

# Revista Brasileira de Cancerologia

ISSN 0034-7116

Vol. 39

Nº 2

*EX. 3*

Abr./Jun.

1993



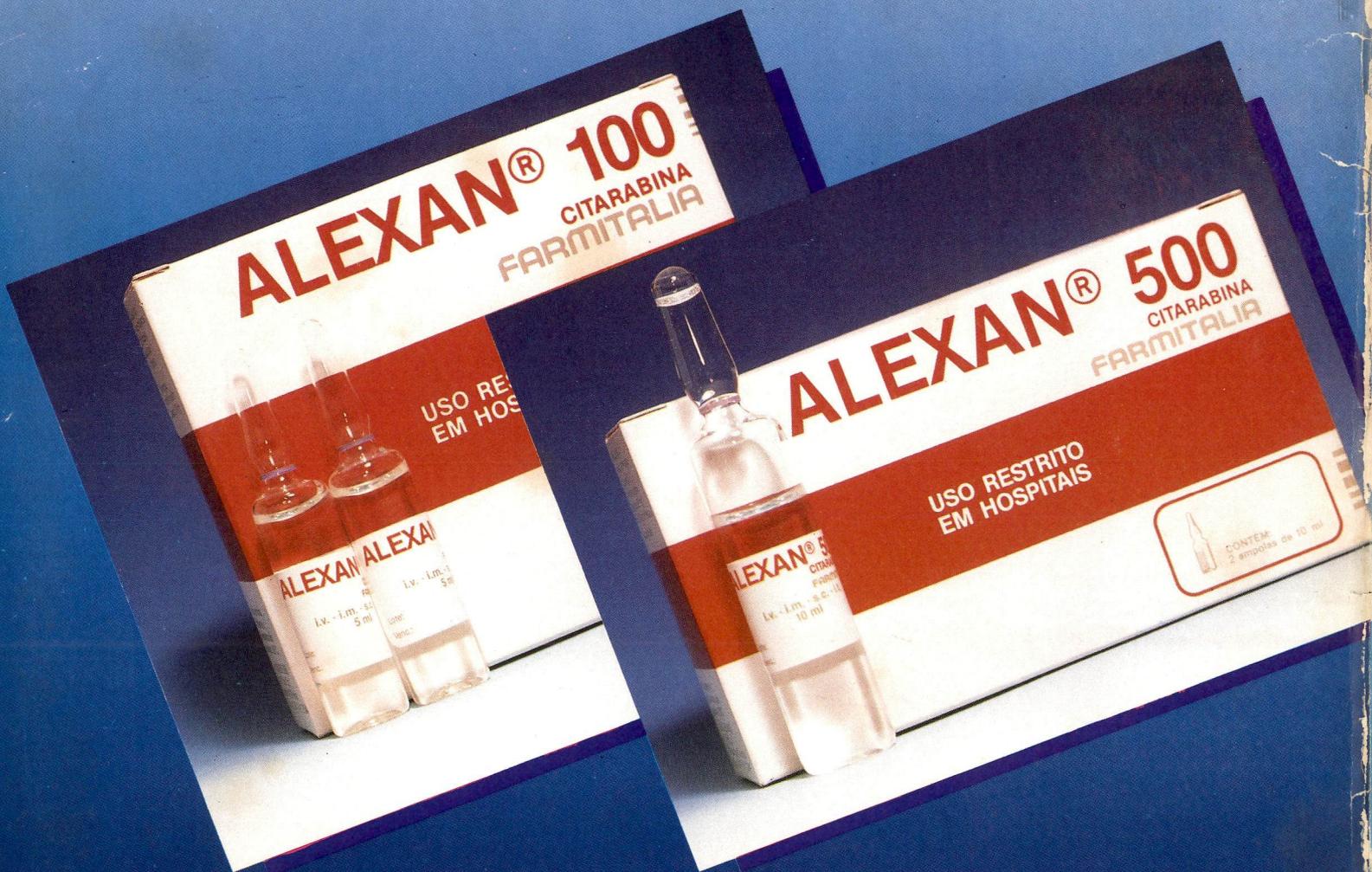
Órgão Oficial das Sociedades Brasileiras de:  
Cancerologia  
Oncologia Clínica  
Oncologia Pediátrica  
Cirurgia Oncológica



Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer (INCa)  
Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

CITARABINA PRONTA PARA USO

# Alexan<sup>®</sup>



\* *Facilidade de manipulação pelo pessoal de enfermagem.*

\* *Perfeitamente adequada para mono e poliquimioterapia.*

\* *Pode ser administrado por via IV, IM, SC e intratecal.*

# Revista Brasileira de Cancerologia



## Revista Brasileira de Cancerologia

### EDITORES

Alfredo Guarischi  
Evaldo de Abreu  
Jorge Wanderley  
Luiz Eduardo Atalécio

### CONSELHO EDITORIAL

Emílio Mitidieri (RJ)  
Ricardo Brentani (SP)  
Vivian Rumjanek (RJ)  
Eduardo Faerstein (RJ)  
Marcelo Gurgel (CE)  
Marcos Moraes (RJ)  
Jayme Marsillac (RJ)  
Jacob Kligerman (RJ)  
Rui Haddad (RJ)  
Renato Amaral (RS)  
Haroldo Juaçaba (CE)  
Luís Carlos Zeferino (SP)  
Nestor Piva (SE)  
Onofre de Castro (RJ)  
Mariã Izabel S. Pinel (RJ)  
Sérgio Faria (SP)  
Paulo Novaes (SP)  
Luis Souhami (Canadá)  
Miguel Guizzardi (RJ)  
Arthur Katz (SP)  
Gilberto Schwartzmann (RS)  
Ademar Lopes (SP)  
Ernani Saltz (RJ)  
José Carlos do Valle (RJ)  
Juvenal Oliveira Filho (SP)  
Sergio E. Allan (RJ)  
Herbert Praxedes (RJ)  
Silvia Brandalise (SP)  
Sergio Petrilli (SP)  
João Paulo Matushita (MG)  
Waldir Pereira (RS)

SBOC: Sergio Lago (RS)  
SBCO: Odilon Souza Filho (RJ)  
RADIOTERAPIA: José Waldemar Petitto (SP)  
SOBOPE: Vicente Odone Filho (SP)  
Soc. Bras. Patologia Cervical Uterina e Colposcopia: Waldemar Rivoire (RJ)

**JORNALISTA RESPONSÁVEL**  
Ana Maria Funke

**PROJETO GRÁFICO E PRODUÇÃO**  
CIDADE-Editora Científica Ltda.  
Rua México, 90 - 2º andar - sala 201  
20031 - 141 Rio de Janeiro - RJ  
Tels.: 240-4578, 240-4728, 262-4764  
Telefax.: 262-5462

**IMPRESSÃO E ACABAMENTO**  
Editora Gráfica Serrana  
Petrópolis - RJ

**SECRETÁRIA**  
Pilar Schlaepfer Prado

**Ministério da Saúde**  
**INCa - Pro-Onco**

Vol. 39

Nº 2 Ex. 3 Abr./Jun. 1993

## Sumário

- 53** Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual  
*Vera Maria Stiebler Leal*
- 61** Tumor de pequenas células intra-abdominal desmoplásico com diferenciação divergente. Relato de caso e revisão da literatura  
*Emílio Marcelo Pereira, Sueli Aparecida Maeda, Maria Aparecida Domingues, Sérgio Pizoni Müller, Aiulca Almeida, Júlio Dalri, Fernando Carlos Schmitt*
- 65** Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico - STO  
*Mírian Aparecida Teixeira, Magda Rodrigues Côrtes Rezende, Mariângela Freitas Lavor, Rosyléa Neves Belém, Maria Aparecida G. Carrullo*
- 89** Metástase de adenocarcinoma de mama em cérvix uterina. Relato de caso  
*Saro Oriana, Ernesto de Paula Guedes Neto, José Spartaco Vial, S. Andreola*
- 91** Atualização científica - Partes I e II
- 107** Informes

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

**Endereço editorial:**

Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)  
Av. Venezuela, 134 - bloco A - 9º andar  
20081-310 - Rio de Janeiro - RJ  
Tels.: 253-1956 - 263-8565  
Fax.: 263-8297



**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 sejam transferidos à revista, desde que aceite para publicação. Os direitos de cópia (copyright) incluem os direitos exclusivos, para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separatas, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser produzida, 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 sumários podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

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

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

# Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual

VERA MARIA STIEBLER LEAL<sup>1</sup>

Trabalho realizado na Divisão de Educação em Câncer da Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pró-Onco) do Instituto Nacional de Câncer (INCa).

## Resumo

*Este artigo teve como objetivo levantar evidências da existência ou não de uma relação entre variáveis psicológicas e surgimento e progressão do câncer, através de uma revisão bibliográfica extensa sobre o assunto. A conclusão foi de que há fortes indícios da existência dessa associação, apesar dos problemas metodológicos inerentes a esse tipo de pesquisa e de um número relativamente pequeno de trabalhos disponíveis sobre o tema. As variáveis psicológicas enfatizadas consistiram de tipo de personalidade e estilos de confrontação com o câncer, por serem consideradas indicadores válidos no prognóstico do câncer e, portanto, por possuírem potencial valor prático. Foram também apresentadas pesquisas investigando os processos fisiológicos mediadores da relação variáveis psicológicas e câncer, salientando a importância dessa área de estudo na comprovação da existência dessa associação. Finalmente, algumas diretrizes foram traçadas, baseadas nas pesquisas discutidas no artigo, para o desenvolvimento mais eficaz de intervenções psicológicas e assessoramento às famílias dos pacientes com câncer e à equipe médica. Foi acentuado que essa eficácia é dirigida a uma ampliação do papel das intervenções psicológicas no sentido de contribuírem para o aumento da sobrevida do paciente.*

**Unitermos:** surgimento do câncer; progressão do câncer; variáveis psicológicas; mediação fisiológica

## Introdução

A partir da década de 50 foram iniciadas pesquisas investigando a teoria de que fatores psicológicos têm influência no surgimento e progressão de doenças, inclusive o câncer. Essa associação teve como fundamento observações clínicas que remontam a Hipócrates [1]. Em 1870, James Paget observou em seu livro "Patologia Cirúrgica": "Os casos em que a ansiedade profunda, a esperança suspensa e o desapontamento são rapidamente seguidos pelo crescimento e aumento do câncer são tão freqüentes, que dificilmente podemos duvidar de que depressão mental é uma adição de peso a outras influências favorecendo o desenvolvimento da condição cancerosa" [2].

Em relação ao câncer, as principais variáveis psicológicas estudadas como associadas a sua origem e desenvolvimento são: estados afetivos, especialmente depressão [3, 4, 5, 6]; eventos de vida estressantes, com destaque para perdas de entes queridos por morte ou divórcio [7, 8, 9]; apoio social, particularmente da família [10, 11, 12]; personalidade e estilos de confrontação

com situações problemáticas da vida. Essas últimas variáveis psicológicas terão, a seguir, uma apresentação detalhada por serem consideradas válidos indicadores no prognóstico do câncer [13]. É importante esclarecer, antes disso, que apesar de não haver uma definição clara a esse respeito nos diversos trabalhos examinados, o termo "personalidade" diferencia-se do "estilo de confrontação" no sentido do primeiro referir-se a um padrão relativamente fixo na relação com a vida, enquanto o segundo associa-se com formas que cada indivíduo adota para enfrentar situações particulares de sua vida, como é o caso do câncer, o que pode ter haver ou não com formas anteriores, assim como pode ser mutável ou não conforme essa situação se desenrola.

## Personalidade e estilos de confrontação no surgimento e progressão do câncer

Desde a década de 50 que se investiga a personalidade propensa ao câncer, que se caracteriza por uma tendência a suprimir emoções, especialmente a raiva, e

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestre em Psicologia, da Divisão de Educação em Câncer do Pró-Onco, INCa. Endereço para correspondência: Rua Conde de Bonfim, 850, bloco 1, ap. 407, CEP 20530-002.

a reagir ao estresse usando um estilo de comportamento reprimido [14]. Em 1952, West e associados [15] relataram estar impressionados com a aquiescência polida, quase como pedindo desculpas dos pacientes com câncer em rápida progressão, em contraste com as personalidades mais expressivas e algumas vezes mesmo bizarras daqueles que tinham sobrevivência longa. No mesmo ano, Bacon e colegas [16] descreveram o paciente típico de câncer de mama como aquele incapaz de exteriorizar impulsos básicos como raiva e agressividade, no qual a frustração resultante é supercompensada por uma fachada de amabilidade. Esses resultados foram confirmados pelo estudo do grupo de Blumberg e West, em 1954 [17].

Na década de 70 vários investigadores relataram resultados ligados a essa questão. Gorzinski e colegas [18] relataram que pacientes com câncer de mama que sobreviveram 10 anos mostraram significativamente menos mecanismos de defesa de estilo repressivo do que um grupo de comparação de pacientes que não sobreviveram à doença. Rogentine e associados [19] descreveram 31 pacientes com melanoma, cuja recaída dentro de um ano foi associada a menos perturbação psicológica para se ajustar à doença. Em uma segunda amostra de pacientes com melanoma, usando o mesmo critério psicológico, aqueles investigadores foram capazes de prever perfeitamente a recaída em 76% dos casos (proporção estatisticamente significativa). Derogatis e colegas [20] elaboraram uma pesquisa em que investigaram as reações psicológicas de dois grupos de mulheres com câncer de mama com metástase; um deles foi categorizado como sobrevivente de curto termo (morreram em menos de um ano) e o outro, de longo termo (viveram por um ano ou mais). O grupo de longa sobrevivência foi sintomático em geral, especialmente em relação à ansiedade e alienação e teve níveis substancialmente mais altos de humor disfórico que as sobreviventes de curto prazo. Esse último grupo, por sua vez, revelou níveis significativamente mais baixos de hostilidade, com níveis mais altos de humor positivo. Os médicos que tratavam dessas pacientes consideraram que as sobreviventes de longo termo mostraram um ajustamento à sua doença significativamente pior do que as de curto prazo. Além disso, as avaliações do entrevistador indicaram que o grupo de sobrevivência longa teve atitudes significativamente piores em relação a seus médicos do que o outro grupo.

Mais recentemente, foi realizada uma interessante pesquisa prospectiva com 69 mulheres com câncer de mama inicial que sofreram mastectomia simples [21, 22, 23]. Essas mulheres tiveram suas reações psicológicas ao diagnóstico do câncer avaliadas três meses após a cirurgia, tendo suas respostas sido classificadas, então, em uma das quatro categorias seguintes: *negação* (negação total de que estivessem com câncer; não demonstraram ou não relataram nenhum distúrbio emocional),

*espírito de luta* (atitude altamente otimista, acompanhada por procura de maiores informações sobre a doença e planos de fazer tudo em seu poder para derrotá-la; nenhum distúrbio foi relatado ou demonstrado na entrevista), *aceitação estóica* (reconhecimento do diagnóstico sem perguntas para informações adicionais, ignorando a doença e seus sintomas, tanto quanto possível, e levando vida normal; ao saber do diagnóstico ficaram perturbadas emocionalmente, mas a atitude estóica que adotaram aliviou seus distúrbios ao longo dos três meses seguintes à cirurgia) e *sentimentos de desamparo/desesperança* (a doença tomou conta de suas vidas completamente, sendo constantemente perturbadas pelas preocupações recorrentes com o câncer e a morte iminente, não havendo qualquer esperança; mostravam distúrbios emocionais óbvios, presentes desde a cirurgia). Após cinco anos, foi constatada uma associação estatisticamente significativa entre as respostas psicológicas iniciais das pacientes ao diagnóstico do câncer e o resultado da doença (morte, ou sobrevivência com metástase ou sem metástase) de cada uma delas, passado aquele número de anos. Isto é, uma consequência favorável da doença foi mais freqüente em pacientes cujas respostas foram categorizadas como negação ou espírito de luta do que em pacientes que mostraram aceitação estóica ou sentimentos de desamparo/desesperança [21]. Essa mesma associação continuou ocorrendo ao se avaliar esse grupo de pacientes decorridos 10 anos [22] e 15 anos da cirurgia [23].

Levy e associados [24] pesquisaram o poder de previsão sobre o prognóstico do câncer de mama de 75 mulheres, de uma célula produzida pelo sistema imunológico, a célula "natural killer" (NK), e de determinados fatores psicológicos. Os resultados da pesquisa trouxeram evidência de que o nível de atividade da célula NK predizia o status da propagação do câncer para os nódulos linfáticos axilares, sendo consistente com um corpo de evidências emergente sugerindo a importância da atividade dessa célula no controle da difusão das micrometástases [25]. Por sua vez, descobriram uma associação estatisticamente significativa entre baixos níveis de atividade da célula NK e ajustamento à doença e maior atividade da célula NK e pacientes perturbadas ou mal-ajustadas à doença. É importante observar que essas pacientes que foram associadas com um status biológico pior, apesar de ajustadas à doença, relataram distúrbios de determinado tipo - depressão, apatia, indiferença, sintomas de fadiga - que, de certo modo, estão associados a um imobilismo, a uma falta de resposta, sendo consistentes com os resultados de Derogatis et al. [21-23]. As conclusões desse estudo contribuíram para lançar luz sobre os mecanismos fisiológicos de mediação, ligando o comportamento ao status biológico de risco.

Dean e Surtees [26] avaliaram o estado psicológico de uma amostra de 122 mulheres com câncer de mama

primário e operável, antes e três meses após a mastectomia, e avaliaram a conseqüência de sua doença, passados 6-8 anos da cirurgia. Constataram que as mulheres que tiveram as piores reações psicológicas à doença, antes da cirurgia, tiveram menos probabilidade de ter recorrência do câncer e aquelas que foram avaliadas três meses após a cirurgia, como se utilizando uma estratégia de negação para se confrontar com a doença, tiveram menor probabilidade de recorrência da doença do que as que utilizaram outros estilos de confrontação. No entanto, os autores fazem uma ressalva a esse último achado no sentido de reconhecerem não terem utilizado uma medida eficiente para classificar os estilos de confrontação.

Pettingale e grupo [27, 28] replicaram sua pesquisa original [21], descrita acima, de forma a aumentar a validade de seus achados. Para isso, utilizaram uma amostra maior de mulheres recentemente diagnosticadas para câncer de mama ( $n = 107$ ), além de uma outra amostra de um câncer diferente (linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin) composta também por pacientes masculinos. Propuseram-se, além disso, a identificar e descrever os componentes das respostas psicológicas globais ("espírito de luta", "negação", "atitude estóica" e "desamparo/desesperança"), levantadas na pesquisa original, de forma a determinar quais desses eram cruciais na confrontação com o câncer e que podiam, dessa maneira, afetar a sobrevivência. As avaliações psicológicas, realizadas aos três e 12 meses após o diagnóstico, consistiram de entrevistas semi-estruturadas que resultaram em três amplos tipos de respostas cognitivas: de avaliação (orientação geral sobre a idéia de "ter câncer"), de afirmativas paliativas (estratégias pelas quais os pacientes manipulam seu pensamento sobre o câncer e tentam reduzir seu impacto) e de confrontação (afirmativas que os pacientes utilizam para se encorajarem a pensar positivamente sobre suas vidas). Nessas entrevistas foram também aplicadas escalas de avaliação psicológica e levantada uma lista de 21 comportamentos sobre o que os pacientes relataram como reações a seus diagnósticos. A análise desses dados levou à identificação de quatro fatores. O primeiro fator - ansiedade/depressão - foi similar à categoria de "desamparo-desperança" e caracterizou-se por alto nível de ansiedade e depressão, uma ausência de respostas cognitivas e um alto número de comportamentos implicando num círculo vicioso de agir sem objetivo, sem aliviar a ansiedade ou depressão e sem planejar consciente ou inconscientemente estratégias de confrontação para lidar com o problema. Isso é apoiado pela crença de que o controle sobre sua saúde depende exclusivamente da sorte ou de figuras poderosas. Não pode ser determinado se a ausência de estratégias cognitivas precede ou segue a ansiedade e depressão. O segundo fator assemelha-se à categoria de "negação" e é caracterizado por ausência de respostas cognitivas, mas

sem distúrbio emocional associado. Talvez isso ocorra entre aqueles que embora reconheçam que têm câncer, confrontam-se com o fato de pensarem muito pouco sobre isso, não elaborando estratégias mentais conscientes para lidar com ele, assim como não têm o comportamento confuso dos que se enquadram no fator 1. Para eles a saúde depende tanto do controle pessoal como de figuras poderosas (por exemplo, Deus ou os doutores), e que a mais efetiva forma de se confrontar com o estresse é bloquear os sentimentos associados com ele, não elaborando, assim, respostas cognitivas. Na medida em que a ansiedade e depressão são mantidas entrincheiradas, este estilo de confrontação é aparentemente efetivo. O terceiro fator, semelhante ao "espírito de luta", caracteriza-se por crença no controle pessoal sobre a saúde e grande número de respostas paliativas e de confrontação e de comportamentos, que são utilizados de forma flexível para se adaptar à situação de estresse, conforme ela se modifica e se desdobra: se uma estratégia é ineficaz, ela é rapidamente substituída para outra mais útil. Ansiedade e depressão estão ausentes. No quarto fator, próximo à "atitude estóica", destaca-se uma visão fatalística em relação ao câncer, considerando-se que o controle sobre a saúde pertence somente à sorte e a figuras poderosas, com ausência de respostas de confrontação. Mas esse estilo de reação difere do "ansiedade-depressão", pois ansiedade e depressão estão ausentes. É importante ressaltar que as respostas psicológicas foram independentes de outras variáveis prognósticas, incluindo o grau histológico e o estágio clínico do tumor, o número de nódulos linfáticos envolvidos ou extensões para estruturas locais. Após cinco anos, os pesquisadores irão examinar as ligações entre os estilos de confrontação dos pacientes, o status psiquiátrico e a sobrevivência.

### **Intervenções psicológicas e conseqüências na progressão do câncer**

Apenas recentemente têm surgido estudos, adequadamente controlados, trazendo evidências de aumento do tempo de sobrevivência em pacientes de câncer submetidos a intervenções psicológicas [29].

Grossarth-Maticek e colegas [30] estudaram mulheres com câncer de mama com metástase, em que um grupo recebeu quimioterapia e o outro não, por terem se recusado a tal. Dentro de cada um desses dois grupos as mulheres foram randomicamente designadas para receberem ou não intervenção psicológica. A sobrevivência foi mais longa para os grupos que receberam apenas quimioterapia ou apenas terapia psicológica, quando comparados ao grupo que não recebeu nenhum tratamento. No entanto, a sobrevivência mais longa coube ao grupo que recebeu tanto quimioterapia como intervenção psicológica, parecendo ter havido a ocorrência de efeitos sinérgicos.

Spiegel e colegas [31] estudaram prospectivamente o efeito de uma intervenção psicológica sobre o tempo de sobrevivência de 86 pacientes com câncer de mama com metástase. A intervenção durou um ano e consistiu de terapia de apoio de grupo, semanal, com 90 minutos de duração. Nas sessões, as pacientes foram estimuladas a expressar seus sentimentos sobre a doença e seus efeitos sobre suas vidas, a discutir formas de se confrontar com a doença, e a desenvolver fortes vínculos entre si, além de lhes ter sido ensinada uma estratégia de auto-hipnose para controle da dor. Ambos os grupos, o experimental ( $n = 50$ ) e o de controle ( $n = 36$ ), compostos de maneira randômica, tiveram assistência oncológica de rotina. Após um acompanhamento de 10 anos, a média de sobrevivência foi de 36,6 meses para o grupo onde houve a intervenção contra 18,9 meses para o grupo-controle, uma diferença estatisticamente significativa. O gráfico de sobrevivência indicou que a diferença na sobrevivência dos dois grupos somente foi iniciada após oito meses do final da intervenção. O interessante é que os autores tinham a expectativa, e de fato obtiveram, de um efeito benéfico do tratamento sobre o humor e o vigor das pacientes, mas não esperavam esse efeito sobre o tempo de sobrevivência. Os autores supuseram que esse tempo de sobrevivência maior foi resultado dos efeitos da melhoria dos estados emocionais tanto sobre os sistemas imunológico e neuroendócrino, por sua vez afetando a progressão do câncer, como sobre a maior disposição dos pacientes em concordar com as prescrições médicas, dieta e exercício.

Fawzy e associados [32, 33] avaliaram os efeitos de curto e longo prazos de uma intervenção psicológica estruturada de grupo, com duração de seis semanas, em pacientes com melanoma, recém-submetidos a cirurgia. Quando comparados ao grupo-controle, os pacientes que receberam a intervenção obtiveram maior vigor ao término da mesma, assim como apresentaram menos depressão, fadiga e distúrbio emocional do humor, passados seis meses. Os pacientes do grupo experimental também demonstraram maior número de respostas de confrontação com o câncer e aumentos significativos da atividade das células NK do sistema imunológico do que os do grupo-controle, tanto após a intervenção como seis meses depois.

### Considerações metodológicas

É importante que sejam levantadas as questões metodológicas relativas ao estudo da influência de fatores psicológicos no surgimento e desenvolvimento do câncer, pois com isso se fornece uma dimensão das limitações dos resultados das pesquisas nessa área.

Levenson e Bemis [29] argumentam que, apesar da quantidade de pesquisas dentro deste tema, desenvolvidas através das décadas, muitas delas possuem fa-

lhas metodológicas, tais como: uso de amostras pequenas e tendenciosas; amostras heterogêneas que misturam pacientes com tipos de câncer muito diferentes ou em diferentes estágios; com análises estatísticas limitadas ou ausentes; controles pobres e viés de dados colhidos retrospectivamente; ausência de controle de potenciais fatores de confusão dos resultados, tais como o hábito do fumo ou de alimentação dos pacientes.

No entanto, essas falhas metodológicas, na maioria dos casos, são conseqüências da dificuldade inerente a esse tipo de estudo. Friedman e Booth-Kewley [34] chamam atenção sobre tópicos que devem ser considerados cuidadosamente quando se planeja uma pesquisa procurando evidência de uma associação entre tipo de personalidade e surgimento e progressão de doenças:

a) Os distúrbios psicológicos associados à doença podem ser resultados e não causa de processos dessa doença.

b) Tipos de personalidade podem levar à doença através de comportamentos insalubres, como o exemplo de uma pessoa muito ansiosa que pode ser levada a comer demais e com isso tornar-se obesa e, por fim, diabética.

c) O estilo de personalidade pode ser relacionado à doença através de uma terceira variável biológica subjacente. Por exemplo, se um sistema nervoso hiper-responsivo é um fator fundamental no desenvolvimento de uma personalidade ansiosa e também no surgimento de doença cardíaca, então ansiedade crônica seria um marcador para essa doença, mas não necessariamente desempenharia um papel causal em seu surgimento.

d) Em geral, uma variedade de diferentes influências causais e redes de realimentação estará funcionando na relação entre personalidade e doença, desde que o corpo seja um sistema interligado. É uma supersimplificação dizer que qualquer fator singular, seja ele psicológico ou outro qualquer, é a causa de uma doença resultante. Assim, predisposição genética à doença, agressões externas como viroses ou traumas, processos do desenvolvimento (idade), diferenças hormonais e outros fatores podem estar envolvidos na etiologia da doença. Portanto, várias pessoas predispostas à doença X não desenvolverão a doença X, mas, por outro lado, relativamente poucas pessoas que não são predispostas à doença X irão desenvolvê-la.

e) A evidência mais forte desta associação psicossomática terá que vir da pesquisa fisiológica, que identifica os mecanismos da doença e mostra como eles podem ser afetados pelos fatores psicológicos, dadas as dificuldades metodológicas envolvidas nesta área de estudo. Mas essa tarefa é bastante difícil. Primeiro, os processos das doenças crônicas mais sérias não estão bem entendidos, principalmente em termos de etiologia. Segundo, constructos psicológicos como estresse, personalidade e estilos de confrontação não estão ain-

da adequadamente operacionalizados pelos fisiologistas, como, por exemplo: o estresse a que um cão é submetido recebendo choques elétricos em um experimento de laboratório tem diferenças daquele sofrido por uma recente viúva. Terceiro, os sistemas fisiológicos e bioquímicos do corpo humano são inter-relacionados e freqüentemente interdependentes e, assim, ligações causais são difíceis de descobrir. No entanto, os processos fisiológicos são as condições delimitadoras para o entendimento psicológico: *é simplório postular um modelo psicológico de etiologia de uma doença que seja fisiologicamente impossível.*

### A mediação dos processos fisiológicos

A identificação dos mecanismos fisiológicos que baseiam a relação entre fatores psicológicos e o aparecimento ou progressão do câncer é, por conseguinte, fundamental, portanto, tanto para que se forneçam maiores evidências dessa associação como para que se possa aplicar esse conhecimento no tratamento e prevenção do câncer. Tem sido levantada a hipótese de que a influência de fatores psicológicos sobre o câncer é mediada via sistema imunológico ou endócrino ou entre ambos interligados [14, 20].

Melhor dizendo, essa relação psicossomática está se tornando clara através dos estudos que demonstram uma inter-relação entre os diferentes tipos de regulação que governam os sistemas hormonal, imunológico, hematopoiético e neurológico [35].

A mediação do sistema imunológico dentro dessa associação psicossomática, no entanto, é a que tem trazido maior interesse entre os pesquisadores [29]. Duas linhas separadas de pesquisa procuram esclarecer essa associação, correspondendo a duas hipóteses interligadas: 1) variáveis psicológicas influenciam o sistema imunológico e 2) o sistema imunológico influencia o surgimento e desenvolvimento do câncer.

A relação variáveis psicológicas/sistema imunológico tem sido alvo de muitos estudos e há uma evidência crescente de que o funcionamento do sistema imunológico não é autônomo e sim estreitamente ligado a processos psicofisiológicos e ainda sujeito a regulação pelo cérebro. Por isso, esse campo de estudo é denominado psiconeuroimunologia [36]. Um dos motivos que levou ao grande interesse atual nesse campo de estudo foi o aparecimento da epidemia de AIDS. Essa doença é estreitamente relacionada com o funcionamento do sistema imunológico e, por causa da grande variabilidade nas taxas de progressão do HIV, após a soroconversão, uma questão de grande interesse é saber se variáveis psicológicas podem agir como co-fatores [37]. Os pesquisadores têm usado várias populações diferentes e tanto estressores agudos como crônicos parecem ter conseqüências imunológicas. Psiquiatras têm procurado por possíveis marcadores imunológicos para vários distúr-

bios comparando dados de pacientes psiquiátricos, particularmente pacientes deprimidos, com dados de pacientes assintomáticos do grupo-controle. Os pacientes deprimidos comumente têm função imunológica mais pobre do que o grupo não-deprimido [38]. Uma série de estudos envolvendo dados imunológicos, endócrinos e comportamentais demonstrou que pode haver conseqüências de longa duração seguindo um estressor urbano importante [39]. Vários estudos têm mostrado que o pesar, como uma resposta psicológica à perda de um relacionamento, altera aspectos da função imunológica [40]. Levy e colegas [41] acharam uma associação entre nível percebido de apoio social e atividade das células NK em 120 pacientes com câncer de mama nos estágios I e II. Como já foi dito anteriormente, a importância das células NK reside no fato de atualmente se considerar que elas têm a função de realizar a vigilância das células malignas, através do reconhecimento e destruição das células mutantes que podem ter programas pré-cancerosos [29]. Dados dos estudos de Kiecolt-Glaser et al [42, 43] sugerem que o relaxamento pode ter conseqüências imunológicas positivas e Pennebaker e colegas [44] fornecem evidências preliminares de que a mesma conseqüência pode ocorrer na exteriorização de eventos problemáticos ou traumáticos reprimidos.

Apesar de toda essa evidência da influência dos fatores psicológicos no funcionamento do sistema imunológico e no conhecimento do papel do desempenho desse sistema no surgimento de tumores, segundo Levenson e Bemis [29], é ainda muito cedo para se argumentar por um modelo integrativo para o surgimento e progressão do câncer que aja via sistema imunológico sob a influência de variáveis psicológicas. Isso porque existem variáveis estranhas, tais como a composição genética ou fatores culturais, que podem influenciar a eficiência imunológica e a susceptibilidade aos estresses, até então sem serem consideradas nos estudos.

O trabalho de Levy et al [24, 45], no entanto, forneceu alguma luz na questão das interações variáveis psicológicas/sistema imunológico e as conseqüências do câncer, em indivíduos que já tinham essa doença. Esses autores examinaram a atividade das células NK e três indicadores de distúrbio em mulheres com câncer de mama, na época da mastectomia e três meses depois. Eles concluíram que o nível de ajustamento, falha de apoio social, fadiga e sintomas depressivos explicavam 30% da variação das células NK vista depois de três meses. Nesse grupo, mais nódulos metastáticos foram também associados com características depressivas e decréscimo da atividade das células NK.

### Conclusões

Apesar de haver dificuldades metodológicas envolvidas nas pesquisas de investigação da influência de variáveis psicológicas na origem e curso do câncer,

assim como um número relativamente pequeno de estudos sobre essa associação, sem dúvida nenhuma há fortes indícios de que ela realmente existe. Falta ainda, no entanto, um aprofundamento de como essa associação ocorre, ou seja, dos processos psicológicos e fisiológicos envolvidos nessa relação. Esses conhecimentos são fundamentais no sentido de ampliar as possibilidades de aplicação prática na prevenção e, principalmente, no tratamento do câncer.

No entanto, com o conhecimento existente até agora já é possível tirar conclusões de ordem prática, úteis na abordagem do câncer. Caso semelhante ao do estudo da relação entre dieta e câncer, da qual se conhece pouco sobre seus mecanismos mediadores, onde já se aplicam as informações existentes no sentido da prescrição de determinados hábitos alimentares, supostos como protetores contra o câncer, na prevenção e tratamento dessa doença.

Em relação à prevenção do surgimento do câncer, a possível aplicação prática se daria em intervenções psicológicas que modificassem características de personalidade consideradas como predispondo o indivíduo ao câncer, especialmente a repressão de sentimentos e impulsos básicos, como a raiva e a agressividade. No entanto, o papel da personalidade na origem do câncer é apenas de uma predisposição maior que o indivíduo possui, onde, sem dúvida, outros fatores têm muito maior influência. Por isso, esse tipo de intervenção só seria válido para aquelas pessoas possuidoras de características que as colocassem dentro de um grupo de risco para um ou mais cânceres.

Entre os indivíduos que já têm câncer, porém, existem várias possibilidades de intervenções úteis no sentido de melhorar o prognóstico da doença, utilizando-se o resultado de pesquisas apresentadas neste artigo.

O assessoramento dado às famílias dos pacientes com câncer e à equipe médica, já realizado em algumas unidades de tratamento do câncer, por exemplo, poderia ser enriquecido ao serem trabalhadas as seguintes noções:

1 - O paciente com câncer necessita ser estimulado e ter espaço para liberar seus sentimentos negativos em relação a sua doença, especialmente na fase inicial seguinte a seu conhecimento do diagnóstico. É importante observar que essa fase caracteriza-se pela tomada de consciência de uma perda fundamental, a da saúde, e pode ser comparada à de alguém que toma conhecimento da perda de algum ente querido.

2 - O grau de apoio e atenção dado ao paciente com câncer influi em sua sobrevivência, especialmente entre aqueles que se queixam pouco e mostram pouca reação à doença. Em geral esses indivíduos dispõem de poucos recursos próprios para se auto-apoiarem, mas, paradoxalmente, deixam transparecer pouca necessidade do suporte de outros.

Por outro lado, as intervenções psicológicas, existentes em algumas instituições de câncer, poderiam ter seu papel ampliado, face às evidências de que elas podem influir positivamente no curso dessa doença, se dirigidas de forma apropriada. Em geral, essas intervenções são consideradas como um trabalho humanístico visando apenas melhorar o bem-estar do paciente, desconhecendo-se a sua função dentro do tratamento do câncer em si. Algumas diretrizes podem ser traçadas, baseadas nas conclusões das pesquisas aqui discutidas, de forma a tornar as intervenções psicológicas mais eficientes no sentido de uma maior sobrevivência do paciente com câncer:

1 - Todos os pacientes devem ter um acompanhamento de apoio, por parte dos psicoterapeutas, ao tomarem conhecimento de sua doença. No entanto, no encaminhamento para uma intervenção terapêutica, a prioridade deve recair entre aqueles pacientes previamente avaliados como adotando uma atitude estóica ao câncer e entre aqueles que reagem a ele de forma desordenada e fatalística. Isso porque esses pacientes parecem ser o de pior prognóstico, provavelmente motivado pela incapacidade de se auto-apoiarem com estratégias eficientes para enfrentá-lo.

2 - Sempre que possível, a intervenção terapêutica deverá ser realizada em grupos, de forma a que se possa estimular o desenvolvimento de fortes vínculos entre os componentes. Esses vínculos servirão para a obtenção de apoio mútuo entre os pacientes, extremamente necessário nesse momento em que há um intenso sentimento de isolamento social.

3 - Os pacientes devem ser estimulados a exteriorizar ao máximo seus sentimentos negativos relacionados ao "ter câncer" e às implicações desse fato, e isso em todos os aspectos de sua vida.

4 - Deve ser desenvolvida no paciente a percepção de que ele pode influir no curso de sua doença, desempenhando um papel ativo ao longo de seu processo.

5 - Os pacientes necessitarão aprender a desenvolver um grande número de maneiras diversificadas de se confrontar com o câncer, que deverão ser usadas de forma flexível para atender às necessidades de cada nova situação que irá surgir ao longo do processo da doença. Essa confrontação irá dirigir-se tanto à elaboração de estratégias para a resolução de problemas como para atenuar, para si mesmos, o impacto emocional de eventos que não possam ser mudados.

#### Referências bibliográficas

1. ALLPORT GW. Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart and Winston 1961.
2. COX T, MACKAY C. Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancer. Soc Sci Med 1982; 16: 381-396.
3. ZONDERMAN AB, COSTA PT Jr., McCRAE RR. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. JAMA 1989; 262: 1191-1195.

4. SHAKIN EJ, HOLLAND J. Depression and pancreatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 1988; 3: 194-198.
5. JAMISON RN, BURISH TG, WALLSTON KA. Psychogenetic factors in predicting survival of breast cancer patients. *J Clin Oncol* 1987; 5: 722-798.
6. CASSILETH BR, LUSKEJ, MILLER DS. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 1551-1555.
7. RAMIREZA, CRAIG TJ, WATSON JP, FENTIMEN IS. Stress and relapse in breast cancer. *BMJ* 1989; 298: 291-293.
8. JONES DR, GOLDBLATT PO, LEON DA. Bereavement and cancer. Some data on deaths of spouses from the longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys. *BMJ* 1984; 289: 461-464.
9. FUNCH DP, MARSHALL J. The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *J Psychosom Res* 1983; 27: 77-83.
10. FRIEDMAN LC, BAER PE, NELSON DV, LANE M, SMITH FE, DWORKIN RJ. Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom Med* 1988; 529-533.
11. GOODWIN JS, HUNT WC, KEY CR, SAMET JM. The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients. *JAMA* 1987; 258: 3125-3128.
12. HISLOP GT, WAXLER NE, COLDMAN AJ, ELWOOD JM, KAN L. The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *J Chronic Dis* 1987; 40: 729-735.
13. ROYAK-SCHALER R. Psychological processes in breast cancer: A review of selected research. *J Psychosocial Oncol* 1991; 9: 71-89.
14. LOVESTONE S, FAHY T. Psychological factors in breast cancer. *BMJ* 1991; 302: 1219-1220.
15. WEST PM, BLUMBERG EM, ELLIS FW. An observed correlation between psychological factors and growth rate of cancer in man. *Cancer Res* 1952; 12: 306.
16. BACON CL, RENNEKER R, CUTLER M. A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine* 1952; 14: 453.
17. BLUMBERG EM, WEST PM, ELLIS FW. A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosom Med* 1954; 16: 277-286.
18. GORZINSKI G, HOLLAND J, ZUMOFF B. A ten-year psychoendocrine follow-up of women studied before breast biopsy. 34<sup>o</sup> Encontro Anual da American Psychosomatic Society, Atlanta, março de 1977.
19. ROGENTINE GN, FOX BH, VANKAMMEN DP. Psychological and biological factors in the short term prognosis of malignant melanoma. 35<sup>o</sup> Encontro Anual da American Psychosomatic Society, Washington, DC, março de 1978.
20. DEROGATIS LR, ABELOFF MD, MELISARATOS N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 1979; 242: 1504-1508.
21. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet* 1979; 2: 785-787.
22. PETTINGALE KW, MORRIS T, GREER S, HAYBITTLE JL. Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet* 1985; 1: 750.
23. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW, HAYBITTLE JL. Psychological response to breast cancer and fifteen year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
24. LEVY SM, HERBERMAN RB, MALUISH AM, SCHLIEN B, LIPPMAN M. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology* 1985; 4: 99-113.
25. HERBERMAN R, ORTALDO J. Natural killer cells: Their role in defenses against disease. *Science* 1981; 21: 24-30.
26. DEAN C, SURTEES PG. Do psychological factors predict survival in breast cancer? *J Psychosom Res* 1989; 33: 561-569.
27. PETTINGALE KW, BURGESS C, GREER S. Psychological response to cancer diagnosis. I - Correlations with prognostic variables. *J Psychosom Res* 1988; 32: 255-261.
28. BURGESS C, MORRIS T, PETTINGALE KW. Psychological response to cancer diagnosis. II - Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *J Psychosom Res* 1988; 32: 263-272.
29. LEVENSON JL, BEMIS C. The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991; 32: 124-132.
30. GROSSARTH-MATICEK R, SCHMIDT P, VETER H. Psychotherapy research in oncology. In: Steptoe A., Mathews A., eds. *Health Care and Human Behavior*. London: Academic 1984.
31. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-891.
32. FAWZY FI, COUSINS N, FAWZY WW. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I - Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-725.
33. FAWZY FI, KEMENY ME, FAWZY W. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II - Changes over time in immunologic measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 729-735.
34. FRIEDMAN HS, BOOTH-KEWLEY S. The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *Am Psychol* 1987; 42: 539-555.
35. JASMIN C, LÊ MG, MARTY P, HERZBERG R, PSYCHO-ONCOLOGIC GROUP. Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. *Ann Oncol* 1990; 1: 22-29.
36. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, COMPREHENSIVE CANCER CENTER. Psychoneuroimmunology: Past, present, and future. *Health Psychol* 1989; 8: 677-682.
37. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *Am Psychol* 1988; 43: 892-898.
38. STEIN M, KELLER SE, SCHLEIFER SJ. Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. *J Immunol* 1985; 135: 827s-833s.
39. MCKINNON W, WEISSE CS, REYNOLDS CP, BOWLES CA, BAUM A. Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses. *Health Psychol* 1989; 8: 389-402.
40. HOLLAND JC. Behavioral and psychosocial risk factors in cancer human studies. In: Holland J.C., Rowland J.H., eds. *Handbook of Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press 1989: 612-627.
41. LEVY SM, HERBERMAN RB, WHITESIDE T. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1990; 52: 73-85.
42. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, STRAINE, STOUT J, TARR K, HOLLIDAY J. Modulation of cellular immunity in medical students. *J Behav Med* 1986; 9: 5-21.
43. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, WILLINGER D, STOUT J, MESSICK G, SHEPPARD S. Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychol* 1985; 4: 25-41.
44. PENNEBAKER JW, KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Disclosure of traumas immunofunction: Health implications for psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 239-245.
45. LEVY S, HERBERMAN R, LIPPMAN M. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 1987; 5: 348-353.



## **8º Congresso Brasileiro de ONCOLOGIA CLÍNICA**

*S. Paulo, 9 a 12 de Outubro/93*

### **Convidados Estrangeiros confirmados**

- Dr. Walter J. Urba - NCI - Estados Unidos
- Dr. Gianni Bonadonna - Inst. Nazionale di Tumori - Itália
- Dr. Herbert M. Pinedo - Free University - Holanda
- Dr. Robert F. Ozols - Fox Chase Cancer Center - EUA
- Dr. Fernando Cabanillas - MDA - Estados Unidos
- Dr. Muhyi Al Sarraf - Wayne State University - EUA
- Dr. Lawrence H. Einhorn - Indiana University - EUA
- Dr. Alan Yagoda - New York Hospital - EUA
- Dr. Edward S. Newlands - Charing Cross - Inglaterra

### **Prêmio Especial**

*A Comissão Organizadora decidiu privilegiar os trabalhos inscritos e selecionados por seus méritos de originalidade, importância científica e metodologia, confirmando sua inclusão para apresentação oficial em plenário e oferecendo o patrocínio de transporte aéreo e hospedagem a seus autores titulares.*

### **Informações complementares**

**Fones (0192) 39.1122 / 39.1123 - 39.4181 (fax) - Falar com Sra. Raquel**

# Tumor de pequenas células intra-abdominal desmoplásico com diferenciação divergente. Relato de caso e revisão da literatura

EMÍLIO MARCELO PEREIRA<sup>1</sup>, SUELI APARECIDA MAEDA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA DOMINGUES<sup>3</sup>, SÉRGIO PIZONI MÜLLER<sup>4</sup>, AIULCA ALMEIDA<sup>5</sup>, JÚLIO DALRI<sup>6</sup>, FERNANDO CARLOS SCHMITT<sup>7</sup>

## Resumo

*Um tipo distinto de tumor maligno de pequenas células tem sido descrito devido a sua peculiar localização intra-abdominal com predileção para envolvimento pélvico. Alguns autores têm designado este tumor como tumor intra-abdominal de pequenas células com diferenciação divergente. Esse tumor tem um perfil imuno-histoquímico peculiar, que é a co-expressão de marcadores musculares, epiteliais e neuroendócrinos. Este artigo descreve um caso de paciente do sexo masculino de 17 anos, com tumor abdominal apresentando características clínico-morfológicas e imuno-histoquímicas semelhantes às descritas para esta nova entidade. Uma revisão da literatura é também apresentada.*

**Unitermos:** tumor de pequenas células redondas; peritônio; imunoperoxidase

## Introdução

Tumor de pequenas células redondas desmoplásico intra-abdominal é uma entidade descrita inicialmente por Gerald e Rosai [1] como sendo uma neoplasia pertencente ao grupo de tumores de pequenas células da infância e adolescência, porém com aspectos topográficos, morfológicos e imuno-histoquímicos distintos. Ordóñez e cols. [2] descreveram anteriormente um tumor epitelial de pequenas células do peritônio co-expressando filamentos intermediários que parecem responder à mesma entidade. Relatos posteriores [3, 4] têm descrito casos com designações diferentes, porém sempre ressaltando a propriedade do tumor em co-expressar diferentes tipos de filamentos intermediários.

Nosso trabalho relata o primeiro caso na literatura nacional desta neoplasia, enfatizando seus achados morfológicos e imuno-histoquímicos, bem como os seus diagnósticos diferenciais.

## Relato do caso

Trata-se de paciente do sexo masculino, 17 anos, com quadro de aumento de volume abdominal há 8

meses. Ao exame, apresentava massa abdominal em fossa ilíaca esquerda, hipogástrio e ilíaca direita. Ausência de adenomegalias periféricas. Tomografia computadorizada evidenciou massas tumorais difusas no abdome, inclusive com invasão hepática. Foi levado à laparotomia e encontrada tumoração móvel de 15x8 cm com disseminação abdominal incluindo epíploon, diafragma e fígado. A pelve apresentava-se congelada, com massa fixa irressecável em fossa ilíaca esquerda. Foram realizados quatro ciclos de quimioterapia com cisplatina, vepeside e bleomicina. Nova tomografia abdominal revelou discreta redução das massas hepáticas e da massa pélvica. Foram realizados mais três ciclos de quimioterapia com ifosfamida mesna e adriamicina. Nova laparotomia realizada 8 meses após a 1ª cirurgia mostrou massa tumoral disseminada em abdome e pelve. Após dois meses foi internado com massa abdominal palpável, ascite volumosa e quadro radiológico de metástases pulmonares bilaterais.

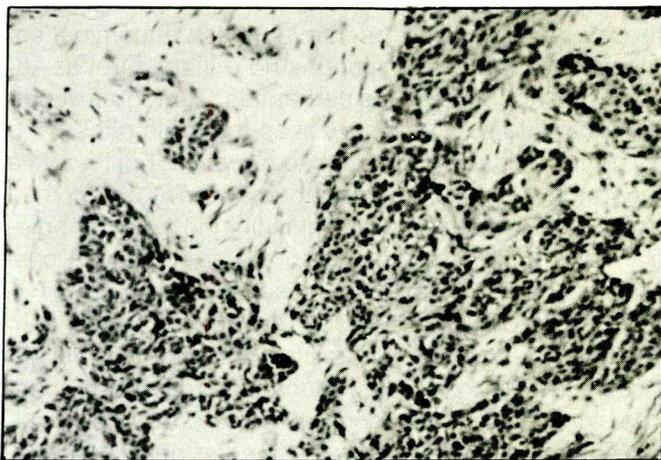
Evoluiu com quadro de caquexia, aumento de volume abdominal, ascite, falecendo em quadro de insuficiência respiratória.

<sup>1</sup>Residente do 3º ano do Departamento de Patologia FM Botucatu - UNESP - SP; <sup>2</sup>Médica Patologista do Departamento de Patologia do FM Botucatu - UNESP - SP; <sup>3</sup>Médica Patologista do HEMOSC - Hemocentro de Santa Catarina; <sup>4</sup>Médico Oncologista do Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis (CEPOM); <sup>5</sup>Médico Oncologista do Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis (CEPOM); <sup>6</sup>Cirurgião Geral do Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis (CEPOM); <sup>7</sup>Professor Assistente-Doutor do Departamento de Patologia da Fac. Med. Botucatu - UNESP - SP. Endereço do autor para correspondência: Departamento de Patologia - Faculdade de Medicina de Botucatu - 18618-000 - Botucatu - SP.

## Patologia

**Macroscopia:** o tecido tumoral ressecado era constituído por estrutura nodular elástica, pardo-acinzentada, pesando 700 g e medindo 15 x 10 x 9 cm. A superfície externa exibia nodulações grosseiras e aos cortes a superfície era ora branco-acinzentada, ora amarelada, com áreas hemorrágicas de permeio. Acompanhava porção de epíploon medindo 40 x 15 x 3 cm, mostrando múltiplas nodulações de até 3,5 cm de diâmetro, com superfície de corte branco-acinzentada, fosca, com consistência elástica.

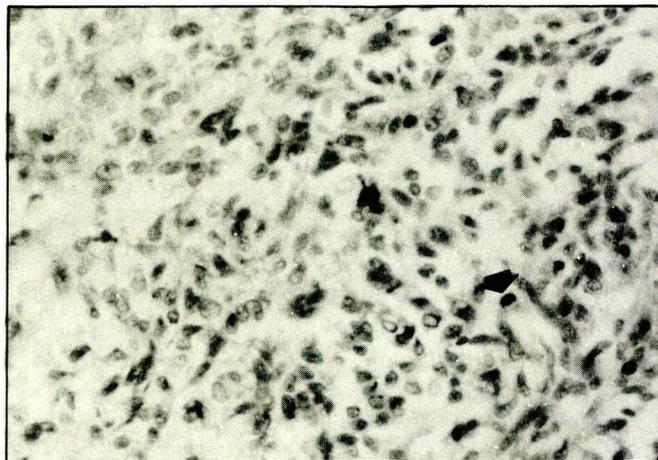
**Microscopia (aspectos histológicos):** os cortes exibiam neoplasia sólida densamente celular com núcleos ora ovóides, ora alongados de citoplasma denso, eosinofílico e pouco definido. As células neoplásicas apresentavam-se arranjadas em lençóis, ocasionalmente entremeadas por capilares e faixas de tecido colagenizado. Pleomorfismo nuclear era marcado e figuras de mitose freqüentes, muitas das quais atípicas. Em áreas, as células neoplásicas se arranjavam em ilhas compactas de aspecto epitelióide, circundadas por estroma denso mixóide (Figura 1).



**Figura 1** - Aspecto histológico do tumor de pequenas células intra-abdominal desmoplásico caracterizado por grupos coesos de células imersos em estroma fibromixóide (HE, 200 x).

**Imuno-histoquímica:** o estudo imuno-histoquímico foi realizado através da técnica de Avidina-Biotina-Peroxidase, tendo sido pesquisados os seguintes marcadores: ceratina (AE1/AE3), (Hybritech 1:500), vimentina (Dako corp., 1:500), desmina (Dako corp., 1:100), antígeno de membrana epitelial (Dako corp., 1:40), enolase neuronal específica (Dako corp., 1:500), proteína S100 (Dako corp., 1:200), antígeno carcinoembrionário (Dako corp., 1:200) e alfa-1-antitripsina (Dako corp., 1:4000).

As células neoplásicas foram positivas para ceratina (AE1/AE3), antígeno de membrana epitelial (EMA), enolase e desmina. Para este último filamento intermediário o padrão de coloração foi nodular paranuclear (Figura 2). Os demais marcadores foram negativos.



**Figura 2** - Positividade focal e em padrão globular paranuclear para desamina (seta) em tumor de pequenas células intra-abdominal desmoplásico (AB, 400 x).

## Discussão

Rosai e cols. em apresentação especial para a Sociedade de Patologia Pediátrica da América do Norte, em 1988, chamaram a atenção para a existência de uma neoplasia primária peritoneal que tinha aspectos clínicos e patológicos semelhantes ao caso aqui descrito. A descrição destes casos culminou com a primeira publicação desta entidade [1], que foi denominada neoplasia de pequenas células desmoplásica com diferenciação divergente. Este trabalho descreve um grupo de pacientes com volumoso tumor peritoneal, aderido ao omento e que histologicamente exibia ninhos de células pequenas em um estroma fibromixóide denso. A idade dos pacientes variou entre 8 e 38 anos, e o curso clínico era agressivo com implantes intra-abdominais, metástases à distância e pobre resposta à quimioterapia. O perfil imuno-histoquímico era perturbador, pois mostrava positividade para marcadores epiteliais (ceratina e EMA), mesenquimais (desmina) e neuroendócrinos (enolase e proteína S100).

Posteriormente vários trabalhos foram publicados com relatos de casos semelhantes. A maior série de casos foi relatada por Gerald e cols., com 19 casos [3]. Nestes casos nota-se uma predileção para adolescentes do sexo masculino com idade média de 18 anos e comportamento agressivo. A clínica da maioria dos casos era de distensão e dor abdominal com massa freqüentemente palpável e ascite ocasional. A localização pélvica era preferencial e dominante, freqüentemente com nodulações satélites.

O aspecto mais notável desta neoplasia é a presença de diferenciação histogenética divergente com positividade para marcadores epiteliais e mesenquimais [2, 4]. De forma genérica é possível classificar as neoplasias em seu principal grupo histogenético usando anticorpos contra filamentos intermediários. Estudos recentes têm demonstrado que células não neoplásicas e tumorais

expressam mais de uma classe de filamentos intermediários [5]. Um exemplo é a positividade para ceratinas, vimentina e desmina em mesotélio, músculo liso (normal e neoplásico) e alguns rhabdomyosarcomas [6-10]. Os "tumores de pequenas células desmoplásicas com diferenciação divergente" parecem ter natureza epitelial devido ao padrão de crescimento histológico observado na microscopia ótica, positividade para ceratina e EMA e pela presença de desmossomos à microscopia eletrônica. Por outro lado, a positividade para vimentina e desmina indica que a neoplasia também possui diferenciação mesenquimal [2]. O padrão de positividade de forma globóide paranuclear dos dois últimos marcadores estão correlacionados com a concentração de filamentos intermediários nesta região [2]. Os estudos citogenéticos destes tumores mostram translocações cromossômicas próprias. Sawyer e cols. relatam um caso em que a neoplasia exibia translocação T [11, 12] (p13; q12), diferente, portanto, daquela encontrada em outros tumores de pequenas células que tem o ponto de ruptura no cromossoma 22 (q12) e do sarcoma de Ewing [11, 22] (q 24; q 12) [12].

Diagnósticos diferenciais destes tumores, com base na morfologia e imuno-histoquímica, incluem mesotelioma maligno, neoplasias de células germinativas, tumor de Wilms e carcinóide [3]. O principal deles é o mesotelioma maligno pelo seu padrão de disseminação peritoneal difusa, diferenciação epitelial das células tumorais e o fato de que o mesotélio fetal expressa ceratina e desmina [6]. Porém, tal tecido também expressava actina músculo-específica (não encontrada nos casos relatados). Além disso, não é encontrada a expressão de marcadores neuroendócrinos em células mesoteliais, e as características clínicas do mesotelioma maligno do peritônio são distintas, desde que este afete principalmente indivíduos do sexo masculino com idade avançada e freqüentemente com história prévia de exposição e asbestos.

Tumores neuroendócrinos e carcinóides tipicamente se apresentam como cordões e ninhos de pequenas células envoltas por estroma fibroso, podendo originar-se em sítios incomuns [4] incluindo o mesentério [13], e exibir diferenciação multidirecional. Entretanto, os carcinóides em geral são primitivos do trato gastrointestinal e não exibem marcadores fenotípicos de diferenciação mesenquimal. Outras neoplasias malignas de pequenas células, como o tumor neuroectodérmico primitivo, nefroblastoma e sarcoma de Ewing, devem ser consideradas no diagnóstico diferencial do tumor de pequenas células desmoplásico com diferenciação divergente. A localização preferencial, os achados morfológicos e o perfil imuno-histoquímico são essenciais para o diagnóstico definitivo.

O caso descrito por nós se enquadra dentro das características clínicas, morfológicas e imuno-histoquí-

micas deste interessante grupo de neoplasias e, até o presente, nos parece ser o primeiro descrito em nosso país. Certamente a divulgação destes casos poderá propiciar um maior número de diagnósticos, desde que o desconhecimento desta entidade leve a uma interpretação errônea e a diagnósticos equivocados.

### Summary

*A distinct type of malignant small cell tumor has been described because of its peculiar intra-abdominal location as well as pelvic involvement. Some authors have designated the tumor as intra-abdominal desmoplastic small cell tumor with divergent differentiation (IADSC). These tumor display a very unique immunohistochemical profile with co-expression of muscle, epithelial and neuroendocrine markers. The authors we reports a case of IADSC tumor in a 17 years old boy who presented abdominal tumor and all the morphological and immunohistochemical findings described in this entity. A review of literature is presented.*

**Key words:** *small round cell tumor; peritoneum; immunoperoxidase*

### Referências bibliográficas

1. GERALD WL, ROSAI J. Desmoplastic small cell tumor with divergent differentiation. *Pediatr Pathol* 1989; 9: 177-83.
2. ORDÓÑEZ NG, ZIRKIN R, BLOOM RE. Malignant small-cell epithelial tumor of the peritoneum co-expressing mesenchymal type intermediate filaments. *Am J Surg Pathol* 1989; 13(5): 413-21.
3. GERALD WL, MILLER HK, BATTIFORA H, MIETTINEN M, SILVA EG, ROSAI J. Intra-abdominal desmoplastic small round-cell tumor. *Am J Surg Pathol* 1991; 15(6): 499-513.
4. GONZALEZ-CRUSSI F, CRAWFORD SE, SUN CJ. Intra-abdominal desmoplastic small cell tumors with divergent differentiation. *Am J Surg Pathol* 1990; 14(7): 633-42.
5. OSBORN M, WEBER K. Tumor diagnosis by intermediate filament typing. A novel tool for surgical pathology. *Lab Invest* 1983; 48: 372-94.
6. VAM MUIJEN GNP, RUITER DJ, WARNAAN SO. Co-expression of intermediate filament polypeptides in human fetal and adult tissues. *Lab Invest* 1987; 57: 359-69.
7. CONDRE JM, De MASCAREL A, TROFANI M, DE MASCAREL I, PAGES A. Immunohistochemical study of rhabdomyosarcoma. Unexpected staining with S100 protein and cytokeratin. *J Pathol* 1988; 155: 127-32.
8. MIETTINEN M. Immunoreactivity for cytokeratin and epithelial membrane antigen in leiomyosarcoma. *Arch Pathol Lab Med* 1988; 112: 637-40.
9. NORTON AJ, THOMAS JA, ISAACSON PG. Cytokeratin-specific monoclonal antibodies and reactive with tumours of smooth muscle derivation. An immunocytochemical and biochemical study using antibodies to intermediate filament cytoskeletal proteins. *Histopathology* 1987; 11: 487-99.
10. BROWN DC, THEAKER JM, BANKS PM, GATTER KC, MASON DY. Cytokeratin expression in smooth muscle and smooth muscle tumours. *Histopathology* 1987; 11: 477-86.
11. KANNERSTEIN M, CHURG J. Peritoneal mesothelioma. *Hum Pathol* 1977; 8: 83-94.
12. SAWYER JR, TRYKA AF, LEWIS JM. A novel reciprocal chromosome translocation T (p13; q12) in an intra-abdominal desmoplastic small round-cell tumor. *Am J Surg Pathol* 1992; 16(4): 411-16.
13. BARNARDO DE, STAVROV M, BOURIE R, BOGOMOLETZ WV. Primary carcinoid of the mesentery. *Hum Pathol* 1984; 15: 796-8.

## Notas & Eventos

### Correios divulgam aspectos de preservação da vida e combate ao câncer

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos associa-se na valorização de temas de Medicina Preventiva, através da emissão da **Série "Saúde e Preservação da Vida"**.

Os selos constantes desta série vai incluir uma mensagem direcionada para três áreas principais: - Combate ao Câncer  
- Doação de Sangue  
- Saúde Mental.

O texto relativo ao tema "Combate ao Câncer" foi elaborado pelo Dr. Ademar Lopes, do Hospital A.C. Camargo, e focaliza sobretudo a detecção e diagnóstico precoce do Câncer da Mama ressaltando de modo particular a importância do "auto-exame" pela mulher. Brevemente, portanto, as agências dos Correios estarão vendendo os selos alusivos a esta série que promete merecer a preferência dos filatelistas de todo o País.

### Municipalização do atendimento oncológico causa preocupações

A exemplo de outros setores públicos de assistência médica, os planos de municipalização do atendimento oncológico deixam de lado questões práticas fundamentais, embora as teorias acenem com realizações positivas e benéficas para a população. Polêmico e complexo em sua essência, esse projeto será focalizado nas próximas edições de *Oncologia Atual* que, dentro do possível, procurará reunir opiniões de diferentes Especialistas e autoridades governamentais ligadas ao assunto.

#### 1º Simp. Intern. sobre Oncologia e Imunologia 1º Enc. Nac. de Enfermagem em Oncologia & Imunologia

20 e 30 de Junho

Hotel Maksoud Plaza - São Paulo - SP.

Coord.: Dra. Nise Yamaguchi

Inf.: (011) 825-7980/825-7981 - Fax: (011) 825-9924

## II Simpósio Internacional sobre HTLV no Brasil

Instituto Nacional de Câncer (INCa)  
Rio de Janeiro, 22 a 25 de setembro/1993

**Organização:** Projeto Cooperativo  
"Incidence and Pathogenesis of Adult  
T Cell Leukemia/Lymphoma in Brazil"

**Apoio:** "Commission of the European Communities"  
Fundação Ary Frauzino Pereira para Apoio,  
Pesquisa e Controle do Câncer e Instituto  
Nacional de Câncer (INCa), Sociedade  
Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

**Coordenação:** Laboratório de Marcadores Celulares  
CEMO - Centro de Pesquisa Básica -  
INCa

**Local:** Anfiteatro do Inst. Nacional de Câncer - INCa  
Praça Cruz Vermelha, 23 / 8º Andar  
CEP 20230-030 - Rio de Janeiro, RJ

**Taxa de Inscrição:** US\$ 30,00 para sócios da  
SBHH e US\$ 50,00 para não sócios.

**Informações:** Fones (021) 292.4110 - ramais 415/417  
ou (021) 231.2121, c/Alexandra.  
Fax (021) 232.9657 c/Dra. Maria do  
Socorro Pombo de Oliveira

#### Temas básicos programados

- Aspectos moleculares do HTLV
- Sistema imunológico e infecção pelo HTLV
- Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HTLV
- Diagnóstico e caracterização da infecção retroviral
- Leucemia / Linfoma T do adulto - HTLV1+
- Diagnóstico dos Linfomas: Oriente versus Ocidente
- Acometimento do sistema nervoso e a infecção pelo HTLV.

## Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico - STO

MÍRIAN APARECIDA TEIXEIRA<sup>1</sup>, MAGDA RODRIGUES CÔRTEZ REZENDE<sup>2</sup>, MARIÂNGELA FREITAS LAVOR<sup>3</sup>, ROSYLÉA NEVES BELÉM<sup>4</sup>, MARIA APARECIDA G. CARRULLO<sup>4</sup>

### Introdução

Em 1986, um grupo de profissionais de diversos hospitais do Rio de Janeiro, atuantes em oncologia, discutiu, em reuniões coordenadas pelo Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Ministério da Saúde, o sistema assistencial disponível ao paciente com câncer. A demanda de pacientes que chegavam aos centros especializados já com a doença avançada e possibilidades de tratamento limitadas (80% em média) justificava a iniciativa de que, paralelamente a ações de prevenção e educação mais abrangentes, dever-se-ia ser avaliado o sistema de atendimento aos pacientes ditos fora de possibilidades terapêuticas atuais - FPTA. Objetivando a elaboração de um programa assistencial de qualidade, um grupo de trabalho foi formado para avaliar este sistema.

Verificou-se que, no Rio de Janeiro, quando se discutia sobre a má qualidade do atendimento ao paciente FPTA, geralmente atribuía-se toda a responsabilidade ao sistema credenciado para oferecer apoio hospitalar a estes pacientes (clínicas e casas de saúde conveniadas para este fim), ressaltando-se suas instalações e recursos precários. O grupo que avaliava o sistema de atendimento, no entanto, levantou a questão sob vários outros aspectos, concluindo que a problemática se iniciava no próprio hospital de tratamento especializado.

O paciente que dá entrada numa instituição especializada no tratamento do câncer é avaliado, diagnosticado e tratado com todos os recursos disponíveis, altamente dispendiosos, sendo feito sobre ele extensos registros em volumosos prontuários. Existe ao seu redor todo um clima de interesse científico e humano, ao qual o paciente se entrega em confiança. "De repente", ao se concluir que os recursos disponíveis para tratar a neoplasia se esgotaram, aquela atenção que o cercava deixa de existir. O sistema vigente, sem condições de manter

este paciente internado, em detrimento dos que ainda apresentam chances terapêuticas, pelo reduzido número de leitos, lhe reserva apenas o direito a eventuais atendimentos de emergência e a controles ambulatoriais previsivelmente incompatíveis com as suas condições financeiras e de evolução da doença. Todas essas dificuldades e incapacidade de resolução acabam na decisão de transferência do paciente para uma clínica de "apoio", credenciada como de longa permanência. Com esta decisão, o hospital dispensa, também, suas responsabilidades e interesse científico, apesar de constrangido pelo conceito que goza este "apoio" dentro do meio médico.

Neste momento, encerra-se a atuação dos especialistas em Oncologia? Encerra-se a necessidade que o cliente tem de atendimento especializado? Encerra-se o interesse da instituição pelo registro sobre a evolução do caso?

O grupo de trabalho também constituído para a elaboração de um programa de atendimento mais eficiente ao paciente FPTA avaliou, na época, os maiores estabelecimentos de "apoio" do Rio de Janeiro, bem como o sistema de transferência para estes.

Entre os supostos inconvenientes, confirmou-se a considerável precariedade de recursos materiais e de conforto para os pacientes, quando comparados aos recursos dos hospitais especializados, mas não tão inferiores, se comparados com a maioria dos hospitais públicos. Igualmente, com relação aos recursos humanos, verificou-se um déficit de pessoal para o serviço social e de enfermagem, e, mais pertinente ainda neste aspecto, a quase ausência de assistência prestada por psicólogos e oncologistas.

Em resumo, pôde-se concluir que a tais "casas de saúde de apoio" - orientadas para oferecer controle sintomático de pacientes crônicos e terminais - competiria apenas atender às necessidades de manutenção do paciente internado, face à impossibilidade de outras alternativas assistenciais. Elas, porém, não se mostravam

<sup>1</sup>Coordenadora do STO - Hospital de Oncologia/INCa; <sup>2</sup>Presidente do Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico-Gesto; <sup>3</sup>Enfermeira do Pro-Onco/INCa e voluntária do STO - Hospital de Oncologia/INCa; <sup>4</sup>Psicólogas do STO - Hospital de Oncologia/INCa - Endereço do autor para correspondência: Mirian Aparecida Teixeira - STO Hospital de Oncologia - Rua Equador, 831 - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20220-410

habilitadas para avaliar, indicar e oferecer os cuidados paliativos de que necessitam esses doentes. Tampouco apresentavam condições de reencaminhá-los ao hospital especializado para que fossem submetidos a avaliações e procedimentos paliativos, como a radioterapia antiálgica e anti-hemorrágica, cirurgias higiênicas, entre outros, por falta de transporte suficiente e adequado.

Os profissionais mais interessados, ou especialistas, encontrados nos estabelecimentos visitados reclamavam tanto da insuficiência de dados com que eram encaminhados os pacientes pelo hospital especializado, como da ausência de interação entre a instituição de origem e a de "apoio". Analisado este aspecto, observou-se displicência no preenchimento dos relatórios de transferência. O paciente chegava ao "apoio" sem registro histopatológico de confirmação diagnóstica, sem relato dos tratamentos efetuados, sem descrição da extensão da doença e sem orientação especializada dos cuidados a serem mantidos. Geralmente, acompanhavam-nos as AIHs, sumariamente preenchidas, que se limitavam a informar sobre a localização topográfica do tumor primário e a condição de "fora de possibilidades terapêuticas" do paciente, justificando a transferência por tratar-se de paciente TERMINAL, termo que passava uma mensagem implícita de "não haver mais o que ser feito", mensagem que, por sua vez, tentava justificar as restritas informações e a indisponibilidade para questionamentos.

Apesar desse descaso (e por causa dele), foram encontrados pacientes "TERMINAIS", vivos, há dois anos internados; foi levantada uma média de permanência de 90 dias e foi constatada a total inegibilidade de todos os transferidos para serem submetidos a novos tratamentos disponíveis, por insuficiência de dados e informações. Foi verificado um considerável índice de abandono familiar, conflitante com a inconformidade da maioria dos familiares que, à revelia, retornavam com os pacientes aos hospitais de origem, reiniciando-se o ciclo de desestruturação assistencial.

Afinal, a quem ampara os centros credenciados para "apoio"? O que se deve esperar, como suporte, destes centros?

Ficou evidente na análise que os credenciamentos serviam de sustentáculo à instituição especializada cujos recursos terapêuticos haviam sido esgotados e que ficaram também sem alternativas para oferecer continuidade assistencial, em forma de cuidados paliativos, não obstante a fase adiantada da maioria dos pacientes que recebe.

A importância de se desenvolver formas alternativas e eficazes de atendimento ao paciente FPTA, quando não pela intenção ética de oferecer-lhe melhor estrutura assistencial, se justificaria pela responsabilidade do especialista de atender à crescente demanda de clientes que, apesar dos tratamentos aplicados, apresentam progressão da doença.

### **Programa de atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais - FPTA**

Em resposta aos questionamentos e à pesquisa feitos pelo grupo de trabalho, foi elaborado, junto com o Pro-Onco, o denominado "Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais - FPTA".

O Programa propunha, basicamente, a criação de serviços, ou setores, direcionados especificamente para o controle destes pacientes, e integrados aos hospitais de tratamento do câncer. Fazia-se necessária uma proposta de resgate da responsabilidade e influência científica dos centros "de referência" em Oncologia, não só até que se esgotassem as chances terapêuticas dos pacientes, mas também até que se esgotassem as possibilidades de assistência a eles.

O programa buscava as seguintes metas:

Favorecer a melhoria da qualidade de vida do paciente tratado.

Garantir a continuidade do elo de confiança estabelecido entre o paciente e o hospital de tratamento.

Desenvolver as alternativas assistenciais específicas às necessidades dos pacientes FPTA.

Restringir as transferências para as clínicas de "apoio" aos casos ditos sociais, instituindo, para esses casos, formulário de encaminhamento com os dados, informações e orientações necessários à oferta de um melhor suporte.

Manter com as instituições de "apoio" a interação necessária, oferecendo os recursos especializados para os cuidados paliativos.

Contribuir com a rotatividade necessária dos leitos destinados aos pacientes passíveis de tratamento especializado, absorvendo os cuidados dos pacientes FPTA, através da oferta de assistência alternativa compatível com cada caso, definida após avaliação multiprofissional.

Registrar e informar aos serviços prestados dados estatísticos sobre a assistência prestada.

### **Projeto piloto**

Diante da impossibilidade de implantação do programa no serviço público, principalmente pela proibição de constatações de novos funcionários, optou-se por inseri-lo dentro de um hospital especializado como um projeto piloto que utilizasse mão-de-obra voluntária.

Assim, em 1989, foi inaugurado, no Hospital de Oncologia/Inamps-RJ, o primeiro *Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico*, logo conhecido pela sigla STO, composto por uma equipe multiprofissional, da qual participavam alguns membros do grupo de trabalho inicial e da elaboração do programa, todos voluntários, sem vínculo empregatício com a instituição, ou ligados a ela,

porém atuando fora dos seus horários contratuais, sem remuneração de qualquer espécie.

Os resultados estatísticos do primeiro ano de execução do projeto piloto superaram as expectativas e confirmaram as possibilidades do alcance das metas propostas.

O serviço se utilizou da estrutura física e dos recursos materiais e técnicos do Hospital de Oncologia. Funcionou em horário comercial, de segunda a sexta-feira, e atendeu exclusivamente aos pacientes matriculados na unidade, dispondo como recurso próprio apenas de uma ambulância cedida pelo Pro-Onco.

Ofereceu como alternativas assistenciais o seguimento ambulatorial temporário; a assistência prestada através de visitas domiciliares; supervisões ao atendimento de "apoio" da clínica que recebia 95% dos pacientes transferidos pelo Hospital de Oncologia; o acesso a um plantão de orientações permanente ou por telefone, e promoveu a formação de grupos familiares de convivência.

Alcançaram-se, ao primeiro ano de atuação, índices satisfatórios de influência sobre a realidade anterior do "não haver o que fazer": conquistaram-se espaços; venceram-se os servidores mais incrédulos e receosos; garantiu-se a aceitação, por parte dos pacientes e familiares, especialmente da assistência domiciliar; e conseguiu-se diminuir em 65% o número de encaminhamentos às clínicas de "apoio". Foi interessante observar-se os números relativos aos óbitos: os 70% anteriormente ocorridos em clínicas de "apoio" passaram a ser 20% de um total do qual, em 1990, 50% passaram a ocorrer na própria residência do paciente.

Concentrou-se a quase totalidade dos pacientes em uma só clínica de "apoio". Observou-se que a presença do STO nas atividades de supervisão desta clínica provocou não só o interesse pelos pacientes transferidos, inclusive por parte do seu hospital de origem, como também uma considerável melhora na qualidade da assistência a eles dispensada.

### **Gesto - Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico**

Em 1990, o grupo atuante no projeto piloto do Programa de Atendimento ao Paciente FPTA, entusiasmado com os resultados obtidos, fundou o Gesto, entidade filantrópica de representação e atendimento às necessidades do paciente com câncer fora de possibilidades terapêuticas atuais e pacientes terminais.

Esta entidade intencionava fundamentar oficialmente a proposta do Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico - STO; incentivar a criação de novos STOs; funcionar como organização captadora de recursos (da iniciativa privada e de subsídios públicos) para a manutenção de todos eles; e atuar como agente divulgador dos resultados obtidos.

Em 1991, o Gesto foi reconhecido por decreto do Governo do Estado como serviço de Utilidade Pública. Também neste ano firmou-se um convênio com o Ministério da Saúde, pelo qual o Gesto foi caracterizado como prestador de serviço e através do qual foi inaugurado o STO do Instituto Nacional de Câncer - INCa/RJ.

Em 1992, quando se extinguiu o prazo do convênio, foi possível ao grupo do STO do INCa repetir a experiência vivenciada pelo grupo do STO do Hospital de Oncologia, com o alcance de resultados satisfatórios, o que veio consagrar a proposta de criação de serviços de suporte terapêutico integrados aos hospitais especializados no tratamento do câncer.

Com a consolidação da reforma administrativa levada a cabo no Ministério da Saúde, o INCa incorporou mais duas unidades hospitalares, as unidades II (Hospital de Oncologia) e III (Hospital das Pioneiras Sociais), ficando o Hospital do Câncer como a unidade hospitalar I do INCa. Os STOs existentes foram incorporados aos organogramas das unidades I e II, onde já funcionavam como setores de atendimento, tendo sido os funcionários que haviam sido contratados pelo Gesto absorvidos pela Fundação Ari Frauzino, também consolidada como uma instituição ligada ao Instituto Nacional de Câncer - INCa.

### **Resultados obtidos**

Ao final de 1992, foi possível calcular que cada STO, isoladamente, foi responsável pelo atendimento, em regime externo, de aproximadamente 20% do número de pacientes que as duas unidades matricularam e mantiveram internados. As Tabelas 1 e 2 mostram, respectivamente, os números relativos aos pacientes atendidos e aos óbitos ocorridos.

### **Filosofia assistencial do STO**

O STO foi idealizado para que funcionasse como uma extensão dos hospitais de tratamento do câncer, visando ao desenvolvimento e aplicação de técnicas de cuidado assistencial paliativo, como uma alternativa para ineficientes e constrangedoras transferências para o sistema de "apoio" credenciado. O objetivo não é a substituição deste sistema pelos STOs, pois as limitações são muitas para que se espere solucionar, com uma só proposta, todas as deficiências por ele apresentadas, mas sim o de minimizar o quanto possível o problema da assistência aos pacientes FPTA, preenchendo as possibilidades com alternativas viáveis, de baixo custo e de cooperação entre as instituições especializadas e o sistema.

Os hospitais que incorporam um STO devem estar conscientes de suas metas e objetivos. É preciso que

**Tabela 1.** Número de pacientes atendidos pelos STOs distribuídos por ano e tipos de serviço prestado

Ano	Local	Pacientes atendidos	Consultas/ambulatório	Visitas/domicílio	Supervisão/"Apoio"
89	H.O.	215	496	174	389
90	H.O.	322	649	695	609
91	H.O.	394	1.377	1.679	553
	INCa	657	845	790	2.204
92	H.O.	442	1.007	2.846	449
	INCa	1.030	1.498	1.782	4.889*
Total		3.060	5.872	7.966	9.093

\* Incluídas as visitas de pacientes em regime de hotelaria

**Tabela 2.** Número de óbitos verificados pelos STOs distribuídos por ano e por local de ocorrência

Ano	Local	Domicílio	Hospital	"Apoio"	Total
89	H.O.	21	24	62	107
90	H.O.	118	28	0	146
91	H.O.	126	86	59	271
	INCa	123	90	226	439
92	H.O.	147	95	67	309
	INCa	198	166	301	665
Total		733	489	715	1.937

seus médicos cooperem, selecionando e encaminhando estritamente os pacientes de indicação para o STO, de modo a garantir-lhe cumprir a função a que se destina, e que os hospitais estejam disponíveis para avaliar e oferecer todos os recursos especializados que ainda podem beneficiar, mesmo que paliativamente, os pacientes FPTA.

Portanto, um paciente atendido pelo STO continua sendo paciente do hospital de tratamento e mantém o direito de por ele ser assistido sempre que se beneficie dele, o que é avaliado e deliberado, em conjunto, pelos profissionais do STO e do hospital.

Mesmo que o STO tenha como um de seus objetivos auxiliar o hospital de tratamento na liberação dos seus leitos, através da oferta de alternativas de atendimento externo ao hospital, ele não pode se responsabilizar, administrativa ou assistencialmente, pelos pacientes que estiverem internados, mesmo que eles já tenham sido encaminhados e venham sendo atendidos pelo STO. Este assume ou volta a assumir o atendimento aos pacientes encaminhados e incluídos como FPTA, após indicada a alta.

O STO está estruturado para atender às necessidades do paciente FPTA na intenção de propiciar-lhe uma vida de melhor qualidade. Portanto, não se destina a receber os pacientes agonizantes ou que sabidamente não contam com a colaboração familiar para a assistência proposta. Estes deverão merecer do hospital de tratamento o atendimento de rotina - caso seja este o encaminhamento para uma clínica de "apoio" e, sendo esta supervisionada pelo STO, nela o paciente receberá da equipe do STO o atendimento necessário e a avaliação permanente para um possível resgate social, quando da eventual alteração de suas condições atuais.

Um STO criado dentro de um hospital especializado não deve ter como objetivo esvaziar a instituição de todos os pacientes FPTA, para não se tornar apenas um outro mecanismo de transferência de responsabilidade. Deve-se criar com o hospital a interação necessária para que todos trabalhem para assistir o paciente FPTA dentro de suas possibilidades, em um sistema de cooperação mútua, sem prejuízo das atividades básicas específicas.

Deve o STO divulgar, periodicamente, dentro da instituição de tratamento, os resultados e a rotina da sua prática de assistência, informando aos setores, que a eles encaminharam pacientes, suas dificuldades e necessidades de participação específica. Não se pode esquecer que o STO deve manter o Registro Hospitalar (no caso, o do Hospital de Câncer do INCa) ou o departamento equivalente (Setor de Estatística, Serviço de Arquivo Médico etc.) informados sobre o seguimento dos casos atendidos e os óbitos ocorridos, para que se mantenham atualizados os arquivos do hospital, pré-requisito fundamental para que este possa levantar dados que atestem a qualidade da assistência que presta.

Deverão ser explicitamente acordadas entre o hospital e o STO as possibilidades de atendimento de pacientes não matriculados, especificando-se bem as limitações para que este atendimento seja feito.

O funcionamento e a operacionalização de um STO envolvem vários setores e etapas que se encontram dispostos no Quadro 1 e que são discutidos a seguir:

Os diversos setores de tratamento do hospital, em qualquer nível de atendimento - triagem, ambulatório,

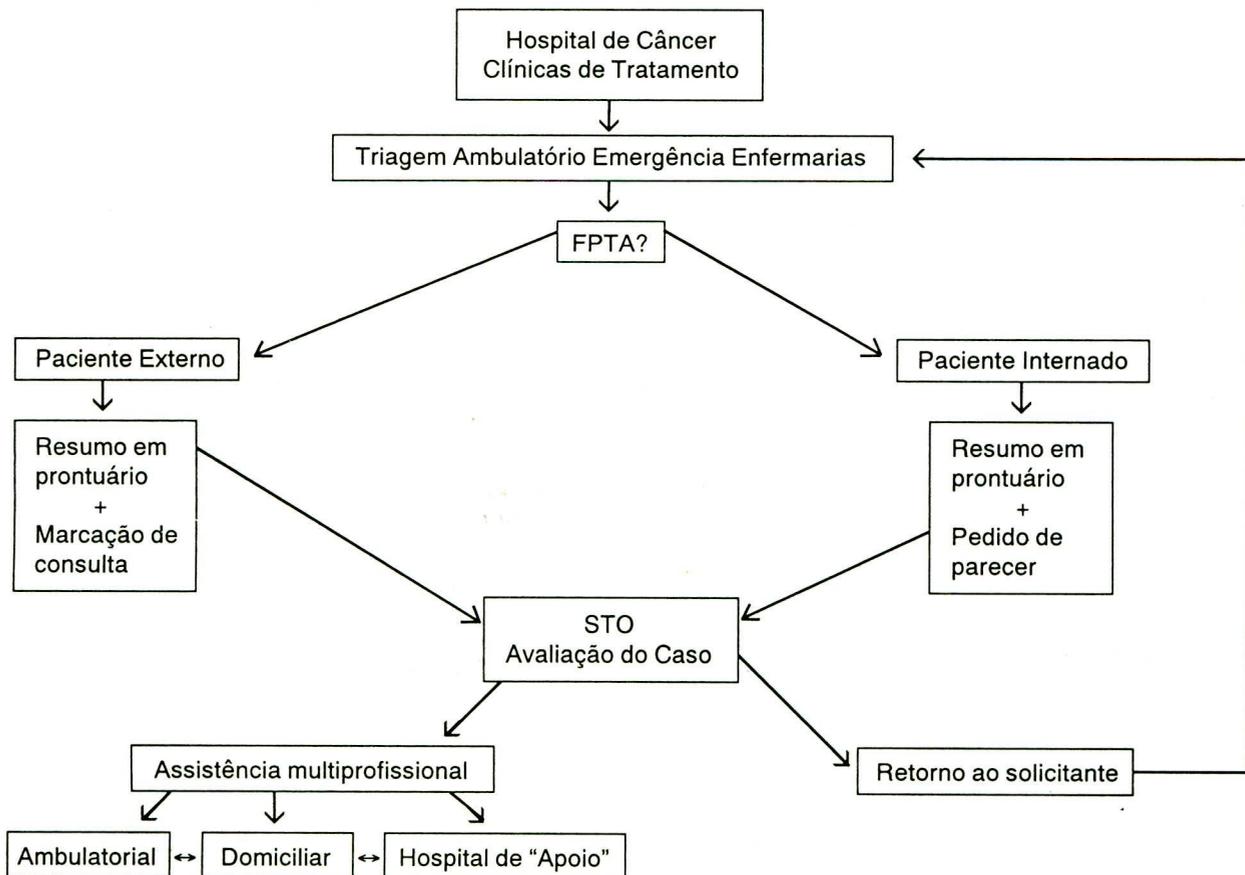
emergência ou enfermaria - podem encaminhar ao STO os pacientes por eles considerados FPTA, através de marcação de consulta ambulatorial, no caso de pacientes externos, ou através de solicitação de parecer, caso o paciente esteja internado, devendo o encaminhamento de pacientes internados ser solicitado com uma antecedência mínima de 48 horas da data prevista para a alta hospitalar.

É um pré-requisito estabelecido pelo STO que um resumo sucinto do caso clínico esteja já disponível no prontuário médico, no qual também seja explicado por que o paciente foi considerado FPTA e a necessidade que ele tem de suporte a ser oferecido pelo STO.

A clínica que por último atendeu ao paciente ora encaminhado deverá ter esgotado todos os procedimentos hospitalares de alívio indicados para o caso e coberto as necessidades previsíveis para um curto prazo, a fim de viabilizar o atendimento de suporte e evitar que o paciente necessite retornar ao hospital precocemente. Essas necessidades e procedimentos referem-se geralmente à orientação dietética, ostomias, derivações, radioterapias paliativas, transfusões sanguíneas, pleurodeses etc.

Quadro 1 - Fluxograma de um STO

Dinâmica de funcionamento e operacionalização do STO



Os familiares, responsáveis ou visitantes deverão ser informados sobre a indicação do encaminhamento ao STO pelo médico solicitante e convidados, pelo assistente social, a comparecerem ao STO para maiores esclarecimentos.

A equipe do STO deverá proceder a uma avaliação multiprofissional de cada caso encaminhado, na consulta de primeira vez, ou em resposta ao pedido de parecer. Apenas os casos que dispensem a discussão conjunta de profissionais do STO e do setor encaminhante deverão ser assumidos pelo STO, após a alta do paciente.

Sendo o STO um serviço de suporte terapêutico externo ao hospital, o oncologista e o clínico lotados no serviço deverão avaliar as possibilidades físicas do cliente com vistas às alternativas de atendimento, se ambulatorial ou domiciliar, devendo ser confirmado que todas as indicações e benefícios dos procedimentos disponíveis no hospital foram esgotados.

O caso de paciente que os médicos do STO considerarem com possibilidades de se beneficiar de procedimentos hospitalares complementares deverá ser rediscutido com o médico do setor pelo qual o paciente foi encaminhado ao STO. Por sua vez, os médicos dos diversos setores do hospital deverão ser esclarecidos sobre a intenção do STO de atender aos pacientes que lhe são encaminhados, fazendo com que ocupem, dali para a frente, o mínimo possível de leitos e recursos do hospital, mas que suas necessidades mais prementes devem ser previstas e atendidas pelos médicos dos setores, antes de assinada a alta hospitalar.

Quando aceito o paciente no STO, incondicionalmente os enfermeiros deste devem proceder a uma avaliação dos cuidados de que necessita este paciente, a fim de analisar, após a entrevista, baseando-se nos graus de dificuldade e dependência apresentados pelo paciente, as possibilidades e necessidades do treinamento de familiares para executarem tais cuidados na sua residência.

Os enfermeiros deverão também dar o seu parecer sobre a modalidade assistencial que melhor se adapta ao caso do paciente sob avaliação, ou seja, se ambulatorial ou domiciliar. Na ausência de condições residenciais ou na incapacidade dos familiares, deve-se considerar a internação na clínica de "apoio". Quando possível, deverão os enfermeiros iniciar o treinamento familiar já à primeira consulta, dando as orientações básicas e específicas para o caso, utilizando-se do material disponível e distribuindo prospectos de orientação.

Os assistentes sociais, da mesma forma, levantarão nesta primeira análise as condições sócio-familiares e econômicas do paciente, de modo a definir qual das diversas modalidades de atendimento oferecidas pelo STO lhe será mais benéfica. Suas avaliações devem dar conta de que o paciente pode ser atendido em ambulatorio, residência ou que, na ausência de condições pró-

prias ou de seus familiares, ser internado em uma clínica de "apoio".

Toda a equipe tentará avaliar as condições do paciente e da família e a seguir trabalhar no sentido de que seja um dos atendimentos prestados pelo STO o que mais beneficie o paciente, tentando evitar ao máximo as decisões que resultem na internação do mesmo em uma clínica de "apoio". Esta deve ser indicada somente quando, na ausência de condições físicas do paciente ou na impossibilidade de prestação de cuidados por parte de seus familiares, seja contra-indicada a sua permanência no domicílio; ou quando, apesar de presentes as condições físicas e operacionais, não for possível assegurar-se os custos da permanência do paciente na residência (alimentação, higiene, condições ambientais de comodidade e segurança, etc.).

Logo, é a equipe multiprofissional que decide sobre a forma pela qual o paciente será atendido pelo STO.

Esta equipe, durante a assistência prestada, terá a incumbência de analisar sistematicamente, com base nos mesmos critérios anteriormente utilizados, a manutenção da modalidade assistencial escolhida ou a transferência para outra modalidade que melhor atenda ao paciente e sua família.

Os familiares, no seu primeiro contato com o STO, devem sempre receber o Manual de Orientações para o Paciente e Familiares e informar os dados necessários para que o serviço os contate e localize: endereço e melhor itinerário com pontos de referência para se chegar à sua residência. Deverá também o responsável pelo paciente assinar um termo de compromisso que visa esclarecer possibilidades, limites e normas da assistência prestada pelo STO, e que servirá para dirimir eventuais dúvidas futuras.

No atendimento de primeira vez aos pacientes e familiares, durante todas as análises, pareceres e esclarecimentos, os profissionais do STO devem ouvi-los, aceitar-lhes as ansiedades, ajudá-los a entender o que lhes foi explicado pelo médico que os encaminhou ao STO e procurar conhecer suas expressões mais diversas, a fim de pautar a assistência no perfil de expectativas percebidas em cada caso. Estas observações deverão ser discutidas entre os membros da equipe e constar do plano de atendimento de cada profissional, individualmente.

### **Modalidades assistenciais**

Para alcançar as metas propostas, são desenvolvidas, em cada STO, as seguintes atividades: assistência ambulatorial, assistência domiciliar, supervisões e assistência aos pacientes internados em clínicas de "apoio", plantão de orientações à distância (por telefone) e reuniões de familiares. Através destas formas de atendimento, é possível cercar todas as alternativas de assistência às necessidades dos pacientes e seus fa-

miliares. Como conjunto de possibilidades, estas modalidades de atendimento são capazes de oferecer assistência aos pacientes FPTA quaisquer que sejam suas condições clínicas, sociais, econômicas e familiares, estendida até a ocorrência dos óbitos.

Para que se cumpra o objetivo de não se desligar o paciente da instituição que o tratou, é imprescindível que o STO funcione integralmente a ela. Ao contrário do que se possa pensar, esta condição não aumenta o volume de atendimentos de pacientes FPTA nos hospitais. O sistema dos STOs representa para os pacientes toda a assistência esperada sem que necessitem estar internados. Tem se verificado que os pacientes FPTA em condição de alta hospitalar aceitam naturalmente melhor as propostas alternativas e complementares de suporte do STO do que a anterior e unilateral alternativa de internação em clínicas de "apoio". O médico que lhes dá alta justifica e indica a assistência do STO, o que os faz resistirem menos a ela, já que lhes é oferecida uma assistência de apoio mais abrangente. Esta oferta preenche as inseguranças do paciente de que se deixar seu leito ficará sem a assistência do hospital. A dificuldade residia, inicialmente, em fazê-los crer que o hospital iria até eles, se necessário fosse. Hoje, contudo, assim como as clínicas de "apoio" ganharam fama no meio médico e entre a população, os médicos, familiares e pacientes também já sabem que estes últimos serão assistidos continuamente pelo hospital através dos STOs.

Nos quatro anos de existência dos STOs integrados a hospitais de tratamento, sua eficiência tem se comprovado quando eles são avaliados sob vários parâmetros. Até 1989, antes do primeiro STO ser implantado, verificava-se um volumoso índice de procura dos pacientes, sob controle ambulatorial e internados em clínicas de "apoio", pelos setores de emergência dos hospitais de tratamento. Atualmente, os médicos plantonistas desses setores testemunham a diminuição da demanda de pacientes FPTA, declarando que os casos atendidos agora, inclusive, procuram a emergência para procedimentos eminentemente hospitalares, como drenagem pleural, pleurodese e transfusões sanguíneas. Ao contrário de antes, quando à menor alteração do estado clínico - episódios de vômitos, febre, dispnéia e dor resistente ao uso de analgésicos prescritos - os pacientes procuravam o setor de emergência, sem que se lhes fosse oferecido não mais do que aplicar-lhes medicações sintomáticas de efeito transitório. Não se tem registrado mais, ultimamente, atendimento a pacientes procedentes de clínicas de "apoio" supervisionadas pelo STO, no Hospital de Oncologia. O Hospital do Câncer, por manter na clínica de "apoio" muitos pacientes em fase de tratamento especializado, continua a prestar muitos dos atendimentos de emergência.

Todas as modalidades assistenciais do serviço terapêutico oncológico são responsáveis pelos resultados obtidos, e têm, até o momento, composto um siste-

ma de suporte capaz de atender às necessidades observadas no universo de um paciente FPTA, nada impedindo, porém, que novas modalidades assistenciais sejam desenvolvidas dentro do STO para que se continue a prestar a assistência adequada ao paciente FPTA. A seguir, apresentam-se os tipos de serviços atualmente prestados.

### **Assistência ambulatorial**

Funciona como uma das portas de entrada dos pacientes externos encaminhados ao STO, e as atividades são realizadas em dois turnos semanais.

As consultas são marcadas com antecedência pelo STO, porém os familiares e pacientes são orientados a comparecer, mesmo sem marcação prévia, sempre que necessário. Portanto, além do plantão de orientações à distância, os clientes sabem que também podem contar com o atendimento, em dois dias semanais fixos.

A assistência ambulatorial é a modalidade escolhida pela equipe para atender aos pacientes encaminhados que apresentem as condições clínicas, sócio-econômicas, familiares, de locomoção e de companhia mínimas exigidas para que possam comparecer aos controles periódicos no hospital. Esses pacientes geralmente são também inseridos na assistência alternativa e complementar de acupuntura, que se realiza no ambulatório em um dos dias de consulta do STO.

Ambulatorialmente também são atendidos os pacientes que não residem no município do Rio de Janeiro (ou seja, pacientes não beneficiados pela visita domiciliar), que periodicamente comparecem ou se fazem representar, para que recebam orientações, materiais e medicamentos necessários para a manutenção dos cuidados no seu domicílio. Para eles, o STO elabora um laudo dirigido à unidade assistencial da localidade onde residem, esclarecendo e orientando o atendimento necessário, em caso de complicações previstas, e o preenchimento do atestado de óbito, em caso deste ocorrer.

A equipe, na modalidade ambulatorial de assistência, procura controlar os sintomas do paciente; supervisionar e treinar a execução de seus cuidados diários; melhorar, na medida do possível, as suas condições sócio-econômicas e familiares, suprimindo-o de medicamentos e recursos diversos; e, o que também é muito importante, ouvindo-o. Sempre que indicado, os pacientes e familiares são atendidos conjuntamente por psicólogos, em consulta ambulatorial, e, se acordado entre eles, através de consultas individuais programadas. Os pacientes são atendidos individualmente, seja por procura espontânea ou encaminhamento por outros profissionais da equipe. Este mesmo procedimento se aplica aos familiares. É importante que o atendimento psicológico seja feito no mesmo dia da consulta médi-

ca, de modo a facilitar o comparecimento do paciente e procurar diminuir o grau de ansiedade gerado pela consulta médica. O atendimento sendo realizado dessa forma possibilita também a troca de informações sobre o paciente através dos profissionais que o estão atendendo.

A assistência ambulatorial tem se mostrado de grande valia, quando executada da forma aqui descrita, pois para o paciente que mantém a integridade física é importante sentir-se ativamente comprometido com seu tratamento e comparecendo ao hospital como sempre o fez anteriormente, assim como, pelas mesmas razões, é importante explorar suas capacidades laborativas, recreativas e sociais, o que é estimulado, por exemplo, através do seu engajamento às campanhas de auxílio a outros pacientes.

Os pacientes permanecem sendo atendidos pelo STO no ambulatório, até que o agravamento de suas condições clínicas ou sócio-econômicas não mais lhes permita fazê-lo. Nesta eventualidade, eles passam, geralmente, a ser atendidos através do controle domiciliar.

### **Assistência domiciliar**

É a chave da assistência do serviço de suporte terapêutico oncológico, o seu carro-chefe, e vem de encontro às necessidades mostradas pela maioria dos pacientes FPTA.

Geralmente, o paciente internado no hospital de tratamento ou em clínica de "apoio" deseja estar em sua casa. O atendimento a esse seu desejo jamais havia sido possibilitado, no Rio de Janeiro, principalmente pela insegurança demonstrada pelos familiares responsáveis, justamente por não contarem com o suporte profissional exclusivamente destinado a viabilizar esta possibilidade.

Pacientes e familiares sentiam-se empurrados a aceitar como única possibilidade a internação em clínicas de "apoio", quase convencidos de que a doença e o paciente necessitavam de cuidados hospitalares ininterruptos. Esta inverdade manteve muitos pacientes, durante meses, internados em diversos locais, recebendo apenas hidratação venosa e analgésicos convencionais que justificassem a sua permanência hospitalar. Por outro lado, algumas vezes este tipo de internação se tornava o único meio de acesso às drogas psicotrópicas de uso hospitalar exclusivo.

Desejosos de estarem em suas casas com seus familiares e dispostos a seguirem as orientações de profissionais, a iniciativa do STO lhes possibilitou a volta à casa, com segurança, e a garantia de uma assistência domiciliar regular.

Inicialmente, pacientes e familiares não acreditavam na proposta. Chegavam a pensar que esta oferta fosse uma estratégia para esvaziar os leitos hospitalares. À primeira visita que recebiam sempre demonstravam uma

grande surpresa. A vizinhança também assistia à sua chegada do hospital público nas suas ruas com olhar incrédulo. Aos poucos o STO foi se estabelecendo como uma realidade possível, viável e rotineira, em suas vidas.

As visitas domiciliares se realizam semanal ou quinzenalmente, a critério da equipe, que se baseia no estado geral atual do paciente e na necessidade de treinamento para cuidados específicos.

Uma primeira visita é feita por uma equipe formada por um médico, um enfermeiro e um assistente social e visa observar as condições físicas e ambientais do paciente. Nesta visita, os profissionais orientam e improvisam adaptações necessárias ao atendimento; fiscalizam as condições sanitárias da habitação, alertando para as necessidades de higiene no trato com o paciente e para a proteção dos responsáveis e demais moradores da casa; procedem aos exames físicos; iniciam o esquema de atendimento sintomático e treinam adequadamente os familiares nos procedimentos necessários. O assistente social pesquisa a veracidade das informações coletadas durante o parecer anterior; procura verificar se a família dispõe de recursos e de alimentação suficientes para a manutenção do paciente em casa; e, sempre que necessário, incorpora os casos de precariedade alimentar em programas de auxílio social, como o é "Campanha do Quilo", que é realizada nas comunidades hospitalar e extra-hospitalar para a montagem de bolsas de alimentos, com distribuição mensal às famílias identificadas como carentes.

Traçado o esquema de atendimento ao paciente visitado, a equipe define o aprazamento das visitas subsequentes, que serão da responsabilidade do enfermeiro, que solicitará o concurso de outros profissionais da equipe, sempre que julgar necessário reavaliar alterações clínicas e sociais observadas. O psicólogo também acompanha o enfermeiro nas visitas de controle, sempre que o caso necessite de assistência emocional mais técnica. Compete ao psicólogo, nestas visitas, registrar observações concernentes à dinâmica familiar, que serão úteis para oferecer ao paciente e seus familiares uma assistência psicológica mais abrangente. A partir da percepção do relacionamento familiar, o psicólogo poderá indicar o atendimento individual de membros da família. É ideal que não haja interrupção do acompanhamento do paciente, sendo necessária a adequação do cronograma das visitas para que o mesmo psicólogo faça os atendimentos subsequentes.

Os enfermeiros visitantes seguem os protocolos do STO e estão autorizados a executar as alterações necessárias em prescrições médicas, seguindo uma escala de drogas e dosagens preestabelecidas e limitadas aos sintomas e respostas mais comuns.

Durante cada visita, é feito no prontuário o registro da evolução clínica observada, das orientações ministradas aos familiares, das queixas principais do pacien-

te, da manutenção ou alteração de medicamentos e do exame físico do paciente, além das observações feitas sobre a capacidade e a disponibilidade familiar para o trato com o doente. As observações registradas servirão de orientação para o visitador seguinte, que não será necessariamente o mesmo.

Para executar as visitas domiciliares, o visitador deve possuir uma maleta (maleta de fibra com diversos compartimentos, usada geralmente para transportar material de pescaria ou ferramentas), na qual leve os medicamentos padronizados de uso geral e específico.

A maleta deverá também conter os instrumentos de mensuração de sinais vitais e os de exames físico, e os formulários de orientação e encaminhamento. Os visitadores devem manter o paciente abastecido dos medicamentos e materiais necessários para o tempo previsto até o seu retorno.

No veículo que transporta a equipe, deve-se manter um estoque de materiais de consumo. Além destes recursos, o STO deve dispor, para empréstimo aos pacientes, de balas de oxigênio, cadeiras de rodas, comadres, patinhos, colchões d'água ou de finalidade antiespuma e coxins d'água.

O aprazamento das visitas, que podem ser semanais ou quinzenais, deve ser comunicado aos pacientes, sem que seja assumida precisamente a data ou horários das mesmas; do contrário, causar-se-ão ansiedade e dependência no paciente e no comprometimento da equipe, com algo que, por vezes, não pode ser estritamente cumprido, em virtude da ocorrência de fatos imprevistos.

É basicamente desta forma que se dá a assistência domiciliar de suporte terapêutico, responsável pela manutenção dos pacientes sob um controle que lhes propicia uma melhor qualidade de vida, dentro de suas possibilidades sociais. Por mais humildes e precárias que sejam as moradias destes pacientes é nelas que eles se sentem melhor, atendidos pelos seus, junto de objetos e pertences que lhes são caros, e inseridos na rotina familiar, no seu universo íntimo.

A vivência desta modalidade assistencial tem garantido que os familiares se tornam capazes de exercer cuidados necessários, e que sempre se dispõem a seguir as orientações dadas pelos profissionais do STO, geralmente conseguindo vencer as resistências e dificuldades que se apresentam em conta de terem seus pacientes em casa, compreendendo, com o tempo, que atendem às suas necessidades satisfatoriamente. Esta prática tem demonstrado, inclusive, uma suavização do pesar destes familiares, após o óbito dos pacientes, justamente por terem participado ativamente dos cuidados a eles dispensados, como que numa sensação de afetividade familiar mantida até o final da sua vida e de dever cumprido. Eles têm consciência e orgulho de terem dispensado a atenção e carinho que os pacientes necessitavam sem que tivesse sido indispensável inter-

ná-los. Raros têm sido os casos que, por desistência familiar, os pacientes necessitem de transferência para clínicas de "apoio".

Com o agravamento do quadro dos pacientes, torna-se recomendável um reforço nas orientações e no apoio emocional dos envolvidos. Nesta fase, é comum ter de se lidar com um despreparo para as situações agudas: por uma questão cultural, os familiares tendem ao descontrole emocional frente à proximidade da morte, daí necessitarem da orientação enfática sobre o despropósito de, neste momento, transportarem os pacientes aos serviços de emergência, devendo ser estimulados a procurar auxílio espiritual e religioso que os conforte e os tranquilize nesta hora de perda e dor.

Durante as visitas domiciliares, tem sido possível ao médico realizar procedimentos como paracenteses, toracocenteses, instalação e troca de cateteres que facilitam a administração de medicamentos. Apenas para submeter-se a hemotransfusões ou exames específicos é que o paciente será reencaminhado ao hospital.

Indispensável ao sucesso dos controles domiciliares é a oferta de um plantão de orientações à distância. Os pacientes sob controle domiciliar devem ser orientados para se comunicar com o STO, por telefone ou através de um dos seus familiares, sempre que se observe qualquer alteração dos sintomas ou do seu estado geral, para que sejam prontamente orientados sobre que conduta seguir, não devendo tomar qualquer atitude ou providência antes de receberem essa orientação. A possibilidade de contar com auxílio técnico em horário de rotina mantém os pacientes seguros de que terão a assistência de que necessitam, na maior parte dos casos. Apenas na impossibilidade de contato com o plantão, que ainda só funciona em horário de rotina os pacientes devem recorrer aos serviços de pronto atendimento mais próximos de sua residência, não se esquecendo de levar consigo o sumário do seu caso, preparado pelo STO.

### **Plantão de orientações à distância**

Este tipo de assistência, embora não proposta no projeto original, estabeleceu-se ao longo da aplicação deste e tornou-se a modalidade assistencial centralizadora de todas as outras, como se verá a seguir.

Inicialmente programada para fins administrativos, a secretaria do STO tornou-se o "quartel-general" do mesmo, de onde se lançam ao trabalho as equipes e para onde retornam, trazendo as informações atualizadas sobre os pacientes, essenciais para proceder-se à discussão dos casos atendidos e para planejar-lhes os atendimentos futuros. Na sala da secretaria encontram-se os mapas dos atendimentos efetuados, contendo todas as informações necessárias para a continuidade de assistência prestada pelo STO, o que possibilita a qualquer membro da equipe poder prosseguir o

atendimento de um caso não visto por ele na consulta anteriormente prestada.

Prontuários médicos não são mantidos na secretaria do STO, para que se evite a retenção dos mesmos no período de fechamento do serviço, que ainda só funciona em horário de rotina, e que as informações sobre os pacientes se tornem indisponíveis aos outros setores do hospital (o de emergência, por exemplo). O STO movimenta diariamente, no arquivo geral do hospital, os prontuários dos pacientes a que presta assistência, mantendo-os atualizados e contribuindo, assim, com o Registro Hospitalar (caso do Hospital do Câncer do INCa).

É na secretaria que são recebidos os familiares dos pacientes encaminhados ao serviço e apresentados à equipe do STO. Também nela são dadas as orientações básicas e iniciais e anotadas as informações e expectativas dos clientes. Quando lhes é passado o Manual de Orientações, é enfatizado que devem se comunicar com o STO antes de tomar qualquer providência ou atitude diante de situações novas, o que lhes pode evitar um deslocamento desnecessário ao hospital. Os responsáveis são também orientados para utilizar o plantão de orientações para dirimir dúvidas deixadas ao primeiro contato ou para obter orientação sobre condutas a serem tomadas face a situações não previstas pela equipe.

Para trabalhar no plantão, um funcionário da área administrativa foi treinado com o objetivo de atuar como um elo entre a equipe técnica, paciente e seus familiares, encaminhando aos profissionais solicitações feitas, as quais serão atendidas por telefone ou pessoalmente, na dependência do caso.

Esta assistência à distância tem sido responsável pela diminuição da demanda de pacientes que procuravam desorientadamente o hospital por motivos que se viu contornáveis até através de uma orientação à distância. Verificou-se que mesmo o familiar menos ansioso e mais desembaraçado no cuidado com seu paciente necessita, em algum momento, de orientações básicas porém capazes de evitar desgastes intensos.

Neste plantão, os profissionais são mantidos em sistema de rodízio, encontrando-se aptos para resolver a maioria das solicitações feitas, triando e orientando a utilização do serviço de emergência apenas em casos inevitáveis. É também a este plantão que se dirigem os diversos setores do hospital, quando da solicitação de atendimento pelo STO; logo, ele também funciona como um elo de integração e identificação do serviço. As equipes das clínicas de "apoio" sabem, inclusive, que podem contar com o plantão de orientações do STO para levantar questionamentos, esclarecer dúvidas ou solicitar auxílio para o atendimento dos pacientes que internam.

O plantão de orientações é também responsável pelos resultados obtidos pelas outras modalidades as-

sistenciais, já que transmite aos usuários do STO a confiança de que, no intervalo compreendido entre as consultas ambulatoriais ou visitas domiciliares, a equipe se encontra alcançável e disponível.

### **Supervisão à clínica de "apoio"**

Esta atividade semanal do STO, procurando cumprir o objetivo de atender a todos os pacientes considerados FPTA pelo hospital, tem como principal finalidade atender aos pacientes que não puderam ser assistidos em ambulatório ou no domicílio, seja por indisponibilidade de recursos familiares, seja por impossibilidade do paciente ser mantido em casa. Noventa e cinco por cento dos casos encontram-se internados em uma única clínica, que é a supervisionada pelo STO.

Porém poucos têm sido os pacientes transferidos para clínicas de "apoio", após terem tido assistência domiciliar prestada pelo STO. Os que se encontram nelas internados foram encaminhados por plantonistas noturnos ou médicos da triagem, que o fazem na impossibilidade de internação imediata no hospital especializado, seja para avaliação posterior pela equipe do STO, seja para se submeterem a tratamento. Todo paciente internado em uma clínica de "apoio" e que tenha sido encaminhado pelo hospital ao qual se integra o STO é considerado um paciente da responsabilidade do STO.

A assistência é prestada por médico e assistente social, que observam como está sendo atendido o paciente, intervindo quando julgam que podem contribuir para a melhoria do atendimento dispensado. Figurativamente representam o hospital de origem do paciente, porém não são oficialmente autorizados ou reconhecidos pela instituição credenciada como normalizadores, instrutores ou fiscais do serviço que elas prestam, mas sim agentes integradores entre o hospital e a clínica, profissionais disponíveis e interessados no aperfeiçoamento da assistência aos pacientes FPTA. Eles verificam, diretamente ou através de relatos feitos pelos pacientes, as condições específicas de atendimento, procurando cooperar com a transferência de recursos materiais provenientes do hospital, para que possam melhorar o tratamento programado. É também através desta atividade do STO que se mantém o elo entre a clínica de "apoio" e os diversos setores do hospital que necessitam manter os seus pacientes internados para aguardar ou receber o tratamento indicado, sob regime de hotelaria (por exemplo, pacientes forâneos que se encontram sob radioterapia), garantindo-se o cumprimento das orientações e cuidados prescritos pelos especialistas e o comparecimento às seções de tratamento agendadas no hospital especializado.

Além disso, é através desta atividade do STO que se selecionam os pacientes sobre os quais não se tinha informação anterior, para que se apliquem as outras modalidades assistenciais do STO, ou seja, resgatan-

do-os para o controle ambulatorial ou domiciliar, que são as modalidades preferenciais do serviço. Através da orientação dos responsáveis pelo paciente, costuma-se encontrar receptividade por parte dos familiares, no sentido do reenaminhamento do caso ao hospital, de modo a ser atendido pelo STO. Esta última iniciativa tem favorecido uma queda de 70% dos encaminhamentos para clínicas de “apoio”, sendo que a maioria dos casos é mantida sob assistência domiciliar, evidentemente por não apresentarem condições de comparecimento ambulatorial.

A equipe, ao demonstrar interesse pela situação do paciente e garantir-lhe a visita domiciliar periódica, tem alcançado um índice alto de aceitação de transferências para a residência, a partir do momento que a alta hospitalar não passa mais a significar alijamento e desassistência.

### Assistência a grupos de familiares

A assistência a grupos de familiares é uma atividade coordenada pelos psicólogos, que promovem reuniões para as quais são convidados a participar os familiares, amigos e outras pessoas envolvidas diretamente com os pacientes. Essas reuniões são quinzenais, têm duas horas de duração, não havendo a obrigatoriedade de serem realizadas com os mesmos grupos. Têm como objetivo promover encontros entre os familiares dos pacientes atendidos pelo STO, propiciando-se um espaço de troca de experiências e reflexões. Neste contexto, sob a condução dos psicólogos, todos são levados a expressar seus anseios, possibilidades e limitações.

Nestes encontros, os psicólogos observam as dificuldades de cada presente no enfrentamento da doença, seus sentimentos ambivalentes para com o paciente, sendo os mais verificados a culpa, incompetência, piedade e, em especial, o medo da morte.

Quanto mais um familiar participa dessas reuniões, mais ele tem condições de conhecer e lidar com suas emoções, uma vez que suas dificuldades deixam de ser próprias e passam a ser compartilhadas com outros membros, sendo que o grupo, neste momento, passa a servir como uma experiência de aprendizagem.

Os que conseguem manejar bem seus processos de perda e luto por vezes retornam às reuniões dando seus depoimentos, o que muito estimula e conforta os outros componentes do grupo e da própria equipe do STO.

### Recursos necessários à implantação de um STO

#### *Recursos humanos*

Com uma equipe mínima, composta de um médico, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo, um motorista e um agente administrativo - todos contrata-

dos em regime de 40 horas semanais - é possível realizar-se uma média mensal de 160 visitas, 80 consultas ambulatoriais, quatro turnos de supervisão a clínicas de “apoio”, dois turnos de reuniões familiares e o plantão de orientações, conforme pode ser visto no Quadro 2.

**Quadro 2** - Composição de uma equipe mínima e a capacidade mensal por equipe em um STO

Equipe mínima	Capacidade mensal por equipe
1 médico	160 visitas domiciliares
1 enfermeiro	4 supervisões ao apoio
1 psicólogo	80 consultas ambulatoriais
1 assistente social	2 reuniões de família
1 ag. administrativo	plantão de orientações
1 motorista	

Esta capacidade produtiva mensal é suficiente para o controle de aproximadamente 50 pacientes sob regime de assistência domiciliar, 20 sob assistência ambulatorial, e um número incalculável de pacientes internados em clínicas de “apoio”, já que este número será o número de supervisões que se fazem viáveis em um turno semanal, dependendo das distâncias em que se encontram as clínicas e do número de pacientes internados em cada uma delas, que são sempre variáveis.

A capacidade produtiva desta equipe mínima pode ser ampliada, e isso no caso de os pacientes que necessitem visita domiciliar *quinzenal* representarem 20% dos domiciliados. Da mesma forma, a proximidade coincidente de suas moradias possibilita, eventualmente, um maior número de visitas por dia. Esta capacidade pode ser também ampliada quando se oferecem condições para que a equipe de visita domiciliar não necessite retornar ao hospital para almoçar, viabilizando-se as refeições no decorrer do trajeto das visitas, através de mecanismos que as favoreçam (auxílio específico para refeições, por exemplo).

Não esquecer que o trabalho desenvolvido pela equipe de um STO é fisicamente muito desgastante, pelo motivo de os deslocamentos se fazerem necessários a cada atendimento domiciliar. É também desgastante emocionalmente, pelo enfrentamento diário da precariedade das condições sociais e econômicas dos pacientes e sua família, observando-se um desgaste menor quando os profissionais trabalham em regime de 20 horas semanais. Neste caso, a quantidade dos recursos humanos deve ser adequada à demanda que se pretende atender, da mesma maneira que se deve adequá-la às particularidades regionais. Em estados como São Paulo e Brasília, por exemplo, pela distância a se percorrer entre os bairros, a equipe mínima aqui proposta deve ser insuficiente para alcançar a produtividade estipulada.

A seleção dos recursos humanos para compor a equipe de um STO deve ser dirigida especificamente para as atividades que serão desenvolvidas. Além das exigências técnicas, deve-se proceder à avaliação das predisposições de cada profissional para exercer tais atividades. Sugere-se atentar para as motivações pessoais que possam estar levando o profissional a trabalhar com pacientes com câncer e considerados fora de possibilidades terapêuticas. Pessoas que são levadas a trabalhar com estes pacientes por terem perdido parentes próximos e queridos devido a câncer, podem ter, entre outros motivos, a sua atuação profissional prejudicada por causa da identificação que apresentam com este grupo de pacientes.

Os profissionais devem valorizar, igualmente, a assistência curativa e a de suporte, e sempre devem acreditar nas possibilidades de resgate dos pacientes, ao surgimento de novas alternativas terapêuticas.

#### *Recursos físicos*

As instalações abaixo mencionadas são suficientes para o funcionamento de um STO:

a) uma sala mobiliada e com telefone, de uso exclusivo do serviço, para uma equipe de, no mínimo, cinco profissionais;

b) duas salas de consultório, para uso em dois turnos semanais: uma disposta de equipamentos e recursos materiais necessários para proceder-se a consultas médicas, e outra destinada a consultas prestadas pelo psicólogo, permitindo-se que ambos, médico e psicólogo, possam atuar simultaneamente;

c) uma sala de consultório disponível ao atendimento psicológico, para uso de mais dois turnos semanais, destinada a consultas individuais; e

d) uma sala (auditório) com capacidade mínima para 15 pessoas, para uso em um turno quinzenal, destinada a reuniões dos grupos de familiares.

#### *Recursos materiais e administrativos*

São aqui enumerados em função de uma *equipe mínima* e se constituem de:

- um carro de uso exclusivo, caracterizado externamente como de uso hospitalar, programando-se a disponibilidade de um carro alternativo para cobrir eventuais imprevistos e os períodos de manutenção daquele de uso exclusivo;

- inclusão do STO no esquema de distribuição de materiais de consumo do hospital, de modo que a quota necessária para cobrir as necessidades dos pacientes esteja garantida;

- permissão para a retirada e transporte dos prontuários médicos por ocasião das visitas domiciliares;

- disponibilidade de materiais permanentes para empréstimo, sob a responsabilidade do STO, aos pacientes atendidos; e

- outros recursos, tais como: mapa cartográfico da cidade, guia de distância entre bairros e guia de trajetos e ruas.

Estima-se empiricamente que, para uma demanda de 70 pacientes sob atendimento, se necessite de:

6 balas de oxigênio (das grandes)

6 cadeiras de rodas

4 cadeiras higiênicas

20 colchões d'água ou colchões antiescaras

15 "comadres"

15 "patinhos"

20 coxins d'água (almofadas)

5 nebulizadores

3 aspiradores

2 suportes de soro

Fazem-se necessárias também duas maletas de multiuso (maletas de fibra geralmente utilizadas para guardar ferramentas e material de pescaria, como já especificado anteriormente) equipadas com esfigmomanômetros e estetoscópios, materiais para curativos, seringas, agulhas, esparadrapo, medicações em uso pelos pacientes a serem visitados etc.

#### **Formulários e impressos próprios de um STO**

Para orientação dos pacientes que serão atendidos, como já foi dito, o STO se utiliza do "Manual de Orientações para Pacientes e Familiares". Este manual tenta orientar amplamente sobre como, quando e onde o paciente pode ser atendido pelo serviço, e de quais recursos ele pode dispor, além de dar orientações básicas e sobre o uso de materiais permanentes (balas de oxigênio, por exemplo). Estas orientações, estando disponíveis por escrito e em poder dos usuários, reforçam as orientações feitas e checadas repetidamente, por ocasião dos atendimentos (Anexo 1).

Para utilização do serviço, o STO dispõe de um formulário próprio, no qual registra os endereços e meios de contato com os pacientes e seus responsáveis. Este impresso é anexado à contracapa dos prontuários para torná-lo fácil e rapidamente acessível. Um canhoto deste formulário - que contém, além da identificação do paciente e seus contatos, a descrição de como chegar ao seu endereço e um mapa explicativo do itinerário - fica arquivado no serviço para fins administrativos (Anexo 2).

Visando à proteção de ambas as partes envolvidas no atendimento, o STO também dispõe de um documento do tipo "termo de compromisso", que funciona como um contrato, no qual são especificadas as normas de atendimento, para o conhecimento e autorização dos responsáveis e eventuais respaldos administrativos para o STO (Anexo 3).

Para a orientação dos serviços de saúde e das clínicas de "apoio", o STO criou um "sumário de caso", que inclui a identificação do paciente e do hospital que o tratou, os diagnósticos topográfico, histopatológico e da extensão da doença, resumo sucinto dos tratamentos (com as datas e dosagens em que foram aplicados) e os cuidados a serem mantidos. Este impresso também é válido para acompanhar laudos de encaminhamento de pacientes que residam fora da área de alcance do STO e outros Estados. No verso deste formulário encontram-se as orientações indispensáveis para a liberação dos atestados de óbito de pacientes que se encontravam em sua residência (Anexo 4).

Os registros de evolução e atendimento de rotina do STO são lançados no formulário convencional do hospital, anexado ao prontuário do doente. Apenas os formulários de evolução da supervisão de clínicas de "apoio" é diferenciado (Anexo 5).

O serviço social deve manter, para preenchimento médico, declarações-modelo, que serão utilizadas nos processos de obtenção dos auxílios sociais quando estes não forem padronizados pelo hospital.

Para controle das consultas ambulatoriais, o STO utiliza um mapa confeccionado de modo a orientar, visualmente, todas as consultas do mês, com espaço para observações gerais e datas dos últimos atendimentos efetuados (Anexo 6).

Para controle das visitas domiciliares, o STO utiliza também um mapa de orientação visual, que cobre um período de 15 dias. Neste mapa consta a data do último atendimento prestado a cada paciente, de modo a nortear a definição dos próximos controles. Entre os registros de cada uma das duas semanas existe um espaço próprio para que cada visitador lance as necessidades previstas para o atendimento seguinte. Este mapa pode ser preenchido com escala de datas e profissionais que deverão realizar o atendimento. Deve ser compreendido e consultado por toda a equipe, na programação das atividades do STO (Anexo 7), evitando-se que o coordenador do serviço faça diariamente o escalonamento da equipe.

Os pacientes, neste mapa, devem ser relacionados nominalmente e agrupados de acordo com os bairros onde residem, a fim de que seja facilitado o destacamento das equipes visitadoras para bairros próximos. Para isto, deve-se manter no STO um mapa cartográfico da região a ser atendida e um guia informativo sobre as distâncias entre os bairros. E, no veículo de transporte da equipe, um guia de ruas e trajetos (Anexo 7).

**Agradecimentos:** A Marta Lúcia de Castro Guimarães, pelo desenho das figuras, a Maria Inez Pordeus Gadelha, pela revisão, e a Pilar Schlaepfer Prado, pela digitação do texto.

## Anexo 1

## Suporte Terapêutico Oncológico - STO

## Orientações para o paciente e familiares

**Prezado paciente,**

Este folheto foi criado para explicar-lhe:

O que é o Suporte Terapêutico Oncológico - STO

Como você pode ser atendido pelo setor de STO

O que o STO pode oferecer-lhe:

1. Orientações por telefone
2. Atendimento domiciliar
3. Atendimento ambulatorial
4. Assistência a grupos de familiares
5. Assistência em clínica de "apoio"

Como proceder em caso de emergência

## Orientações úteis

uso do colchão d'água  
 uso da bala de oxigênio  
 mudança de posição  
 alimentação

## O que é suporte terapêutico oncológico?

É um setor de seu Hospital, que tem por objetivo prestar assistência a pacientes que necessitam de cuidados especiais e que não estão recebendo tratamentos especializados, como a radioterapia e a quimioterapia. Ele foi criado por uma equipe de profissionais pertencentes a uma instituição filantrópica, o GESTO (Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico). Atualmente ele é um setor do Hospital de Oncologia e do Hospital do Câncer (da Cruz Vermelha), ambos hospitais do Instituto Nacional de Câncer.

## Como você pode ser atendido pelo STO?

Para ser atendido pelo STO, o paciente e seu familiar ou acompanhante devem ser encaminhados à SECRETARIA DO STO pelos médicos que o trataram e que solicitam esta forma complementar de assistência. Na Secretaria, eles deverão prestar as informações que o STO vai necessitar e receberão as primeiras orientações.

A secretaria do STO funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

Local .....

## O que o STO pode oferecer-lhe?

O STO oferece assistência onde você estiver e precisar dele: em sua residência, na clínica de apoio para onde for encaminhado e nos ambulatórios dos hospitais que têm o setor de STO.

O STO presta os seguintes atendimentos:

1. *Orientações por telefone* - O STO mantém um plantão telefônico onde o paciente e seus familiares podem solicitar informações e orientações.

O plantão telefônico funciona das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Telefone ..... ramal .....

*Telefone para o STO antes de vir ao Hospital, pois assim você poderá receber informações que podem lhe poupar a viagem.*

2. *Atendimento domiciliar* - É o atendimento na residência do paciente que não se encontra em condições de vir ao hospital. Este atendimento é feito por enfermeiros, por médicos e por assistentes sociais, de sete em sete ou de 15 em 15 dias, de acordo com a necessidade do paciente. A equipe do STO revê as medidas receitadas e os resultados alcançados, assim como o estado clínico do paciente e, quando necessário, modifica os medicamentos e os cuidados que lhe devem ser oferecidos. Sempre que possível, são feitos empréstimos de cadeiras de rodas, colchões d'água, "patinhos", "comadres" e aparelhos de oxigênio, fornecendo-se também medicamentos e material de curativos. Os familiares dos pacientes são orientados pelos profissionais da equipe sobre a utilização destes recursos e sobre os cuidados diários que devem ser mantidos.

*Comunique ao STO sempre que mudar de endereço ou que não vai ser encontrado em casa, para que a equipe que deveria visitá-lo não perca a viagem e possa atender outro paciente que dela também necessita.*

3. *Atendimento ambulatorial* - É a assistência que a equipe do STO oferece aos pacientes que podem comparecer ao ambulatório do hospital. O paciente é consultado por médicos e por enfermeiros, que o orientam e também a seus familiares, sobre os cuidados que necessita e sobre a utilização de medicamentos e outras formas de tratamento. Quando necessário, é também oferecida a assistência prestada por psicólogos. As assistentes sociais orientam sobre aspectos legais e sociais que podem ajudá-lo, como: auxílio-doença, aposentadoria, procurações, pensões, dependentes, atestados e como obter o empréstimo de materiais para o uso em casa.

Sempre que possível, antes de comparecer ao ambulatório, marque uma consulta diretamente ou por telefone, mas, não podendo fazê-lo, procure o ambulatório mesmo sem ter consulta marcada.

Sempre que não comparecer à consulta, peça a um familiar ou conhecido para dar notícias suas ao STO, ou buscar orientação.

*Procure não faltar às consultas! Telefone para remarcar quando não puder comparecer.*

O ambulatório funciona:

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

**4. Assistência a grupos de familiares** - São promovidas reuniões entre psicólogos e os familiares dos pacientes, para que estes possam falar sobre suas dificuldades, trocar experiências e receber as orientações que necessitarem. Médicos, enfermeiros e assistentes sociais também podem participar dessas reuniões, quando se faz necessária a sua presença.

*Compareça às reuniões dos Grupos de Familiares! Você pode ser ajudado e também ajudar a outras pessoas.*

As reuniões dos Grupos de Familiares se realizam:

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

**5. Assistência em clínica de apoio** - É o acompanhamento que a equipe do STO oferece aos seus pacientes, quando internados em clínica de apoio. Uma vez por semana, os médicos e as assistentes sociais vão até eles e observam como estão sendo assistidos nessa instituição, a fim de mantê-los em contato com a equipe do STO e garantir a continuidade do seu tratamento.

*Ao ter alta da clínica de apoio não deixe de procurar o STO. Se não puder ou não quiser comparecer, mande alguém ao ambulatório ou à secretaria do STO, ou comunique-se por telefone.*

**COMO PROCEDER EM CASO DE EMERGÊNCIA** - Quando você necessitar de atendimento fora dos horários de ambulatório do STO, procure o setor de emergência do hospital ou o serviço de saúde que o atendia antes de ser encaminhado para o STO.

Não é possível ao STO fazer visitas de emergência.

**Orientações úteis:**

*Orientações para o uso do colchão d'água* - O colchão d'água é útil para o paciente que fica o tempo todo deitado, porque diminui o risco de fazer feridas (escaras).

Esta é a maneira correta de utilizar o colchão d'água:

Estique-o sobre a cama, por cima do colchão comum (ou sobre o estrado protegido por um papelão ou cobertor para não furar o colchão). Preste atenção para que a tampa do colchão fique para cima (Fig. A).

Abra a tampa e enfie no gargalo uma das pontas de uma mangueira que esteja ligada a uma torneira (Fig. B). Abra a torneira e encha o colchão até meio palmo de altura (mais ou menos 12 cm). Não encha demais para que o colchão não fique desconfortável.

Feche bem a tampa e empurre o gargalo para baixo (para dentro do colchão). Se o tempo estiver frio, coloque um cobertor por cima do colchão, para não passar para o paciente a friagem da água (Fig. C).

Mantenha a roupa de cama bem esticada para que as dobras não incomodem o paciente.

Invente maneiras ou use grades para evitar que o paciente role e caia da cama.

Não tente mover o colchão cheio. Não deixe que alguém com unhas compridas arrume a cama. Tenha cuidado para não furar o colchão com objetos de ponta ou objetos cortantes.

Limpe o colchão com sabão neutro ou álcool. Para esvaziá-lo, use a mangueira com uma ponta colocada no gargalo e a outra num ralo ou balde.

Não é preciso secar o colchão por dentro, nem usar talco.

Proteja o colchão para que ele não fure. Devolva-o ao STO tão logo o necessite mais, para que outro paciente também possa beneficiar-se dele. Quando devolvê-lo, não esqueça de incluir também a tampa.

Figuras A, B, e C - Etapas de utilização do colchão d'água.

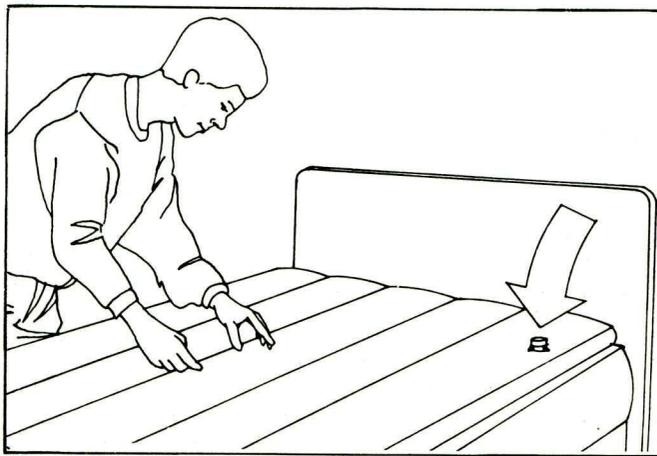


Figura A

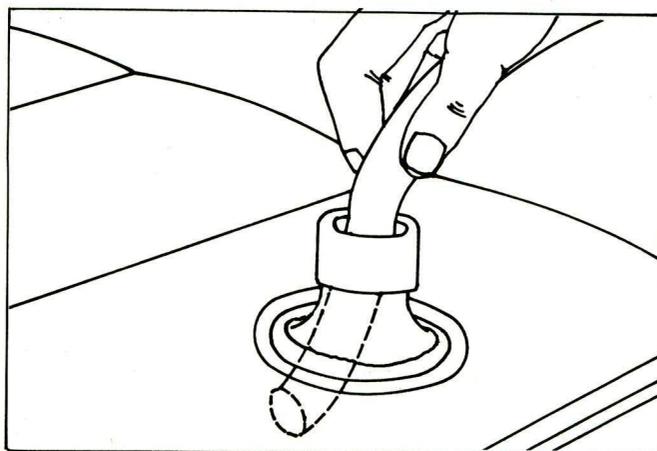


Figura B

*Orientações para o uso da bala de oxigênio* - O oxigênio só será fornecido pelo STO se for indicado pelo médico ou pela enfermeira que acompanha o paciente. A bala de oxigênio contém gás sob pressão e precisa ser manipulada com cuidados especiais. Obedeça às seguintes instruções:

Transporte a bala de oxigênio e mantenha-a sempre na posição vertical (de pé) e protegida de quedas.

**NÃO FUME** nem utilize aparelhos elétricos ou substâncias inflamáveis (éter, álcool, barbeadores, secadores) junto à bala.

A Figura D é um diagrama de como funciona e se usa a bala de oxigênio. Quando o paciente estiver com falta de ar e necessitar de oxigênio, gire o volante do cilindro para a esquerda (1) para abrir a saída de oxigênio. Vai ser ouvido um barulho de ar escapando, o que é normal. O oxigênio não tem cheiro.



Figura C

O indicador de oxigênio no cilindro (2) vai mostrar a quantidade de oxigênio que existe na bala. Comunique ao STO quando o indicador chegar em torno de 50, para que a bala seja trocada bem antes de acabar o oxigênio.

O indicador de fluxo pode ser de dois tipos: em forma de relógio (3) ou de coluna (3A). Ele mostra a quantidade de oxigênio que o paciente deve receber. Regule-o mexendo no controlador do fluxo de oxigênio (4), até que o indicador marque a quantidade que foi orientada pelo médico ou pelo enfermeiro. *Não aumente a quantidade de oxigênio sem a ordem deles!*

O oxigênio resseca o nariz e a boca, por isso ele deve ser ligado à mamadeira (5), que deve ser mantida sempre com o nível de água indicado. Complete com água limpa quando o nível baixar.

Para que o oxigênio chegue ao paciente use o tubo plástico (6), como está indicado na figura. Verifique se o ar está saindo. Adapte o

tubo a um cateter nasal, que deverá ser usado conforme demonstra a figura.

· *Não mantenha o oxigênio ligado o dia todo. Use-o só enquanto sentir falta de ar.*

· *Mudança de posições* - O paciente que só fica deitado ou sentado deve ser mudado de posição várias vezes ao dia e, após o banho, receber massagens usando-se creme hidratante ou óleo mineral, na pele dos locais onde faz mais peso na cama ou na cadeira. Ficar deitado durante muito tempo na mesma posição pode fazer com que apareçam feridas (escaras) nas costas, quadris, ombros e pés, e também pode facilitar o aparecimento de pneumonia.

· *Alimentação* - Alimentos líquidos ou comida passada na peneira ou no liquidificador podem ser bem mais tolerados ou mais fáceis de engolir e têm o mesmo valor nutritivo. Deve-se preferir a comida preparada com verduras, ovos, carnes, feijão, arroz, macarrão etc. É recomendável comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades e tomar bastante líquido (chá, leite, água, refrescos e sucos de fruta). Após alimentar-se, deve-se enxaguar a boca com água contendo uma pitada de bicarbonato de sódio (que pode ser comprado em qualquer farmácia).

*Coma o que lhe despertar mais apetite! A não ser que tenha havido alguma recomendação de seu médico ou do enfermeiro nesse sentido, não faça dieta.*

#### STO - Hospital de Oncologia

Rua Equador, nº 831, Santo Cristo  
CEP 20220-410 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefone - (021) 223-1267 - ramal 120

#### STO - Hospital do Câncer

Praça da Cruz Vermelha, nº 23, Centro  
CEP 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefone - (021) 292-4110 - ramal 278

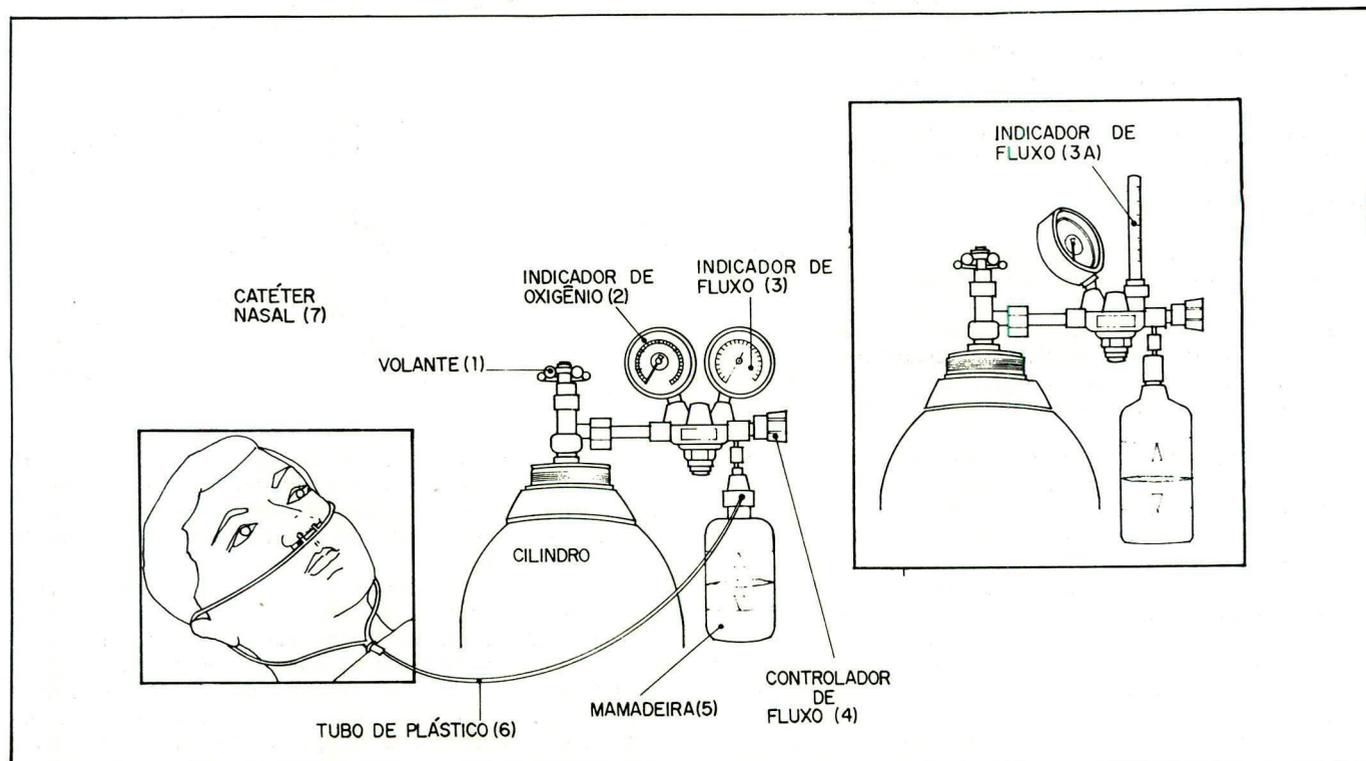


Figura D. Diagrama do funcionamento e uso da bala de oxigênio.

**Gesto** Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico

Utilidade Pública

NOME: \_\_\_\_\_ MH: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

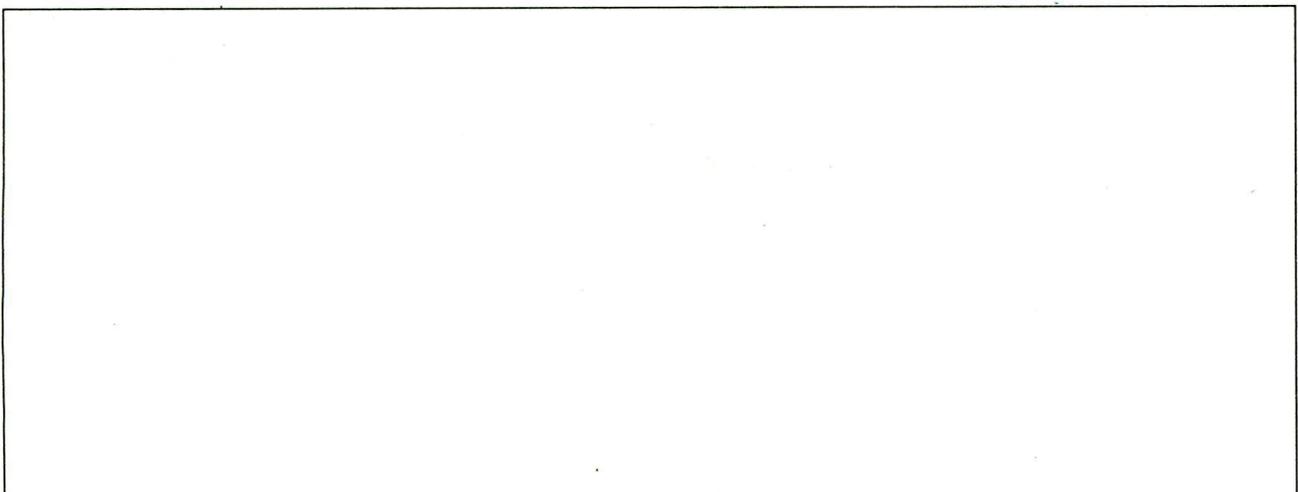
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES: ASFALTO ( )      TERRA ( )      MORRO ( )      AVISAR VISITA ( )  
NÃO PASSA CARRO ( )      EVITAR DIA DE CHUVA ( )

ROTEIRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MAPA:



MOTORISTA DA 1ª VISITA: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gesto - Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico****Termo de compromisso**

Considerando-se que o STO - Suporte Terapêutico Oncológico se propõe a atender aos pacientes fora de possibilidades de tratamento específico atual, com o objetivo de oferecer apoio profissional de melhoria de sua qualidade de vida, através de assistência ambulatorial, domiciliar ou através de supervisões ao hospital de apoio credenciado, informamos que:

**1 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

- As visitas serão realizadas pela equipe semanal ou quinzenalmente, a critério médico, condicionado ao estado atual do paciente.
- A previsão de visitas segue normas do serviço. Não é possível precisar dias e horários com antecedência. O familiar pode telefonar para o STO, às sextas-feiras, à tarde, para obter uma estimativa da escalação de visitas, sujeita, no entanto, a alterações circunstanciais.
- Não serão realizadas visitas de emergência. Nesse caso, o familiar deve telefonar ao STO para ser orientado sobre alternativas. Persistindo o problema, deverão procurar a emergência do seu hospital.
- A família será orientada e treinada para os cuidados com o paciente. Serão fornecidos medicamentos e material hospitalar necessários aos cuidados, quando disponíveis e indicados pela equipe. Nesses casos, os familiares se responsabilizarão pelo transporte e devolução.

**2 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

- As consultas serão marcadas pela UPE no cartão do paciente. Caso seja necessário, porém, o paciente ou familiar poderá comparecer ao STO, nos dias de atendimento, mesmo sem marcação prévia.
- Na impossibilidade de comparecimento do paciente à consulta marcada, o responsável deve comparecer ou telefonar ao STO para remarcação e esclarecimentos.

**3 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

- Nesses casos, o paciente poderá ser encaminhado a hospitais de apoio, com a supervisão do STO. Neste hospital, não será possível a internação do paciente, exceto por curtos períodos para atendimentos de emergência e alívio.

**4 - NO CASO DE PACIENTE EXTRA**

- Todos os pacientes não matriculados neste hospital, eventualmente atendidos pelo STO, devem estar cientes de:  
*Caso necessite de atendimento de emergência* - após possível orientação por telefone, deverão se encaminhar ao serviço de emergência do seu hospital de origem, hospitais gerais ou postos de assistência médica. Este hospital não atende na emergência a pacientes não matriculados.  
*Caso necessite de exames radiológicos ou laboratoriais* - Este hospital não realiza exames em pacientes não matriculados. Os pedidos deverão ser executados no seu hospital de origem ou em postos de assistência médica.  
*Caso necessite de atestado de óbito* - Os pacientes não matriculados neste hospital, quando atendidos pelo STO, poderão obter, através da constatação da ocorrência, registrada no verso do nosso sumário de atendimento, o atestado de óbito, no STO.

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- Será fornecido um sumário a cada caso, que servirá como orientação a outros serviços de atendimento que, porventura, o paciente possa recorrer. Esse resumo ajudará, em caso de óbito, a se obter a constatação INDISPENSÁVEL para o atestado.
- Deverá ser comunicado ao STO qualquer alteração relativa ao paciente, tais como: agravamento do estado, mudança de endereço, internações ou óbito.

O abaixo-assinado \_\_\_\_\_ responsável pelo paciente \_\_\_\_\_ matrícula nº \_\_\_\_\_, ciente das disposições acima contidas, concorda, pelo presente termo, com a manutenção do(a) paciente sob os cuidados do STO.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Anexo 4

<b>SUMÁRIO DO CASO CLÍNICO</b>			<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER</b>		
NOME _____					
MATRÍCULA NO INCa _____		CLÍNICA _____			
IDADE _____	SEXO _____		DATA DA EMISSÃO _____		
CARIMBO _____		ASSINATURA DO MÉDICO _____			

<b>DIAGNÓSTICO</b>	diagnóstico (histopatológico) _____
	(topográfico) _____
	extensão da doença _____
	_____
	outras patologias _____

<b>TRATAMENTO ESPECIALIZADO</b>	neoplasia: não tratada <input type="checkbox"/> tratada no INCa <input type="checkbox"/> tratada em outras Instituições (especificar) <input type="checkbox"/>
	cirurgia(s) (tipos, datas) _____
	_____
	radioterapia (locais irradiados, datas) _____
	_____
	quimioterapia (esquemas e/ou drogas) _____
	_____
	_____ último ciclo (data) ____ / ____ / ____
hormonioterapia (hormônios) _____	
_____ Interrupção do último hormônio (data) ____ / ____ / ____	

<b>TRANSF.</b>	solicitação de transferência pela clínica / setor _____ data ____ / ____ / ____
	para _____ motivo _____

<b>MED. EM USO</b>	medicação / cuidados a serem mantidos _____
	_____
	_____

**ATENÇÃO**

• Este paciente pode ser atendido em caráter de emergência por qualquer unidade da rede de saúde.

## ATUALIZAÇÕES E OBSERVAÇÕES SOBRE O CASO:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Em caso de falecimento, solicitar a Constatação do Óbito pela delegacia de polícia ou pronto-socorro mais próximo da residência, anotando abaixo.

## CONSTATAÇÃO DO ÓBITO

À DELEGACIA DE POLÍCIA OU SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO

SOLICITAMOS PRESTAR AS INFORMAÇÕES ABAIXO, PARA QUE O MÉDICO POSSA FORNECER O ATESTADO DE ÓBITO

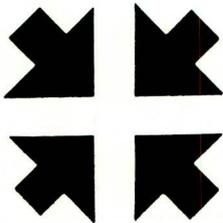
IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO	nome do paciente _____
	local do óbito _____ data ____ / ____ / ____ hora _____
	a morte foi: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> violenta
	observações _____
	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO	informações a respeito da pessoa que constatou o óbito:
	nome _____
	órgão em que trabalha _____
	cargo ou função _____
	telefone para contato _____
	assinatura _____ carimbo _____









# Atividades Comemorativas dos 40 anos do Hospital A.C. Camargo

**Calendário Geral / 1993**

## Comissão Organizadora

### Presidente

Antonio C.C. Junqueira

### Secretário

Antonio Pedro Mirra

### Tesoureiro

Fábio Ravaglia

Ademar Lopes

Benemar Guimarães

Fauzer S. Abrão

Humberto Torloni

Jorge Sabbaga

Luiza L. Villa

Maria Antonieta Bandiera

Nivaldo Trippe

Odete Gazzi

Luiz Paulo Kowalski

José Aldir

Maristella A. Palazzi

## Comissão Científica

### Presidente

Ademar Lopes

André A.J.G. Moraes

Fernando Medina da Cunha

Luiz Paulo Kowalski

Humberto Torloni

Orlando Sergio Ratto

### Secretaria

Hospital A.C. Camargo

R. Prof. Antonio Prudente, 211

Liberdade - São Paulo - SP

Fone: (011) 278-9131

Fax: (011) 277-4259

### 1 a 5 de Abril

Congresso de Biologia Molecular

"The Road to Cancer"

2º Congresso Internacional em Papilomavírus

Coord.: Luisa L. Villa

Inf.: (011) 270-4922 c/Libeca

### 20 a 23 de Abril

I Cong. Bras. de Tumores Ósseos e  
Partes Moles

Coord.: Ademar Lopes

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

### 4 de Maio

Assemb. da Rede Central de Comb. ao Câncer

Coord.: Maria Antonieta Bandiera

Inf.: (011) 278-0826

### 18 de Maio

Almoço da Ass. de Rede Fem. Est. de

São Paulo de Combate ao Câncer

Inf.: (011) 278-0826

### 19 a 22 de Maio

Simpósio da Rede Nacional de Combate  
ao Câncer

Inf.: (011) 278-0826

### 22 a 24 de Junho

II Curso de Oncologia Ocular

Coord.: Maristela A. Palazzi

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

### 9 e 10 de Julho

Simpósio de Oncologia Clínica

Coord.: Jorge Sabbaga

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

### 29 a 31 de Julho

Simpósio de Radioterapia

Coord.: Nivaldo Trippe

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

### 24 a 27 de Agosto

Simpósio de Ginecologia

Coord.: Fauzer S. Abrão

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

### 3 a 4 de Setembro

VIII Jornada de Enfermagem em Oncologia

Coord.: Odete Gazzi

Inf.: (011) 278-8811 - R: 150 c/Lúcia

### 5 a 8 de Setembro

II Simpósio "Antonio Prudente"

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

Fax: (011) 277-4259

### 9 a 11 de Setembro

XXXV Reunião Anual de Cancerologia

Coord.: José Aldir

Inf.: (011) 278-9131 c/Marta

## Metástase de adenocarcinoma de mama em cérvix uterina. Relato de caso

SARO ORIANA, ERNESTO DE PAULA GUEDES NETO<sup>1</sup>, JOSÉ SPARTACO VIAL, S. ANDREOLA

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia Oncológica do Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

### Resumo

*A frequência de metástases de carcinoma mamário no útero varia, segundo a literatura, de 2% a 5% dos casos [10]. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma de mama com metástase em paracérvix e miométrio. A paciente foi submetida a histerectomia total e ooforectomia bilateral. A discussão sobre o diagnóstico e tratamento é baseada na revisão da literatura.*

**Unitermos:** metástase mamária; cérvix uterina

### Relato do caso

Paciente de 44 anos, feminina, branca; antecedentes familiares: uma irmã com câncer da mama. Em dezembro de 1984, foi diagnosticado no quadrante superior externo da mama direita um nódulo de 2,6 cm de diâmetro, sem evidência de metástase axilar e/ou à distância. Classificado pelos critérios da UICC em T2NOMO, estágio IIa. Em fevereiro de 1985 a paciente foi submetida a quadrantectomia súpero-externa com esvaziamento axilar homolateral seguido de radioterapia (QUART). O resultado histológico demonstrou carcinoma ductal infiltrante, sem comprometimento axilar. Receptores para estrogênio e progesterona negativos. Em outubro de 1989 a paciente apresentou sangramento vaginal irregular; realizou-se histeroscopia com biópsia endometrial. O resultado histológico confirmou infiltração neoplásica do endométrio compatível com carcinoma de mama. A paciente foi submetida a histerectomia total, ooforectomia bilateral, omentectomia e apendicectomia, cujo resultado anatomopatológico evidenciou carcinoma ductal em cérvix e miométrio. Após sete anos de *follow-up* (setembro de 1992), encontra-se sem evidência de doença, permanecendo em controle ambulatorial.

### Discussão

A presença de metástases no trato genital feminino sempre proporcionou problemas diagnósticos para clínicos e patologistas. Tumores secundários, com exce-

ção das metástases para ovários, são incomuns e, por isso, esquecidos no diagnóstico diferencial das doenças do aparelho genital feminino.

A diferenciação entre neoplasias primária e secundária é de fundamental importância, pois o segundo grupo está relacionado à evidência da neoplasia disseminada, ou seja, estágio IV.

Na maioria dos casos, os sintomas, quando se manifestam, não são adequadamente avaliados, além de serem considerados como neoplasia primitiva do útero. Di Bonito<sup>4</sup>, num estudo de metástases do carcinoma de mama para o aparelho genital feminino, observou que a maioria das pacientes estudadas era assintomática e apresentavam um envolvimento do útero, poupando a cérvix.

No seguimento de pacientes que foram tratadas por carcinoma de mama certos sintomas devem ser considerados, tais como sangramento ou secreção anômala vaginais.

Yazigi [16] observou numa série de 25 casos de metástase no trato genital por adenocarcinoma de mama que 15 apresentaram sangramento vaginal como sintoma principal. Nas últimas décadas, poucos casos de metástases isoladas de carcinoma mamário para o útero e cérvix foram relatados à literatura. Neste trabalho apresentamos um caso de adenocarcinoma de mama com metástase para cérvix e miométrio.

A história natural do câncer de mama demonstra que a frequência das metástases compromete mais: ossos 75%, pulmões 60%, fígado 60% e cérebro 25% [2, 4, 10].

<sup>1</sup>Endereço do autor para correspondência: Rua Luciana de Abreu, 323, conj. 501 - Porto Alegre - RS - CEP 90570-060

Publicações na literatura médica demonstraram que o comprometimento da cérvix e do útero pode ocorrer em 2 a 3% dos casos. Este baixo índice provavelmente está relacionado ao escasso grau de vascularização à elevada proporção de tecido fibroso presente neste órgão em mulheres na pós-menopausa. A disseminação de metástases, por via linfática, ocorre em situações especiais. A drenagem linfática da cérvix se faz por via centrífuga; portanto, o estabelecimento de metástases do carcinoma de mama por esta via ocorrerá somente com o bloqueio destes canais pelo tumor, que determinará um fluxo retrógrado.

Não é rara a metástase do carcinoma de endométrio para a cérvix uterina. Entretanto, metástase de neoplasias extrapélvicas à cérvix é uma situação rara e poucos casos foram relatados na literatura [11, 15]. Lemonine e Hall [11], numa revisão de 65 anos, constataram apenas 33 casos de metástases cervicais, sendo quatro de origem mamária. Abrams [1] estudou 167 autópsias de pacientes com metástases uterina porém nenhum caso de metástase na cérvix foi observado.

Quando o câncer de mama metastatiza o ovário poderá estar comprometido em 15 a 23% dos casos [4, 10]. Já o comprometimento uterino quase sempre acontece devido a extensão pélvica ou em conseqüência da disseminação dos implantes peritoneais, enquanto que na cérvix o mesmo se dá por contigüidade ou por implantes no fundo de saco de Douglas [13]. Weingold, numa publicação de 1961, observou que o comprometimento do miométrio raramente ocorreu sem o do ovário. Sterman sugere que as metástases uterinas, na sua maioria, são conseqüência da disseminação linfática regional das metástases implantadas no ovário. Com isso podemos considerar que a presença de metástases uterinas isoladas sem o comprometimento simultâneo do ovário é uma expressão da disseminação hematogênica do carcinoma de mama [9, 14].

Kumar relata que em 96,2% dos casos de metástases de carcinoma de mama no útero havia o comprometimento do miométrio e em apenas 9,8% dos casos o endométrio estava comprometido isoladamente [7]. A maioria dos autores sugere que, quando existem metástases para cérvix e útero, deve-se considerar como manifestação de doença disseminada [4, 9, 16].

Asintomatologia clínica mais comum é o sangramento vaginal, como observado neste relato, podendo estar presente em até 75% dos casos [3, 4, 7, 8, 11, 13, 16]. Quando apenas o miométrio é sede da metástase o quadro clínico terá evolução silenciosa [4, 16].

Um trabalho publicado em 1988 relata que 62% das pacientes não apresentaram alterações neoplásicas no exame direto da cérvix, tendo sido feito o diagnóstico através da curetagem e da biopsia dirigida nos casos suspeitos [16].

O diagnóstico diferencial entre o tumor primário e metástase para cérvix é fundamental para a conduta terapêutica e o seu prognóstico [11].

Se nós considerarmos que o comprometimento da cérvix indica doença disseminada, a pan-histerectomia deverá ser considerada como tratamento paliativo. Na literatura também é descrita a histerectomia subtotal como tratamento de metástase de mama no corpo uterino [7].

Apesar desta metastatização ser rara, nós acreditamos que toda vez que uma paciente, já tratada de câncer da mama, apresentar sangramento vaginal anômalo, deverá ser examinada tendo em vista algum comprometimento secundário ou um novo tumor primário.

### Summary

*The frequency of uterine localization of breast carcinoma metastasis ranges from 2% to 15% [10]. We present a case in which metastasis occurred in the cervix and the myometrium. The patient was submitted to total hysterectomy with bilateral ovariectomy. A review of literature with discussion on diagnosis and treatment is presented.*

**Key words:** breast metastases; uterine cervix

### Referências bibliográficas

1. ABRAMS HL, SIRO R, GOLDSTEIN N. Metastases in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950; 3: 74-85.
2. BONADONNA G. In *Manuale di Oncologia Médica* 1982.
3. COHAN L, ALAN LK. Postmenopausal bleeding secondary to the metastatic disease in the endocervix from carcinoma of the breast. *Gynecol Oncol* 1984; 17: 133-136.
4. DI BONITO S, PATRIARCA S. Breast carcinoma metastazing to the uterus. *Eur J Gynaec Oncol* 1985; 6: 211-217.
5. FLACHOWSKY V, GEIBLER U. Brauchraummetastasierung beim mammarkarzinom. *Zenit BL Gynaecol* 1988; 10: 110.
6. CAGNON Y, BERNARD T. Ovarian metastases of breast carcinoma. *Cancer* 1988; 64: 892-898.
7. GERBER B, KONDE E, NIZZE H. Spatmetastasierung eines Mammarkarzinoms in corpus und cervix uteri. *Zent Bl Gynaecol* 1981; 113: 727-730.
8. HAGEMEISTER FB. Causes of death in breast cancer. *Cancer* 1980; 45: 162-167, 1980.
9. KUMAR N, HART W. Metastases to the uterine corpus from extragenital cancer. *Cancer* 1982; 50: 2163-2169.
10. LEE Y. Breast carcinoma: pattern of metastatic at autopsy. *J Surg Oncol* 1983; 175-180.
11. LEMOINE N, HALL P. Epithelial tumors metastatic to the uterine cervix. *Cancer* 1986; 57: 2002-2005.
12. MAZUR M, HSUEH S, GERSELL J. Metastases to the female genital tract. *Cancer* 1984; 53: 1978-1984.
13. STANLEY N. Carcinoma metastatic in the cervix. *Gynecol Oncol* 1980; 9: 298-302.
14. STERMMERMMAN G. Extrapelvic carcinoma metastatic to the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 82: 1261-1266.
15. WEINGOLD A, BOLTUCH S. Extragenital metastases of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 82: 1267-1272.
16. YAZIGI R, GANDSRADT J. Breast cancer metastating to the uterine cervix. *Cancer* 1988; 61: 2558-2560.

# No Tratamento do Câncer de Mama.



## TAMOXIFENO 10mg FARMITALIA

### Uma nova opção para o seu receituário.

#### INFORMAÇÕES PARA RECEITUÁRIO

##### COMPOSIÇÃO

Cada comprimido contém: Citrato de tamoxifeno.... 15,2mg (equivalente a 10mg de tamoxifeno). Excipientes q.s. (Amido de Milho, Lactose, Polivinilpirrolidona, Glicolato de Amido e Sódio, Estearato de Magnésio).

##### INDICAÇÕES

TAMOXIFENO é indicado no tratamento paliativo do câncer avançado da mama.

##### CONTRA-INDICAÇÕES

Gravidez; hipersensibilidade conhecida ao tamoxifeno.

##### PRECAUÇÕES

TAMOXIFENO deve ser usado cautelosamente em pacientes

com leucopenia e trombocitopenia preexistentes. Apesar de observações ocasionais de leucopenia e trombocitopenia durante o tratamento com TAMOXIFENO, não há certeza de que tais efeitos sejam devidos à droga. Há relatos eventuais de diminuição transitória da contagem de plaquetas (com taxas de 50.000—100.000/mm<sup>3</sup>; raramente menos) em pacientes com câncer de mama sob tratamento com TAMOXIFENO. Não foi registrada qualquer tendência à hemorragia, retornando ao normal a taxa de plaquetas, mesmo com a continuação do tratamento.

##### POSOLOGIA E MODO DE USAR

Iniciar o tratamento com um comprimido duas vezes ao dia. Caso não ocorra resposta satisfatória dentro de um mês, aumentar a dose para dois comprimidos duas vezes ao dia.

##### APRESENTAÇÃO

Caixas com 30 comprimidos.

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

O CONTROLE DA DOR  
EXIGE UM NOVO  
PERFIL DE ANALGESIA.

**DOR**

**Tramal**<sup>®</sup>  
cloridrato de tramadol

O NOVO PERFIL  
DE ANALGESIA



- Eficaz ação analgésica para o efetivo controle da dor moderada a severa
- Rápido início da ação que se prolonga por até 8 horas
- Baixa incidência de efeitos colaterais
- **Comprovado por ampla experiência clínica:**
  - 14 anos de uso
  - 20 milhões de pacientes tratados
  - Utilizado em quase todos os países do mundo

Receituário  
comum em duas vias.



**GRÜNENTHAL**

Fabricado e comercializado  
sob a licença de:  
Grünenthal GmbH  
Stolberg, Alemanha

**FARMITALIA CARLO ERBA**  
GRUPPO ERBAMONT



## **Dermoshield. Maior proteção para suas mãos.**

### **GARANTIA DE UMA PROTEÇÃO CONSTANTE E EFICAZ.**

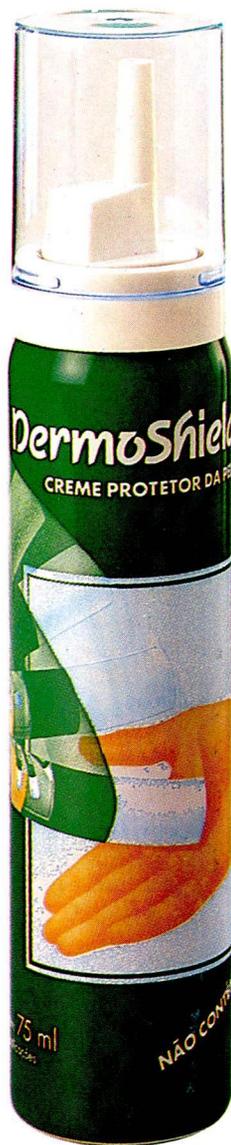
DERMOSHIELD é uma espuma dermoprotetora que penetra no estrato córneo em poucos minutos, formando uma barreira impermeável e resistente.

- DERMOSHIELD proporciona excelente nível de proteção das mãos contra a penetração de vírus, fungos e bactérias e substâncias tóxico-irritantes.
- DERMOSHIELD promove ação protetora constante por até 4 horas, mesmo após sucessivas lavagens das mãos com água e sabão, sendo removido com a transpiração natural da pele.
- DERMOSHIELD é atóxico e isento de efeitos irritantes para a pele.

# **Dermoshield®**

Sua saúde está em boas mãos.

**Composição:** Estearina e Estearatos, Propilenoglicol, Glicerol, Poliál, Óleo de silicone, Emulsificante, Água deionizada e propelentes Butano e Propano.  
**Apresentação:** Tubo com 75ml, equivalente a aproximadamente 70 aplicações.



### **PROTEÇÃO ADICIONAL AO USO DE LUVAS.**

- DERMOSHIELD reduz o risco de contaminação, caso ocorram rupturas ou passagem de líquidos através dos poros da luva.
- DERMOSHIELD reduz a possibilidade de ocorrência de eventuais irritações provocadas pelo látex, talco ou pó de amido utilizados para "lubrificar" as luvas.
- DERMOSHIELD reduz a maceração da pele nas extremidades dos dedos causadas pelo uso prolongado das luvas.
- O uso de DERMOSHIELD é fundamental como fator de segurança nas atividades que exigem elevada sensibilidade das mãos, nas quais a luva possa dificultar o procedimento ideal.

**FARMITALIA CARLO ERBA**

GRUPO ERBAMONT

**Para maiores informações científicas consulte FARMITÁLIA CARLO ERBA S.A.**  
Rod. Washington Luiz (BR-040) km 119, 293  
Caixa Postal 76068 Tel.: (021) 771-5110  
Duque de Caxias, RJ CEP 25085



# Farlutal<sup>®</sup> AD

acetato de medroxiprogesterona

## Modifica a imagem dos pacientes com câncer avançado de mama.

- Melhora a qualidade de vida.
- Oportunidade para reverter o progresso da doença.
- Boa tolerabilidade geral.



### INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO

- Nome genérico: Acetato de Medroxiprogesterona
- Forma Farmacéutica: Suspensão Injetável
- Apresentação: Caixa com 1 frasco-ampola contendo 2,5ml de suspensão injetável a 20%.

### USO ADULTO

#### COMPOSIÇÃO COMPLETA:

Cada frasco-ampola contém:  
Acetato de Medroxiprogesterona ..... 500mg  
Excipiente q.s. (polietilenoglicol 4000, polissorbato 80, metil p-hidroxibenzoato, propil p-hidroxibenzoato, cloreto de sódio).  
Água para injeções q.s.p. .... 2,5ml

#### INDICAÇÕES

Carcinoma da mama, do endométrio, da próstata, do rim, Adenoma prostático.

### CONTRA-INDICAÇÕES

Tromboflebitis, distúrbios de natureza tromboembólica, insuficiência hepática grave, aborto retido, hipercalcemia em pacientes portadores de metástases ósseas, metrorragias de natureza não estabelecida, gravidez confirmada ou suspeita e hipersensibilidade ao fármaco.

### PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS

Foi assinalado um possível relacionamento entre a administração de progestágenos nos primeiros meses de gravidez e a presença de malformações congênitas no recém-nascido; é portanto desaconselhável o uso do produto na gravidez. Ocorrendo distúrbios de natureza tromboembólica, perda brusca da visão, parcial ou total, diplopia, edema da papila, lesões vasculares retinianas, hemicránia, o tratamento deve ser suspenso.

No caso de perdas sangüíneas vaginais aconselha-se um esclarecimento diagnóstico.

No caso em que se torne necessário um exame histológico é oportuno assinalar que a paciente está sendo tratada com progestágenos.

### POSOLOGIA

A posologia geralmente varia, conforme a indicação, entre 1.000 e 3.000 mg por semana (fracionados em 2-3 administrações por injeções intramusculares profundas, em regiões índenes).

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

# Atualização Científica I/II

Responsáveis:

Parte I: Emília Rebelo Lopes e Vera Maria Stiebler Leal

Parte II: 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:

Pro-ONCO/INCa/MS  
Atualização Científica  
Av. Venezuela 134, Bloco A, 9º andar  
20081-310 - Rio de Janeiro - RJ  
Fones: (021) 263-8565, 263-6568, 253-1956  
Fax: (021) 263-8297

Endereço para a remessa do material:

Nome completo: .....

Endereço: .....

Número: ..... Apt., sala, grupo, etc.: .....

Cidade: ..... CEP: ..... Estado: .....

Desejo receber separata dos artigos assinalados abaixo:

Parte I:

- |                                |                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01/01 | <input type="checkbox"/> 01/02 | <input type="checkbox"/> 01/03 | <input type="checkbox"/> 01/04 | <input type="checkbox"/> 01/05 |
| <input type="checkbox"/> 01/06 | <input type="checkbox"/> 01/07 | <input type="checkbox"/> 01/08 | <input type="checkbox"/> 01/09 | <input type="checkbox"/> 01/10 |

Parte II:

- |                                |                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 02/01 | <input type="checkbox"/> 02/02 | <input type="checkbox"/> 02/03 | <input type="checkbox"/> 02/04 | <input type="checkbox"/> 02/05 |
| <input type="checkbox"/> 02/06 | <input type="checkbox"/> 02/07 | <input type="checkbox"/> 02/08 | <input type="checkbox"/> 02/09 | <input type="checkbox"/> 02/10 |
| <input type="checkbox"/> 02/11 | <input type="checkbox"/> 02/12 | <input type="checkbox"/> 02/13 | <input type="checkbox"/> 02/14 | <input type="checkbox"/> 02/15 |
| <input type="checkbox"/> 02/16 | <input type="checkbox"/> 02/17 | <input type="checkbox"/> 02/18 | <input type="checkbox"/> 02/19 | <input type="checkbox"/> 02/20 |

## Atualização Científica - Parte I

### Artigo Traduzido

#### A EFETIVIDADE/CUSTO DO RASTREAMENTO DE CÂNCER UTERINO

Miller A.B. The cost effectiveness of cervical cancer screening. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117(6): 529-530

O rastreamento do câncer do colo uterino é geralmente considerado efetivo. Estudos de observação que estabelecem a efetividade do rastreamento têm incluído comparações geográficas de grupos rastreados e não-rastreados combinados com estudos das tendências de incidência e mortalidade após a introdução do rastreamento [1], com estudos que correlacionam a intensidade do rastreamento com redução da mortalidade pela doença [2] e estudos de caso-controle [3]. Embora poucos países tenham observado uma redução drástica na incidência ou mortalidade pela doença relacionadas diretamente à introdução do rastreamento, vários países nórdicos, nos quais foram introduzidos programas organizados, têm mostrado uma redução marcante na incidência e mortalidade da doença após seis a dez anos do início do rastreamento [1]. Na América do Norte, onde o rastreamento organizado não foi introduzido e onde o rastreamento é bastante oportunista (usando abordagens que dependem do médico ou da própria mulher), a doença continua a ocorrer bastante, apesar de ter havido reduções tanto na incidência como na mortalidade da doença.

É agora reconhecido que vários programas têm falhado parcialmente porque não alcançaram as mulheres pertencentes à população de alto risco, especialmente aquelas com mais de 45 anos de idade, entre as quais ocorre a maioria dos casos de câncer invasivo [4]. São as mulheres mais jovens da população que tendem a ser rastreadas, resultando numa perda de recursos disponíveis para o rastreamento das mulheres mais velhas. Em consequência disso, tem crescido o interesse para tentar aumentar a efetividade/custo dos programas existentes.

Esta necessidade de tornar os programas mais efetivos em relação aos custos foi reconhecida implicitamente algumas vezes [5, 6]. Há vários anos atrás, a Sociedade de Câncer Americana (ACS) [7], repetindo uma antiga informação de uma Força de Tarefa Canadense [8], recomendou o rastreamento a cada três anos. A recomendação da Sociedade foi baseada no conhecimento então disponível sobre a história natural das lesões precursoras presumidas da doença [5, 6, 9, 10]; no entanto, o conhecimento nessa área aumentou recente-

mente [11]. Em resumo, um número substancial de lesões precursoras de câncer uterino detectáveis parece ocorrer em mulheres em torno dos 35 anos de idade e somente uma pequena proporção das lesões progridem para câncer invasivo. Embora uma maior proporção de lesões progrida nas mulheres mais velhas, o período de tempo entre a detecção do carcinoma *in situ* e o desenvolvimento do câncer invasivo é de aproximadamente 10 anos e mais longo para as lesões precursoras, tais como as displasias moderadas e acentuadas.

Infelizmente, a recomendação da ACS [7] foi tida como controversa e foi mais tarde mudada para outra que pode ser interpretada como aprovando o exame anual [12]. Essa mudança foi então introduzida nas Recomendações para o Trabalho de Diagnóstico Precoce do Instituto Nacional de Câncer. Um dos argumentos usados em apoio aos exames anuais é o de que as análises, levando à conclusão de que o rastreamento trienal é efetivo [9,10], supõem que o teste do esfregaço uterino é de alta sensibilidade e que muitas mulheres de risco seriam rastreadas. A sensibilidade adequada do teste pode somente ser obtida por serviços de laboratório de alta qualidade e o comparecimento de grande número de mulheres apenas ocorre através de um programa organizado. Falhas nesses parâmetros não podem, no entanto, ser compensadas através do aumento da frequência de novos exames [6]; ao invés disso, ações devem estar em curso para assegurar um programa efetivo e, mais precisamente, efetivo em relação ao custo.

Fahs et al. [14] relatam no seu artigo publicado em *Annals* a abordagem baseada em um modelo para avaliar a efetividade/custo do rastreamento do câncer uterino em mulheres acima de 65 anos de idade. Eles mostram que o benefício adicional de mudar o rastreamento trienal para anual nas mulheres é pequeno, mas caro. Eles também concluem que um programa de rastreamento a cada 3 anos economizaria tanto dinheiro quanto vidas. De uma forma criteriosa, o modelo deles mostra que rastrear aquelas mulheres que têm uma história regular de rastreamento para o câncer do colo uterino é nitidamente menos eficiente quando considerado o custo e que o êxito do resultado de um programa populacional de rastreamento para o câncer do colo do útero depen-

de dos médicos assegurarem que as mulheres sem histórias prévias de rastreamento regular obtenham esfregaços do trato genital inferior de alta qualidade.

Pode não haver discordância da última conclusão daqueles autores com a de um Grupo de Trabalho Canadense, que recentemente chegou a uma conclusão similar [15], assim como com o projeto de rastreamento da União Internacional contra o Câncer (UICC) [4]. Muitos médicos podem sentir, no entanto, que são necessárias investigações adicionais para aceitar a conclusão de Fahs e cols [14], de que o rastreamento é ineficiente e pode ser interrompido em mulheres acima de 65 anos que já tenham esfregaços negativos regulares anteriores.

Os modelos são tão bons quanto as suposições construídas dentro deles [16]. Nos modelos relacionados ao rastreamento, são decisivas as suposições que consideram a provável história natural da doença. Fahs e associados tiveram que fazer duas importantes suposições: 1) o grau de regressão do carcinoma *in situ* e displasia acentuada (CIN III) e 2) a incidência da doença nas mulheres idosas. Este segundo ponto é distinto daquele em que a doença é descoberta nas mulheres idosas que são rastreadas pela primeira vez (isto é, a prevalência), doença que pode de fato ter ocorrido e se tornado detectável vários anos atrás, mas que permaneceu sem progressão. Infelizmente, poucos dados disponíveis nos habilita a estimar os índices de regressão da doença pré-clínica na idosa. Embora tais índices sejam provavelmente menores do que aqueles entre as mulheres mais jovens, é improvável que sejam zero, como Fahs e associados supõem. Mais crítico, no entanto, é o índice de ocorrência da doença nova. Ao fazer nossas recomendações originais no Canadá, de que mulheres que tivessem sido regularmente rastreadas e que tivessem resultados consistentemente negativos podiam cessar o rastreamento na idade de 60 anos [7], supusemos que doença nova era improvável de ocorrer entre mulheres na faixa dos 60. Mesmo agora, nós não temos dados para apoiar essa suposição. No entanto, nós temos de fato dados que confirmam a taxa de desenvolvimento de carcinoma *in situ* em mulheres na faixa dos 50 como sendo muito baixa [11], reforçando assim nossa suposição original. Com essa suposição, a efetividade/custo do *screening* continuado das mulheres idosas, que tenham sido regularmente rastreadas no passado, tem sido menor do que Fahs e colegas computaram, mesmo com rastreamento trienal, de forma que nós podemos concluir seguramente que tais mulheres não necessitam mais serem rastreadas.

No Canadá, nós agora recomendamos que "as mulheres acima de 69 anos que tenham tido pelo menos dois esfregaços satisfatórios e nenhuma anormalidade epitelial significativa nos últimos nove anos, e que nunca tiveram displasia acentuada confirmada por biópsia ou carcinoma *in situ* (neoplasia intraepitelial cervical CIN

III), podem ser excluídas do programa de rastreamento citológico cervical [15]". A recomendação para continuar o rastreamento até os 65 anos será revista quando houver mais dados disponíveis sobre a história natural do câncer do colo uterino na mulher idosa. Nós julgamos que essa abordagem é mais sensata do que aquela que indica rastreamento continuado das mulheres que tenham sido previamente rastreadas regularmente e que tenham tido resultados negativos consistentes, na faixa etária entre os 70 e 80 anos.

#### Referências bibliográficas

1. HAKAMA M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. In: MAGNUS K ed. Trends in Cancer Incidence. Washington DC, Hemisphere Publishing Co., 1982: 279-92.
2. MILLER AB, LINDSAY J, HILL GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer* 1976; 17: 602-12.
3. HAKAMA M, CHAMBERLAIN J, DAY NE, MILLER AB, PROROK PC. Evaluation of screening programmes for gynecological cancer. *Br J Cancer* 1985; 52: 669-73.
4. MILLER AB, CHAMBERLAIN J, DAY NE, HAKAMA M, PROROK PC. Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. *Int J Cancer* 1990; 46: 761-9.
5. EDDY D. Screening for Cancer. Theory, Analysis and Design. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1980.
6. YU SZ, MILLER AB, SHERMAN GJ. Optimising the age, number of tests and test interval for cervical screening in Canada. *J Epidemiol Commun Health* 1982; 36: 1-10.
7. AMERICAN CANCER SOCIETY. Guidelines for the cancer-related check-up. Recommendations and rationale, CA. 1980; 30: 193-240.
8. TASKFORCE. Cervical Cancer Screening Programs. The Walton Report. *Can Med Assoc J* 1976; 114: 1003-33.
9. BOYES DA, MORRISON B, KNOX EG, DRAPER GJ, MILLER AB. A short study of cervical cancer in British Columbia. *Clin Invest Med* 1982; 5: 1-29.
10. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary Schapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for Cancer of the Uterine Cervix. IARC Scientific Publications N° 76. Lyon: International Agency for Research on Cancer 1986: 133-42.
11. MILLER AB, KNIGHT J, NAROD S. The Natural History of Cancer of the Cervix, and the Implications for Screening Policy. In: Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Cancer Screening. Cambridge: Cambridge University Press 1991: 141-52.
12. FINK DJ. Change in American Cancer Society checkup guidelines for early detection of cervical cancer. *CA*, 1988; 38: 127-8.
13. EARLY DETECTION BRANCH: Working guidelines for early cancer detection. Bethesda, Maryland: Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute, 1987.
14. FAHS MC, MADELBLATT J, SCHECTER C, MILLER C. Cost effectiveness of cervical cancer screening for the elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117: 520-7.
15. MILLER AB, ANDERSON G, BRISSON J, LAIDLAW J, LE PITRE N, MALCOLMSON P et al. Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix. *Can Med Assoc J* 1991b; 145: 1301-25.
16. PROROK PC, CHAMBERLIAN J, DAY NE, HAKAMA M, MILLER AB. UICC workshop on the evaluation of screening programmes for cancer. *Int J Cancer* 1984; 34: 1-4.

## RESUMOS

01/01 - Mendonça GAS. Ocorrência de câncer no Brasil. Rev Bras Cancerol 1992; 38(4): 167-176.

### CÂNCER NO BRASIL: UM RISCO CRESCENTE

No Brasil, o câncer vem assumindo uma importância crescente, contribuindo como causa de morbi-mortalidade especialmente em idades produtivas. Em 1986, os óbitos por câncer representaram 11,2% do total de óbitos no país, evidenciando a relevância desta patologia e situando o Brasil num estágio mais próximo do observado nos países desenvolvidos.

Este estudo analisa a ocorrência do câncer no Brasil a partir dos dados do Subsistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde e da informação gerada pelos Registros de Câncer de Base Populacional existentes em seis capitais distribuídas pelas cinco regiões brasileiras.

Os neoplasmas que em 1930 ocupavam o 5º posto quando comparados os grandes grupos de causa pela Classificação Internacional das Doenças, em 1986 já ocupa o 3º lugar. Os cânceres de traquéia, brônquios e pulmão (CID-9-162) foram responsáveis pela mais alta taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino, seguindo-se os de estômago no país em 1986. Entre as mulheres, as mais altas taxas de mortalidade foram devidas aos carcinomas de colo uterino e aos de mama.

Constata-se, assim, a ocorrência concomitante de cânceres associados a baixo padrão sócio-econômico (estômago e colo do útero, por exemplo) com outros característicos de regiões industrializadas (como pulmão e mama feminina). É possível, portanto, se observar no Brasil entre as neoplasias o mesmo fenômeno inerente ao conjunto de causa de doenças e óbitos na população brasileira, ou seja, uma sobreposição das patologias associadas a altos e baixos níveis de desenvolvimento, o que espelha um quadro de adição nosológica.

Este fenômeno pode ser atribuído à coexistência dinâmica de fatores, como o aumento da vida média da população, a industrialização e urbanização, a deteriorização e poluição ambientais, com situações tradicionalmente prevalentes, como os quadros carenciais e doenças infecciosas endêmicas e epidêmicas.

01/02 - Lund E. Oral Contraceptives and breast cancer. Acta Oncol 1992; 31(2): 183-186.

### CONTRACEPTIVOS ORAIS E CÂNCER DE MAMA

A relação entre o uso de contraceptivos orais e câncer de mama é discutida tomando como base as informações fornecidas por artigos de revisão, meta-análises e editoriais, enfatizando problemas metodológicos relacionados aos fatores de confusão. Nos últimos anos uma nova opinião tomou lugar. Agora, a maioria dos autores de revisões sobre o assunto considera que o uso por período longo de contraceptivos orais é associado a um risco maior para câncer de mama na pré-menopausa e a nenhum efeito no câncer de mama na pós-menopausa. Este resultado é compatível com um efeito aditivo (numa escala de medida de taxa) do uso do contraceptivo oral sobre o risco de câncer de mama.

01/03 - Del Turco MR, Paci E - Mammography and overdiagnosis. Annals of Oncology 1993; 4(1): 9-10.

### MAMOGRAFIA E DIAGNÓSTICO EXCESSIVO

De acordo com Peeters et al. 1, um diagnóstico excessivo ("overdiagnosis") em rastreamento mamográfico pode ser definido como "um diagnóstico histologicamente estabelecido de câncer de mama intraductal ou invasivo que nunca teria se desenvolvido num tumor manifesto clinicamente, durante a expectativa de vida normal do paciente, se nenhum exame de rastreamento tivesse sido efetuado". Em outras palavras, esses cânceres de mama "super-diagnosticados" são lesões não progressivas ou de crescimento lento, detectados na mamografia em mulheres assintomáticas, que na ausência do rastreamento teriam morrido de outras causas, antes que o câncer de mama pudesse tornar-se aparente clinicamente.

Assim, o diagnóstico excessivo poderia ser uma importante conseqüência adversa do rastreamento mamográfico, por ser causa tanto de grande ansiedade nas mulheres como de custos aumentados em avaliação e tratamento, com nenhum efeito sobre a mortalidade por câncer de mama.

Portanto, é fundamental que a estimativa do diagnóstico excessivo seja cuidadosamente avaliada, através de pesquisas muito bem planejadas, antes que um programa de rastreamento mamográfico de massa seja implantado.

01/04 - Stoll BA, Secreto G. New hormone-related markers of high risk to breast cancer. *Annals of Oncology* 1992; 3(6): 435-438.

#### NOVOS MARCADORES DE ALTO-RISCO PARA CÂNCER DE MAMA RELACIONADOS A HORMÔNIOS

Novos marcadores de risco aumentado para câncer de mama são examinados e relacionados a marcadores de risco estabelecidos. São destacadas as seguintes novas evidências: 1) A secreção aumentada de testosterona pelos ovários é, atualmente, a única anormalidade importante de esteróide demonstrada que está associada com um risco aumentado tanto de câncer de mama na pré-menopausa como na pós-menopausa. 2) O tipo de obesidade que atinge a parte superior do corpo é um marcador, tanto para hiperandrogenemia como para hiperinsulinemia, e é associada com um risco aumentado de câncer de mama. Esse tipo de obesidade, da parte superior do corpo, pode ser reconhecido já no início da puberdade em meninas caucasianas e é associado com um perfil estrógeno/andrógeno característico. 3) A altura relativa nas mulheres é associada com um risco aumentado de câncer de mama. Uma hipótese sobre o significado desses marcadores na etiologia do câncer mamário nas mulheres é dada, assim como um meio de testar essa hipótese. A promoção da carcinogênese mamária pelos hormônios provavelmente é maior entre a puberdade e a primeira gravidez a termo. A presença de hiperinsulinemia pode aumentar a produção ovariana de andrógeno e o perfil hormonal anormal pode estimular a atividade proliferativa no epitélio mamário. Isso pode aumentar o risco de atipia epitelial e carcinogênese.

01/05 - Adlercreutz H, Mousavi Y, Höckerstedt K. Diet and breast cancer. *Acta Oncologica* 1992; 31(2): 175-81.

#### DIETA E CÂNCER DE MAMA

A opinião geral é de que a dieta ocidental desempenha um papel significativo no aumento do risco de câncer de mama no mundo ocidental. Recentemente foram descobertos alguns mecanismos que provavelmente estão envolvidos no aumento do risco. Foi descoberto que uma dieta típica do ocidente eleva os níveis de plasma dos hormônios sexuais e diminui a concentração da globulina ligada a esses hormônios, aumentando a acessibilidade desses esteróides aos tecidos periféricos. Essa mesma dieta resulta em uma baixa formação de bactérias intestinais de *mammalian lignans* e *isoflavonoid phytoestrogens* originados de precursores vegetais. Estes compostos difenólicos parecem afetar o metabolismo e a produção hormonal, e o crescimento das células para o desenvolvimento de câncer, por vários mecanismos diferentes, tornando-os fortes candidatos para desempenharem um papel protetor em relação ao câncer. O padrão do hormônio sexual ligado a uma dieta típica ocidental, combinado com baixa excreção de "lignan e isoflavonoid", foi encontrado particularmente em pacientes com câncer de mama da pós-menopausa e em onívoros vivendo em áreas de alto risco; e em um nível menor em áreas de baixo risco. No entanto, o padrão observado não foi inteiramente devido à dieta.

01/06 - Muñoz N, Bosch FX, De San José S, Tafur L, Izarzugaza I, Gii M et al. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain. *Int J Cancer* 1992; 52: 743-749.

#### A LIGAÇÃO CAUSAL ENTRE O VÍRUS PAPILOMA HUMANO E CÂNCER CERVICAL INVASOR: UM ESTUDO DE CASOS E CONTROLES DE BASE POPULACIONAL NA COLÔMBIA E ESPANHA

Para avaliar a associação entre o vírus papiloma humano (HPV) e o câncer cervical, nós realizamos um estudo de casos e controles de base populacional na Colômbia e Espanha. O primeiro país teve uma taxa de incidência de câncer cervical cerca de oito vezes maior que o último. O estudo incluiu 436 casos de câncer cervical invasor confirmado histologicamente e 387 controles selecionados aleatoriamente da população. Informações sobre variáveis demográficas, comportamento sexual e outros fatores de risco foram obtidas por entrevistas. O ADN do HPV foi medido, em amostras cervicais colhidas com "swabs", através de três técnicas de hibridização: "Virapap", "Southern hybridization" (SH) e "Polymerase chain reaction" (PCR). A presença do ADN do HPV e a detecção dos tipos 16, 18, 31, 33 e 35 foram fortemente associados com o câncer cervical em cada país independentemente da técnica utilizada. Para os dois países juntos, as razões de produtos cruzados ajustados (odds ratios) com um intervalo de confiança de 95% foram: Virapap OR = 25,9 (10,0-66,7) SH OR = 6,8 (3,4-13,4) e PCR OR = 28,8 (15,7-52,6). O HPV 16 foi o tipo mais comumente encontrado tanto nos casos quanto nos controles. Nossos resultados indicam que existe uma muito forte associação entre o HPV 16, 18, 31, 33 e 35 e o câncer cervical invasor e que esta associação é provavelmente causal.

01/07 - Rabkin CS, Biggar RJ, Melbye M et al. Second primary cancers following anal and cervical carcinoma: evidence of shared etiologia factors. Am J Epidemiol 1992; 136(1): 54-58.

### **CÂNCERES DO TIPO SEGUNDO PRIMÁRIO SEGUINDO CARCINOMA ANAL E CERVICAL: EVIDÊNCIA DE FATORES ETIOLÓGICOS COMUNS**

Os autores examinam a incidência de cânceres do tipo segundo primário ocorrendo após câncer cervical e anal. Foram usados dados originados do Registro de Tumores de Connecticut entre 1935 e 1988 e de outros oito registros de tumores dos E.U.A. durante o período de 1973 e 1988. Mulheres com câncer cervical invasivo primário tiveram um risco relativo de 4,6 (intervalo de confiança (IC) de 95%; 2,4-8,1) para câncer anal invasivo subsequente. Foram também encontrados riscos relativos aumentados, após câncer cervical, para cânceres da cavidade oral (Risco Relativo (RR) = 2,2), do estômago (RR = 1,5), do reto (RR = 3,4), da laringe (RR = 3,4), do pulmão (RR = 3,0), da vagina (RR = 5,6), da bexiga (RR = 2,7) e dos rins (RR = 1,9); riscos relativos diminuídos foram observados para melanoma (RR = 0,5) e câncer de mama (RR = 0,8). Pacientes com um diagnóstico primário de câncer anal tiveram riscos relativos para cânceres cervicais invasivos *in situ* subsequentes de 1,3 (IC de 95%; 0,2-4,5) e 3,4 (IC de 95%; 0,9-8,8), respectivamente. O câncer anal foi também associado com riscos relativos aumentados de cânceres subsequentes de pulmão (RR = 2,5) e da próstata (RR = 1,8), enquanto o risco relativo de câncer uterino foi de 0,2 (IC de 95%; 0,0-0,9). Estes dados dão suporte a outras evidências de fatores comuns - tais como infecção pelo vírus papiloma humano e fumo de cigarro -, na etiologia dos cânceres anal e cervical.

01/08 - Gridley G, McLaughling JK, Block G et al. Vitamin supplement use and reduced risk of oral and pharyngeal cancer. Am J Epidemiol 1992; 135(10): 1083-1092.

### **USO DE SUPLEMENTO VITAMÍNICO E RISCO REDUZIDO DE CÂNCER ORAL E DA FARINGE**

O uso de suplementos vitamínicos e de suplementos minerais foi avaliado em relação ao câncer da boca e da faringe em um estudo de caso-controle de base populacional, realizado durante o período de 1984-1985, em quatro áreas dos Estados Unidos. Não houve associação com a ingestão de produtos multivitamínicos, mas nos consumidores de suplementos vitamínicos em separado, incluindo as vitaminas A, B, C e E, houve um risco menor após o controle ajustado para tabaco, álcool e outros fatores de risco para esses cânceres. Após ajustamento adicional para o uso de outros suplementos, a vitamina E foi o único suplemento que permaneceu associado com um risco de câncer significativamente reduzido. A razão de produtos cruzados ajustada para o câncer oral e da faringe para vitamina E "usada sempre regularmente" foi de 0,5 (com intervalo de confiança de 95% e de significância 0,4-0,6). Do conhecimento dos autores, esse é o primeiro estudo epidemiológico a mostrar um risco de câncer oral reduzido com o uso da vitamina E. Embora não esteja claro que o risco menor entre os consumidores de suplementos de vitamina E seja devido à vitamina em si, os achados são consistentes com evidência experimental e devem induzir a pesquisas adicionais sobre o papel da vitamina E e outros micronutrientes como inibidores do câncer oral e da faringe.

01/09 - Guarnier J, Mohar A, Parsonnet J, Halperin D. The association of *Helicobacter pylori* with gastric cancer and preneoplastic gastric in Chiapas, Mexico. *Cancer* 1993; 71 (2): 297-301.

### **A ASSOCIAÇÃO DO *HELICOBACTER PYLORI* COM CÂNCER GÁSTRICO E LESÕES GÁSTRICAS PRÉ-NEOPLÁSICAS EM CHIAPAS, MÉXICO**

*"Background"*: recentemente o *Helicobacter pylori* foi identificado como um fator de risco para câncer gástrico. Sua associação com condições pré-neoplásicas do estômago, entretanto, não foi documentada.

Métodos: biópsias gástricas de 245 pacientes sintomáticos foram examinadas para avaliar lesões pré-neoplásicas e neoplásicas e infecções pelo *H. pylori*. O soro de 183 indivíduos foi testado pelo *ELISA* (enzyme-linked immunosorbent assay) para imunoglobulina G anti-*H. pylori*.

Resultados: histologicamente a infecção por *G. pylori*, comumente acompanhada por gastrite crônica e aguda, foi encontrada em 85,7% dos pacientes. Houve uma forte associação entre o *H. pylori* no tecido (Risco Relativo, RR, 15,0: Intervalo de confiança, IC 95%, 4,2-56,6), metaplasia intestinal (RR, 5,7; IC 95%, 1,9-16,8) e displasia ou câncer (RR, 4,0 IC 95%, 1,1-14,8). O *ELISA* teve uma sensibilidade de 93,2% e uma especificidade de 57,1% para infecção comprovada pela histologia com um valor preditivo positivo de 96,1%. A taxa de prevalência geral foi de 86,1% com nenhuma diferença significativa nas taxas entre os pacientes com lesões precursoras de câncer e com estômagos normais.

Conclusões: nesta população de alto-risco, lesões precursoras para adenocarcinoma foram associadas de uma maneira geral com infecção por *H. pylori*.

01/10 - Cristofolin M, Bianchi R, Boi S, Decari A, Hanau C, Micciolo R, Zumiani G. Analysis of the cost-effectiveness ratio of the health campaign for the early diagnosis of cutaneous melanoma in Trentino, Italy. *Cancer* 1993; 71 (2): 370-374.

### **ANÁLISE DA RAZÃO EFETIVIDADE/CUSTO DA CAMPANHA DE SAÚDE PÚBLICA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO MELANOMA CUTÂNEO EM TARENTINO, ITÁLIA**

*"Background"*: A razão efetividade/custo da campanha de saúde pública para o diagnóstico precoce do melanoma cutâneo (MC), atualmente o único meio para reduzir a mortalidade devida a esse melanoma, foi calculada para a região de Trentino, na Itália.

Métodos: Campanhas de saúde pública foram desenvolvidas em Trentino e foram feitas comparações com regiões vizinhas onde não foram realizadas campanhas. Para isso, foi calculada a tendência das taxas de mortalidade de acordo com sexo e idade usando o método direto padronizado e foram considerados os dados fornecidos pelo ISTAT (o Instituto Central Italiano de Estatística).

Resultados: Foi determinado que 22,3 vidas foram salvas pelo diagnóstico precoce durante o período de 1977 a 1985, resultando em uma economia de 494.636 dólares para o Serviço Nacional Italiano de Saúde em tratamentos evitados. O custo total da campanha para o Serviço de Saúde foi de 70.800 dólares. O custo por ano das vidas salvas foi calculado em 400 dólares.

Conclusões: O resultado dessa campanha foi uma recomendação para o uso de tais programas em outras regiões e países.

## Atualização Científica - Parte II

02/01 - A. Hilary Calvert, David R. Newell and Martin E. Gore. Future direction with carboplatin: can therapeutic monitoring, high-dose administration, and hematologic support with growth factors expand the spectrum compared with cisplatin? *Semin Oncol* 1992; vol. 19, Nº 1, Suppl. 2, 155-163.

Este artigo tem por objetivo rever a farmacocinética quando do uso clínico da carboplatina. Dados já publicados mostram que a função renal pré-tratamento constitui o mais significativo parâmetro de farmacocinética desta droga. Evidências sugerem que a concentração plasmática versus o tempo tem relação com a toxicidade hematológica e que existe uma relação entre o tempo de permanência da droga no sangue e a eficácia terapêutica nos tratamentos do câncer do testículo e do ovário, embora neste último caso não exista confirmação conclusiva. Portanto, o uso de uma dose baseada na farmacocinética poderia ter vantagens terapêuticas, mas torna-se necessário protocolos randomizados para testar esta hipótese. Em algumas situações clínicas onde a dose terapêutica foi próxima da dose de concentração plasmática máxima a hipótese acima foi confirmada. Desde que a toxicidade mais importante da carboplatina é hematológica, parece possível o uso desta droga em altas doses associadas, a medidas de suporte apropriadas já disponíveis. Existem trabalhos mostrando que a dose de carboplatina aumentada em 4 a 6 vezes estava associada a altos índices de resposta no câncer do ovário, embora esta vantagem terapêutica ainda não tenha sido demonstrada em estudos randomizados. Dados obtidos em pesquisa básica com linhagens de células de neoplasia de ovário sugerem que a sensibilidade destas a doses altas (aumentadas de 30 a 100 vezes) da droga pode ser muito grande. Se a sensibilidade *in vitro* é grande a dose terapêutica deverá ser aumentada de 10 a 100 vezes para produzir uma possível cura desta neoplasia. Estão em andamento estudos clínicos testando o uso de fatores de estímulo do crescimento hematopoiético associados a carboplatina para testar esta idéia.

Dados iniciais sugerem que este esquema garante alguma proteção, mas a toxicidade produzida pelos fatores de crescimento de colônias de granulócitos e macrófagos poderá ser difícil de controlar. No nosso estudo fizemos um aumento progressivo da dose da carboplatina e administramos associado os fatores de estímulo de crescimento de colônias e concentrados de plaquetas.

02/02 - Douglass Tormey, Robert Gray, Martin Abeloff, David Roseman, Kennedy Gilchrist, Edward Barylak, Philip Stott and Geoffrey Falkson. Adjuvant therapy with a doxorubicin regimen and long-term tamoxifen in premenopausal breast cancer patients: An eastern cooperative oncology group trial. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1848-1856.

Foi desenvolvido um protocolo clínico randomizado que tinha por objetivo tratar mulheres tanto na pré como na pós-menopausa com câncer da mama, linfonodos axilares comprometidos e receptor para estrogênio conhecido. O tratamento proposto foi com esquema que tivesse adriamicina associado ao tamoxifeno por 5 ou mais anos. O esquema utilizado foi com ciclofosfamida 100 mg/m<sup>2</sup> VO dia 1º ao 14º, metotrexate 40 mg/m<sup>2</sup> EV dias 1º e 8º, fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup> EV dias 1º e 8º, prednisona 40 mg/m<sup>2</sup> VO dia 1º ao 14º e tamoxifen 20 mg VO diariamente (CMFPT), ou o mesmo esquema mais halotestin 20 mg VO diariamente (CMFPTH) alternado mensalmente (após 22 dias de descanso) com vimblastina 4,5 mg/m<sup>2</sup> EV dia 1º, adriamicina 45 mg/m<sup>2</sup> EV dia 1º, tiotepa 12 mg/m<sup>2</sup> EV dia 1º, halotestin e tamoxifen (ALTER). A prednisona no esquema ALTER só era feita nos dois primeiros ciclos do CMFPTH. Após 12 ciclos os pacientes eram randomizados entre parar ou continuar o uso do tamoxifen e a mesma randomização era feita quando completados cinco anos de hormonioterapia. Dos 533 casos analisados, 263 receberam CMFPT e 270 ALTER e, dos 396 pacientes que continuaram o tratamento, 201 receberam tamoxifen e 195 ficaram em observação. O tempo médio de seguimento foi de 5.1 anos para a fase de indução e 4.1 anos para a manutenção.

O intervalo livre de doença foi superior no esquema ALTER (P = 0,04) e para a fase de manutenção com tamoxifen (P = 0,05). A sobrevida global dos dois esquemas não apresentou diferença estatisticamente significativa. Um longo intervalo de doença e um aumento da sobrevida estavam associados a um pequeno comprometimento nodal, receptor para estrogênio e progesterona positivo, idade avançada, amenorréia induzida e tumores pequenos. A toxicidade foi similar aos dois esquemas quimioterápicos e à manutenção. O aparecimento de metástases foi similar nos dois esquemas de indução, mas, o uso continuado de tamoxifen reduziu os índices de recidiva loco-regional.

Os resultados sugerem que esquemas quimioterápicos que contem adriamicina, utilizada de forma alternada, e o uso contínuo de tamoxifen por pelo menos cinco anos melhoram o intervalo livre de doença.

02/03 - Mansoor Raza Mirza, Hans Brinker and Lena Specht. The integration of radiotherapy into the primary treatment of non-Hodgkin's lymphoma. *Crit Rev Oncol/Hematol* 1992; 12: 217-229.

Enquanto o uso de radioterapia no tratamento dos linfomas de Hodgkin está bem estabelecido, permanece a dúvida quanto ao uso e indicações desta modalidade terapêutica no tratamento dos linfomas não-Hodgkin. O detalhe importante mais óbvio é a diferença entre os tipos de linfomas, pois enquanto a doença de Hodgkin tem uma origem e um comportamento biológico ordenado e previsível, os linfomas não-Hodgkin são, geralmente, disseminados e imprevisíveis devido à migração natural das células linfomatosas. Por este motivo se discute se a radioterapia, que é um tratamento local e não sistêmico, poderia ser curativa neste tipo de neoplasia. Nos casos em que a doença está localizada após cuidadoso estadiamento, a radioterapia isolada pode ser curativa; embora seja possível obter um índice de cura igual ou superior com a quimioterapia isolada, o ideal é que ambos os tratamentos sejam feitos para se atingir melhores resultados. Quando temos um linfoma localizado em local de difícil acesso, assim como o sistema nervoso central, a radioterapia tem indicação clara. As células linfomatosas têm grande radiosensibilidade e, aparentemente, muita dificuldade de reparar danos intracelulares subletais ou letais. Por este motivo a radioterapia pode ter um efeito de citorredução importante quando feita associada a quimioterapia na doença localizada e também nos linfomas disseminados. Neste último caso a radioterapia tem por finalidade reduzir o índice de recidiva local quando, além de disseminado, a neoplasia apresenta doença volumosa em um ou vários locais, devendo ser feita pós-quimioterapia.

No presente estudo vamos dar ênfase aos trabalhos randomizados e retrospectivos que comparam diferentes tratamentos nos linfomas não-Hodgkin.

02/04 - Michel Gluckman, D. Blaise, H. Esperou-Bordeau, J.P. Vernant, M. Kuentz, P. Bordigoni, N. Milpied, H. Rubie, I. Thuret, X. Troussard, D. Frappaz, P. Herve, E. Louvier, N. Gratecos, F. Bernaudin, B. Lioure, C. Bergeron, J.P. Jouet, M. Gardembas-Pain, C. Belanger, J. Gouvernet, H. Perrimond and D. Maraninchi. Improvement in outcome for children receiving allogeneic bone marrow transplantation in first remission of acute myeloid leukemia: A report from the groupe d'etude des greffes de moelle osseuse. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1865-1869.

Nós analisamos, retrospectivamente, crianças com leucemia mielóide aguda (LMA) na sua primeira remissão completa que fizeram transplante de medula óssea HLA-idêntico em 13 centros de transplante franceses. Entre junho de 1979 e dezembro de 1990, foram tratadas nestes centros fazendo irradiação corporal total (TBI) em 54 casos e bussulfan em 20. A profilaxia da reação transplante versus hospedeiro (GVHD) consistiu de ciclosporina mais metotrexate para 38 pacientes, sendo 74 metotrexate para 17, ciclosporina para 18 e depleção do linfócito T sem outra profilaxia em um caso. Após um período de 46 meses de seguimento, 16 pacientes tinham ido ao, óbito por complicações relacionadas ao transplante, 12 recidivaram e 46 estão vivos e em remissão. Nós examinamos nossos resultado em três períodos sucessivos: 1979 a 1982 (n = 14 crianças), 1983 a 1986 (n = 29), 1987 a 1990 (n = 31) e tivemos a probabilidade de um intervalo livre de doença de 43%, 48% e 82%, respectivamente ( $p < 0,02$ ). Esta melhora do intervalo livre de doença contribuiu para um decréscimo do risco de mortalidade relacionado com o transplante em: 36%, 36% e 3%, respectivamente ( $p < 0,01$ ). Outros fatores também estão relacionados com esta melhora dos resultados, tais como: curto intervalo entre o diagnóstico e o transplante ( $< 120$  dias), ausência de um grau significativo de reação GVHD e ausência de GVHD crônica. Na análise multivariável dois fatores tiveram impacto no maior intervalo livre de doença: o ano do transplante (1987 a 1990 versus os outros) e a ausência da reação aguda GVHD. Concluem os autores que existe um aumento de crianças recebendo transplante alogênico de medula óssea na primeira remissão completa da LMA, na França, nos anos recentes.

02/05 - Giorgio Cocconi, Mariangela Bella, Federico Calabresi, Maurizio Tonato, Rodolfo Canaletti, Corrado Boni, Franco Buzzi, Guido Ceci, Enrichetta Corgha, Paolo Costa, Renata Lottici, Franco Papadia, Maria Carla Sofra and Marisa Bacchi. Treatment of metastatic malignant melanoma with dacarbazine plus tamoxifen. *New Eng J Med* 1992; 327: 516-523.

Com a descoberta de receptores hormonais nas células do melanoma passou-se a considerar a possibilidade de que a hormonioterapia tivesse a capacidade de alterar o desenvolvimento desta neoplasia e, portanto, ser útil na terapêutica desta. Alguns autores já obtiveram resposta ao tratamento antiestrogênico de pacientes com melanoma metastático. Para testarmos esta idéia, iniciamos um protocolo randomizado em que 117 pacientes com melanoma metastático foram tratados com da-carbazina (DTIC) isolada ou em combinação com tamoxifen (TAM). O índice global de resposta, mensurado objetivamente, foi alto (28% vs 12%,  $p = 0,03$ ) e a sobrevida foi longa (média 48 vs 29 semanas,  $p = 0,02$ ) naqueles pacientes que receberam DTIC + TAM do que naqueles que fizeram DTIC isolado. Nas mulheres, tanto a resposta global (38% vs 10%,  $p = 0,04$ ) com a sobrevida média (69 vs 30 semanas,  $p = 0,008$ ) foram melhores no grupo DTIC + TAM do que DTIC isolado, enquanto que nos homens essa diferença foi pequena e não estatisticamente significativa. Entre os pacientes que receberam DTIC isolado, não houve diferença, entre os sexos, em termos de resposta global (10% vs 13%) ou sobrevida (30 vs 27 semanas), enquanto que no grupo DTIC + TAM as mulheres foram melhores tanto na resposta global (38% vs 19%,  $p = 0,15$ ) como na sobrevida (69 vs 31 semanas,  $p = 0,02$ ). Quando analisamos o índice Quetelet de corpo-massa (o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros) como um indicador indireto do nível de estrogênio endógeno nas mulheres da pós-menopausa e nos homens, a sobrevida não foi afetada no grupo DTIC isolado, enquanto que no grupo DTIC + TAM a sobrevida foi mais longa nos pacientes que tinham índice Quetelet acima da média (60 vs 26 semanas,  $p < 0,001$ ). Concluem que DTIC + TAM é mais eficaz do que DTIC isolado no tratamento do melanoma metastático tanto no que se refere à resposta global como a sobrevida média sobretudo nos pacientes do sexo feminino.

02/06 - Michael Graham, Andrew Yeager, Brigid Leventhal, Joseph Wiley, Curt Civin, Lewis Strauss, Craig Hurwitz, Ronald Duboy, Moody Wharam, Paul Colombani, Scott Rowley, Hayden Braine and George Santos. Treatment of recurrent and refractory pediatric solid tumors with high-dose busulfan and cyclophosphamide followed by autologous bone marrow rescue. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1857-1864.

O propósito deste estudo era determinar a resposta e toxicidade de altas doses de bussulfan e ciclofosfamida com transplante autólogo de medula óssea (ABMT) em pacientes com tumores sólidos pediátricos recidivados ou refratários a tratamento quimioterápico. Foram tratados 18 pacientes, com idades variando de 2 a 38 anos - mediana de 14, que tinham tumores resistentes à terapia convencional de quimioterapia e radioterapia, fazendo bussulfan 16 mg/kg e ciclofosfamida 200 mg/kg. Destes, 17 receberam medula óssea purificada com 4-hidroperoxiciclofosfamida e um recebeu medula não purificada. Apesar do extenso tratamento prévio que incluiu radioterapia em 16 pacientes, a toxicidade foi aceitável. Dos sete pacientes com doença mensurável tivemos três respostas parciais de 2, 10 e 20 meses de duração, três pacientes com doença estável e um óbito por toxicidade. Dos 11 pacientes sem doença mensurável por ocasião do ABMT, um com osteossarcoma continua em remissão há 57+ meses e 1/3 sobreviveu um mínimo de 16 meses. A toxicidade não hematológica predominante foi a mucosite. Concluem os autores que altas doses de bussulfan e ciclofosfamida mostraram modesta atividade como esquema de quimioterapia prévio a ABMT em tumores refratários.

02/07 - G. Pichert, J. Peters, RA Stahel, C. Dommann, R. Joss, J.O. Gebbers, T. Kroner, H. Sulser, HP. Honegger, R. Maurer, and S. Pampallona. Chemotherapy with MACOP-B and VACOP-B for intermediate and high-grade non-Hodgkin's lymphoma: Clinical results and analysis of prognostic factors. *Ann Oncol* 1992; 3: 645-649.

Nós tratamos 83 pacientes com linfoma de Hodgkin agressivo, fazendo MACOP-B (23 pacientes) ou VACOP-B (60 pacientes) como descrito originariamente por Klimo e Connors. A idade mediana foi de 46 anos, sendo 37 pacientes estágio 1 ou 2 e 46 estágio 3 ou 4. O diagnóstico histopatológico foi revisto em todos os casos e, de acordo com a International Working Formulation, 65 pacientes eram grau intermediário e 18 alto grau. O índice de resposta completa foi de 74% para MACOP-B e 76% para VACOP-B e o tempo de seguimento era de 50 e 22 meses, respectivamente, enquanto que o intervalo livre de doença em três anos foi de 35+/-10% para MACOP-B, 48+/-11% para o VACOP-B e 46+/-7% para todos os pacientes. A mortalidade relacionada ao tratamento atingiu 6%. Uma análise de múltiplos fatores e parâmetros pré-tratamento mostrou que os linfomas de alto grau de malignidade estádios 3 e 4 com elevada LDH sérica tinham menor intervalo livre de doença, independente do esquema terapêutico.

02/08 - N. Pavlidis, P. Kosmidis, D. Skarlos, E. Briassoulis, M. Beer, D. Theoharis, D. Bafaloukos, A. Maraveyas and G. Fountzilias. Subsets of tumors responsive to cisplatin or carboplatin combinations in patients with carcinoma of unknown primary site. A hellenic cooperative oncology group study. *Ann Oncol* 1992; 3: 631-634.

Fizemos um estudo retrospectivo de 48 pacientes com carcinoma indiferenciado metastático, adenocarcinoma e carcinoma epidermóide de origem desconhecida. O propósito desta análise foi avaliar o índice de resposta e a toxicidade dos esquemas quimioterápicos que continham cisplatina e carboplatina e identificar aspectos clínicos que mostrem maior sensibilidade dos pacientes a estas drogas. Dos pacientes estudados, quatro não foram avaliados e oito dos 34 tratados com esquemas que continham cisplatina, e cinco dos 14 tratados com carboplatina responderam ao tratamento. Destes que apresentaram resposta à quimioterapia, seis de 23 eram tumores indiferenciados, quatro de 17 eram adenocarcinoma e três de oito eram carcinoma epidermóide. Também responderam quatro de seis mulheres com adenocarcinoma em cavidade peritoneal, cinco de 11 pacientes com carcinoma indiferenciado e três de 5 pacientes com carcinoma epidermóide metastático para linfonodos cervicais. Sete tiveram respostas completas e seis, parciais, com duração média de nove meses, apresentando ainda toxicidade tolerável. Concluímos que: (a) ambas as drogas mostraram-se úteis para o tratamento destas neoplasias com resposta para 1/3 dos pacientes avaliados, (b) parecem existir subgrupos mais sensíveis às drogas tais como adenocarcinomatose peritoneal, carcinoma indiferenciado com distribuição para a linha média e metástases nodais cervicais de carcinoma epidermóide. A eficácia da carboplatina nos casos de pacientes com metástases de carcinoma epidermóide de origem desconhecida ainda não foi bem avaliada.

02/09 - A. Niiranen, S. Niitamo-Korhonen, M. Kouri, A. Assendelft, K. Mattson and S. Pyrhonen. Adjuvant chemotherapy after radical surgery for non-small-cell lung cancer: A randomized study. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1927-1932.

O propósito deste estudo é avaliar a eficácia da quimioterapia adjuvante na sobrevida global, no intervalo livre de doença, na recidiva e na toxicidade dos pacientes com câncer de pulmão não oat-cell (NSCLC) submetidos a cirurgia radical. Um total de 110 pacientes com câncer de pulmão T1-3 No (Organização Mundial da Saúde (OMS - 1981) foram submetidos a cirurgia radical entre 1982 e 1987. Após a cirurgia estes pacientes foram randomizados entre receber quimioterapia adjuvante (n = 54) com ciclofosfamida 400 mg/m<sup>2</sup>, adriamicina 40 mg/m<sup>2</sup> e cisplatina 40 mg/m<sup>2</sup> (esquema CAP), num total de 6 ciclos, ou ser mantido em controle (n = 56). Uma avaliação preliminar, feita 10 anos depois do início do programa, mostrou que 61% dos pacientes do grupo tratado estavam vivos, contra 48% do grupo controle (p = 0,05). Durante este período de seguimento 18 (31%) pacientes do grupo CAP e 27 (48%) do grupo controle apresentaram recidiva (p = 0,01). A sobrevida global em cinco anos foi de 67% para o grupo CAP e 56% para o grupo controle (p = 0,05). Dentre os pacientes do grupo CAP, aqueles que completaram o tratamento tiveram uma sobrevida de cinco anos melhor do que aqueles em que o tratamento foi interrompido (72,5% vs 50,3% com p = 0,15). A toxicidade gastrointestinal graus 3 e 4 da OMS ocorreu em 63%, contribuindo para a recusa em continuar a terapia. Os resultados mostram que os pacientes com câncer de pulmão NSCLC estágio patológico 1, submetidos a cirurgia radical, podem se beneficiar com tratamento quimioterápico adjuvante.

02/10 - A. Howell, D. Dodwell, H. Anderson and J. Redford. Response after withdrawal of tamoxifen and progestogens in advanced breast cancer. *Ann Oncol* 1992; 3: 611-617.

Já é bem conhecido o fato de que o câncer da mama avançado responde a hormonioterapia com estrógenos e andrógenos. Entretanto, existem poucos trabalhos descrevendo respostas obtidas com os novos antiestrógenos e progestágenos quando usados na terapêutica de segunda linha. Nós avaliamos as respostas obtidas na primeira recidiva após término da quimioterapia adjuvante e na progressão de doença depois da hormonioterapia de primeira, segunda e terceira linhas em pacientes com câncer da mama avançado. Dos sete pacientes submetidos ao tratamento hormonal adjuvante com tamoxifen, um (14%) apresentou recidiva depois do término desta terapêutica. Avaliamos um segundo grupo de 65 pacientes submetidas a tamoxifen como tratamento de primeira linha para neoplasia avançada e achamos cinco respostas parciais (8%) e 14 (22%) doenças estáveis, com uma média de duração de 10 meses (Intervalo 3-40 meses). Estas respostas foram obtidas com doença em partes moles, dois casos de metástases pulmonares e dois casos de metástases ósseas. Quatro de 21 (19%) pacientes tiveram resposta após a retirada do acetato de noretisterona (três casos) e tamoxifen (um caso) usados como terapia de segunda linha. Concluem os autores que a possibilidade de resposta após a retirada do hormônio pode levar a um prolongamento da duração desta em pacientes com metástases para partes moles de câncer da mama.

02/11 - John Glick, Richard Gelber, Aron Goldhirsch and Hans-Jorg Senn. Meeting highlights: Adjuvant therapy for primary breast cancer. J Natl Cancer Inst 1992; 84: 1479-1485.

Para as pacientes com câncer de mama estádios 1 e 2, o tratamento adjuvante pós-cirurgia continua em evolução, com novos dados sendo publicados a partir de protocolos clínicos randomizados e de análises amplas feitas pelo Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. A 4ª Conferência Internacional de Tratamento Adjuvante para Câncer da Mama realizada em St. Gallen, Suíça, fevereiro de 1992, reuniu especialistas de todo o mundo com o objetivo de discutir e divulgar as mais recentes mudanças advindas das pesquisas básica e clínica. Os dados apresentados aqui constituem uma revisão das recomendações propostas em 1985 e 1990 pela NIH Consensus Development Conferences e em 1988 pela conferência de St. Gallen. Em estudos anteriores, o Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group procurava determinar se o tratamento adjuvante com tamoxifen, quimioterapia, ooforectomia ou imunoterapia isolados ou combinados poderiam reduzir o risco de recidiva, metástases ou morte de pacientes com câncer de mama já operadas. Foram considerados elegíveis todos os protocolos clínicos, incluindo aqui aqueles iniciados antes de 1985, que apresentavam pelo menos duas formas de tratamento randomizada, o que consistia de 133 estudos com 75.000 mulheres avaliadas. Os resultados que atraíram mais atenção estavam relacionadas com 30.000 mulheres tratadas com protocolos que utilizaram tamoxifen, 1.800 mulheres na pré-menopausa tratadas com ooforectomia e 11.000 mulheres tratadas com quimioterapia. Estes resultados mostraram que havia uma redução estatisticamente significativa no índice de recidiva e óbitos relacionada com: 1) o tratamento pelo tamoxifen em mulheres com câncer da mama sem comprometimento axilar (N-) ou aquelas com axila comprometida (N+); 2) mulheres na pré-menopausa submetidas a ooforectomia e 3) mulheres abaixo dos 50 anos e aquelas entre 50 e 69 anos submetidas a quimioterapia. Para as pacientes submetidas ao tratamento combinado (quimioterapia e hormonioterapia com tamoxifen) a redução da recidiva foi observada somente nos primeiros cinco anos, mas a redução da mortalidade foi alta e significativa nos 10 anos de observação, dando uma expressiva taxa de sobrevida em cinco e 10 anos. Comparações entre os vários protocolos de pesquisa mostraram que o uso de tamoxifen por longo tempo (de dois a cinco anos) era mais eficaz do que em programas de curta duração (menos de dois anos). Nas mulheres em pós-menopausa o tratamento com quimioterapia associado ao tamoxifen mostrou ser superior à quimioterapia isolada na redução das recidivas e da mortalidade, e melhor que o tamoxifen isolado no tratamento das recidivas.

02/12 - Tatyana Holzmayer, Susan Hilsenbeck, Daniel von Hoff and Igor Roninson. Clinical correlates of MDR1 (p-glycoprotein) gene expression in ovarian and small-cell lung carcinomas. J Natl Cancer Inst 1992; 84: 1486-1491.

A expressão genética MDR1 (P-glycoprotein) determina resistência celular a várias classes de drogas lipofílicas antineoplásicas, mas esta mesma expressão genética raramente é detectada, nos exames genéticos clássicos, em pacientes com câncer de ovário e pulmão não tratados. Este estudo tem por objetivo medir o MDR1 dos ácidos ribonucléicos mensageiros (m-RNA) de células neoplásicas ovarianas e pulmonares e correlacioná-lo com o quadro clínico dos pacientes. O teste de sensibilidade baseado na reação da cadeia de polimerase foi usado em material obtido de 100 biópsias de tumores sólidos, incluindo aqui 60 cânceres de ovário e 32 pulmonares, para mensurar o MDR1 m-RNA. Os níveis de MDR1 m-RNA foram posteriormente comparados com as respostas obtidas dos tratamentos quimioterápicos de todos os pacientes. Os resultados mostraram que nos pacientes não tratados a expressão MDR1 m-RNA estava presente em 68% (50 de 74) de todos os tumores. Entre os doentes já tratados, com esquemas quimioterápicos que tinham pelo menos uma droga transportada pela glicoproteína-P, tivemos 95% (20 de 21) de todos os tumores com MDR1 m-RNA. Por outro lado a expressão MDR1 m-RN estava presente em apenas um de cinco tumores tratados com esquemas que não tinham drogas transportadas pela proteína. Concluímos que a presença da expressão genética MDR1 m-RNA está relacionada com a resistência das células tumorais estudadas ao tratamento quimioterápico. Nossa hipótese é a de que o MDR1 encontra-se presente em uma sub-população celular que tem maior potencial de malignidade e que possui múltiplos mecanismos de resistência às drogas.

02/13 - S. Pvrhonen, M. Hahka-Kemppinen and T. Muhonen. A promising interferon plus four-drug chemotherapy regimen for metastatic melanoma. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1919-1926.

O objetivo deste estudo era avaliar a eficácia terapêutica e a toxicidade de uma combinação quimioterápica de quatro drogas associada ao interferon alfa (alfa-IFN) em pacientes com melanoma metastático. Entre dezembro de 1988 e dezembro de 1991, 48 pacientes não selecionados e com esta neoplasia entraram neste estudo fase 2. Deste total, 45 pacientes foram avaliados quanto à resposta apresentada e 46 quanto à toxicidade. As drogas utilizadas no esquema quimioterápico foram: dacarbazina 200 mg/m<sup>2</sup> ev dia 1<sup>o</sup> ao 5<sup>o</sup>, vincristina 1 mg/m<sup>2</sup> ev dia 1<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup>, bleomicina 15 mg ev dia 2<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> e CCNU 80 mg vo dia 1<sup>o</sup>. O alfa-IFN foi feito, inicialmente, na dose de 3.000.000 IU sc dia 8<sup>o</sup> e repetido a cada semana por seis semanas quando então passava a 6.000.000 IU sc três vezes por semana. Os resultados mostraram que dos 45 pacientes avaliados o índice de resposta foi de 62% (limite de 95%: 48 a 77), sendo 6 (135%) respostas completas (RC) e 22 (49%) respostas parciais (RP). Metástases em vísceras, tais como fígado, responderam favoravelmente com 1 RC, 6 RP, uma doença estável (DE) e duas progressões de doença (PD). Após administração do alfa-IFN nos pacientes que não responderam, observamos resposta em dois casos de PD e em um caso de DE. Nos seis pacientes que foram a resposta completa, três recidivaram e três estão sem evidência de doença há sete, 18 e 31 meses, respectivamente. Muitos dos pacientes sintomáticos tiveram rápido alívio de seus sintomas. A toxicidade com este esquema foi considerada aceitável com predomínio de febre, náusea, vômito, fadiga, leucopenia e trombocitopenia. Concluem os autores que este esquema apresentou elevado índice de resposta, justificando seu uso em estudos clínicos controlados fase 3.

02/14 - M. Rosenstein, J. Armstrong, M. Kris, B. Shank, H. Scher, D. Fass, L. Harrison, Z. Fuks and S. Leibel. A reappraisal of the role of prophylactic cranial irradiation in limited small cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 24: 43-48.

A irradiação profilática do crânio (Rt-SNC) nos pacientes portadores de carcinoma indiferenciado de pequenas células do pulmão, nos estádios iniciais, permanece questionável. Protocolos clínicos prospectivos já demonstraram que a irradiação do sistema nervoso central reduz o índice de metástases cerebrais, mas o impacto na sobrevida não foi conclusivo exceto para os possíveis casos que apresentaram longa sobrevida. Com o desenvolvimento da radioterapia de hiperfracionamento associada a quimioterapia tornou-se possível obter alto índice de controle local, na maioria dos pacientes, o que faz retornar a proposta inicial de Rt-SNC. Antes de 1982, nós fazíamos Rt-SNC em todos os pacientes com tumor indiferenciado de pequenas células do pulmão nos estádios iniciais, mas depois desta data, paramos. Este artigo compara os dois tipos de tratamento e procura determinar se a indicação da Rt-SNC, naqueles pacientes que obtiveram remissão completa local da neoplasia, é válida. Entre 1979 e 1982, 36 pacientes com a neoplasia e o estágio acima descritos fizeram Rt-SNC, enquanto que, de 1985 a 1989, 26 pacientes, nas mesmas circunstâncias, não foram submetidos a radioterapia cerebral profilática. O tratamento local foi o mesmo para os dois grupos e consistiu de quimioterapia associada a radioterapia torácica, na dose de 45 Gy, seguida de quimioterapia adjuvante. No subgrupo tratado com Rt-SNC foi feito 30 Gy/10 frações em todo o cérebro. Nos pacientes que ao apresentaram resposta completa, metástase cerebral foi a primeira a ser detectada em 18% (4/22) dos casos no grupo da Rt-SNC e em 45% (10/22) dos casos no grupo sem Rt-SNC ( $p = 0,04$ ). A sobrevida calculada para dois anos foi de 42% para o grupo Rt-SNC versus 13% para os que não fizeram Rt-SNC ( $p < 0,05$ ). Quando a análise foi limitada para os pacientes que permaneceram em remissão completa no que se refere ao comprometimento torácico tivemos: 25% (4/16) de metástases cerebrais no grupo com Rt-SNC versus 70% (7/10) no grupo sem Rt-SNC ( $p = 0,03$ ) e sobrevida de dois anos de 56% versus 14% ( $p < 0,05$ ), respectivamente. Não houve sobrevida de cinco anos no grupo sem Rt-SNC quando comparado aos 38% (6/16) do grupo com Rt-SNC. Nossa conclusão mostra que a irradiação profilática do crânio está indicada e melhora a sobrevida daqueles pacientes que foram a remissão completa e tiveram resposta durável no que se refere ao tumor primitivo. São necessários estudos prospectivos para avaliar se com o uso combinado de radioterapia, quimioterapia e Rt-SNC poderemos obter índice alto e durável de resposta completa para este tipo de neoplasia.

02/15 - C. Dumontet, Y. Bastion, P. Felman, M. Blanc, P.Y. Peaud and B. Coiffier - Long-term outcome and sequelae in aggressive lymphoma patients treated with the LNH-80 regimen. *Ann Oncol* 1992; 3: 639-644.

Cem pacientes com linfoma agressivo tratados com esquema LNH-80 foram avaliados quanto à sobrevida, recidiva e seqüelas tardias. Este esquema consiste de três ciclos intensivos de adriamicina, ciclofosfamida, vindesina e bleomicina seguidos de uma fase de consolidação e outra de intensificação final como já descrito. Dos 84 pacientes que foram a remissão completa (RC) após a indução, 52 estão vivos e sem evidência de doença depois de um período de seguimento de 9,2 anos. Cerca de 29 (35%) pacientes em RC recidivaram e 66% destas ocorreram durante os primeiros 18 meses do final do tratamento. Recidiva tardia foi também diagnosticada até sete anos depois. Os 52 pacientes que tiveram prolongada RC foram avaliados quanto ao seu trabalho, desempenho sexual, fertilidade e provável presença de seqüela tardia. Dos 41 que trabalhavam antes do diagnóstico e do tratamento, 66% trabalham normalmente e 24% se aposentaram. O desempenho sexual foi considerado satisfatório em 66% dos pacientes. Onze de 15 pacientes (73%) que queriam gestar tiveram de um a três filhos. Sete pacientes (14%) relataram o aparecimento de seqüelas tardias com leve intensidade, mas todos os sobreviventes disseram ter uma qualidade de vida aceitável. Cinco destes pacientes que estavam em RC (6%) tiveram segundo primário. Concluímos que o esquema LNH-80 proporcionou, para 52% dos pacientes, uma longa sobrevida sem evidência de doença e com toxicidade mínima.

02/16 - S. Reddy, M.S. Lee, P. Bonomi, S.G. Taylor, E. Kaplan, Meryl Gale, L.P. Faber, W. Warren, C.F. Kittle and F.R. Hendrickson. Combined modality therapy for stage 3 non-small cell lung carcinoma: Results of treatment and patterns of failure. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 24: 17-23.

Pacientes com câncer de pulmão não oat-cell estágio 3 apresentam, ainda hoje, um considerável problema terapêutico com pequeno índice de cura. Com o objetivo de melhorar estes resultados, durante cinco anos (novembro de 1982 a novembro de 1987) 129 pacientes que apresentavam câncer de pulmão com as características acima descritas entraram em dois programas de tratamento experimentais fase 2 do Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center. No primeiro estudo foi feita quimioterapia, com cisplatina e fluorouracil em infusão, associada a doses compactas de radioterapia e, no segundo estudo, adicionado o VP-16. A radioterapia e a quimioterapia foram dadas simultaneamente entre os dias 1º e 5º de cada ciclo, sendo repetidas por 4 ciclos nos pacientes considerados operáveis, e por 6 ciclos naqueles considerados inoperáveis para cirurgia. A dose de radiação pré-operatória foi de 40 Gy, dividida em frações de 2 Gy/dia, e para os pacientes inoperáveis, 60 Gy. A cirurgia foi feita 4 a 5 semanas após o término do tratamento em 83 pacientes. Destes, 62 (75%) foram submetidos a toracotomia, com um índice de ressecabilidade de 97% e mortalidade de 5%. Tivemos 17 (27%) pacientes sem evidência de tumor residual na peça cirúrgica. Destes, 72% estavam vivos e sem doença após três anos, contra 34% daqueles que tiveram doença residual macroscópica. A sobrevida em três anos foi de 40% no grupo operado versus 19% no grupo que não pôde ser submetido a cirurgia após tratamento químico e radioterápico ( $p = 0,003$ ). Tivemos um grupo de 81 pacientes que recidivaram pós-tratamento, sendo 49 (59%) operados e 32 (70%) no grupo inoperável. As recidivas locais isoladas e aquelas associadas a metástases ocorreram em 21 (26%) e 36 (44%) pacientes, respectivamente. Metástases isoladas corresponderam a 56% de todas as recidivas. Toxicidade severa foi rara, com apenas 3 (2%) óbitos, além de esofagite e pneumonite leve a moderada em menos de 10% dos pacientes. A sobrevida global, a característica das recidivas, o estágio da neoplasia, sua histologia, forma e tratamento e resposta serão apresentados com detalhes.

02/17 - E. Bouffet, J.L. Bernard, D. Frappaz, J.C. Gentet, H. Roche, P. Tron, C. Carrie, C. Raybaud, A. Joannard, C. Lapras, M. Choux, M. Carton, L. Aimard, T. Philip and M. Brunat-Mentigny. M4 protocol for cerebellar medulloblastoma: supratentorial radiotherapy may not be avoided. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 24: 79-85.

O objetivo do protocolo M4 foi avaliar a eficácia do tratamento proposto para pacientes com meduloblastoma onde não estava prevista a radioterapia supratentorial. Todos os pacientes foram submetidos a cirurgia e quimioterapia posterior, sendo esta adaptada ao estágio e ao fatores prognósticos (grupo A: bom prognóstico, grupo B: mau prognóstico). A quimioterapia começou logo após a cirurgia e consistiu de: dois ciclos com um esquema de oito drogas administrado em um único dia, seguido por dois ciclos de metotrexate em altas doses. A radioterapia foi adiada para a 5ª (grupo B) e 7ª (grupo A) semanas depois do primeiro ciclo de quimioterapia, sendo feita somente na fossa posterior e coluna vertebral. Somente três de 16 (18%) pacientes estão vivos e sem evidência de doença após seis anos de seguimento. As recidivas foram supratentoriais em nove de 13 pacientes, três tiveram metástases para coluna vertebral e/ou liquor e um apresentou doença isolada na fossa posterior. O tempo médio de recidiva foi de 16 meses. Nós concluímos que o esquema de quimioterapia utilizado no protocolo M4 não consegue substituir a radioterapia no tratamento do meduloblastoma. Apesar das alterações neurológicas tardias que podem advir desta terapia, a irradiação supratentorial permanece como componente básico do tratamento desta neoplasia.

02/18 - Vincent Guinee, Hakan Olsson, Torgil Moller, Rick Shallenberger, J.W. van der Blink, Zoltan Peter, Michel Durabd, Stanley Dische, Franz Cleton, Roelof Zewuster, Mei Fang Cui, Warren Lane and Rudolf Richter. The prognosis of breast cancer in males: A report of 335 cases. *Cancer* 1993; 71: 154-161.

Devido à relativa raridade do câncer da mama masculina não foi possível acumular dados suficientes que permitissem detectar quais são seus fatores prognósticos mais importantes. Nenhum estudo foi feito com estes pacientes analisando o número de linfonodos axilares positivos e correlacionando-os com a sobrevida, embora este constitua um dos indicadores prognósticos mais importantes para o câncer de mama feminino. Neste estudo avaliamos a evolução clínica de 335 pacientes, do sexo masculino, com câncer da mama registrados entre 1965 e 1986. Foram considerados avaliáveis somente aqueles: A) cujo diagnóstico foi feito nos primeiros três meses depois de registrado; B) que tinham a confirmação histológica; C) que receberam parte ou a totalidade do tratamento nos 11 centros que participaram do International Patient Data Exchange System. Os resultados mostraram que a sobrevida em cinco anos foi de 90% para os pacientes com linfonodos negativos, 73% para aqueles com 1 a 3 linfonodos positivos e 55% para os com quatro ou mais, enquanto que a sobrevida em 10 anos assinalava: 84%, 44% e 14%, respectivamente. A análise das variáveis mostrou que o risco de morte para pacientes com câncer da mama, tendo quatro ou mais linfonodos axilares comprometidos, foi de 6,75 vezes a dos pacientes com a mesma neoplasia porém sem comprometimento nodal. As conclusões dos autores mostraram que: 1) o número de linfonodos axilares comprometidos e, em menor grau, o tamanho tumoral constituem fatores prognósticos importantes para paciente, do sexo masculino com câncer da mama e 2) o prognóstico do câncer da mama é o mesmo para ambos os sexos quando se tem por base o número de linfonodos axilares comprometidos.

02/19 - Katherine Pisters, Mark Kris, Leslie Tyson, Rebecca Clark and Richard Gralla. Dose-ranging antiemetic evaluation of the serotonin antagonist tropisetron in patients receiving anti-cancer chemotherapy. *Cancer* 1993; 71: 226-230.

O tropisetron (ICS 205-930) é um antagonista específico do receptor tipo três da serotonina, utilizado como antiemético em animais de laboratório que fizeram uso de cisplatina (CDDP). Sua atuação se dá bloqueando-se o receptor 5-HT<sub>3</sub> nos neurônios periféricos, podendo-se também bloquear o mesmo receptor no tecido cerebral, tendo uma meia-vida sérica de 11,1 horas. Este protocolo experimental consistiu de administração endovenosa de tropisetron com doses que variavam de 12 a 48 mg/m<sup>2</sup>, meia hora antes da quimioterapia, em 22 pacientes com câncer. A resposta obtida mostrou que 36% dos pacientes não tiveram náusea ou vômito e 58% apresentaram apenas um a dois episódios, enquanto que a toxicidade foi leve com cefaléia, elevação das transaminases e sedação. Dez pacientes receberam altas doses de cisplatina (= ou > 100 mg/m<sup>2</sup>), tendo 30% de ausência de efeitos colaterais e 60% de toxicidade mínima (até três episódios de vômito). Concluem os autores que a droga é útil contra a êmese, tem toxicidade leve, raros efeitos extrapiramidais, além de ser facilmente administrada (dose única) em infusão venosa de 15 minutos.

02/20 - Nancy Kemeny, Jacob Lokich, Norwood Anderson and James Ahlgren. Recent advances in the treatment of advanced colorectal cancer. *Cancer* 1993; 71: 9-18.

O tratamento dos pacientes com câncer avançado do cólon e reto vem se modificando nos últimos anos. Protocolos clínicos prospectivos e randomizados desenvolvidos por várias instituições compararam o tratamento clássico de administração venosa do fluorouracil (5-FU) com associação de modificadores bioquímicos mais 5-FU, infusão contínua de 5-FU, esquemas ideais de administração do 5-FU e infusão arterial intra-hepática desta droga. Embora a melhora da sobrevida global tenha sido mínima, é possível alterar a sobrevida de certos subgrupos de pacientes associando várias formas de terapia que estão em desenvolvimento.

# **Seminário Nacional sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade dos Exames Citológicos e Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino**

**Organização: Instituto Nacional de Câncer - INCa**  
Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco  
**Sociedade Brasileira de Citopatologia**

**Apoio: Fundação Oncocentro de São Paulo**

**Local e Data:**

**Centro de Ginecologia Luiza Gomes de Lemos / INCa**  
**Rua Visconde de Santa Isabel nº 274 - Vila Isabel - Rio de Janeiro**

**05 e 06 de outubro de 1993**



## INFORMES

### Ano 1993

Será realizado entre os dias 18 e 20 de março de 1993 em Sanremo, Itália, o 4<sup>a</sup> Simpósio Internacional sobre Avanços Obtidos na Oncologia Urológica. Na ocasião serão abordados, entre outros, os seguintes assuntos: epidemiologia, patologia, rastreamento da população de risco, marcadores biológicos, cirurgia do câncer invasivo da bexiga, manuseio dos tumores superficiais, tratamento endovesical dos tumores superficiais da bexiga e abordagem do câncer vesical metastático.

Informações com: D. Pescatore, Department of Urology, General Hospital, Via Borea 56, 18038 Sanremo (IM), Italy.

Tel.: 39-184/5361, Fax: 39-184/501398.

...

A segunda conferência internacional sobre "Modificadores da Resposta Biológica" deverá ser realizada em Gênova, Itália, entre 22 e 24 de abril de 1993. Serão abordados os seguintes temas: anticorpos monoclonais influenciando nos tratamentos das doenças auto-imunes e neoplásicas, citocinas no tratamento do câncer, uso do interferon e fatores de crescimento no tratamento das doenças infecciosas, auto-imunes e neoplásicas.

Secretaria do congresso: Francorosso Health Congress, C. so Vittorio Emanuele 26, 20122 Milano.

Tel.: 39-2-76008561, Fax: 39-2-784967.

...

A Fundação Antônio Prudente através do Dr. Ademar Lopes deverá realizar, entre 20 e 23 de abril de 1993, o 1<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Tumores Ósseos e de Partes Moles. Serão abordados os seguintes temas: diagnóstico, patologia, estadiamento e tratamento dos sarcomas ósseos e de partes moles; situação atual do diagnóstico e tratamento do sarcoma de Ewing; abordagem terapêutica das metástases; entre outros.

Informações com a Sra. Marta, nos telefones: 011/2789131 e 011/2788811 ramais 134/242.

...

A União Internacional de Combate ao Câncer associada à Sociedade Internacional de Quimioterapia e à Sociedade Escandinava de Quimioterapia Antimicrobiana deverão patrocinar o 18<sup>o</sup> Congresso Internacional de Quimioterapia, que será realizado em Estocolmo, Suécia, entre 27 de junho e 2 de julho de 1993. Neste congresso serão abordados temas ligados à área da

microbiologia, oncologia e doenças infecciosas. Os principais temas oncológicos vão ter relação com terapêutica biológica e imunológica, drogas citostáticas, hormonioterapia e atualidades na área oncohematológica. Informações adicionais e cópias do programa preliminar poderão ser obtidas escrevendo para: 18<sup>o</sup> Congresso Internacional de Quimioterapia. PO Box 6911, S-10239 Estocolmo, Suécia.

Tel.: + 46 8 23 09 90, Fax: + 46 8 34 84 41.

...

A Sociedade Européia e a Sociedade Italiana para o Estudo e Tratamento da Dor deverão patrocinar um encontro internacional, nos dias 23 e 24 de abril de 1993, em Gênova, Itália, abordando o tema: Dor Aguda: Pesquisa e Tratamento, relacionado com doentes de câncer.

Informações com: V. Marini. IST - National Institute for Cancer Research, Viale Benedetto XV, 10 - 16132, Genova, Itália.

Tel.: + 39 10 35 34 843/44/45, Fax: + 39 10 35 29 99.

...

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) promoverá entre os dias 9 e 12 de outubro de 1993 o 8<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica. Serão abordados vários temas de relevância em oncologia, destacando-se: neoplasia da mama, testículo, estômago, cólon, linfomas, tumores pediátricos, novas drogas, tratamento de suporte e modificadores da resposta biológica.

Informações com: Dr. Fernando Medina da Cunha. Rua Aristides Lobo 934, Cidade Universitária, CEP 13083, Campinas - SP.

Tel.: 0192-392725, Fax: 0192-391685.

...

4<sup>th</sup> International Symposium Supportive Care in Cancer deverá ser realizado entre os dias 24 e 27 de fevereiro de 1993 em St Gallen, Switzerland.

Informações com: Mrs Beatrice Nair, Conference Manager, Professor H.J. Senn, Department of Medicine C (oncology), Kantonsspital 9007, St Gallen, Switzerland Fax: 071/256805.

...

Simpósio sobre Cellular Immunity and the Immunotherapy of Cancer deverá ser realizado entre os dias 17 e 24 de março de 1993 em Taos, NM, USA.

Informações com: Keystone Symposia, Drawer 1630, Silverthorne, CO 80498.  
Tel.: 303/2621230, Fax: 303/2621525.

...

Simpósio sobre Linfomas de Células B e T deverá ser realizado entre os dias 17 e 24 de abril de 1993 em Copper Mountain, CO, USA.

Informações com: Keystone Symposia, Drawer 1630, Silverthorne, CO 80498.  
Tel.: 303/2621230, Fax: 303/2621525.

...

4º Congresso Internacional de Quimioterapia Neoadjuvante, Adjuvante e Experimental será realizado entre os dias 2 e 5 de fevereiro de 1993 no Palais des Congrès, Paris, France.

Informações com: Prof. David Khayat SOMPS - 4<sup>th</sup> ICAC, 47 bd de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13, France.  
Tel. ou Fax: 33(1) 45702836.

...

O Arizona Cancer Center, através do Dr. Sydney Salmon, realizará, entre os dias 10 e 13 de março de 1993, a 7ª Conferência Internacional do Tratamento Adjuvante em Câncer no Tucson Convention Center, Tucson, AZ, USA.

Informações com: Nancy Rzewuski, Conference Coordinator, Arizona Cancer Center, the University of Arizona College of Medicine 1515 N Campbell Ave, Room 2933, Tucson, AZ 85724.

Tel.: (602) 6262276, Fax: (602) 6262284.

...

A Federação Européia de Sociedades de Câncer irá patrocinar a 7ª European Conference on Clinical Oncology and Cancer Nursing (7ª ECCO). Esta conferência deverá se realizar em Jerusalém, Israel, entre 14 e 18 de novembro de 1993.

Informações: FECS Secretariat Department of Radiotherapy, University Hospital St. Rafael, Kapucijnenvoer 35, B-3000 Leuven, Belgium.

Tel.: 3216336425, Fax: 3216336441.

...

O Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente, ao comemorar seu 40º aniversário, realizará, de 5 a 8 de setembro de 1993, um simpósio denominado "Oncologia da Década de 90". Dentre as conferências e mesas-redondas destacam-se: epidemiologia, genética, oncogênese, vírus e câncer, tumores ósseos e de partes moles, câncer da mama, resistência a drogas utili-

zadas em oncologia, modificadores da resposta biológica, transplante de medula óssea, novas drogas, AIDS e câncer, linfomas, neoplasias urológicas e ginecológicas, complicações no tratamento oncológico e nutrição e câncer.

Informações: Sra. Marta no 011-2789131, PABX: 011-2788811, Fax: 011-2774259.

...

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral deverá promover, entre 24 e 27 de outubro de 1993, na cidade de Canelas/RS, o 10º Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral. Dentre os temas que serão abordados, destacamos os avanços da nutrição em pacientes com câncer.

Informações: Plenarium Organização de Congresso Ltda, Rua Ramiro Barcelos 820, 90035-001, Porto Alegre/RS.

Tels.: 051-2252578, 051-2242650, Fax: 051-2259456.

...

A International Society For Radiation Oncology organizará, em 21 a 25 de junho de 1993, o Congresso Internacional de Radioterapia em Kioto, Japão. Serão abordados vários temas atuais pertinentes à radioterapia, tais como: radioterapia de partículas, terapia por nêutron, irradiação corporal total, braquiterapia com alta e baixa taxas de dose, hipertermia, entre outros.

Informações: International Congress of Radiation Oncology 1993, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Kyoto University, Shogoin-Kawaharacho, Sakyo-Ku, Kyoto 606, Japan.

Tel.: 81-75-751-3417, Fax: 81-75-771-9749.

...

Os cursos de Pós-Graduação em Gastroenterologia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul promovem, entre os dias 27 e 29 de maio de 1993, a 1ª GASTROSUL no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dentre os temas abordados, destacam-se todas as neoplasias do trato digestivo, tratamento atual e complicações.

Informações: Dr. Luiz Rohde, Plenarium Org. de Congressos Ltda, Rua Ramiro Barcelos 820, 90035-001, Porto Alegre, RS.

Tels.: 051-2252578, 051-2242650, Fax: 051-2259456.

Ano 1994

A Canadian Association of Nurses in Oncology e a International Society of Nurses in Cancer Care deverão

realizar, entre os dias 7 e 15 de agosto de 1994, a 8<sup>th</sup> International Conference on Cancer Nursing, em Vancouver, British Columbia, Canada. A conferência abordará temas relacionados à prevenção, detecção precoce, conduta não-farmacológica nos pacientes oncológicos, educação, pediatria oncológica e quimioterapia, entre outros.

Informações com: Conference Secretariat - ISNCC, c/o Venue West Conference Services Ltd, 645-375 Water Street. Vancouver, British Columbia, Canada V6B5C6. Tel.: (604) 6815226, Fax: (604) 6812503.

...

Será realizada em St. Gallen/Switzerland, entre 1 e 3 de setembro de 1994, a 1<sup>st</sup> International Conference on Reversal of Multidrug Resistance in Cancer organizada pelos Drs. William Dalton, Manfred Lehnert e Sydney Salmon.

Informações: Beatrice Nair, Conference Manager, Department C of Internal Medicine Kantonsspital, Building 09, Room 202, CH-9007 St. Gallen, Switzerland. Tel.: + 041-71-261097, Fax: + 041-71-256805.

...

Terá lugar em Porto Alegre, RS, entre os dias 7 e 10 de setembro de 1994 o 13<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Cancerologia patrocinado pela Sociedade Brasileira de Cancerologia. Junto será realizado o 6<sup>o</sup> Sul-americano de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 1<sup>a</sup> de Cancerologia do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Porto Alegre, 4<sup>a</sup> Brasileiro de Enfermagem Oncológica, 1<sup>o</sup> Brasileiro das Redes e Ligas Femininas de Combate ao Câncer e o 6<sup>o</sup> Encontro Brasileiro de Hospitais e Serviços de Oncologia. Serão abordados assuntos controversos de todas as áreas da cancerologia.

Informações com: Dr. Simão Grossmann. Rua Professor Annes Dias 285, 90000-020, Porto Alegre, RS. Tel.: (051) 2241424, Fax: (051) 2274040.

...

A Sociedade Européia de Combate ao Câncer (EORTC) irá patrocinar o 6<sup>th</sup> EORTC Breast Cancer Working Conference, entre os dias 6 e 9 de setembro de 1994, no RAI Congress Center em Amsterdam, Holanda.

Informações com: Prof. Dr. H. Bartelink, Dept. of Radiotherapy, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam, the Netherlands, Fax: 31-20-669 1101.

Conference Secretariat: Bureau PAOG-Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, the Netherlands. Tel.: 020-5664801, Fax: 020-6963228.

#### Errata

A respeito do artigo "Dor e Câncer" publicado na Rev. Bras. Cancerol. 1992; 38 (4): 125-129, considerar na:

- Pág. 126, 1<sup>a</sup> coluna:

onde se lê: Também constitui indicação terapêutica nos processos neoplásicos que invadem e comprimem, tais como: compressão de medula óssea...

Leia-se:

Também constitui indicação terapêutica nos processos neoplásicos que invadem e comprimem, tais como: a compressão de medula óssea...

- Pág. 126, 2<sup>a</sup> coluna:

onde se lê: Arterial também é uma modalidade terapêutica que pode ser empregada com finalidade analgésica (1).

Leia-se:

Arterial também é uma modalidade terapêutica que pode ser empregada com finalidade analgésica (1).

- Pág. 127, 2<sup>a</sup> coluna:

onde se lê: Os seus efeitos psicomiméticos não são antagonizados pela naloxona, como só ocorre com os outros narcóticos.

Leia-se:

Os seus efeitos psicomiméticos não são antagonizados pela naloxona, como *soi ocorrer* com os outros narcóticos.

## INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar artigos que contribuam para conhecimento sobre a cancerologia e ciências afins. Publica também artigos nas seções Cartas, Informes, Publicações e Notícias, entre outras.

Serão fornecidas 15 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 em outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da revista e da decisão do seu corpo editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos ao autor. Os trabalhos aceitos e publicados passarão a ser propriedade da revista, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, assim como sua tradução para outros idiomas, sem prévia autorização do Conselho Editorial da *RBC*.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redacionais, para sua perfeita adequação ao estilo editorial-gráfico da revista, 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  
Pro-ONCO/INCa/MS  
Av. Venezuela 134, bl. A, 9º andar  
20081-310 - Rio de Janeiro - RJ

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 tipologia *standard*, com espaçamento duplo, em folha de papel tamanho ofício II, com margens 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.

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

### Página de rosto

Nesta lauda devem constar o título do trabalho, 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 e o outro em inglês, com, no máximo, 300 palavras. Cada um deles deve vir acompanhado de um máximo de 10 unitermos.

### Texto propriamente dito

O texto dos artigos originais deverá ser dividido nos principais subtítulos: INTRODUÇÃO, MATERIALE 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 artigos 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 shöeller, 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 9cm. Radiografias, ultrasonografias, 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, 400 X).

### 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 não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citado 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*.

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

Hersh EM, Mavligit GM, Gutterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med Clin North Am* 1976; 60: 623-639.

### Livros

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

### Capítulo de livro

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr., Sodeman WA, eds. Pathologic physio-logic: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-472.



# A flexibilidade posológica de Farmorubicina dá um novo sentido ao tratamento quimioterápico.

A necessidade de personalizar o tratamento quimioterápico dá preferência ao uso de um agente citostático dotado da necessária flexibilidade posológica, quer isoladamente ou nas combinações quimioterápicas.

A Farmorubicina possui a necessária flexibilidade posológica para que se possa explorar a eficácia de diferentes esquemas de doses.

- A Farmorubicina, como agente isolado no tratamento do câncer de mama avançado, obteve índices de eficácia constantes com doses crescentes de 60 a 90 mg/m<sup>2</sup>, permitindo que todas as pacientes completassem o tratamento, apesar do uso anterior de irradiação ou de outra quimioterapia.<sup>(11)</sup>

## Farmorubicina como agente único no tratamento do câncer de mama avançado

Tipos de pacientes	Irradiação prévia	100%
	Quimioterapia ou tratamento hormonal anteriores	65%
	Aumento progressivo da dose de 60-90 mg/m <sup>2</sup>	100%
	Dose cumulativa de 1000mg/m <sup>2</sup>	52%
Resultados	Índice de respostas	38,5%
Tolerabilidade (nº total de cursos)	Leucopenia grau 3	4%
	Náuseas, vômitos grau 3	11%
Cardiotoxicidade (pacientes)	ICC acima de 1000 mg/m <sup>2</sup>	4%

## A Farmorubicina permite atingir os maiores índices de eficácia

Na terapia de combinação para linfomas não-Hodgkin, o esquema CEOP proporcionou:<sup>(40)</sup>

- Índice muito elevado de RC
- Ausência de efeitos tóxicos importantes
- Possibilidade de melhorar o índice de RC através de aumentos progressivos na dose de Farmorubicina

Epirubicina 30-60 mg/m <sup>2</sup>	RC 55%	RP 34%	89%* índice de resposta global
Combinações contendo Epirubicina 75 mg/m <sup>2</sup>	RC 77%	RP 7,5%	84,5% índice de resposta global

# FARMORUBICINA®

As credenciais da Farmorubicina atestam a sua eficácia não apenas como substituto da doxorubicina, mas também como melhor alternativa entre outros agentes, quer isoladamente ou como componente de combinações quimioterápicas.

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT