.; Rock, J.A., et al. - Case report - analysis for steroid production of a Sertoli-Leydig cell tumor. *Ginecol Oncol*, 52: 276-280, 1994.
- Farley, J.H.; Taylor, R.R.; Bosssdier, J.R. - Case report: late presentation of an a-feto protein secreting isolated large upper abdominal retroperitoneal Sertoli-Leydig cell tumor recurrence. *Gynecol Oncol*, 56: 319-322, 1995.
- Hammad, A.; Jasnosz, K.M.; Olson, P.R. - Expression of a-fetoprotein by ovarian Sertoli-Leydig cell tumors - case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*, 119: 1075-1079, 1995.
- Singh, Z.N.; Suigh, M.K.; Chopra, P. - Sertoli-Leydig cell tumor with malignant heterologous elements and raised alpha-fetoprotein: a case report. *J Obstet Gynaecol Res*, 22(6): 595-8, 1996.
- Gershenson, D.M.; Moreis, M.; Burke, T.W.; Levenbock, C.; Matthews, C.M.; Wharton, J.T. - Treatment of poor-prognosis sex cord-stromal tumors of the ovary with the combination of Bleomicin, Etoposide and cisplatin. *Obstet Gynecol*, 87(4): 527-31, 1996.
- Flores, O.R. - Tumor de células de Sertoli-Leydig. *Rev Med Hond*, 59: 29-33, 1991.
- Kasperlik-Zoluska, A.A. (17); Sikorawa, L., et al. - Ectopic Acth syndrome due to bilateral ovarian androblastoma with double, gynandroblastic differentiation in one ovary. *Eur J Obst Gynecol*, 52: 223-228, 1993.
- Ayhan, A.; Tunner, Z.S.; Hakverdian, A.V.; Yuce, K.; Ayhan, A. - Sertoli-Leydig cell tumor of the ovary: a clinicopathologic study of 10 cases. *Eur J Gynaecol Oncol*, 17(1): 75-8, 1996.
- Perez, E.; Mena, R.; Diaz, J.R.; Ortiz, H.; Ramirez, L.A. - Arrenoblastoma. *Rev Med Dominicana*, 49: 27-28, 1988.
- Lunde, O.; Djoselandi, O. - Hirsutism caused by an androgen-producing ovarian tumor. A case of arrhenoblastoma. *J Endocrinol Invest*, 9: 513-516, 1986.
- Hales, S.A.; Cree, I.A.; Pinion, S. - A poorly differentiated Sertoli-Leydig cell tumor associated with an ovarian sex cord tumor with annular tubules in a woman with Pinta's syndrome. *Histopathology*, 25: 391-393, 1994.
- Sever, I.B.; Pasquiuelli, G.; Martinelli, G.N., et col. - Origin of unreactive hyaline bodies from erythrocytosis in genital tumors. *J Submicroscop Cytol Pathol*, 26(2): 211-217, 1994.

21. Halperin, E.C.; Constine, L.S.; Tarbell, N.J.; Kun, L.E. - Germ and stromal cell tumors of the gonads and extragonadal germ cell tumor. In: *Pediatric Radiation Oncology*, 2ª ed, New York, Raven Press Ltd, p. 402-414, 1994.
22. Kristensen, G.B.; Baunsgaard, P.; Hessel-dahl, H. - Androblastoma associated with pregnancy in two sisters. Case report. *Br J Obst and Gynaecol*, 91: 592-595, 1984.
23. Munemura, M.; Inoue, S.; Himeno, R.; Ko-yama, N., et al. - Endocrine studies on ova-rian androblastomas. *J Endocrinol Invest*, 7: 615-621, 1984.
24. Wiebe, R.H.; Morris, C.V. - Testosterona/ Androstenedione ratio in the evaluation of women with ovarian androgen excess. *Obst Gynecol*, 61(3): 279-283, 1983.
25. Ortega, J.; Siegel, SE. - Biologic markers in pediatric solid tumors. In Pizzo PA & Poplac DG (ed) *Principles and Practice of Pediatric Oncology*, 2ª ed, Philadelphia, JB Lippincott Company, p179-194, 1993.
26. Parham, D.M. - *Pediatric Neoplasia. Mor-phology and Biology*. Lippincott-Ra-ven Publishers 1996, cap. 12, pag. 389.
27. Young, R.H.; Scully, R. - *Pathology of the Female Genital Tract*, cap. 19, pág. 607-58, Springer-Verlong-New York.Inc., 3ª ed., 1996.
28. Abrahamsson, G.; Dahlgren, E.; Hahlin, M.; Knutson, F.; Norström, A.; Janson P.O. - In vitro production of cyclic AMP and steroids from an ovarian Sertoli-Leydig cell tumor. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 74: 310-317, 1995.
29. Sabatino, E.H.; Garcia, I.M.; Quintero, H.; Gonzáles, J.G. - Síndrome virilizante pro-du-zido por arrenoblastoma. *Rev. C. Pol. Val*, 11:131-139, 1985
30. Barkan, A.; Cassorla, F.; Loriaux, L.; Mars-hall, J.C. - Pregnancy in a patient with viri-lizing arrhenoblastoma. *Am J. Obstet Gy-necol*, 149(8):909-910, 1984.

**Novo endereço editorial
da
Revista Brasileira de Cancerologia**

**Instituto Nacional de Câncer
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ
Brasil
Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396
Fax: (021) 221-7983
Email: rbc@inca.org.br**

354

RBC

Visite o nosso site:
www.inca.org.br/rbc/index.html

Foi publicado pela Dra. Célia Beatriz Gianotti Antoneli - **Sinais de Alerta - Pode ser Câncer**. Trata-se de uma publicação que tem como objetivo principal de alertar os profissionais que, de algum modo, têm a participação no diagnóstico de câncer na infância e adolescência.

Endereço para adquirir a publicação:
Centro de Apoio à Criança Carente com Câncer
Avenida da Aclimação, 786
01531-000 São Paulo
(011) 270-4255



O Instituto Nacional de Câncer acaba de lançar o **Protocolo de Tratamento de Lesões Cutâneas** elaborado pela Comissão de Suporte e Controle de Curativo (CSCC-INCA).

Esta publicação tem como objetivos: planejar e implementar o cuidar/assistir específico, desenvolvendo medidas preventivas e curativas; padronizar as ações do cuidar/assistir mediante normalização técnica, estabelecendo padrões mínimos no tratamento de lesões; permitir assistência qualificada proporcionando a reabilitação rápida, segura e efetiva; assegurar a qualidade da assistência para a continuidade do tratamento oncológico aos portadores de lesões cutâneas através de assessoria técnica dos membros desta Comissão; conferir aos membros a responsabilidade da normalização do parecer técnico dos produtos para o tratamento de lesões cutâneas, em conjunto com a Comissão de Avaliação Técnica de Material; conferir aos staff e residentes de enfermagem e médicos, conhecimentos para avaliação e indicação de produtos nos diversos tipos de lesões; garantir através de ações sistematizadas uma relação custo/benefício significativa; realizar e estabelecer linhas de pesquisas no que concerne ao tratamento de lesões cutâneas.

Para maiores informações:
Instituto Nacional de Câncer
Divisão de Enfermagem/HC
Praça da Cruz Vermelha, 23
20230-130 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55(021) 506-6151 55(021) 506-6150
Fax: 55(021) 506-4144
e-mail: seh-hc@inca.org.br

1998

OUTUBRO

30th Annual Meeting of the International Society for Pediatric Oncology (SIOP)

04 a 08 de outubro de 1998
Yokohama, Japan
IMEDEX, DG's Hertogenbosch, Netherlands
Fax: + 31 73 641 4766

International Cancer Management Course

08 a 09 de outubro de 1998
American College of Surgeons, Chicago, IL, USA
Fax: + 1 312 440 7144
e-mail: efulton@facs.org

Second RSNA Latin American Interamerican College of Radiology Crila Participation

09 a 14 de outubro de 1998
Contactar: Sérgio Bortolai Libinati
Fax: 55 021 2878930 / 55 021 8836718

XIX Congreso Interamericano de Radiología

10 a 14 de outubro de 1998
(MECC) Meetings, Events & Conference Coordinators Inc., PO Box 430376. Miami, FL 33243-0376
Miami, Florida

11th Mediterranean Congress of Chemotherapy (MCC)

18 a 21 de outubro de 1998.
Congress Secr.
Tel Aviv, Israel
Fax: +972 3 517 5674
e-mail: medchemo@kenes.com

Advanced Course on Digestive Tract: Colorectal Cancer

22 a 24 de outubro de 1998
ESO, Milan, Italy
Fax: +39 2 583 21266

3rd International Congress for Lung Cancer

31 a 4 de novembro de 1998
M. Nicolaidou, Amphition Congress Org. Bureau, Athens, Greece
Fax: +66 2 247 1222

NOVEMBRO

International Symposium-Workshop on Epidemiology and Prevention of Cancer

2 a 6 de novembro de 1998
Mathuros Ruchirawat, Office of Scientific Affairs, Chulabhom Res. Inst., Bangkok, Thailand
Fax: + 66 2 247 1222

2nd Balkan Congress of Oncology

3 a 8 de novembro de 1998
Ege Univ. Faculty of Med, Radition Onc. Dept., Iznir, Turkey
Fax: +90 232 339 1037
e-mail: anacak@tipfac.ege.edu.tr

23rd Congress of the European Society of Medical Oncology (ESMO)

6 a 10 de novembro de 1998
Athens, Greece
ESMO, Lugano, Switzerland
Fax: +41 91 950 0782
e-mail: esmo@dial.eunet.ch

Advanced Course on Melanoma 12 a 14 de novembro de 1998

ESO, Milan, Italy
Fax: +39 2 583 21266

UICC no Smoking Day

19 de novembro de 1998
International Union Against Cancer (UICC), Geneva, Switzerland
Fax: +41 22 809 18 10
e-mail: education@uicc.ch

5th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APACT'98)

23 a 26 de novembro de 1998
5th APACT Conference, Makati City, Philippines
Fax: +632 812 3760
e-mail: apact@ibm.net

**25th Annual Scientific Meeting
Oncological Society of Australia**

25 a 27 de novembro de 1998
Clinical Onc. Soc. of Australia
Sydney, Australia
Fax: +61 2 935 645 58

**1st World Congress on Head and
Neck Oncology**

29 a 3 de dezembro de 1998
K. Regoli, CSP Congressos e Imagen, Madrid,
Spain
Fax: +34 1 457 0173
e-mail: conycomu@telcom.es

**UICC, 3 rue Conseil Général, 1205
Geneva - Switzerland**

Tel.: (+41 22 809 18 11) - Fax: (+41 22 809
18 10)
E-mail: info@uicc.org - URL: http://
www.uicc.ch

MAIO

**2nd World Conference for Cancer
Organizations**

19 a 23 de maio de 1999
Lee DeSandre, American Cancer Society,
Atlanta, GA, USA
Fax: +1 404 728 0133
e-mail: Idesandr@cancer.org

————— **1999** —————

FEVEREIRO

**6th International Congress on Oral
Cancer**

15 a 18 de fevereiro de 1999
Major General A. K. Varma, Secr. Gen.
New Delhi, India
Fax: +91 11 694 4472

MARÇO

**2nd World Conference on Breast
Cancer Advocacy**

11 a 14 de março de 1999
NBCCF World Conf. Reg. c/o MacVeigh
Assoc., Garden City, NY, USA
Fax: +1 516 742 9103

ABRIL

**90th Annual Meeting of the American
Association for Cancer Research**

10 a 14 de abril de 1999
AACR, Philadelphia, PA, USA
Fax: +1 215 440 9313
e-mail: aacr@aacr.org

**UICC - The Team Approach to
Cancer Management**

Antwerp, Belgium
15 a 18 de abril de 1999
For further meeting information, please
contact:
Mr A. J. Turnbull, Executive Director

JUNHO

**7th International Conference on
Malignant Lymphoma**

2 a 5 de junho de 1999
F. Cavalli, Ospedale San Giovanni,
Bellinzona, Switzerland
Fax: +41 91 820 90 44
e-mail: lymphocon@dial.eunet.ch

**2nd International Consultation on
Prostate Cancer and Impotence**

26 a 2 de julho de 1999
S. Khoury, Clinique Urologique, Hôpital de
la Pitié
Paris, France
Fax: +33 1 42 17 71 22
e-mail: sprkhour@pratique.fr

AGOSTO

**I Congresso Luso-Brasileiro de
Cancerologia**

21 a 24 de agosto de 1999
Vitória - Espírito Santo - Brasil
Congresso Eventos
Av. Francisco Sales, 555 - 1º andar
30150-220 - Belo Horizonte - MG
Tel.: (031) 237-1121 Fax: (031) 243-4770
e-mail: congress@joinnet.com.br
borisk@tropical.com.br

9th World Congress on Pain

22 a 27 de agosto de 1999
IASP Secr., Seattle, WA, USA
Fax: +1 206 547 1703
e-mail: IASP@locke.hs.washington.edu

SETEMBRO

ECCO 10 - The European Cancer Conference

12 a 16 de setembro de 1999
FECS Conf. Unit, Brussels, Belgium
Fax: +32 2 775 02 00
e-mail: ECCO10@fecf.be

31st Meeting of the International Society of Pediatric Oncology (SIOP) and Meeting of the American Society of Pediatric Hematology/Oncology (ASPHO)

14 a 18 de setembro de 1999
Imedx, DG's Hertogenbosch
Netherlands
Fax: +39 75 641 4766

23rd National Congress of Società Italiana Di Chirurgia Oncologica

16 a 18 de setembro de 1999
L. Moggi, Policlinico
Monteluce, Perugia, Italy
Fax: +39 75 572 2097

XIII Congresos Integrados Latinoamericanos de Cancerología (CILAG)

20 a 24 de setembro de 1999
J. J. Marinello, Cuban
Oncology Society, Havana, Cuba
e-mail: inor@informed.sld.cu

NOVEMBRO

26th Annual Scientific Meeting Clinical Oncological Society of Australia

24 a 26 de novembro de 1999
Clinical Onc. Soc. of Australia
Sydney, Australia
Fax: +61 2 935 645 58

2000

SETEMBRO

UICC Interim Council Meeting

5 a 7 de setembro de 2000
International Union Against
Cancer (UICC), Geneva, Switzerland
Fax: +41 22 809 18 10
e-mail: direction@uicc.ch

UICC Conference on Cancer Control Issues in the Year 2000

8 a 9 de setembro de 2000
Dr. G. P. Murphy, Cancer
Res. Center, Northwest
Hosp., Pacific Northwest
Cancer Foundation
Seattle, WA, USA

DEZEMBRO

15th Asia Pacific Cancer Congress

5 a 8 de dezembro de 2000
15th APCC Secretariat, Cancer Inst., (W/A), Madras, Índia
Fax: +91 44 491 2085

O PROBLEMA DO CÂNCER NO BRASIL

4ª Edição



Ministério
da
Saúde



359

O Instituto Nacional de Câncer - INCA lançou a 4ª edição de **O Problema do Câncer no Brasil**.

Nesta edição o texto foi enriquecido com epidemiologia específica de cânceres prevalentes no Brasil e dos tumores de crianças e adolescentes; inclui os dados mais recentes de registros de câncer de base populacional e de base hospitalar brasileiros; disserta mais sobre a sobrevida dos pacientes, o estadiamento dos tumores e os custos dos tratamentos; teve atualizados os dados de mortalidade de 1988 para 1994; pela primeira vez, divulga dados de mortalidade brasileiros ajustados por idade; e já incorporou a estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil calculada para 1997.

Para maiores informações, contate:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
CEP 20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021)242-1122 (ramal 2396) - Fax.: (021)221-7983
E-mail: rbc@inca.org.br

Atualização Científica

Responsável
Luiz Eduardo Atalécio

Esta seção tem por objetivo divulgar os resumos dos mais recentes artigos publicados na literatura mundial a respeito da epidemiologia, prevenção, diagnóstico, estadiamento, tratamento e prognóstico do câncer. Caso o colega deseje receber separatas dos artigos referidos (máximo cinco) assinale suas opções com um X e envie para:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ
Fone: (021) 242-1122 (ramal 2396)
Fax: (021) 221-7983
E-mail: rbc@inca.org.br

Endereço para a remessa do material:

Nome completo:

Endereço:

Número: Ap, sala, grupo etc:

CEP: Cidade: Estado:

Desejo receber separata dos artigos assinalados:

Trabalhos nº 20/01 20/02 20/03 20/04 20/05 20/06
 20/07 20/08 20/09 20/10 20/11 20/12
 20/13 20/14

Evaluation of the newly updated TNM classification of head and neck carcinoma with data from 3247 patients

Heinrich Iro, M.D. and Frank Waldfahrer, M.D.

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Saarland University, Homburg, Germany.

Background. The fifth edition of the TNM classification contains a number of changes concerning head and neck tumors. The division of Stage IV tumors into three subcategories marks a significant expansion of the stage grouping procedure.

Methods. In a retrospective study, the clinical courses of 3247 patients with carcinoma of the oral cavity, the oro- and hypopharynx, the larynx, the salivary glands, and the maxillary sinus were comparatively evaluated according to the fourth and fifth editions of the TNM classification agreed upon by the International Union Against Cancer and the American Joint Committee on Cancer. The particular aim of this study was to test the prognostic relevance of the subdivision of Stage IV, especially for mucosal carcinoma.

Results. In classifying the primary tumor, the most extensive changes were noted for supraglottic and salivary gland tumors. On the basis of the fourth edition of the TNM classification, the following recurrence free 5-year survival rates for 3033 cases of mucosal cancer were calculated: Stage I, 91.0%; Stage II, 78.6%; Stage III, 61.4%; Stage IV, 31.0%. The calculations based on the fifth edition yielded the following: Stage I, 91.0%; Stage II, 77.2%; Stage III, 61.2%; Stage IVA, 32.4%; Stage IVB, 25.3%; Stage IVC, 3.6%.

Conclusions. The adequacy of the revised stage classification in establishing a prognostic hierarchy was confirmed. However, a significant prognostic distinction between N2 metastasis (Stage IVA) and N3 metastasis (Stage IVB) could not be found.

Key words: TNM classification (fourth edition), TNM classification (fifth edition), head and neck cancer, tumor staging, International Union Against Cancer, American Joint Committee on Cancer.

Adjuvant therapy in head and neck cancer

Bhadrasain Vikram, MD

Introduction

Patients with early cancers of the head and neck can be treated by irradiation or surgery with a high expectation of cure. Unfortunately, most patients present with more advanced disease for which the results of treatment are much less satisfactory. If multimodality therapy is skillfully applied, however, cure with a reasonable quality of life is possible if no clinical evidence exists of disease outside the head and neck region.

The principal goals of curative treatment are to render the patient grossly free of cancer, with functional and cosmetic outcomes acceptable to the patient; to prevent relapse of the cancer; and to prevent the appearance of new cancers. Surgical resection is often the most expeditious method of rendering the patient grossly free of cancer. Those for whom resection is not advisable (because of the extent of the cancer or the patient's general medical condition or because resection would result in an unacceptable deficit) usually are treated by radiation therapy. This review discusses the role of adjuvant treatment in the management of patients with locally advanced head and neck cancers.

Pleural mesothelioma: dose-response relation at low levels of asbestos exposure in a French population-based case-control study

Y. Iwatsubo, J.C. Pairon, C. Boutin, O. Ménard, N. Massin, D. Caillaud, E. Orłowski, F. Galateau-Salle, J. Bignon and P. Brochard

A hospital-based case-control study of the association between past occupational exposure to asbestos and pleural mesothelioma was carried out in five regions of France. Between 1987 and 1993, 405 cases and 387 controls were interviewed. The job histories of these subjects were evaluated by a group of experts for exposure to asbestos fibers according to probability, intensity, and frequency. A cumulative exposure index was calculated as the product of these three parameters and the duration of the exposed job, summed over the entire working life. Among men, the odds ratio increased with the probability of exposure and was 1.2 (95% confidence interval (CI) 0.8-1.9) for possible exposure and 3.6 (95% CI 2.4-5.3) for definite exposure. A dose-response relation was observed with the cumulative exposure index: The odds ratio increased from 1.2 (95% CI 0.8-1.8) for the lowest exposure category to 8.7 (95% CI 4.1-18.5) for the highest. Among women, the odds ratio for possible or definite exposure was 18.8 (95% CI 4.1-86.2). We found a clear dose-response relation between cumulative asbestos exposure and pleural mesothelioma in a population-based case-control study with retrospective assessment of exposure. A significant excess of mesothelioma was observed for levels of cumulative exposure that were probably far below the limits adopted in most industrial countries during the 1980s.

asbestos; case-control studies; mesothelioma; occupational exposure

20/04 *Breast Cancer Research and Treatment*, 49: 27-33, 1998

Prognostic value of bone marrow biopsy in operable breast cancer patients at the time of initial diagnosis: Results of a 20-year median follow-up

K. Landys¹, S. Persson², J. Kovarik³, R. Hultborn¹, and E. Holmberg¹
Departments of ¹Oncology and ²Pathology, (DOP), Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden; ³Masaryk Memorial Cancer Institute, (MCI), Brno, Czech Republic

Key words: bone marrow micrometastases; breast cancer; monoclonal antibodies; prognosis

Summary

From May 1975 until May 1980, 128 operable breast cancer patients, clinical stage I-II, had a core bone marrow biopsy (BMB) from the posterior iliac crest as a part of the routine diagnostic work-up at the time of initial diagnosis. The mean age of the patients was 56 years, range 26-93. In a previous study on this material, 10 patients (7.8 per cent) were positive for tumor cells and 118 negative by conventional histopathology of BMB [1]. In 1996 we reexamined all BMB separately at two laboratories, using monoclonal antibodies against cytokeratins AE1-AE3, KL1, CAM5-2 (DOP), and DC10, BA17 (MCI). The number of extrinsic cells in the bone marrow was graded positive for micrometastases when ≥ 5 cells or suspicious when 1-4 cells per $\sim 2 \times 10^6$ bone marrow cells were found, using high power field magnification. Micrometastases were detected in 17 patients (13.3 per cent) and another 8 patients were classified as suspicious. The presence of micrometastases was correlated to the axillary lymph node stage and primary tumor location. Median follow-up was 20 years. All 17 micrometastatic patients relapsed and died within 6 years of disease progression with evident osseous metastases. There was one disease-free survivor of the 8 patients with suspicious BMB after 17 years of follow-up. The median overall survival was significantly shorter in tumor-cell positive patients, being 1.9 years compared to 11.7 years in the BMB negative and BMB suspicious groups ($p < 0.0001$). Immunohistochemical analysis of core BMB taken postoperatively may be useful in predicting the prognosis in patients with breast cancer clinical stage I-II.

The role of chemotherapy and radiation in the management of biliary cancer: a review of the literature

M. Hejna¹, M. Pruckmayer² and M. Raderer¹

¹Department of Internal Medicine I, Division of Oncology; and ²Department of Nuclear Medicine, University of Vienna, A-1090 Vienna, Austria

Carcinoma of the biliary tract is a rare tumour. To date, there is no therapeutic measure with curative potential apart from surgical intervention. Thus, patients with advanced, i.e. unresectable or metastatic disease, face a dismal prognosis. They present a difficult problem to clinicians as to whether to choose a strictly supportive approach or to expose patients to the side-effects of a potentially ineffective treatment. The objective of this article is to review briefly the clinical trials available in the current literature utilising non-surgical oncological treatment (radiotherapy and chemotherapy) either in patients with advanced, i.e. locally inoperable or metastatic cancer of the biliary tract or as an adjunct to surgery. From 65 studies identified, there seems to be no standard therapy for advanced biliary cancer. Despite anecdotal reports of symptomatic palliation and survival advantages, most studies involved only a small number of patients and were performed in a phase II approach. In addition, the benefit of adjuvant treatment remains largely unproven. No clear trend in favour of radiation therapy could be seen when the studies included a control group. In addition, the only randomised chemotherapeutic series seemed to suggest a benefit of treatment in advanced disease, but due to the small number of patients included, definitive evidence from large, randomised series concerning the benefit of non-surgical oncological intervention as compared with supportive care is still lacking. Patients with advanced biliary tract cancer should be offered the opportunity to participate in clinical trials.

Key words: biliary tract cancer; chemotherapy; radiation

363

Normal tissue protection in cancer therapy

Pathirissery Uma Devi

From the Department of Radiobiology, Kasturba Medical College, Manipal, India

Normal tissue tolerance is a major dose-limiting factor in radiotherapy and chemotherapy of cancer. During the past few decades several investigations have been directed toward increasing normal tissue tolerance by using chemical protectors against radiation and drug toxicity. WR-2721, the phosphorylated aminothiol, synthesized in the 1960s, has been hailed as the best chemical protector discovered so far. But its systemic toxicity after repeated administration in cancer patients during clinical trials has been a deterrent against its acceptance in routine radiotherapy, though more encouraging results have been reported with chemotherapy. The 1980s found a surge of activity in the field of chemical protection research, which has resulted in the discovery of many non-thiol protectors, particularly the biological response modifiers and antioxidants. It has also been found that protection by WR-2721 can be improved and its toxicity reduced by combination with some low potent protective chemicals. This review analyzes the major reports on chemical protectors published during the past ten years.

Tamoxifen in treatment of hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial

CLIP Group (Cancer of the Liver Italian Programme)*

Summary

Background. Results from small randomised trials on tamoxifen in the treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) are conflicting. We studied whether the addition of tamoxifen to best supportive care prolongs survival of patients with HCC.

Methods. Patients with any stage of HCC were eligible, irrespective of locoregional treatment. Randomisation was centralised, with a minimisation procedure accounting for centre, evidence of disease, and time from diagnosis. Patients were randomly allocated best supportive care alone or in addition to tamoxifen. Tamoxifen was given orally, 40 mg per day, from randomisation until death.

Results. 496 patients from 30 institutions were randomly allocated treatment from January, 1995, to January, 1997. Information was available for 477 patients. By Sept 15, 1997, 119 (50%) of 240 and 130 (55%) of 237 patients had died in the control and tamoxifen arms, respectively. Median survival was 16 months and 15 months ($p = 0.54$), respectively. No differences were found within subgroups defined by prognostic variables. Relative hazard of death for patients receiving tamoxifen was 1.07 (95% CI 0.83-1.39).

Interpretation. Our findings show that tamoxifen is not effective in prolonging survival of patients with HCC.

Comparison between four and eight cycles of intensive chemotherapy in adult acute myeloid leukemia: a randomized trial of the Finnish Leukemia Group

E. Elonen¹, A. Almqvist², A. Hänninen³, S-E Jansson¹, G. Järventie⁴, P. Koistinen⁵, E. Koivunen⁴, R. Lahtinen³, M. Lehtinen⁴, T. Nousiainen³, T-T Pelliniemi⁶, A. Rajamäki⁶, K. Remes⁶, T. Timonen⁵, J. Vilpo⁵, L. Volin¹, and T. Ruutu¹, for Finnish Leukemia Group ¹Helsinki University Central Hospital; ³Kuopio University Hospital; ⁵Oulu University Hospital; ⁴Tampere University Hospital; ⁶Turku University Central Hospital; and ²Vaasa Central Hospital, Finland.

In acute myelogenous leukemia (AML) intensive postremission treatment is needed for an optimal result. However, it is not known how long the treatment should last and how many courses are necessary. The object of this prospective study was to compare four and eight intensive chemotherapy cycles in the treatment of adult *de novo* AML. In a multicenter study, 248 consecutive patients, aged from 16 to 65 years, were treated with intensive induction treatment. The patients in remission after two courses were randomized to receive either two (short arm) or six (long arm) additional intensive cycles of chemotherapy. The median follow-up time of the living patients is 68 months. Of the patients, 77% achieved complete remission, and 36% of all patients survived for 5 years. Seventy-three patients were randomized to the short arm and 66 to the long arm. There was no significant difference in the relapse-free survival (median 21 months vs 17 months) or overall survival (43 months vs 39 months) between the short and long arms, respectively. Treatment-related deaths occurred in 31 patients (13%), 11 of them in first remission. More than one-third of the patients survived for 5 years. It seems probable that the first few months after diagnosis are decisive for the prognosis if the chemotherapy is intensive, and further treatment cannot markedly influence the outcome.

Key words: acute leukemia; myeloid; drug therapy; postremission therapy; treatment outcome; survival

Lung cancer from passive smoking at work

A. Judson Wells, PhD

Objectives. This study was undertaken to determine whether exposure at work to environmental tobacco smoke is associated with an increased risk of lung cancer.

Methods. Data from 14 studies providing information on lung cancer and exposure to environmental tobacco smoke at work were examined. Six quality criteria were developed for determining usable data. A meta-analysis was performed to obtain a combined risk for those data that met the quality restrictions.

Results. Five studies met the quality standards. Their combined relative risk was 1.39 (95% confidence interval [CI] = 1.15, 1.68) based on 835 lung cancer cases. In various meta-analyses prepared by tobacco industry employees or consultants, no increase in risk was found. The main reason for this difference is that the earlier analysts failed to find errors in 2 underlying studies that resulted in overweighting of the odds ratios from those studies, both of which were less than unity.

Conclusions. When appropriate cognizance is taken of the quality of data inputs, the increase in lung cancer risk from workplace exposure to environmental tobacco smoke is about the same as that from household exposure.

20/10 Annals of Oncology, 9: 633-638, 1998

Five-year follow-up of a prospective randomised multi-centre trial of weekly chemotherapy (CAPOMet) versus cyclical chemotherapy (CHOP-Mtx) in the treatment of aggressive non-Hodgkin's lymphoma

N.P. Bailey, N.S.A. Stuart, E.M. Bessell, J.A. Child, D. Norfolk, J. Fletcher, R.J. Grieve, A.V. Simmons, D.L. Barnard, A. Jack, J. Farish, J. Dunn¹, C.M. Woodroffe, C. Stack and M.H. Cullen on behalf of the Central Lymphoma Group

Summary

Background. Weekly alternating regimen known as CAPOMet is compared to standard cyclical chemotherapy (CHOP-Mtx) in aggressive non-Hodgkin's lymphoma (NHL).

Patients and methods. Three hundred and eighty-one patients with aggressive NHL were randomised to receive either cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone and methotrexate (CHOP-Mtx) on a cyclical basis or a weekly regimen incorporating the same drugs with the addition of etoposide (CAPOMET).

Results. After pathological review, 281 patients were deemed eligible. At the census date of 31 March 1994, 158 patients were alive with a median follow up of 5.9 years (minimum 3.0 years). Analysis of all patients and eligible patients showed no significant treatment differences in the rates of complete remission (CR), failure free survival (FFS) or overall survival (OS) between the two arms. The actuarial median OS was 24 months for CAPOMET compared with 31 months for CHOP-Mtx, with five-year actuarial survival rates of 37% and 43%, respectively. Myelosuppression was significantly more severe with CHOP-Mtx and neurotoxicity was much more common with CAPOMET.

Conclusion. Weekly CAPOMET is equally effective as standard cyclical CHOP-Mtx treatment in aggressive NHL.

Key words: CHOP-Mtx vs. CAPOMET; non-Hodgkin's lymphoma; randomised trial

Symptoms in early head and neck cancer: An inadequate indicator

Robert W. Dolan, MD, FACS, Charles W. Vaughan, MD, FACS, and Nabil Fuleihan, MD, Boston, Massachusetts

Screening programs show promise in increasing the rate of early detection of head and neck cancers in high-risk populations. Prout et al. (*Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116: 201-8) examined the usefulness of a large-scale screening program for head and neck cancer in an inner city population by primary care physicians. Symptom assessment was based on the American Cancer Society's "Seven Warning Signs for Cancer," (Cancer manual, 8th ed. Boston: American Cancer Society, Massachusetts Division; 1990. p. 40-64) 4 of which are relevant to the head and neck. However, these signs may be insufficient for detection of early head and neck cancer. We analyzed these and other typical symptoms to determine their role in early detection. Coincident medical problems, tobacco abuse, and alcohol abuse were also analyzed. Our findings indicate that no symptom or symptom complex is strongly correlated with early head and neck cancer for any subsite except the glottis. Symptom duration is an unreliable indicator of the duration of disease. However, patients under medical supervision are more likely to have their cancers detected early, supporting the value of surveillance by the primary care physician. The absence of definite early warning signs for most head and neck cancers suggests the need to develop essential screening criteria. Defining the population that is at high risk for head and neck cancer and subjecting it to an aggressive screening protocol is essential.

20/12 *The Cancer Journal from Scientific American*, 4(supp 2): S5-S12, 1998

New real clinical entities

Richard I. Fisher, MD^a, Maywood, Illinois; Thomas P. Miller, MD^a, Thomas M. Grogan, MD^b, Tucson, Arizona

■ Purpose

In 1994, the International Lymphoma Study Group proposed a "Revised European-American Lymphoma (REAL) Classification of Lymphoid Neoplasms." This classification system was developed because (1) new lymphoid disease entities have been recognized that are not part of the National Cancer Institute Working Formulation (WF) and (2) there was a need to develop a common classification system that could be used internationally. The REAL classification itself had never been tested, however, to determine whether it was reproducible or defined distinct clinicopathologic entities. Therefore, in the past two years, two studies were conducted by the South-West Oncology Group (SWOG) Lymphoma Committee and the Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) Classification Project to validate the REAL classification.

■ Patients And Methods

The SWOG Lymphoma Committee reviewed the pathology and clinical course of 376 previously untreated patients with stage III or IV disease within WF categories A, B, C, D or E who received full-dose cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone (CHOP) in SWOG studies 7204, 7426, and 7713. No patients in this data-base had localized mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma. The NHL Classification Project performed a retrospective study of 1,403 consecutive patients with previously untreated NHL seen between 1988 and 1990 at nine sites around the world. Five expert hematopathologists reached a consensus diagnosis on every case by using histologic, clinical, and immunophenotypic data, and 20% of all cases were randomly reviewed.

■ Results

The most common diagnosis was diffuse large B-cell lymphoma (31%), which combines the large-cell and immunoblastic WF categories (WF G/H). The next most common diagnosis was follicular lymphoma (22%; WF B, C, and D). Marginal zone B-cell (including MALT), peripheral T-cell, small B-lymphocytic, and mantle cell lymphoma each constituted between 5% and 10% of diagnoses. Primary mediastinal large B-cell, anaplastic large T/null cell, high-grade B-cell, Burkitt-like, and precursor T-lymphoblastic lymphoma made up the remaining 10 most frequent diagnoses.

■ Conclusions

The analyses conducted by the SWOG Lymphoma Committee and the NHL Classification Project have demonstrated that the REAL classification does define "real" clinical entities that can be diagnosed by expert hematopathologists. The understanding gained from study of "real" entities should permit hematologists/oncologists to better predict the clinical course of their patients and also to develop improved therapy.

Key words: lymphomas; REAL classification; working formulation; diffuse large B-cell lymphoma; follicular lymphoma; MALT lymphoma; mantle cell lymphoma; peripheral T-cell lymphoma

20/13 *Journal of Neuro-Oncology*, 38: 245-252, 1998.

Current diagnosis and treatment of leptomeningeal metastasis

Lisa M. DeAngelis

Department of Neurology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York, USA

Key words: leptomeningeal metastasis; radiotherapy; chemotherapy; cancer

Summary

Meningeal metastasis occurs in 3-8% of all cancer patients, producing neurologic morbidity and a high mortality. Diagnosis is best established by the demonstration of malignant cells in the cerebrospinal fluid. However, in patients with known cancer, MR scan with gadolinium may be diagnostic when subarachnoid nodules can be demonstrated in the head or spine. Therapy usually involves radiotherapy to symptomatic sites, often followed by intrathecal chemotherapy. Intrathecal chemotherapy is best delivered by an intraventricular reservoir system but can also be delivered by repeated lumbar puncture. Methotrexate, cytarabine and thiotepa are the most common agents instilled into the subarachnoid space. Their limited efficacy can be explained by their restricted spectrum of antitumor activity. Patients with leptomeningeal metastasis from leukemia, lymphoma or breast cancer tend to respond best and this may, in part, be attributed to the relative sensitivity of these primary tumor types to the agents administered intrathecally. Systemic chemotherapy may prove a more attractive alternative to intrathecal drugs since it can penetrate into bulky disease, reach all areas of the subarachnoid space, and not be restricted by CSF bulk flow. The prognosis for patients with leptomeningeal metastasis is poor, most individuals surviving a median of only about four months. Occasional patients do have prolonged survival and improvement of their neurologic function.

First-line treatment of advanced nonsmall cell lung carcinoma with docetaxel and vinorelbine

Charalambos Kourousis, M.D., Ph.D., Nicos Androulakis, M.D., Stelios Kakolyris, M.D., Ph.D., John Souglakos, M.D., George Maltezas, M.D., George Metaxaris, M.D., George Chalkiadakis, M.D., Ph.D., George Samonis, M.D., Ph.D., John Vlachonikolis, Ph.D. and Vassilis Georgoulas, M.D., Ph.D.

Background. Docetaxel and vinorelbine are active agents in the treatment of nonsmall cell lung carcinoma (NSCLC). The efficacy and toxicity of this combination was evaluated in a Phase II study in patients with advanced NSCLC.

Methods. Forty-six chemotherapy-naive patients (44 men and 2 women with a median age of 64 years) with NSCLC (11 with Stage IIIB and 35 with Stage IV disease) were entered into the study; the World Health Organization (WHO) performance status was 0, 1, and 2 in 32, 11, and 3 patients, respectively. Patients received vinorelbine (25 mg/m²) on Day 1 and docetaxel (100 mg/m²) on Day 2 in cycles repeated every 3 weeks. Granulocyte-colony stimulating factor was given to all patients from Day 3 to Day 10.

Results. One hundred and seventy-seven courses of chemotherapy were administered. Adverse events included WHO Grade 4 neutropenia (15 patients), Grade 3 thrombocytopenia (3 patients), Grade 3 anemia (2 patients), Grade 2 and 3 neurotoxicity (7 patients and 1 patient, respectively), and Grade 3 fatigue (2 patients). Twenty patients (43%) required hospitalization: 11 (24%) for neutropenic fever (2 deaths from sepsis), and 9 (20%) for nonneutropenic pulmonary infections (2 deaths from cardiopulmonary insufficiency). The median overall survival was 5 months and the 1-year survival was 24%. Four complete responses (9.8%) and 11 partial responses (26.8%) (overall response rate of 36.6%; 95% confidence interval, 21.8-51.3%) were documented in 41 evaluable patients (intent-to-treat: 32.6%). Stable and progressive disease occurred in 13 patients each (31.7%). The median duration of response was 5 months and the median time to progression was 3 months (6 months for the responders).

Conclusions. This schedule of docetaxel and vinorelbine combination is effective but its relatively high incidence of complicated neutropenia precludes its general use in patients with advanced NSCLC.

Key words: docetaxel; vinorelbine; nonsmall cell lung carcinoma; chemotherapy

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar trabalhos que contribuam para o conhecimento da Cancerologia e ciências afins. Serão aceitos trabalhos tais como artigos opinião, notas, debates, resenha, tese e informes.

Serão fornecidas cinco separatas de cada trabalho publicado na *RBC*, ao seu Autor responsável.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à *RBC*, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da *RBC* e da decisão do seu Conselho Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos ao autor. Os trabalhos aceitos e publicados passarão a ser propriedade da *RBC* sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, assim como sua tradução para outros idiomas, sem prévia autorização da *RBC*.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redacionais, para sua perfeita adequação ao estilo editorial-gráfico da *RBC*, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. No caso de o trabalho incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores do *copyright* dos mesmos.

Os trabalhos devem ser enviados, em duas vias (um original e uma cópia), para:

Revista Brasileira de Cancerologia
Coordenadoria de Ensino e
Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396
Fax: (021) 221-7983
Email: rbc@inca.org.br

Os textos devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas (laudas) datilografadas, em uma só face, em máquina com tipografia *standard*, com espaçamento duplo, em folha de papel tamanho ofício II, com mar-

gens laterais uniformes, de forma que cada lauda tenha 30 linhas de 72 caracteres. Na datilografia, não é obrigatória uma margem direita rigorosa, podendo-se, mesmo, optar por não dividir as palavras em sílabas; porém, é fundamental não completar linhas com sinais gráficos alheios ao texto redigido, tais como: barras, aspas etc. As laudas devem ser numeradas consecutivamente, começando pela página de rosto, na sua extremidade superior direita.

Os textos também podem ser digitados no programa *Word* 6.0, espaço 2(dois), na fonte *Times News Roman* e tamanho 12. Os gráficos e tabelas devem ser configurados no programa *Word*. Tanto os textos quanto os gráficos e tabelas deverão ser encaminhados em disquetes 3½ com duas cópias impressas.

Cada parte componente do trabalho deve iniciar uma nova lauda, sendo a ordem de apresentação do mesmo a seguinte:

Página de rosto

Desta lauda devem constar o título do trabalho (na Língua original e em Inglês), o(s) nome(s) do(s) autor(es) e sua(s) qualificação(ões) profissional(is) e docente(s), além do local de realização do trabalho e seu endereço. Caso o trabalho tenha sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da lauda; o mesmo se aplica a subvenções, com indicação do patrocinador e do número do processo.

Resumos

Devem ser apresentados dois resumos: um em Português, ou na Língua original em que o trabalho foi escrito, e o outro em Inglês. Cada resumo deve conter 15 a 20 linhas e vir acompanhado de um máximo de seis palavras-chaves e key words.

Texto propriamente dito

O texto dos trabalhos deverá ser dividido nos principais subtítulos: *Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão*. As subdivisões dessas seções deverão estar

bem claras, preferencialmente pelo uso de algarismos arábicos, de tal forma que a hierarquia entre os diversos subtítulos fique bem clara (p. ex.: 1., 1.1, 1.2.1 etc.). Outras modalidades de trabalhos deverão manter sua seqüência pertinente, de modo a conservar a hierarquia do texto.

Tabelas

Cada tabela deverá ser datilografada em lauda separada, numerada consecutivamente com algarismos arábicos e com um título que defina e identifique, sucintamente, seu conteúdo (p. ex.: Tabela 5. Alterações circadianas nas frações de colágeno em ossos e em cartilagens). Suas informações devem ser suficientemente claras e devem complementar - e não duplicar - o texto.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todas as fotografias, radiografias, desenhos, esquemas, croquis, resultados de eletroencefalogramas etc., reprodução de documentos (fichas médicas, laudos de laboratório etc.), entre outros.

A fim de que sejam bem reproduzidas, as ilustrações devem ser originais (e não fotocópias). No caso de desenhos, esquemas etc., estes devem ser feitos sobre papel schöler, vegetal ou outro de uso técnico, traçados a nanquim preto; palavras, símbolos, algarismos etc., que componham as ilustrações, devem ser aplicados sobre papel vegetal, que recubra, de modo preciso, as mesmas ilustrações. No caso de fotografias, estas devem ser em preto-e-branco e sobre papel fosco, com pelo menos 12 x 9 cm. Radiografias, ultra-sonografias, fotografias e similares poderão receber uma máscara que indique a melhor área a ser reproduzida.

Cada ilustração deverá ser colada sobre uma lauda cujo rodapé contenha sua legenda, datilografada nos mesmos moldes dos títulos das tabelas (p. ex.: Figura 2. Úmero de quatro dias.) (PAS; 400X).

Fotos coloridas custarão aos autores o preço dos fotolitos (contato prévio com os editores).

Referências

Estas devem ser enumeradas, consecutivamente, na ordem em que são citadas (entre parênteses) no texto. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o *Index Medicus*. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos, etc. não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

A *RBC* segue as orientações para elaboração de referências bibliográficas do Committee of Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part 1): 766-771] e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida. Seguem alguns exemplos:

Artigos de revista - listar todos os autores quando seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*

KROEFF, M. - Câncer e gravidez. Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. *Rev Bras Cancerol*, 1: 31-41, 1947.

HERSH, E.M.; MAVLIGIT, G.M.; GUTTERMAN, J.U. - Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med Clin North Am*, 60: 623-639, 1976.

Livros

ELSEN, H.N. - Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 406, 1974.

Capítulo de livro

WEINSTEIN, L.; SWARTZ, M.N. - Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr. Sodeman WA, eds. Pathologic physiologic: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 457-472, 1974.

Publishing Instructions

The goal of the *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* ("Brazilian Journal of Oncology") is to publish manuscripts that may contribute to the knowledge of Cancer and related fields. There will be accepted papers, articles, opinions, thesis, etc.

There will be given five copies of each published manuscript to its main author.

The manuscripts must have never been published before, and should have been addressed only to RBC. It is not allowed for a manuscript to be forwarded simultaneously to another periodical. Publishing of the manuscripts will depend on the strict observance of RBC's regulations and by decision of its editorial board. Manuscripts that are not accepted will be returned to their authors. Manuscripts accepted and published will become property of RBC, and it is forbidden their publication in other periodicals or their translation to other languages without prior authorization by RBC.

Manuscripts accepted for publication may have their texts slightly modified to perfectly suit RBC's graphical and editorial style, without any alteration of the technical and scientific content. In the case of tables and illustrations previously published by other authors, in other publications, it is up to the author to provide proof of authorization for reproducing them, properly signed by copyright owners.

The manuscripts should be send in two copies to
Revista Brasileira de Cancerologia
Coordenadoria de Ensino e
Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396
Fax: (021) 221-7983
Email: rbc@inca.org.br

The texts should be written in Portuguese, English or Spanish. There is a limit of 15 typewritten pages on one side only. There should be a double space between the lines. The type of letter used should be standard, the paper should be A4 type, and the side margins should be aligned, so that each page contains 30 lines with 72 characters each. The right margin does not have to be strictly aligned, and one can choose not to divide words in syllables; one must not complete a line with graphic signs that are not part of the text (bars, quotation marks, etc.) The pages

should be numbered consecutively, beginning by the cover page, on the upper right side.

The texts can also be computer-written, using Word 6.0, space 2 between lines, using letter type Times New Roman, size 12. Texts and charts should be sent in diskettes 3.5, along with two printed copies. Each one of the different parts of the paper should begin in a new page, and the paper should be presented in the following order:

Cover Page

In this page, there should be the title of the paper (in its original language and in English), the name of the authors and their professional and academic titles, institution where the paper was done and address. If that paper had been presented in a scientific meeting this should be indicated in a footnote; the same goes in case of sponsorship.

Abstracts

Abstracts should be presented in their original language and in English. Each abstract should have from 15 to 20 lines and a maximum of six key words should be indicated.

Texts

The text should be divided in main subtitles: Introduction, Material and Methods, Results, and Discussion. These subdivisions should be very clear, and it is preferred that Arabic numbers are used, so that hierarchy among the different subtitles is well-established (e.g., 1, 1.1, 1.2; 1.2.1, etc.) Other types of papers should keep their proper sequence, so that hierarchy of the text is maintained.

Charts and Tables

Each table should be typed in a separated page, numbered consecutively using Arabic numbers, and a title that summarizes its content (e.g., Table 5. Circadian Alterations in Colagenous Fractions in Bones and Cartilage) Its information should be very clear and add to - and not repeat - the text.

Illustrations

All pictures, X-ray plates, drawings, diagrams, EEG results, etc., reproduction of documents (patient charts, lab results etc.), are considered

In case of drawings, etc., one must use a schöler type paper or other type of paper for technical use, and the drawings should be in black China ink; words, symbols, numbers, etc., that are part of the illustration should be placed on the paper in such a way that it matches accurately that illustration. In the case of pictures, they should be in black and white on a matte paper, with a minimum size of 12 cm X 9 cm. X-ray plates, ultra-sound plates, pictures etc., may receive a mask indicating the best area to be reproduced.

Each illustration should be placed in a page with the legend typed just like the titles of the charts (e.g., Figure 2. Four-day umerus) (PAS; 400X).

In case of colored pictures, the author will have to pay for the photolithography (previous arrangement with the editors is required).

References

They should be listed in the order they are mentioned (in parenthesis) in the text. The title of journal should be abbreviated according to the Index Medicus. Personal notes, under development or unpublished papers should not be included in the bibliography, but rather mentioned in footnotes.

The RBC follows the Committee of Journal Editors guidelines for bibliographical references, published under the title "Uniform Requiremen-

ts for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [Annals of Internal Medicine 1982; 96 9part 1): 766-771] and suggest authors to read it in case of questions. Below there are some examples:

Journal articles - list all authors when less than six; if seven or more list the first three and add et.al.

KROEFF, M. - Câncere grávidez. Sarcoma de parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestaões. Rev. Bras. Cancerol., 1: 31-41, 1947

HERSH, E.M.; MAVLIGIT, G.M.; GUTTERMAN, J.U; Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. Med. Clin. North Am., 60: 623-639, 1976

Books

ELSEN, H.N. - Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 406, 1974

Chapter of a book

WEINSTEIN, L; SWARTZ, M.N. - Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman W.A. Jr. Sodeman W.A. Editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 457-472, 1974



VIDA

SEM CÂNCER DE MAMA

*Faça o auto-exame
mensalmente*

UM TOQUE

W. B. Brewster, J. C. Corbridge, A. L. ... to 1908