

Col. 1

Ex. 1

ISSN 0034-7116

VOL. 34

N^{os} 2, 3

JUNHO/SETEMBRO

1988

R

Revista Brasileira de Cancerologia

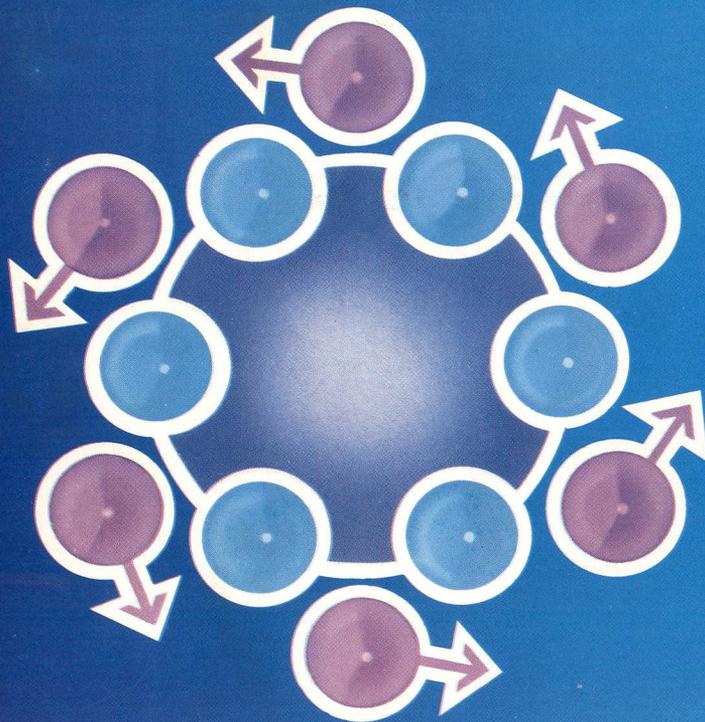


NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

NOVO



Eulexin

(Flutamida)

Para o Tratamento
Paliativo do Câncer
de Próstata

O PRIMEIRO COMPOSTO NÃO ESTERÓIDE COM ATIVIDADE DE BLOQUEIO ANDROGÊNICO COMPLETO.

'EULEXIN' neutraliza a atividade dos androgênios supra-renais, os quais colaboram com 40-50% do total da atividade androgênica no tecido neoplásico e que continuam a estimular o câncer após a castração Medicamentosa ou Cirúrgica.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS:

- Não tem Ação Androgênica
- Não tem Ação Estrogênica
- Não tem Ação sobre a Glândula Supra-renal
- Não tem Ação Progestínica
- Não interfere na Libido nem na Fertilidade
- Não provoca Inibição Gonadotrófica



APRESENTAÇÃO: Caixa contendo 20 comprimidos de 250mg.

POSOLOGIA: Um comprimido 3 vezes ao dia.

Para maiores informações consulte a Diretoria Médica da Schering pelo Telefone: (021) 342-7000.

Schering

Revista Brasileira de Cancerologia

VOL. 34

Nos 2, 3

JUNHO/SETEMBRO 1988

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

Ex. 1

ÍNDICE

- 137 Editorial
Jorge Wanderley
- 139 Mitomicina C e Vimblastina no Tratamento do Câncer de Mama Refratário
Mario Alberto Dantas L. da Costa, Nilson Soares P. de Mendonça, Miguel J. Froimtchuck
- 143 Carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe. Estudo ultra-estrutural e imuno-histoquímico
Fernando Augusto Soares, Luiz Cezar Peres, Carlos Eduardo Bacchi, Gláucia Aparecida M. Landell, Rui Celso M. Mamede, Francisco Verissimo Mello Filho, Gustavo Adolpho P. Caldera
- 149 O uso da Buprenorfina Sublingual (TEMGESIC) no Alívio da Dor em Pacientes com Câncer. Um Estudo em 32 Doentes
Haroldo Godim Juaçaba
- 155 Epidermoid Cyst of Testis — A Case Report
Antonio Luiz Correia Seixas, Marcos Venicio Alves Lima
- 157 Herpetic Esophagitis Mimicking Carcinoma *In Situ*
Luiz Cesar Peres, José Barbieri Neto, Marcos Antonio Rossi, Antonio Roberto Moriel, Carlos Eduardo Bacchi
- 161 Resumos das Conferências do XI Congresso Brasileiro de Cancerologia — 2.^a Parte



REVISTA BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro: Luiz Carlos Borges da
Silveira

CAMPANHA NACIONAL DE
COMBATE AO CÂNCER

Superintendente: Geniberto de
Paiva Campos

EDITOR CHEFE:

Jorge Wanderley

EDITORES ASSOCIADOS:

Luis Souhami (Canadá)
Celso Werneck Ribeiro
Josélio Martins Franco
Milton Rabinowits
Roberto Alfonso Arcuri
Ernani Saltz

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO:

Antonio Geraldo Nascimento
(Rio de Janeiro, RJ)
Emilio Mitidieri
(Rio de Janeiro, RJ)
Haroldo Godim Juaçaba
(Fortaleza, CE)
Hiram Silveira Lucas
(Rio de Janeiro, RJ)
Jacob Kligerman
(Rio de Janeiro, RJ)
José Aristodemo Pinotti
(Campinas, SP)
José Baptista da Silva Neto
(São Paulo, SP)
Juvenal Antunes de Oliveira Filho
(Campinas, SP)
Miguel Srougi
(São Paulo, SP)
Sergio Edgar Allan
(Rio de Janeiro, RJ)
Sergio Luiz Faria
(Campinas, SP)
Sergio Petrilli
(São Paulo, SP)
Walter Roriz de Carvalho
(Rio de Janeiro, RJ)

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

Lêda Di Martino

SECRETÁRIA:

Rosylene Moreira Lima de
Assunção

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

Presidente: Luiz Carlos Calmon
Teixeira — BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Presidente: Núbia Mendonça — BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA CLÍNICA

Presidente: Adalberto Broecker
Neto — RS

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

© 1988 Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

A Revista Brasileira de Cancerologia (ISS 0034-7116) é uma publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia. É editado um volume anual dividido em quatro números. Impresso no Brasil.

Todos os direitos de cópia (Copyright) reservados © 1988.
Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço editorial: Revista Brasileira de Cancerologia
Praça Cruz Vermelha, 23, sala 320
20230 — Rio de Janeiro — RJ
Brasil

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 ao editor desde que aceito para publicação. Os direitos de cópia (Copyright) incluem os direitos exclusivos para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separata, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer forma outra 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 em que eles sejam recomendados ou endossados pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer nem pela Sociedade Brasileira de Cancerologia.

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

EDITORIAL

A Revista Brasileira de Cancerologia publica neste número a segunda parte dos Resumos das Conferências do XI Congresso Brasileiro de Cancerologia, realizado em Florianópolis, SC, em novembro de 1987.

Fecha-se, assim, o ciclo de publicações dos resumos daquele evento que teve registrado no número anterior os Resumos dos textos médicos.

A importância de publicar esses resumos está no fato de assim ampliar o campo de divulgação da produção médica na área da cancerologia, principalmente as realizadas fora do eixo Rio/São Paulo, já consagrado entre grandes centros produtores de trabalhos apresentados em congressos nacionais e internacionais.

Também neste número renova-se o espaço da Seção de Notas de Técnica, com artigo de Vidal sobre "A importância da colheita de materiais clínicos para os resultados dos exames microbiológicos".

Este é exemplo bastante típico de texto que pode se revelar de grande utilidade prática e imediata nas rotinas intra-hospitalares. Não há, porém, com a publicação dos resumos das conferências e de um texto eminentemente prático, qualquer intento editorial de privilegiar a informação mais imediata, neste número; atestam-no os textos de pesquisa original e de relatos clínicos incluídos também. O resultado terá sido um número da Revista Brasileira de Cancerologia que contém páginas em quantidade suficiente para que aglutinemos num só os números 2 e 3 de 1988, sem prejuízo da seqüência natural.

Jorge Wanderley
Editor

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista Brasileira de Cancerologia tem por finalidade publicar artigos originais que contribuam para o conhecimento sobre o câncer e ciências afins. Publica também artigos para as seções de Atualização, de Revisão e de Notas e Informações. Aceitam-se também matérias encaminhadas como Cartas ao Editor.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Cancerologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da Revista e da decisão do corpo Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos. Os trabalhos aceitos e publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma, sem a autorização da Comissão de Publicações.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redatoriais no seu texto, para adequação do estilo editorial da Revista. No caso do trabalho incluir informações previamente publicadas (tabelas, figuras, etc.) é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos responsáveis pelo *copyright*.

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

EDITOR
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
PRAÇA CRUZ VERMELHA, 23 – sala 320
20230 – RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL

Devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas datilografadas em uma só face, com máquina de tipo "standard", com espaço duplo, em folha de papel tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3cm. Na página de rosto devem constar o título, nome(s) do(s) autor(es), qualificação profissional e docente de cada um, o local de realização do trabalho e seu endereço. Se o trabalho tiver sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da página; se for subvencionado, indicar o patrocinador e o número do processo.

Cada componente do trabalho deve ser iniciado numa nova página, na seguinte seqüência:

- . Página de Rosto
- . Sumário com Unitermos
- . Texto
- . Agradecimentos
- . Referências Bibliográficas
- . Tabela – Cada tabela completa com título e legenda numa folha separada
- . Legendas para figuras

Cada página deverá incluir um cabeçalho com título em forma reduzida de não mais de 40 caracteres (incluindo letras e espaços) e o sobrenome do autor responsável.

Numerar as páginas consecutivamente começando pela página de rosto.

RESUMOS – Devem ser apresentados dois resumos, um em português e o outro em inglês, no máximo com 300 palavras. Unitermos devem acompanhar os resumos, até o máximo de 10.

TEXTO – O texto dos artigos originais deverá ser, se possível, dividido nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Devem ser apresentadas de acordo com os exemplos abaixo:

– *Artigos de Revista* (listar todos os autores quando sejam seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*).

Ex.: Kroeff 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 of 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 physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

Numerar as referências consecutivamente na ordem nas quais elas são citadas no texto. Use o estilo dos exemplos acima. Os títulos dos jornais deverão ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus. A exatidão das referências bibliográficas é da responsabilidade dos autores.

Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em nota de rodapé.

TABELAS – Deverão ser datilografadas em espaço duplo e em folhas separadas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos seguidas de um título específico. As informações contidas devem ser suficientemente claras e devem suplementar, e não duplicar, o texto.

FIGURAS – Devem ser remetidos os originais e não fotocópias. As fotografias devem ser em preto e branco e em papel brilhante, de pelo menos, 12 x 9cm suficientemente claras para permitir uma boa reprodução. Os desenhos devem ser feitos a nanquim preto e as letras traçadas por normógrafo. As legendas para as figuras deverão ser datilografadas em espaço duplo em folhas separadas.

SEPARATA – De cada trabalho são tiradas 15 separatas, entregues ao autor responsável.

A RBC segue as orientações elaboradas pelo International Committee of Medical 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.

Mitomicina C e Vimblastina no Tratamento do Câncer de Mama Refratário

MARIO ALBERTO DANTAS L. DA COSTA^{1,3}, NILSON SOARES P. DE MENDONÇA¹, MIGUEL J. FROIMTCHUCK²

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro, RJ

Resumo

Entre agosto/83 e dezembro/85, oitenta e três pacientes portadores de câncer de mama avançado e resistente a múltiplos agentes quimioterápicos foram tratados com Mitomicina C 10mg/m² iv 6/6 semanas e Vimblastina 6mg/m² iv 3/3 semanas. Setenta e dois pacientes eram avaliáveis quanto à resposta. Observou-se resposta completa em 3 pacientes (4,1%), resposta parcial em 7 pacientes (9,7%) e doença estabilizada por 3 ou mais meses em 23 pacientes (31,9%). A toxicidade foi considerada moderada, consistindo principalmente de mielossupressão, neurotoxicidade e náuseas. A combinação Mitomicina C e Vimblastina beneficiou um número significativo de pacientes portadores de câncer de mama refratário, podendo ser considerada especialmente naqueles com um bom "performance status".

Unitermos: câncer de mama; mitomicina C; vimblastina

Introdução

O manuseio de pacientes com câncer de mama avançado, já expostos a múltiplas combinações de quimioterápicos, representa grande dificuldade na prática oncológica diária. A resistência a agentes ativos como Ciclofosfamida, Adriamicina, Methotrexate, 5-Fluorouracil, deixa-nos com reduzido arsenal terapêutico.

A Mitomicina C (MMC) é uma droga ativa no tratamento do câncer de mama, com respostas em torno de 25% quando usada isoladamente^{1,2,3}. A Vimblastina (VLB) também é eficaz, podendo-se observar resposta em aproximadamente 20% dos casos^{4,5,6}.

Pacientes e métodos

Oitenta e três pacientes portadores de câncer de mama avançado foram tratados como 2.^a ou 3.^a linha de quimioterapia, com a combinação MMC e VLB, entre agosto/83 e dezembro/85. Utilizou-se o seguinte esquema: MMC 10mg/m² iv a cada 6 semanas e VLB 6mg/m² a cada 3 semanas. Ao início do tratamento todos os pacientes tinham leucócitos acima de 3.500/mm³ e plaquetas acima de 100.000/mm³. A cada aplicação, se os níveis de leucócitos e plaquetas estivessem abaixo dos níveis referidos, o tratamento era adiado por 1 semana.

Dos 83 pacientes 72 eram avaliáveis quanto à resposta. Onze pacientes foram excluídos, sendo 8 por abandono após o primeiro ciclo, 1 por receber radioterapia concomitante no único sítio de doença avaliável, 1 por recusar a continuação do tratamento indo à mastectomia paliativa, e 1 por ser portador de doença de Hodgkin em atividade.

O sítio dominante de doença, de acordo com o local mais acometido, foi dividido em 3 grupos: partes moles, doença visceral e osso. O "performance status" e a toxicidade foram analisados segundo os critérios do ECOG⁷. O Quadro 1 mostra as principais características dos pacientes avaliados.

Considerou-se como resposta completa (RC) o desaparecimento de toda a doença mensurável ou avaliável clinicamente. Resposta parcial (RP) ocorreu quando houve redução de pelo menos 50% da soma dos diâmetros perpendiculares de todas as lesões mensuráveis. Estabilização de doença (DE) foi definida como ausência de progressão de doença ou redução menor do que 50% dos diâmetros perpendiculares de todas as lesões mensuráveis por pelo menos 90 dias. O termo "doença sob controle" (DSC) foi utilizado nos casos de RC + RP + DE.

A análise estatística foi efetuada através do emprego do teste do qui-quadrado, do teste de Fisher e do teste de Wilcoxon-Gehan^{8,9}.

¹Ex-residente do Serviço de Oncologia Clínica do INCa. ²Médico do Serviço de Oncologia Clínica do INCa. Trabalho apresentado no 5.^o Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica. Endereço para correspondência: ³Praça da Cruz Vermelha, 23. Rio de Janeiro, RJ. CEP 20230.

Quadro 1 — Características clínicas dos pacientes.

| Características | Nº de pacientes |
|-----------------------------|-----------------|
| Pacientes avaliáveis | 72 |
| PS 0 | 9 |
| 1 | 33 |
| 2 | 24 |
| 3 | 6 |
| Pré-menopausa | 39 |
| Pós-menopausa | 33 |
| Idade mediana | 54 anos |
| Sítio dominante de doença | |
| partes moles | 24 |
| osso | 14 |
| víscera | 34 |
| Estádio IIIB | 13 |
| IV | 59 |
| Doença mensurável | 43 |
| avaliável | 29 |
| Tratamento sistêmico prévio | |
| hormonioterapia | 56 (77,7%) |
| quimioterapia | 72 (100%) |
| adriamicina | 65 (90,2%) |

Resultados

Dos 72 pacientes avaliáveis quanto à resposta, 33 (45,7%) foram caracterizados como tendo DSC. Observou-se RC em 3 pacientes (4,1%), RP em 7 (9,7%), e DE em 23 (31,9%). Dos 10 pacientes com RC + RP, 5 apresentavam doença em partes moles e 5 doença visceral (Tabelas 1 e 2). Os pacientes com doença em partes moles obtiveram maiores índices de resposta e DSC, porém nenhum sítio de doença apresentou diferença estatisticamente significativa quanto aos índices de resposta e DSC em comparação com os demais sítios ($p = NS$). Houve uma tendência ($p = 0,06$) a um maior controle de doença nos pacientes que haviam apresentado resposta objetiva (RC + RP) prévia a outros agentes quimioterápicos (Tabela 3). Nenhum dos pacientes com PS 3 apresentou RC, RP ou DE.

O tempo para progressão de doença variou entre 74 e 665 dias (mediana = 152 dias) nos pacientes com resposta objetiva, e entre 90 e 400 dias (mediana = 140 dias) naqueles com DE. A análise estatística das curvas de tempo para progressão de doença não mostrou diferença significativa ao nível de 5% entre os grupos com resposta objetiva e DE (Figura 1).

Quanto à toxicidade, 75 pacientes foram avaliados e os resultados estão dispostos na Tabela 4. Houve 1 óbito decorrente de leucopenia e sepse. Insuficiência cardíaca descompensada foi observada em 3 casos sendo que os dois primeiros haviam recebido adriamicina (1 deles com cardiotoxicidade já descrita), e o 3º era sabidamente portador de insuficiência cardíaca antes de receber MMC e VLB.

Tabela 1 — Resultados com MMC e VLB no câncer de mama refratário.

| Parâmetro | Nº pacientes |
|------------|--------------|
| RC | 3 (4,1%) |
| RP | 7 (9,7%) |
| DE | 23 (31,9%) |
| DSC | 33 (45,7%) |
| Progressão | 39 (54,3%) |

Tabela 2 — Resultados de acordo com o sítio de doença.

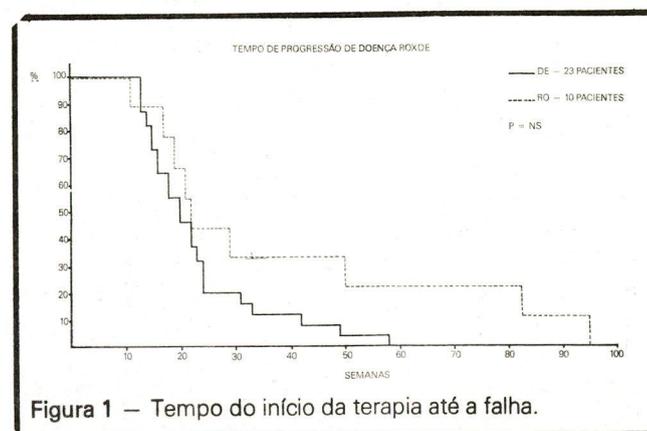
| Sítio | Nº pts | RC + RP | DE | DSC |
|--------------|--------|---------|----|-----|
| Partes moles | 24 | 5 | 8 | 13 |
| Ossos | 14 | 0 | 5 | 5 |
| Víscera | 34 | 5 | 10 | 15 |

Tabela 3 — Correlação da resposta obtida com MMC e VLB com a resposta prévia à quimioterapia.

| Resposta prévia | Nº pts | RC + RP | DSC |
|-----------------|--------|---------|-----|
| Sim | 35 | 7 | 20 |
| Não | 37 | 3 | 13 |

Tabela 4 — Toxicidade 75 pts.

| Tipo | Nº pts |
|---|--------|
| — Mucosite | 3 |
| — Náuseas e vômitos | 25 |
| — Infiltrado pulmonar não infeccioso | 1 |
| — Parestesias, distensão abdominal, constipação | 7 |
| — Mialgia | 8 |
| — Insuficiência cardíaca | 3 |
| — Leuc. abaixo de 2.000/mm ³ , pmn abaixo de 1.000/mm ³ ou plaq. abaixo de 50.000/mm ³ | 11 |
| — Leucopenia e sepse | 1 |
| — Infecção leve | 2 |
| — Herpes zoster | 3 |



Discussão

A associação de altos índices de resposta e baixa toxicidade na terapêutica de pacientes portadores de câncer de mama extensamente tratados permanece como um desafio nos dias de hoje. Diversos trabalhos utilizando múltiplos esquemas terapêuticos vêm tentando otimizar a relação resposta/toxicidade⁹⁻¹⁶. Utilizando doses moderadas de MMC e VLB observamos um índice de resposta objetiva não muito expressivo, com toxicidade aceitável. Entretanto, se levarmos em consideração o número de pacientes que evoluiu com DE, podemos admitir que o esquema acima foi capaz de proporcionar um efeito benéfico, essencialmente paliativo, que preencheu, em parte, as nossas expectativas. A análise de pacientes com DE deve-se aos seguintes fatores: primeiro, o tempo para progressão de doença nestes pacientes não foi significativamente diferente daquele de pacientes com resposta objetiva; segundo, é questionável se a quimioterapia, mesmo com resposta objetiva, é capaz de produzir aumento de sobrevivência; terceiro, houve melhora subjetiva nos pacientes com DE.

Outros grupos já publicaram seus resultados com MMC e VLB em câncer de mama refratário¹⁷⁻²⁰, com índices de resposta objetiva variando entre 5 e 40%. Parece haver uma relação direta entre as doses e a frequência de administração das drogas com os graus de resposta e toxicidade obtidos.

Além da avaliação dos índices de resposta objetiva e sobrevivência, julgamos importante para análises futuras a criação de critérios mais bem definidos para avaliar a resposta subjetiva e qualidade de vida destes pacientes, uma vez que estamos lidando com uma patologia incurável até o presente momento.

Summary

Eighty-three patients with advanced breast cancer refractory to standard chemotherapy were treated with Mitomycin C 10mg/m² iv every 6 weeks and Vinblastine 6mg/m² iv every 3 weeks. Ten (13.8%) of the 72 evaluable patients had complete response (3 pa-

tients) or partial response (7 patients), and 23 patients (31.9%) had stabilization of their disease. Moderate toxicity, mainly myelosuppression, neurologic and nausea, was observed. This combination seems to be useful in the treatment of refractory breast cancer, specially in patients with good performance status.

Uniterms: breast cancer; mitomycin C; Vinblastine

Referências Bibliográficas

- Hortobagyi GN — Mitomycin C in breast cancer. *Semin Oncol*, 1985; 12 (suppl.): 65.
- Lenaz L — Mitomycin C in advanced breast cancer. *Cancer Treat Rev*, 1985; 12: 235.
- Creerh RH, Catalano RB, Shah MK — An effective low dose Mitomycin regimen for hormonal and chemotherapy refractory patients with breast cancer. *Cancer*, 1983; 53: 1034.
- Bleechenn, Jelliffe A — Vinblastine sulfate in the treatment of malignant disease. *Br J Cancer*, 1965; 19: 268.
- Goldenberg I — Vinblastine sulfate therapy of women with advanced breast cancer. *Cancer Chemother Rep*, 1963; 29: 111.
- Carter SK — Single and combination non-hormonal chemotherapy in breast cancer. *Cancer*, 1972; 30: 1543.
- Oken MM, Creech RH, Tormen DC — Toxicity and responsive criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*, 1982; 5: 649.
- Berquo ES, Souza JMP, Gotlieb SLD — Bioestatística, Editora Pedagógica Universitária, São Paulo. 1981; pp 47-54.
- Snedecor GW — Métodos Estadísticos Aplicados a La Investigación Agrícola Y Biología. Compañía Editorial Continental S.A., México. 1964, pp 289-345.
- Hortobagyi GN, Yap HY, Blumenschein GR — Phase II evaluation of Vinblastine, Methotrexate and Calcium Leucovorin rescue in patients with refractory metastatic breast cancer. *Cancer*, 1983; 51: 769.
- Aspergren K, Landerg T — 5-Fluorouracil and Mitomycin C in advanced breast cancer. *Radiother Oncol*, 1986; 6: 121.
- Veronesi A, Tirelli U, Gallioni E — Third live chemotherapy with Mitomycin C, Vinblastine and Carmustine in refractory breast carcinoma: a pilot study. *Cancer Treat Rep*, 1982; 66: 559.
- Gewirtz AM, Cadman ED — Preliminary report on the efficacy of sequential Methotrexate and 5-Fluorouracil in advanced breast carcinoma. *Cancer*, 1981, 47: 2552.
- Fraschini G, Yap HY, Hortobagyi — Five-day continuous infusion Vinblastine in the treatment of breast cancer. *Cancer*, 1985; 56: 225.
- Oster MW, Pauk Y — Vincristine, Adriamycin and Mitomycin therapy of previously treated breast cancer. *Cancer*, 1983, 51: 203.
- Howell A, Morrison JM, Bramwell VHC — Dibromodulcitol, Mitomycin C and Vinblastine chemotherapy in advanced breast cancer. *Eur J Cancer Clin Oncol*, 1984, 20: 873.
- Denefrio JM — Mitomycin C and Vinblastine chemotherapy for advanced breast cancer refractory to standard, cytotoxic therapy. *Cancer Treat Rep*, 1978, 62: 2113.
- Konits PH, Aisherj. Van Echo DA — Mitomycin C and Vinblastine chemotherapy for advanced breast cancer. *Cancer*, 1981; 48: 1295.
- Garewall HS, Brooks RJ, Jones SE — Treatment of advanced breast cancer with Mitomycin C Combined with Vinblastine or Vindesine. *J Clin Oncol*, 1983; 12: 772.
- Radford JA, Knight RK — Mitomycin C and Vinblastine in the treatment of advanced breast cancer. *Eur J Clin Oncol*, 1984; 21: 1475.

RELATO DE CASO

Carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe. Estudo ultra-estrutural e imuno-histoquímico

FERNANDO AUGUSTO SOARES^{1,7}, LUIZ CEZAR PERES¹, CARLOS EDUARDO BACCHI²,
GLÁUCIA APARECIDA M. LANDELL³, RUI CELSO M. MAMEDE⁴,
FRANCISCO VERISSIMO MELLO FILHO⁵, GUSTAVO ADOLPHO P. CALDEIRA⁶
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — Ribeirão Preto, SP
Faculdade de Botucatu — Botucatu, SP

Resumo

O carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe é neoplasia rara que continua a estimular controvérsias entre os patologistas. Vários termos têm sido usados para descrever tal lesão, incluindo carcinossarcoma, carcinoma de células fusiformes, carcinoma sarcomatóide, pseudossarcoma, carcinoma epidermóide com estroma "sarcoma like", carcinoma pleomórfico, carcinoma polipóide e carcinoma metaplásico. O achado histopatológico característico é a presença de carcinoma epidermóide associado a componente de células fusiformes. Apresenta-se caso de paciente masculino, 59 anos, branco, com queixa de disfonia há 1 ano, acompanhada de disfagia e dispnéia. Ao exame laringoscópico indireto notou-se extensa lesão tumoral localizada na laringe com destruição parcial da glote. O exame histopatológico demonstrou tratar-se de carcinoma epidermóide bem diferenciado com extensas áreas anaplásicas, de componente fusocelular. Acompanhava massa tumoral metastática peritraqueal com componente fusocelular exclusivo. Realizou-se estudo ultra-estrutural e imuno-histoquímico da lesão metastática. A microscopia eletrônica demonstrou a presença de agrupamentos ocasionais de células justapostas unidas por desmossomos infrequentes, mas bem definidos. Estas apresentavam núcleos irregulares e abundante RER distendido. A imunoperoxidase revelou o achado de células isoladas positivas para ceratina de alto peso molecular em meio ao componente fusocelular exclusivo. Deste modo o presente caso contribui para a discussão da histogênese da neoplasia, falando a favor da teoria da metaplasia mesenquimal do carcinoma epidermóide.

Unitermos: carcinoma sarcomatóide de laringe; laringe, neoplasia maligna.

Introdução

Carcinomas sarcomatóides são neoplasias malignas incomuns, associadas a diversos sítios primários e que tradicionalmente geram controvérsias¹. Caracterizam-se por serem morfológicamente bifásicas compostas por elementos histológicos de carcinoma epidermóide e de sarcoma fusocelular. Vários termos têm sido usados como carcinossarcoma²⁻⁴, carcinoma de células fusiformes⁵⁻⁷, carcinoma sarcomatóide⁸, pseudossarcoma⁹⁻¹⁶, carcinoma epidermóide com estroma sarcomatóide¹⁷, carcinoma pleomórfico¹⁸, carcinoma polipóide^{19,20} e carcinoma metaplásico²¹. A histogênese da neoplasia é motivo de controvérsias na literatura^{1,22}. Apresenta-se caso de paciente masculino, 59 anos, com carcinoma sarcomatóide da laringe, com estudo de microscopia eletrônica e imuno-histo-

químico em linfonodo, com metástase exclusivamente do componente sarcomatóide.

Relato do caso

Paciente masculino, 59 anos, branco, procurou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com queixa de rouquidão de caráter progressivo há 1 ano. Referia também dispnéia, disfagia e odinofagia desde há 15 dias. Notou também abaulamento cervical anterior. A palpação cervical denotava massa tumoral de consistência firme, limites irregulares e indolor; não havia adenomegalia cervical. À laringoscopia indireta havia a presença de lesão nodular vegetante ao nível da epiglote, em sua face laríngea, com aparente preservação da mucosa, e que parecia emergir do seio piriforme à esquer-

¹Professor Assistente USP. ²Auxiliar de Ensino UNESP. ³Médico Assistente do Hospital das Clínicas USP. ⁴Professor Doutor. ⁵Auxiliar de Ensino USP. ⁶Residente do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas USP. Trabalho apresentado no VI Congresso Regional Sul de Patologia, err, Londrina, 1986. Endereço para correspondência: ⁷Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP — Ribeirão Preto, SP. CEP: 14049.

da, continuando-se pela prega ariepiglótica e vestibular. A lesão obstruía a luz da laringe em 50%, impedindo a visualização da corda vocal esquerda. A biópsia endoscópica da lesão fez o diagnóstico de neoplasia maligna indiferenciada. Foi realizada faringolaringectomia ampliada sendo reconstruído o faringe primariamente. O espécime cirúrgico mostrou extensa massa tumoral sésil-ulcerada envolvendo laringe, traquéia, hemitireóide esquerda, epiglote, seios piriformes e partes moles adjacentes. Histologicamente tratava-se de neoplasia maligna bifásica constituída por áreas de carcinoma epidermóide com extensas áreas de componente fusocelular, extremamente anaplásico, com muitas mitoses atípicas, que se arranjava em feixes que se entrecruzavam (Figuras 1, 2 e 3). Na massa tumoral pe-

ritraqueal havia extensas áreas com aspecto sarcomatóide exclusivo. O diagnóstico foi de carcinoma epidermóide sarcomatóide. A lesão metastática anteriormente referida foi submetida a análise ultra-estrutural, que demonstrou células que se arranjavam lado a lado com freqüentes pontes intercelulares (Figura 4). O estudo imuno-histoquímico revelou célula com reação positiva para ceratina de alto peso molecular (Figura 5). Estes aspectos caracterizaram a origem epitelial da neoplasia, a despeito do aspecto sarcomatoso.

O paciente evoluiu no pós-operatório com varicela e tenossinovite dos extensores da mão direita de provável etiologia viral. Foi submetido a radioterapia (5.000 rads) apresentando estenose actínica da hipofaringe sendo tratado com dilatações. Cerca de 9 meses após

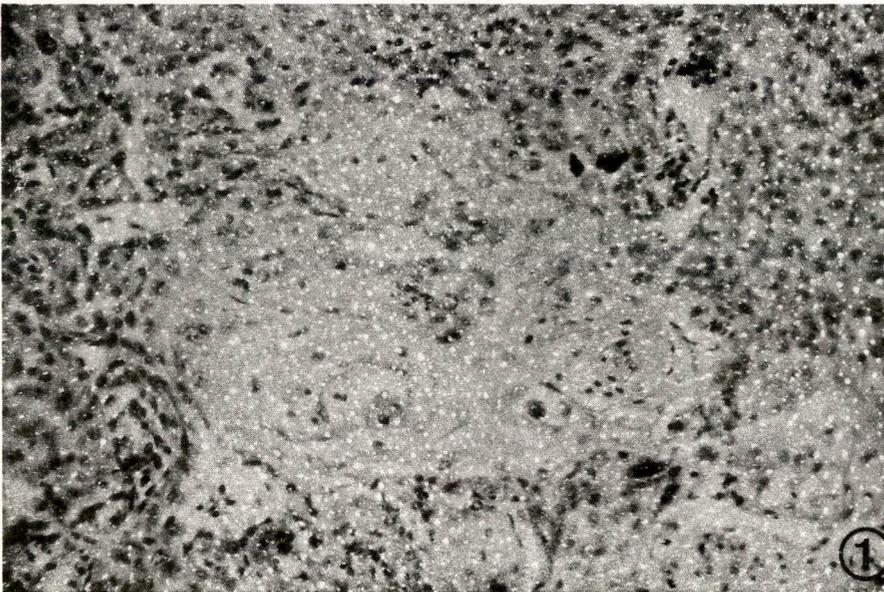


Figura 1 — Laringe — pérola córnea bem definida mostrando a diferenciação epidermóide da neoplasia. Notar que na periferia da figura a neoplasia já assume caráter anaplásico. HE, 160x.

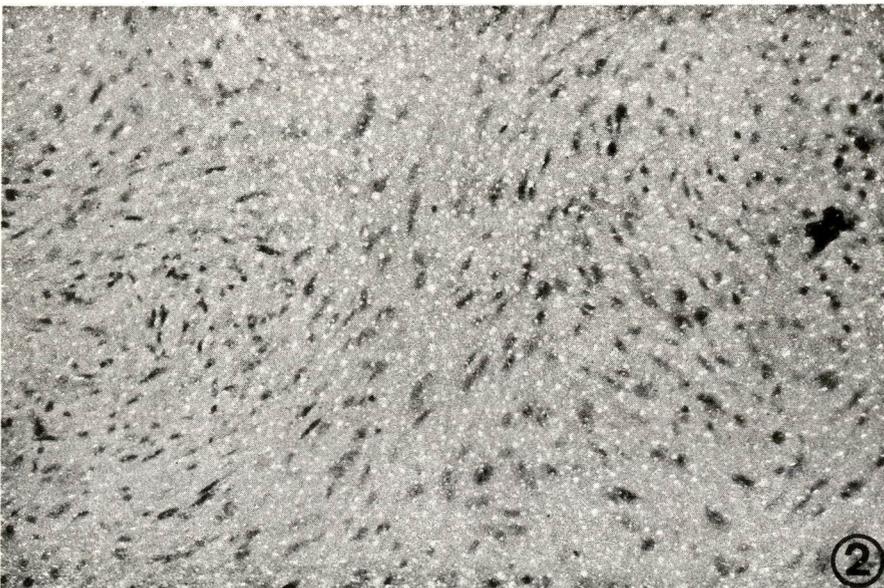


Figura 2 — Massa tumoral metastática demonstrando neoplasia de células fusiformes que se dispõe em feixes, que por vezes se entrecruzam de aspecto francamente sarcomatoso. HE, 160x.

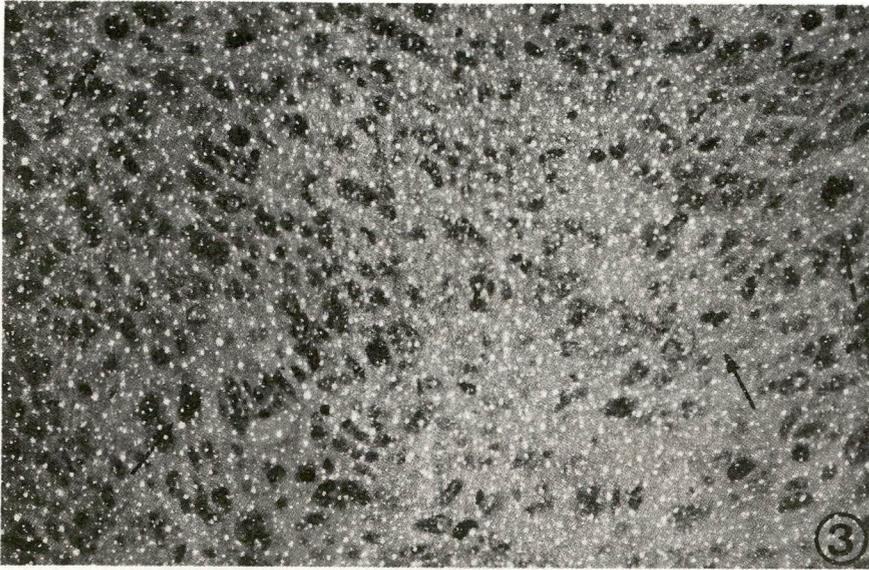


Figura 3 — Massa tumoral com células fusiformes e com múltiplas figuras de mitoses atípicas (setas). HE, 80x.

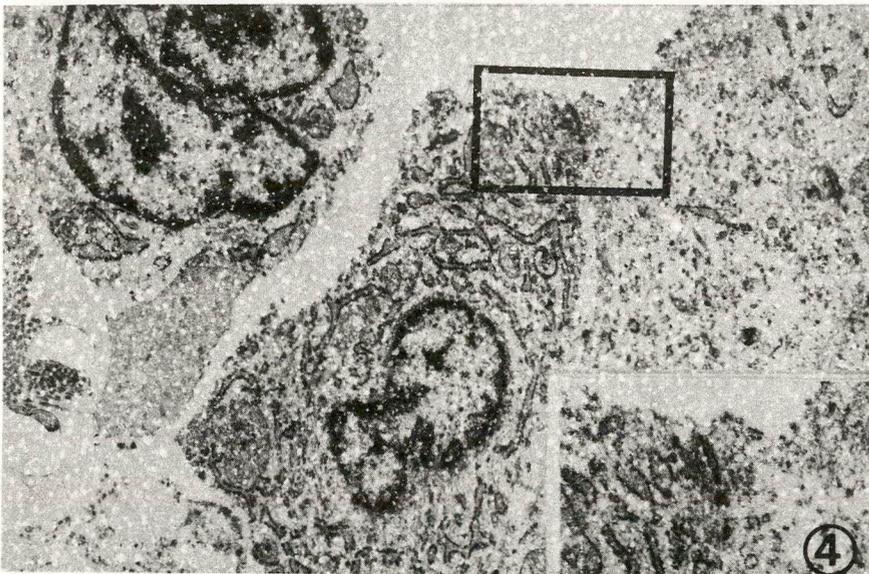


Figura 4 — Massa tumoral metastática, microscopia eletrônica. Células justapostas unidas por desmossomos (observar detalhe), caracterizando a origem epitelial da lesão.

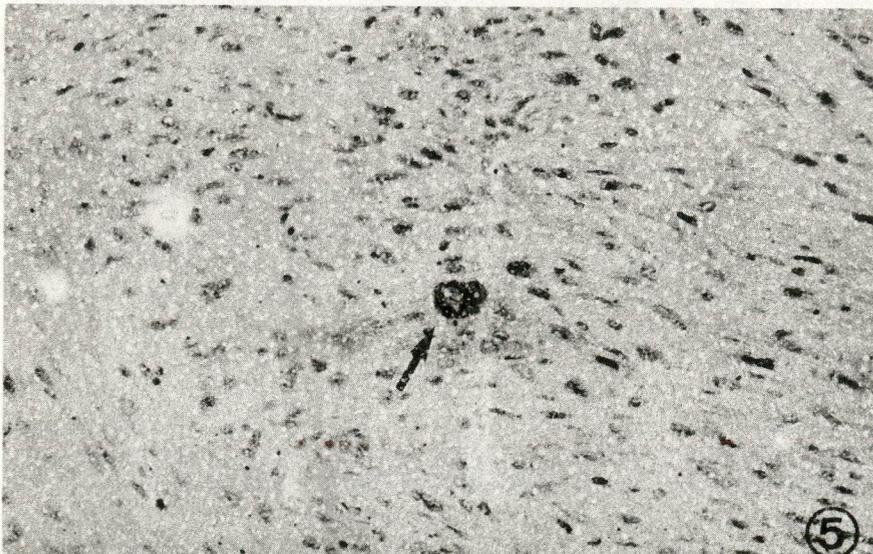


Figura 5 — Massa tumoral metastática, imunoperoxidase anticaratina, alto peso molecular. Notar célula positiva (seta) em meio a células fusiformes de aspecto francamente sarcomatóide. IP-CE, 400x.

a cirurgia desenvolveu disfagia por estenose do esôfago cervical com correção cirúrgica através de rotação de retalho miocutâneo do peitoral maior. Ainda apresentou duas fístulas esôfago-cutâneas na região próxima à traqueostomia, que foram tratadas clinicamente.

O paciente foi seguido ambulatoriamente por cerca de 6 meses permanecendo em bom estado geral, sem recidiva tumoral. Faleceu em seu domicílio cerca de 1 mês após o último retorno (16 meses da primeira cirurgia), sendo o atestado de óbito fornecido atestando morte indeterminada. A autópsia não foi realizada.

Discussão

O carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe é uma neoplasia maligna rara que ainda estimula controvérsias entre os patologistas. A origem do elemento de aparência sarcomatosa, o comportamento biológico do tumor e as suas características clínicas formam a base da discussão.

Há três linhas de raciocínio em relação à histogênese da neoplasia. A primeira delas é que o elemento fusocelular se constitui em reação atípica, benigna, do estroma do local de crescimento da lesão^{13,21}. A defesa desta linha está no achado ultra-estrutural de células do tecido conjuntivo e histiocitárias nas áreas anaplásicas¹³. Esta hipótese tem como defensores mais atuais Spencer et al.¹⁶, mas tornou-se de difícil sustentação frente ao achado de Stanley et al.⁹, e Minckler et al.², que relataram quadro metastático individualizado entre os elementos carcinomatosos e sarcomatosos. No presente caso encontrou-se massa tumoral metastática constituída por células fusiformes, com a fase do carcinoma epidermóide totalmente ausente, mas com expressão ultra-estrutural e imuno-histoquímica própria das neoplasias epiteliais. A presença de metástase do componente sarcomatóide estabelece que tal elemento tem comportamento biologicamente maligno. Acreditamos que o termo pseudosarcoma deva ser abandonado para não ser confundido com lesões verdadeiramente fibroproliferativas benignas, como a fasciite nodular¹.

A segunda hipótese histogenética é de que se trate de um tumor de colisão, ou seja, a presença conjunta de carcinoma e sarcoma a partir de 2 clones distintos, mas adjacentes. Diamandopoulos & Meissner²³ definem carcinossarcoma de forma simples como um câncer contendo uma mistura de elementos carcinomatosos e sarcomatosos. Em nossa opinião o termo deve ser reservado para aqueles casos em que haja comprovada diferenciação sarcomatosa com elementos de tecido ósseo, cartilagem, gordura e/ou músculo, como o caso descrito por Srinivasan & Talvalkar²⁴. No presente caso, a demonstração imuno-histoquímica de ce-

ratina e o achado ultra-estrutural de desmosomos nas células com diferenciação sarcomatóide afastam a idéia de que a neoplasia seja um tumor de colisão^{1,20}.

Finalmente, há a teoria de que o aspecto sarcomatoso é expressão fenotípica do carcinoma epidermóide. Esta é a hipótese mais aceita atualmente^{1,7,8,14,15,17,21,22}. A presença de elementos celulares fusiformes seria secundária a processo de metaplasia sarcomatosa das células epiteliais malignas.

Tal idéia se sustenta em 5 observações acerca destas lesões: (a) áreas transicionais entre os componentes bifásicos; (b) demonstração imuno-histoquímica de ceratina nas células fusiformes; (c) achados ultra-estruturais remanescentes de diferenciação epitelial nas células fusiformes (desmosomos e tonofibrilas); (d) achados concomitantes de epitélio e mesênquima nas células fusiformes; e (e) predominância numérica de carcinomas nas localizações em que os carcinomas sarcomatóides ocorrem.

O presente caso soma evidência a esta última hipótese. O achado de comprometimento neoplásico secundário de tecidos peritraqueais, constituído exclusivamente de elementos fusocelulares, caracterizando o poder metastático destas células, e com evidências imuno-histoquímicas e ultra-estruturais de diferenciação epitelial parece não deixar dúvida de que a lesão é um carcinoma epidermóide sarcomatóide, entidade à parte dentre as neoplasias malignas da laringe.

Summary

The sarcomatoid squamous cell carcinoma of the larynx is a rare tumor that still raises controversies among pathologists. Many names have been used to describe this lesion such as carcinosarcoma, spindle cell carcinoma, sarcomatoid carcinoma, pseudosarcoma, squamous cell carcinoma with sarcoma-like stroma, pleomorphic carcinoma, polypoid carcinoma and metaplastic carcinoma. The characteristic histopathologic finding is the presence of a squamous cell carcinoma in association with a spindle cell pattern. It is here reported the case of a 59-year-old white male who complained of one year disphony, as well as dysphagia and dyspnoea. The indirect examination of the larynx revealed a huge tumor with partial destruction of the glottis which proved to be a well differentiated squamous cell carcinoma with anaplastic spindle cell areas at light microscopy. There was also a peri-tracheal metastatic mass composed exclusively of the spindle cell pattern. Samples of this mass were further analysed by immunoperoxidase and electron microscopy. The latter revealed the presence of groups of juxtaposed cells united by infrequent well defined desmosomes. They also exhibited irregular nuclei and distended RER. The immunoperoxidase staining for high molecular weight

cytokeratin showed positivity for scattered individual cells in the areas of the exclusive spindle cell pattern. The present case brings evidences in favour of mesenchymal metaplasia in the squamous cell carcinoma of the larynx contributing to the discussion on the histogenesis of this neoplasia.

Uniterms: sarcomatoid carcinoma of larynx; larynx, malignant neoplasia

Referências Bibliográficas

- Weidner N — Sarcomatoid carcinoma of the upper aerodigestive tract. Seminars in Diagnostic Pathology, 1987; 4: 157-168.
- Minckler DS, Meligro CH, Norris HT — Carcinosarcoma of the larynx. Case report with metastases of epidermoid and sarcomatous elements. Cancer, 1970; 26: 195-200.
- Narula A, Jeffers A — Squamous cell carcinoma and liposarcoma of the larynx occurring metachronously. J Laryngol Otol, 1985; 49: 509-511.
- Verhest A, Jortay A — Carcinosarcome. Un cas d'epithéliome malpighien du sinus piriforme accompagné d'une réaction pseudosarcomateuse du stroma. Bull Cancer, 1968; 55: 429-438.
- Randall G, Alonso WA, Ogura JH — Spindle cell carcinoma (pseudosarcoma) of the larynx. Arch Otolaryngol, 1975; 101: 63-66.
- Giangaspero F, Baruzzi G, Lemma E, Lorenzini P, Minguetti G, Ferracini R — Carcinomi fusocellulari del laringe. Uno studio clinico-patologico su 5 casi. Pathologica, 1978; 70: 537-545.
- Katholm M, Krogdahl A, Hainau B — Spindle cell carcinoma of the larynx. Acta Otolaryngol (Stockh), 1984; 98: 163-166.
- Alguacil-Garcia A, Alonso A, Pettigrew NM — Sarcomatoid carcinoma (so-called pseudosarcoma) of the larynx simulating malignant giant cell tumor of soft parts. Am J Clin Pathol, 1964; 82: 340-343.
- Stanley CJ, Ujiki GT, Yokoo H — "Pseudocarcinoma" of the larynx. Independent metastasis of carcinomatous and sarcomatous elements. Arch Otolaryng, 1971; 94: 458-465.
- Koudim N, Karam F — Pseudosarcoma associated with squamous-cell carcinoma of the larynx. Leb Med J, 1974; 27: 685-693.
- Friedel W, Chambers RG, Atkins Jr P — Pseudosarcomas of the pharynx and larynx. Arch Otolaryngol, 1976; 102: 286-290.
- Andrews P, Oliver B — Pseudosarcoma of the larynx. Laryngoscope, 1972; 82: 665-672.
- Goellner JR, Devine KD, Weiland LH — Pseudosarcoma of the larynx. Am J Clin Pathol, 1973; 59: 312-326.
- Lambert PF, Ward PH, Berci G — Pseudosarcoma of the larynx. A comprehensive analysis. Arch Otolaryngol, 1980; 106: 700-708.
- Giordano AM, Ewing S, Adams G, Maisel R — Laryngeal pseudosarcoma. Laryngoscope, 1983; 93: 735-740.
- Spencer MG — Pseudosarcoma of the pharynx and larynx. J Laryngol Otol, 1983; 97: 85-91.
- Deshotelis SJ, Sarma D, Fazio F, Rodrigues Jr F — Squamous cell carcinoma with sarcomatoid stroma. J Surg Oncol, 1982; 19: 201-207.
- Someran A, Karacioglu Z, Clairmont AJ — Polypoid spindle-cell carcinoma (pleomorphic carcinoma). Oral Surg, 1976; 42: 474-489.
- Osamura RY, Shimamura K, Hata J — Polypoid carcinoma of the esophagus. A unifying term for "carcinosarcoma" and "pseudosarcoma". Am J Surg Pathol, 1978; 2: 201-208.
- Kuhajda FP, Sun TT, Mendelsohn G — Polypoid squamous carcinoma of the esophagus. A case report with immunostaining for keratin. Am J Surg Pathol, 1983; 7: 495-499.
- Lane N — Pseudosarcoma (polypoid sarcoma-like masses) associated with squamous-cell carcinoma of the mouth, fauces and larynx. Report of ten cases. Cancer, 1957; 10: 19-41.
- Anonsen C, Dobie RA, Hoekena D — Carcinosarcoma of the floor of mouth. J Otolaryngol, 1985; 14: 215-220.
- Diamandopoulos GT, Meissner WA — Neoplasia. In: Kissane JM eds. Anderson's Pathology (ed 8). St. Louis, Mosby, 1985: 514-559.
- Srinivasan U, Talvarkar GV — True carcinosarcoma of the larynx. A case report. J Laryngol Otol, 1979; 93: 1031-1035.

O uso da Buprenorfina Sublingual (TEMGESIC) no Alívio da Dor em Pacientes com Câncer. Um Estudo em 32 Doentes

HAROLDO GODIM JUAÇABA
Instituto do Câncer do Ceará (I.C.C.) — Fortaleza, CE

Resumo

Um estudo no controle da dor em doentes com câncer, através da Buprenorfina sublingual (Temgesic), foi realizado em 32 pacientes.

Foram discutidos os problemas na avaliação e na exata mensuração da dor, tendo sido usadas três escalas para julgar a sua intensidade.

Entre os parafeitos da droga, os mais comuns foram: náuseas em 12,5%, vômitos em 21,8%, tonturas em 6,2% e sonolência em 15,6%. Dos 7 pacientes que apresentaram vômitos, 4 eram portadores de câncer gástrico ou de metástases hepáticas e tinham aquele sintoma antes de iniciar o tratamento com o Temgesic. A sonolência foi mais freqüente em pacientes idosos, acima de 70 anos, os quais conseguiram diminuição daquele sintoma após reduzirem a dose de 20 microgramas de 12/12 horas para 10 microgramas em intervalos de 6/6 horas.

O efeito analgésico foi maior nos idosos; foi excelente nas metástases ósseas, muito bom nos tumores pélvicos e pouco satisfatório nos portadores de câncer gástrico.

A aplicação sublingual, comparada com os analgésicos anteriormente aplicados por via parenteral, mereceu maior aprovação dos doentes.

Unitermos: buprenorfina; dor no câncer

Introdução

A dor tem sido uma companheira freqüente e muitas vezes constante em 60 a 80% dos doentes de câncer⁹ e cerca de 25% desses pacientes morrem sem ter conseguido alívio, mesmo pequeno, de suas dores⁸.

Os progressos na avaliação e no diagnóstico da dor crônica não acompanharam as teorias sobre o fenômeno nem tampouco as modalidades terapêuticas; a filiação da dor a um evento fisiológico-sensorial exclusivo ou ao resultado de um processo psicológico tem, segundo os psiquiatras, evitado valorizar outras relevantes informações. Essa abordagem motivou a proposição de um Sistema de Avaliação Multiaxial da Dor que integraria os achados médicos, psicossociais e comportamentais³². Um novo termo — "Nocicepção" — foi criado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor "para significar" a percepção da dor e a sua graduação para o indivíduo²³.

A busca de novas drogas e de novos métodos para combater a dor tem sido beneficiada pelo melhor conhecimento das rotas neuranatômicas e da função de

modular a atividade dos caminhos ascendentes somáticos. A própria introdução da injeção de opiáceos nos espaços epidural e subaracnóide resultou do conhecimento da existência dos receptores daquele produto, localizados em maior quantidade na substância gelatinosa do corno medular dorsal²⁴. Essa nova técnica tem mostrado ser efetiva^{6,7,18,25,30,34} e tem ganho terreno sobre as operações neuroablativas e sobre as estimulações elétricas transcutâneas dos nervos³¹.

A importância do fenômeno e a variedade de termos aplicados a situações de dor têm motivado a busca de correspondência de significação do seu grau de intensidade entre algumas línguas²⁸; da mesma forma, o reconhecimento da dor e do seu alívio em recém-natos não é fácil e a similaridade básica do fenômeno, em animais, tem servido para uma melhor avaliação de sua intensidade e da aplicação correta da medicação²⁰.

A necessidade do conhecimento apropriado das drogas analgésicas e narcóticas tem sido enfatizada e mesmo regulamentada por Associações Médicas, visando prover um melhor atendimento aos pacientes com dor crônica¹⁵.

Material e métodos

A Buprenorfina é um derivado de tebaína, apresentado sob a forma de um pó branco, levemente ácido e parcialmente solúvel em água. Ela tem uma potência analgésica 30 vezes maior que a morfina e é comercializada sob a forma de comprimidos sublinguais com o nome de *Temgesic*⁵ e em injeções para uso intramuscular ou venoso com o nome de *Buprenex*⁴. O *Temgesic* contém 200 microgramas, tem absorção rápida e seus efeitos são notados a partir de 10 minutos; uma série de publicações tem apresentado a sua ação e paraefeitos^{2,10,11,12,14,27,29}. O *Buprenex* contém 0,324mg/ml e é a única forma de Buprenorfina em uso atualmente nos Estados Unidos; ela está sendo anunciada em Revistas Médicas como um "analgésico de duração maior do que a da morfina e a da meperidina"³.

O efeito analgésico médio da buprenorfina é de 2,8 horas, estendendo-se a 7,2 horas. Os riscos de dependência e os paraefeitos são menores dos que os da morfina⁵. O exato mecanismo da sua ação analgésica parece ser resultante da grande afinidade de conjugação com os opiáceos do sistema nervoso central, a endorfina e a dinorfina, dois dos mais potentes inibidores da nocicepção; a buprenorfina, como opiáceo exógeno, em dose apropriada, produziria a supressão da atividade transmissora nos neurônios do sistema ner-

voso central através de mecanismo semelhante ao dos opiáceos endógenos²³. A ação dos opiáceos exógenos no comportamento dos doentes tem tido interpretação diferente quanto a sua origem: se da ação própria do remédio ou se secundária aos seus efeitos analgésicos²⁷.

A buprenorfina é eliminada pelo fígado e o seu efeito é revertido parcialmente pelo naloxone (Narcan).

Todos os 32 pacientes foram atendidos inicialmente no ambulatório, não tendo havido critério de escolha. A queixa de dor era essencial para a admissão no estudo, assim como a insatisfação com os analgésicos que vinham tomando, uma vez que não era comparativo o protocolo estabelecido. Foram excluídos os portadores de insuficiência hepática, renal, respiratória e cardíaca graves, assim como os caquéticos. O apoio familiar para observar a administração correta do remédio e para anotar os seus efeitos era essencial; houve também a participação ativa de assistente sociais.

Um questionário sobre a medicação analgésica que vinha sendo tomada anteriormente e os seus efeitos era preenchido, tentando-se avaliar também o limiar da dor de cada paciente.

O período de 2 semanas ficou estabelecido como prazo mínimo necessário para a avaliação dos resultados e dos paraefeitos do *Temgesic*. Não houve concomitância de outro tratamento, cirúrgico, químico ou de irradiação: todos os pacientes já tinham feito um ou

Figura 1 — Parte da ficha de anotações

| Escala I | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Antes do Temgesic | <input type="checkbox"/> | { 0 = Nenhuma dor 10 = Dor insuportável |
| Após o Temgesic | <input type="checkbox"/> | |

Escala II — (Dor antes do Temgesic)

01 02 03 04 05 06

1. Ausência da dor
2. Dor presente mas facilmente ignorada
3. Dor que não pode ser ignorada mas não interfere com as atividades normais
4. Dor que interfere com a concentração
5. Dor que interfere com as atividades normais, mas o doente exerce os cuidados básicos (alimentação e higiene)
6. Dor que interfere com todas as atividades

Escala III — (Dor antes do Temgesic)

01 02 03 04

1. Sem dor
2. Alguma dor
3. Dor considerável
4. Dor insuportável

mais daqueles tratamentos e tinham doença avançada.

Foram adotadas 3 escalas de medição da intensidade da dor, do trabalho de Jensen¹⁶. A Figura 1 mostra aquelas escalas e os seus parâmetros.

Foi instituído o regime de 1 comprimido de Temgesic com 20 microgramas, de 12/12 horas, nos dois ou três primeiros dias, aumentando-se para 1 comprimido de 8/8 horas se a analgesia fosse insuficiente; em alguns casos em que a sonolência se manifestava, a dose de 1/2 comprimido de 6/6 ou de 4/4 horas provou ser efetiva especialmente em pacientes idosos.

A medicação era suprida para 7 dias e uma nova avaliação feita; os parafeitos anotados e o regime, modificado ou mantido, de acordo com o resultado da resposta à dor.

Nenhum paciente desistiu da medicação por algum parafeito ou por sua completa ineficácia; alguns tiveram sua doença em progresso rápido e não completaram os 14 dias necessários para avaliação e por essa razão não foram incluídos no estudo.

O sexo, a faixa etária e a relação das patologias com os respectivos parafeitos estão listados nos Quadros I e II. A graduação da dor nas diversas patologias e o resultado analgésico com o Temgesic são apresentados no Quadro III.

Resultados e comentários

Uma das preocupações com o trabalho foi a assertiva em artigo sobre os "Princípios e Práticas das Dro-

gas Analgésicas no Tratamento da Dor no Câncer" de que a Buprenorfina poderia provocar depressão respiratória e que o naloxone tinha somente uma ação reversiva parcial sobre a droga¹⁴; entretanto, um estudo prospectivo sobre a Buprenorfina sublingual (Temgesic) em pacientes idosos não referiu aquela complicação e os efeitos colaterais mais comuns foram: náuseas (15,7%), vômitos (9,8%) e tonturas (5,9%)²². Em outro trabalho empregando a forma parenteral (Buprenex) não houve nenhum caso de depressão respiratória³³, como também em todos os trabalhos citados anteriormente. O naloxone tem demonstrado uma ação paradoxal: quando aplicado conjuntamente com narcóticos, em dose apropriada, não diminui a sua ação analgésica e tem tornado menor o risco de dependência. Esse

Quadro I — Distribuição dos casos segundo faixas etárias

| Idade (em anos) | Nº de casos |
|-----------------|-------------|
| 20-29 | 2 |
| 30-39 | 2 |
| 40-49 | 8 |
| 50-59 | 1 |
| 60-69 | 12 |
| 70-79 | 5 |
| 80 + | 2 |
| Total | 32 |

Quadro II — Patologia e parafeitos

| Diagnóstico/localização | Total de casos | Parafeitos | | | |
|---|----------------|---------------------|----------|----------|------------|
| | | Náuseas sem vômitos | Vômitos | Tonturas | Sonolência |
| Mama com metástase óssea | 7 | 1 | — | — | 2 |
| Mama com metástase hepática | 1 | — | — | — | — |
| Mama com recidiva no plastrão | 1 | — | — | — | — |
| Colo uterino | 3 | — | — | 1 | 1 |
| Endométrio | 1 | — | — | — | — |
| Ovário | 1 | — | — | — | 1 |
| Estômago | 4 | 2 | 3 | — | 1 |
| Cólon com metástase hepática e peritoneal | 2 | — | 2 | — | — |
| Esôfago | 1 | — | — | — | — |
| Próstata | 5 | 1 | 1 | 1 | — |
| Pulmão | 1 | — | — | — | — |
| Pele-Carcinoma espinocelular da face | 1 | — | — | — | — |
| Melanoma cutâneo maligno | 1 | — | — | — | — |
| Nasofaringe | 1 | — | — | — | — |
| Fibrossarcoma | 1 | — | — | — | — |
| Neurofibrossarcoma | 1 | — | 1 | — | — |
| Total | 32 | 4(12,5%) | 7(21,8%) | 2(6,2%) | 5(15,6%) |

Quadro III — Intensidade da dor e resposta ao Temgesic dos 32 casos observados segundo as escalas I e II

| Diagnóstico/Localização | Escala II — (Dor) | | | | | Escala I — (Efeitos) | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|-----|-------|-------|----------------------|---|---|---------|------|-------|-------|-----|-----------|---|----|
| | Gradação | | | | | Mau | | | Regular | | | Bom | | Excelente | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Mama com metástase óssea | — | — | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 2 | 2 |
| Mama com metástase hepática | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Mama com recidiva no plastrão | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Colo uterino | — | — | 1 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 2 | 1 | — | — |
| Endométrio | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Ovário | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — |
| Estômago | — | — | — | 2 | 2 | — | — | — | 2 | — | 1 | 1 | — | — | — | — |
| Cólon com metástase hepática e peritoneal | — | — | 1 | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | — | — |
| Esôfago | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Próstata | — | — | — | 1 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — | — |
| Pulmão | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — |
| Pele-Carcinoma espinocelular da face | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Melanoma cutâneo maligno | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Nasofaringe | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Fibrossarcoma | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Neurofibrossarcoma | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Total de casos | | | 8 | 7 | 17 | | | | 3 | 1 | 4 | 7 | 14 | 3 | | |
| | | | 25% | 21,2% | 53,1% | | | | 9,3% | 3,1% | 12,5% | 21,8% | 44% | 9,3% | | |

fantasma da dependência tem sido um dos maiores responsáveis pelo "subtratamento" da dor¹⁹ e esse receio de transformar em adictos, doentes em tratamento de dor no câncer, tem sido contestado²⁶.

Os estudos sobre processos terapêuticos são sempre vulneráveis, caso sejam consideradas como parâmetro a sua eficácia e "as duas principais ameaças à sua validade são a incerteza e a parcialidade"²¹. Quando as observações colhidas se apóiam em dados subjetivos, como no presente caso, o ajustamento das informações às variáveis de importância não é fácil¹³.

Neste estudo a tolerância ao Temgesic foi boa; nenhum doente recusou tomar a medicação e nos idosos o seu efeito pareceu melhor: a fragmentação da dose com menor espaço de sua aplicação não prejudicou a analgesia. Essa melhor ação nos pacientes idosos tem sido observada com outros narcóticos^{1,17}. Entre os paracefais, as náuseas e vômitos foram mais freqüentes nos doentes de câncer gástrico e nos portadores de metástases hepáticas ou peritoneais: dos 7 doentes que apresentaram vômitos somente 2 não eram portadores daqueles tumores e 80% deles tinham vômitos antes de iniciarem o Temgesic.

Os resultados sobre a dor foram muito bons, principalmente nos portadores de lesões ósseas metastáticas e de tumores pélvicos. A sonolência que foi referida por 5 pacientes, em interrogatório mais detalhado, mostrou ter sido confundida em alguns casos com "mais horas de sono" fato já avaliado em trabalho com-

parativo com a Pentazocina (Talwin); esse produto revelou ser menos atuante quanto ao sono normal do que a Buprenorfina¹¹.

Summary

In order to evaluate control of cancer pain under sublingual Buprenorphine (Temgesic), 32 patients were evaluated.

The difficulties in measurement of clinical pain intensity are discussed. Three scales were used in the criteria for judging pain intensity.

The most common side effects were: nausea in 12.5%, vomiting in 21.8%, dizziness in 6.2%, and drowsiness in 15.6%. Of the 7 patients with vomits only 3 did not have the symptom before starting on Temgesic. There was no case of respiratory depression. Drowsiness, more common in patients over 70 years, benefited from smaller doses (10 micrograms) at 6 hour intervals instead of full doses of 20 micrograms at 12 hour intervals.

The analgesic effect was enhanced by aging; it was excellent in metastatic bone disease, very good in pelvic tumors and less than satisfactory in gastric cancer.

The sublingual route was appreciated by all patients, compared with previous parenteral use of analgesic drugs.

Uniterms: buprenorphine; cancer pain

Referências Bibliográficas

1. Bellville JW, Forrest Jr WA, Miller E, Brown Jr B — Influence of age on pain relief from analgesics. JAMA, 1971; 217: 1835-41.
2. Bond MR — Dor-Natureza, análise e tratamento. 2ed. Rio de Janeiro, Colina, 1986; p. 181.
3. Buprenex. Longer Acting Analgesia than Morphine or Meperidine (advertise). Arch Surg, 1986; 121: 225-7.
4. Buprenex. In: Physicians Desk Reference Book. New Jersey. Medical Economics Co Inc Cradell, 1987; p. 1408-10.
5. Buprenorphine (Temgesic) In: British National Formulary. London British Medical Association and Pharmaceutical Society of Great Britain, 1984; p. 165.
6. Coombs DW, Saunders RL, Gaylor MJ — Relief of continuous chronic pain by intraspinal narcotic infusion via an implantable reservoir. JAMA, 1983; 250: 223-6.
7. Cousins MJ, Mather LE — Intrathecal and epidural administrations of opioids. Anesthesiology, 1984; 61: 276-310.
8. Coyle N — A model of continuity of care for cancer patients with chronic pain. Med Clin North Am, 1987; 71: 259-90.
9. Daudt RC, Cleeland CS — The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer, 1982; 50: 1913-19.
10. DeConno F, Ripamonti C, Tamburini M, Ventafridda V — Buprenorfina nel dolore da cancro: confronto incrociato con la pentazocina. Minerva Med, 1987; 78: 1177-81.
11. Dini D, Fassio T, Gottlieb A, Gini M — Studio controllato sull'effetto analgesico e sulla tollerabilità della buprenorfina, in pazienti da neoplasia. Minerva Med, 1986; 77: 93-104.
12. Downing JW, Leary WP, White SE — Buprenorphine: a new potent long acting synthetic analgesic. Comparison with morphine. Br J Anaesth, 1977; 49: 251-9.
13. Fletcher RH, Fletcher SW — Clinical research in General Medical Journals. N Engl J Med, 1979; 301: 180-3.
14. Foley KM, Inturrisi CE — Analgesic drug therapy in cancer pain. Principles and Practice. Med Clin North Am, 1987; 71: 207-32.
15. Health and Public Policy Committee. American College of Physicians. Drug therapy for severe chronic pain in terminal illness. Ann Intern Med, 1983; 99:870-3.
16. Jensen MP, Karoly P, Braver S — The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain, 1986; 27: 117-26.
17. Kaiko RF, Wallenstein SL, Rogers AG, Grabinski PY, Houde RW — Narcotic in the elderly. Med Clin North Am, 1982; 66: 1079-89.
18. Leavens ME, Hill CS, Cech DA, Weyland JB, Weston JS — Intrathecal and intraventricular morphine for pain in cancer patients: initial study. J Neurosurg, 1982; 56: 241-5.
19. Marks RM, Sacher EJ — Undertreatment of medical in patients with narcotic analgesics. Ann Intern Med, 1973; 78: 173-81.
20. Morton DB — Assessment of pain. Vet Rec, 1986; 119: 435.
21. Moses LE — The series of consecutive cases as a device for assessing outcomes of intervention. (Statistic in practice.) N Engl J Med, 1984; 311 (11): 705-10.
22. Nassar MA, McLeavy MA, Knox J — An open study of sublingual buprenorphine in the treatment of chronic pain in the elderly. Curr Med Res Opin, 1986; 10: 251-5.
23. Payne R — Anatomy, physiology and neuropharmacology of cancer pain. Med Clin North Am, 1987; 71: 153-67.
24. Payne R — Role of epidural and intrathecal narcotics and peptides in the management of cancer pain. Med Clin North Am, 1987; 71: 313-27.
25. Penn RD, Paige TA, Gottschalk W, Ivanizovich AD — Cancer pain relief using chronic morphine infusion. J Neurosurg, 1984; 61: 302-6.
26. Porter J, Jyck H — Addiction rare in patients with narcotics. N Engl J Med, 1980; 302: 123.
27. Price DD, Gruen AV, Miller J — Psychophysical analysis of morphine analgesia. Pain, 1985; 22: 261-9.
28. Radvila A, Adler RH, Galeazzi RL, Vorkauf H — The development of a german language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing pain. Pain, 1987; 28: 185-95.
29. Robie DS — A trial of sublingual buprenorphine in cancer pain. Br J Clin Pharmacol, 1979; 7: 3158-75.
30. Spiegel P, Gonçalves BMV, Rocha BA — Tratamento da dor com morfina por catéter peridural tunelizado. Experiência clínica. Rev Bras Anest, 1986; 36 (4): 312-21.
31. Sundaresan N, DiGiacinto GV — Antitumor and antinoceptives approaches to control cancer pain. Med Clin North Am, 1987; 71: 329-48.
32. Turk DC, Rudy TE — Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. Behav Res Ther, 1987; 25: 234-49.
33. Vanacker B, Vandermeersch E, Tomassen J — Comparison of intramuscular buprenorphine and a buprenorphine naloxane combination in the treatment of postoperative pain. Curr Med Res Opin, 1986; 10: 139-44.
34. Zenz M, Schappler-Scheele B, Neuhaus R, Piepenbrock S, Hilfrich D — Long term epidural morphine analgesia in cancer pain. Lancet, 1981; 1: 91.

Corrigenda

No trabalho "Forma Rbdomiomatosa do Tumor de Wilms. Relato de um Caso com Envolvimento Bilateral", de Bittencourt e cols., da Revista Brasileira de Cancerologia, Vol. 34 n.1 às páginas 16, onde se lê "Analisando 15 casos de longa evolução" leia-se "Analisando 15 casos da literatura e cinco seus, Wigger verificou que esta variante apresenta-se sob forma de tumores volumosos de longa evolução"...

A Editoria

Epidermoid Cyst of Testis — A Case Report

ANTONIO LUIZ CORREIA SEIXAS^{1,3}, MARCOS VENÍCIO ALVES LIMA²
Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro, RJ

Summary

Epidermoid cyst is a benign lesion and accounts for approximately 1 per cent of all testicular tumors¹.

It cannot be differentiated from the other testicular tumors on clinical bases. We report a case of epidermoid cyst of the testis and make a brief review of world literature.

Uniterms: epidermoid cyst; testicular tumors

Introduction

Epidermoid cyst of the testis represents about 1 per cent of all testicular tumors¹. Dockerty and Priestley were the first to report a case in 1942². Then, approximately 150 cases of epidermoid cyst of testis have been reported until January 1987³.

Since these tumors cannot be differentiated from other common testicular malignancies on clinical bases only, they are discovered after an orchiectomy has been performed. As a matter of fact only 15 per cent of epidermoid cysts are identified before the procedure⁴. We believe that orchiectomy could be avoided in these cases.

This is a case report; clinical, ultrasonographic, surgical and pathological data are shown.

Case report

A twenty-one-year-old white male patient was evaluated for back pain in December 1986. During physical examination a 2.0cm, hard mass was discovered in the lower pole of the right testicle. The left testicle was normal. The patient had not complained of other symptoms and denied any history of trauma or infection. Ultrasonogram of the testis revealed a cystic structure in the lower pole of right testicle (Figure 1). At that time the patient did not accept the surgical treatment suggested and decided not to carry on any treatment. He came back only in February 1988. There was not any alteration in clinical history or physical examination. A new ultrasonogram of the testis (Figure 2) demonstrated the same results. Chest roentgenograms were normal and so were serum alphafetoprotein and beta-HCG.

Surgical exploration was performed by right inguinal approach. Frozen section was made and the lesion

was interpreted as an epidermoid cyst. Thus conservative treatment was undertaken.

Pathologic findings

Pathologic study revealed a 2.5 x 2.0 x 1.5 diameter cystic structure. It was round and well encapsulated with a thin wall containing white material and its wall composed of mature squamous epithelium. Frozen section revealed an epidermoid cyst and permanent sections revealed the same (Figure 3).

Discussion

Since it has been stated that any testicular mass is malignant until proved otherwise, almost all epidermoid



Figure 1 — Longitudinal sonogram demonstrating right testicular cyst.

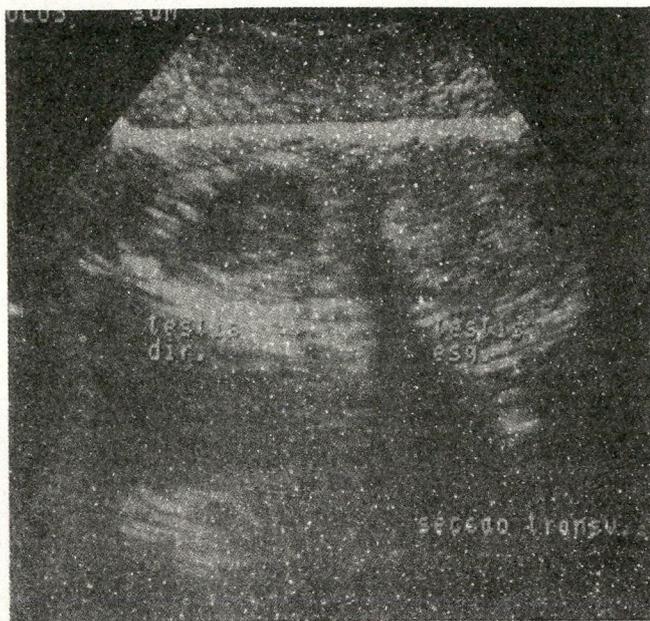


Figure 2 — Transverse sonogram reveals a right testicular cyst that is being easily demonstrated.

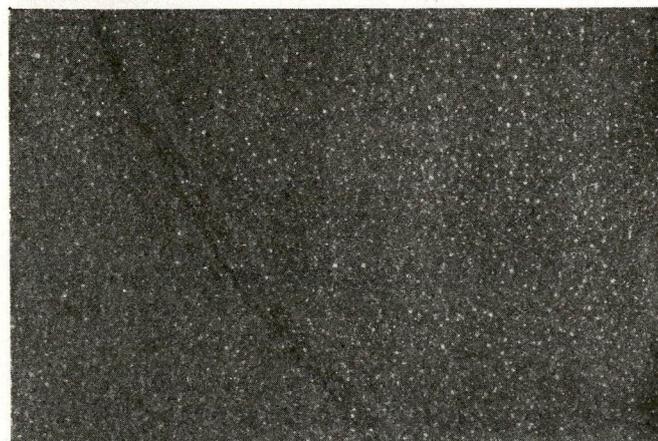
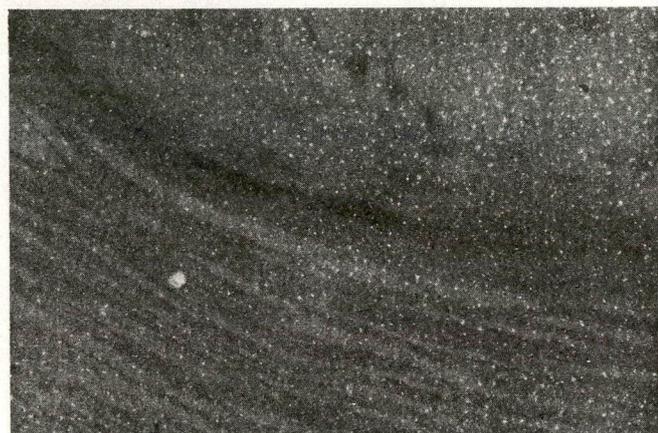


Figure 3 — Microscopic appearance of testicular nodule (hematoxylin and eosin) A) Original magnification X40 B) Original magnification X100

cysts were diagnosed *after* radical orchiectomy.

As 86 per cent of all cases occur between the second and fourth decades¹, we believe that a nonmutilating procedure should be performed on these young adults

whenever frozen sections reveal it as a benign lesion beyond doubt. Moreover, since it is a nonmetastasizing neoplasm unless associated with other malignant testicular tumors as stated by others^{1,2}, we find no reason to proceed with radical surgery.

With more accurate ultrasound technics to assess testicular masses an epidermoid cyst can be suspected in many cases. Then an inguinal approach should be performed, the cyst enucleated, and frozen section carried on along with adjacent testicular parenchyma. If a benign testicular cyst is demonstrated, the testicle may be salvaged. On the other hand, if the pathologist is in doubt whether it is a benign lesion, a radical orchiectomy is to be performed.

Resumo

O cisto epidermóide é uma lesão benigna responsável por aproximadamente 1 por cento de todos os tumores testiculares. Ele não pode ser diferenciado de outros tumores testiculares com base unicamente em aspectos clínicos. Apresentamos um caso de cisto epidermóide e fazemos uma breve revisão da literatura mundial sobre o assunto.

Unitermos: *cisto epidermóide; tumores testiculares*

Bibliographic References

1. Shah KH, Macted WC, Chun B — Epidermoid cyst of testis. A Report of Three Cases and an Analysis of 141 cases from the World Literature. *Cancer*, 1981; 47: 577.
2. Schliecker BA, Siegel A, Wein AJ — Epidermal cyst of testis: Surgical approach for testicular preservation. *J Urol*, 1985; 133: 610.
3. Johnson JW, Hodge EE, Rodwin HM — Epidermoid cyst of testis: A case for orchiectomy. *Urology*, 1987; 29: 23.
4. Berger Y, Hajdu SJ, Herr HW — Epidermoid cyst of the testis: Role of conservative surgery. *Ibid*, 1985; 134:962.
5. Nichols J, Kondzoni S, Rochlani S — Epidermoid cyst of testis: A report of three cases. *J Urol*, 1985; 133: 286.
6. Dahl OS — Intra-testicular epidermoid cyst. A rare benign tumor. *J Urol*, 1975; 5: 696.

Herpetic Esophagitis Mimicking Carcinoma *In Situ*

LUIZ CESAR PERES^{1,5}, JOSÉ BARBIERI NETO², MARCOS ANTONIO ROSSI³,
ANTONIO ROBERTO MORIEL⁴, CARLOS EDUARDO BACCHI¹
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — Ribeirão Preto, SP
Faculdade de Medicina de Botucatu — Botucatu, SP

Summary

Herpes Simplex virus (HSV) type I is a common infectious agent of nongenital areas and has been diagnosed most frequently in esophagitis even in otherwise healthy subjects. Although some mild cellular alterations are commonly seen in this disease they can hardly be so intense as to simulate a carcinoma in situ of squamous epithelium. We report such a case and call attention to the possibility of an overdiagnosis of cancer. Some observations in literature relating HSV infection to cancer are also made.

Uniterms: *herpetic esophagitis; carcinoma in situ; esophagus*

Case report

A 65-year-old white man suffering from chronic obstructive pulmonary disease was admitted to the University Hospital because of a right femoral fracture. During hospitalization he presented frequent episodes of dyspnea and developed bilateral bronchopneumonia. Clinical evolution was bad with respiratory complications and death.

The autopsy revealed extensive bilateral bronchopneumonia associated with multiple pulmonary infarctions, irregular emphysema and bronchiectasis. There was also a decompensated chronic *cor pulmonale*, centrilobular hemorrhagic necrosis of the liver and deep right leg vein thrombosis. The middle and lower thirds of the esophagus showed multiple superficial longitudinal ulcerations with a granular yellow necrotic material covering their bases. Histologically, the ulcerations showed sloughing of the squamous epithelium, necrotic material and massive acute inflammatory infiltrate (Figures 1-3). The borders of one of the lesions exhibited well oriented and stratified cells which presented many nuclear alterations: nuclear irregularities, multinucleation and nuclear molding as well as eosinophilic intranuclear bodies (Cowdry type A). With a PAP staining for HSV-I and II¹³ many of the cells stained positively (Figure 4). In the center of this lesion and with a gradu-

al transition with the borders there were more marked cytologic and structural atypias characterized by hyperchromasia, irregularities of the nuclear contour, alteration of the nucleus/cytoplasmic *ratio* in favor to the first and voluminous bizarre *nuclei*. There was also loss of cell polarity and superficial maturation involving the full thickness of the epithelium, thus resembling a severe dysplasia/carcinoma *in situ* (Figure 3).

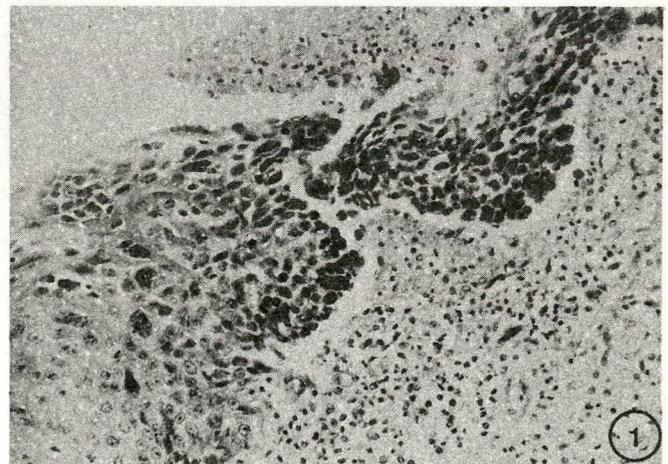


Figure 1 — Photomicrograph showing an acute ulcerated esophagitis (HE, x 600).

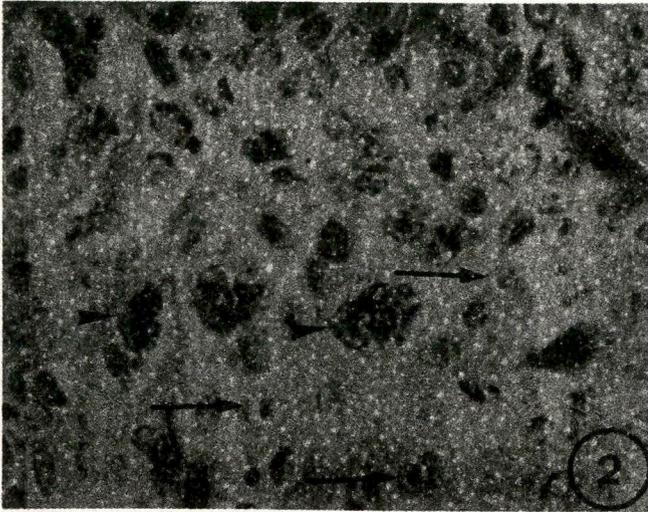


Figure 2 — Border of the lesion seen in Figure 1. There are cytologic alterations consistent with herpesvirus infection: multinucleation with a nuclear molding (arrowhead), large eosinophilic inclusions (long arrows) and mild cellular atypias (HE, x 1200).

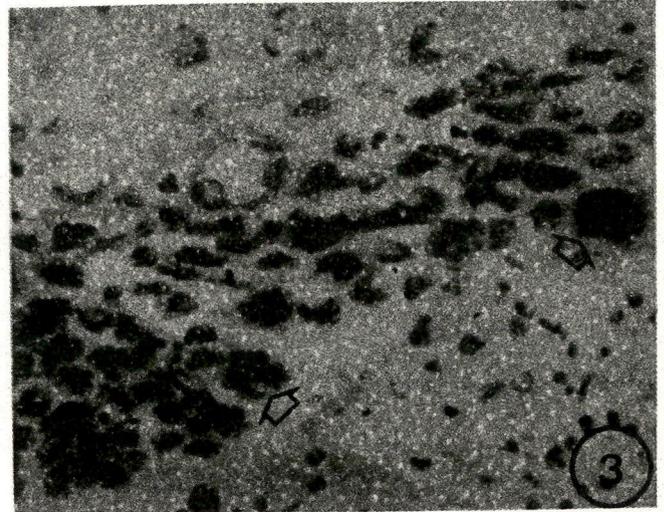


Figure 3 — Center of the lesion seen in Figure 1 showing both loss of superficial maturation and cell orientation. The cells are irregular and exhibit hyperchromatic and sometimes bizarre nuclei (open arrows), resembling a carcinoma *in situ* (HE, x 1200).

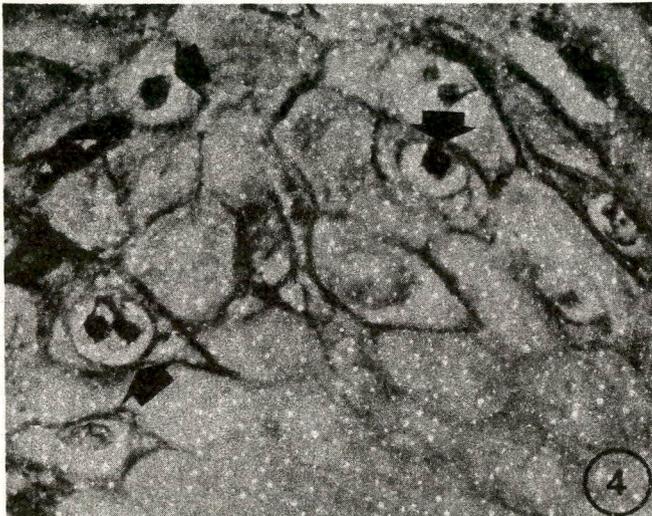


Figure 4 — PAP staining for HSV I and II (Dako Corporation). Note positively stained intranuclear inclusion bodies (arrows) that could be seen in the border of the ulceration seen in Figure 1 (x 1300).

Discussion

The main interest of the present case is to report the presence of cytologic and structural alterations in a proved herpesvirus infection that could be interpreted as a carcinoma *in situ*. This is important to be known by the pathologist as it may induce the less experienced to overdiagnose a neoplastic lesion. This could particularly happen in the observation of small endoscopic biopsies.

The usual herpesvirus lesion is characterized by nuclear alterations such as multinucleation with nuclear

molding, hyperchromasia and the presence of eosinophilic intranuclear inclusions (Cowdry type A). It evolves to blister formation with subsequent ulceration. Generally there is no structural alterations of the epithelium. Even in the bottom of these lesions there are usually characteristic infected cells making the diagnosis of herpesvirus infection easy. As a matter of fact, mild atypias are not absent in such lesions but severe cytologic and structural alterations represented by loss of polarity and of superficial maturation is infrequent. Eventually an overdiagnosis of severe dysplasia/carcinoma *in situ* could be stated if the characteristic herpesvirus infection changes were not so clearly represented in this case.

Much has been said about the association of herpesvirus type II (HSV-II), a common genital infectious agent, to cervical squamous cell carcinoma. Although there are many serological^{2,3,13} assays supporting this observation, true evidence of the oncogenic potential of this virus is not proved. Experimentally, HSV-II can induce transformation of cells of both human and animal origin⁵, although oncogenic transformation has been seen only in cultures of hamster cells⁸. Studies *in vivo* with nonhuman primates have shown that herpetic infection is associated with the production of mild to moderate dysplasia of the cervical epithelium¹⁴.

Herpes simplex virus type I (HSV-I) is responsible for the lesions present in nongenital areas. Unlike HSV-II, the oncogenic potential of HSV-I has not been investigated. There are only a few reports in the literature, usually as observations of single cases, reporting the occurrence of squamous cell carcinoma at the site of previous herpetic infection^{6,11}.

HSV-I esophagitis is being more and more recognized. It was usually seen as an incidental finding in autopsy, generally observed in immunodepressed subjects^{1,4,10,12}. Presently it has now been diagnosed in otherwise healthy subjects^{7,9}. This is probably due to a better understanding of this disease and to the routine use of fiberoptic instruments in symptomatic subjects followed by histologic and cytologic studies. So it is important to call attention to the fact that occasionally a HSV-I lesion may present changes resembling severe dysplasia/carcinoma *in situ*. If such alterations represent real transformed cells able to progress to a frank invasive carcinoma it is a question to be solved in the light of new evidences.

Resumo

O vírus do herpes simplex (HSV) tipo I é um agente infeccioso comum de áreas não-genitais e tem sido diagnosticado mais freqüentemente em esofagites em pacientes pelo demais saudáveis. Embora discretas alterações celulares sejam freqüentemente observadas, nesta doença raramente são tão intensas a ponto de simular carcinoma in situ do epitélio escamoso. Relatamos um destes casos e chamamos a atenção para a possibilidade de um diagnóstico errado de câncer. Algumas observações da literatura relacionando o HSV com câncer são também discutidas.

Unitermos: *esofagite herpética; carcinoma in situ; esôfago*

Bibliographic References

1. Caron GA — Carcinoma at the site of herpes simplex infection (letter). J Am Med Assoc, 1980; 243: 2396.
2. Depew WT, Prentice RSA, Beck JT, Blakeman JM, Da Costa LR — Herpes simplex ulcerative esophagitis in a healthy subjects. Am J Gastroenterol, 1977; 68: 381-385.
3. Deshmuck M, Shah R, McCallum R — Experience with herpes esophagitis in otherwise healthy patients. Am J Gastroenterol, 1984; 76: 173-176.
4. Gecht ML — Carcinoma at the site of herpes simplex infection (letter). J Am Med Assoc, 1980; 244: 1675.
5. Kessler II, Kulcar Z, Zimolo A, Grgwevic M, Strand M, Goodwin BJ — Cervical cancer in Yugoslavia II. Epidemiologic factors of possible etiology significance. J Nat Cancer Inst, 1974; 53: 51-60.
6. Kimura S, Flannery VL, Levy B — Oncogenic transformation of primary hamster cells by herpes simplex virus type 2 (HSV-2) and HSV-2 temperature sensitive mutant. Int J Cancer, 1975; 15: 786-798.
7. Lightdale CJ, Wolf DJ, Marucci RA, Salyer WR — Herpetic esophagitis in patients with cancer: ante-mortem diagnosis by brush cytology. Cancer, 1977; 39: 223-231.
8. Nahmias AJ, Naib ZM, Josey WE — Epidemiological studies relating herpetic infection to cervical carcinoma. Cancer Res, 1974; 34: 1111-1117.
9. Nash G, Ross JS — Herpetic esophagitis: A common cause of esophageal ulceration. Hum Pathol, 1974; 56: 459-465.
10. Palmer AE, London WT, Nahmias AJ, Naib ZM, Tunca J, Fuccillo DA, Ellenberg JH, Sever JL — A preliminary report on investigation of oncogenic potential of herpes virus type 2 in Cebus Monkeys. Cancer Res, 1976; 36: 807-809.
11. Rapp F, Reed C — Experimental evidence for the oncogenic potential of HSV. Cancer Res, 1976; 36: 800-806.
12. Rosen P, Hajdu S — Visceral herpes virus infection in patients with cancer. Am J Clin Pathol, 1975; 56: 459-465.
13. Sternberger LA, Hardy PHJR, Cuculis JJ, Meyer HG — The unlabelled antibody enzyme method of immuno histochemistry. J Histochem Cytochem, 1970; 18: 315-333.
14. Wilbanks JJ — The role of herpes virus in cancer of the cervix. Obstet Gynecol Annu, 1976; 5: 315-319.

RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA

2ª Parte

**Florianópolis, Santa Catarina
Novembro — 1987**

RESUMO 1

CÂNCER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Romero Bezerra Barbosa

Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/Ministério da Saúde

O Câncer no Brasil representa um problema de Saúde pública.

Esta modificação nos indicadores de morbi-mortalidade brasileiros nas últimas décadas é decorrente, entre outros fatores, das transformações ocorridas na estrutura econômico-social caracterizadas pela acentuada urbanização atingindo índices de mais de 70%, pelo aumento da expectativa de vida e pelo processo desordenado de industrialização.

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas incorporando novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento não foram suficientes para modificarem os coeficientes de mortalidade por câncer no Brasil nos últimos 40 anos.

O câncer, que em 1940 significou 2,7% da mortalidade geral, em 1980 significou cerca de 12%.

Na faixa etária de 20 a 49 anos o câncer, em 1984, representou a 2.^a causa de mortalidade, significando que esta patologia atinge uma faixa da população brasileira relativamente jovem e em plena capacidade laborativa, intelectual e reprodutiva.

Essa patologia dentro de uma distribuição geográfica ocupa a 3.^a causa de mortalidade nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e a 2.^a causa nas regiões Sudeste e Sul.

No quinquênio 1985 — 1990 estima-se que ocorrerão cerca de 70.000 óbitos.

Em 1985 o INAMPS despendeu em internações apenas na sua rede contratada cerca de 141 milhões de cruzados. BIBLIOGRAFIA: 1) Ministério da Saúde. *Estatísticas de Mortalidade* — Brasil, 1978 a 1982. 2) *Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930 a 1980*. RADIS DADOS 7:1-8, agosto, 1984. 3) Ministério da Saúde. *Controle das Doenças Não-Transmissíveis no Brasil*, 1986. 4) *Controle das Doenças Crônico-Degenerativas na Rede de Serviços de Saúde* — Doc. mimeografado Abril/87-DNDCCD/SNPES. 5) *Cadernos de Doenças Crônico-Degenerativas-DNDCCD/SNPES*.

RESUMO 2

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO E MAMA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Mariette J.C.M. e Van de Sande Silveira

Secretaria da Saúde — DSP — SC

O câncer, de acordo com as estatísticas mundiais e nacionais, tem assumido progressivamente uma situação de destaque nas causas de mortalidade, sendo responsável no Brasil, em 1983, por 9,5% dos óbitos.

As características clínicas e técnicas disponíveis permitem o desenvolvimento de ações de Saúde pública no sentido da prevenção e diagnóstico precoce para alguns tipos de tumores, como os de colo uterino e mama. Estes dois tipos de neoplasia foram responsáveis, em 1983, por 17,67% dos óbitos por câncer na população feminina em Santa Catarina. O programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer foi implantado no Estado em 1975, realizando atualmente, através de 208 postos de coleta, cerca de 100.000 exames colpocitológicos anuais, além de atividades de diagnóstico precoce do câncer de mama. Os estudos realizados mostram que, nas regiões de maior cobertura, ocorre sensível diminuição das displasias e neoplasias na população sob controle. Como a cobertura do Estado no todo ainda é baixa (15%), não existe ainda uma efetiva diminuição na mortalidade por câncer de colo uterino. Consideramos, entretanto, que, sem o diagnóstico precoce de displasias e neoplasias em cerca de 350 mulheres, como atualmente oferece o programa, a mortalidade seria ainda maior. Concluímos que necessário se faz conjugar esforços no sentido de aumentar a cobertura dos exames colpocitológicos na população de risco, para alcançar o impacto epidemiológico desejado, além de intensificar a difusão das medidas de diagnóstico precoce do câncer de mama, através do auto-exame e triagem por pessoal auxiliar treinado na palpação.

RESUMO 3

CÂNCER UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA

Mônica Malaman Moreno

Relato de experiência com grupo de mulheres de periferia assistidas no Centro de Saúde III de Americanópolis — SP

Vimos a importância fundamental do profissional de enfermagem com experiência na área Oncológica na prevenção de câncer ginecológico.

Nos grupos formados abordamos:

- Conhecimento do corpo humano
 - Fisiologia
 - Anatomia
- Métodos Contraceptivos
- Teste Papanicolau
- Auto-exame das mamas
- AIDS

O desconhecimento da mulher sobre o próprio corpo é algo questionável e mostramos possíveis soluções.

RESUMO 4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA RELATO DE EXPERIÊNCIA

Euza Tieme Toyonaga

As indicações do transplante de medula óssea (TMO) vêm gradativamente aumentando. Desde o primeiro paciente transplantado em 1968 até o ano de 1986, 5.000 novos pacientes foram transplantados, sendo que mais da metade desses, realizados nos últimos 4 anos. Este procedimento modificou substancialmente o prognóstico da Anemia Aplástica Severa e vem se tornando uma opção terapêutica válida para alguns outros tipos de doenças.

Na Universidade Federal do Paraná (UFPr), a Unidade de TMO foi implantada em 1979, sendo a pioneira no Brasil e na América Latina. A nossa casuística até agosto de 1987 consiste de 118 pacientes transplantados.

Entretanto esse procedimento é extremamente complexo, com envolvimento importante da equipe médica com diversas equipes paramédicas, principalmente com aquela da área de enfermagem. Nesse sentido, o enfermeiro especializado nessa atividade ocupa uma posição em relação ao doente e aos médicos, sem paralelo na medicina.

O objetivo dessa apresentação é relatar a experiência da equipe de enfermagem em relação aos pacientes submetidos ao TMO no Hospital de Clínicas da UFPr nos últimos 7 anos.

RESUMO 5

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sizuca Atarashi

Hospital do Servidor Público Estadual, SP

Sendo a atuação do enfermeiro na equipe multidisciplinar de transplante de medula óssea, uma nova experiência em nível profissional, este relato tem por objetivo apresentar a experiência vivida no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", destacando as dificuldades, os problemas enfrentados para estruturação da equipe de enfermagem, perspectivas de novos desafios para a enfermagem com oportunidades para desenvolvimento técnico-científico de cada elemento da equipe.

RESUMO 6

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eliana Maria Teixeira Barreto

Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO), Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ

Tratando de relato de experiência quanto a atuação do enfermeiro na equipe de transplante de medula óssea, o presente trabalho apresenta várias etapas da criação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO) no Instituto Nacional de Câncer (Rio de Janeiro), o programa seqüencial de seleção e treinamento dos candidatos, por profissionais da Instituição, as etapas de organização técnica e administrativa da unidade hospitalar, adoção de novos métodos e instrumentos de trabalho, as atividades desenvolvidas no pré-transplante e pós-transplante relativas ao paciente e familiar, e ainda, a apresentação de novos impressos em fase de experimentação que visam a sistematização e otimização da assistência prestada na fase de internação e acompanhamento ambulatorial.

Recursos audiovisuais necessários para apresentação: videocassete e projetor de slides.

RESUMO 7**EXPERIÊNCIA EM TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (TAMO) NO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS — SP****Edva Moreno Aguilar**

O autor salienta definição, objetivos e indicações do transplante autólogo de medula óssea (TAMO). Em seguida, descreve as diferentes etapas de tratamento: coleta e preservação da medula óssea; período pré-transplante, caracterizado pela administração de doses supraletais de quimioterapia, com ou sem radioterapia; transplante, ou seja, infusão da medula óssea; fase de pancitopenia e período de recuperação medular. O autor aborda o processo de formação do grupo de TAMO do Hospital Sírio-Libanês. Posteriormente aborda as diferentes etapas para viabilização do projeto tais como a adaptação de área física, a elaboração de protocolos médicos e de enfermagem e a integração entre os diversos setores do hospital. A seguir apresenta informações sumárias relativas aos dois transplantes realizados pelo grupo. Conclui com uma abordagem sobre as dificuldades financeiras que envolvem o projeto e a necessidade não só de conhecimentos técnicos e científicos relativos ao assunto mas também de um excelente preparo psicológico e espiritual.

RESUMO 8**ORGANIZAÇÃO DE UMA CENTRAL DE QUIMIOTERAPIA****Renato Mayhé****Instituto Nacional de Câncer — RJ**

O presente trabalho tem por finalidade transmitir nossa experiência para profissionais que labutam em Oncologia. O mesmo procura mostrar através de uma visão crítica, meios seguros e eficientes de assistência para o pessoal e clientes envolvidos no processo.

No início de nossas atividades em Quimioterapia notamos a necessidade de algumas modificações indispensáveis para a melhoria e otimização do trabalho. A partir de então, através de contatos com outros profissionais, participação em estudos e outras formas de pesquisa, realizamos um levantamento dos pontos a serem modificados de início.

Pelas características do tratamento, a obtenção de uma área centralizada e específica tem vital importância para o desempenho das atividades; a mesma deve proporcionar conforto e algum tipo de lazer aos pacientes. Uma boa parte deles é constituída de crianças.

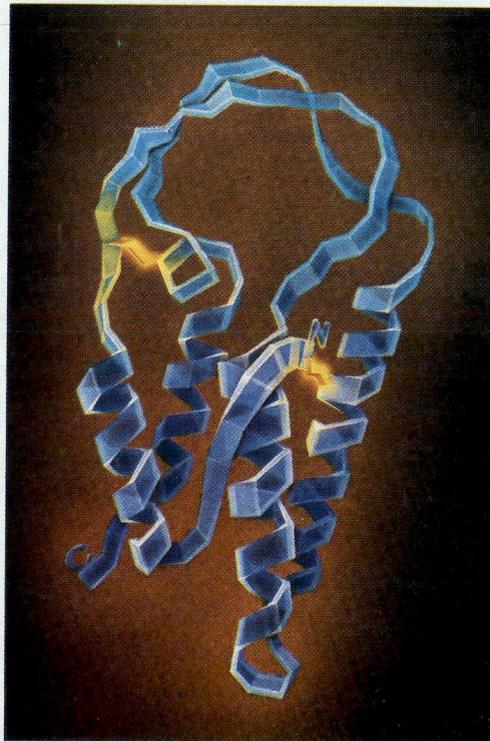
Para segurança dos profissionais envolvidos é indispensável a utilização de alguns equipamentos, materiais e paramentos.

Normas e rotinas devem ser observadas com rigor, juntamente com o treinamento, de forma sistemática.

O valor da consulta de enfermagem é patente, tanto no aspecto da humanização do atendimento quanto nos aspectos técnicos.

Finalmente a busca do perfeito entrosamento com os demais membros da equipe multiprofissional tem se mostrado fundamental para a otimização do serviço.

**A Schering
está lançando no Brasil
o primeiro
Interferon Alfa
produzido
por engenharia genética.**



I N T R O N A*

INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b

Intron-A é um produto altamente puro
produzido pela tecnologia de
recombinação do DNA.

Graças ao pioneirismo Schering, a classe
médica brasileira tem à sua disposição
o primeiro interferon alfa-2b na terapêutica
oncológica e virológica.



I N T R O N

A*

INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b

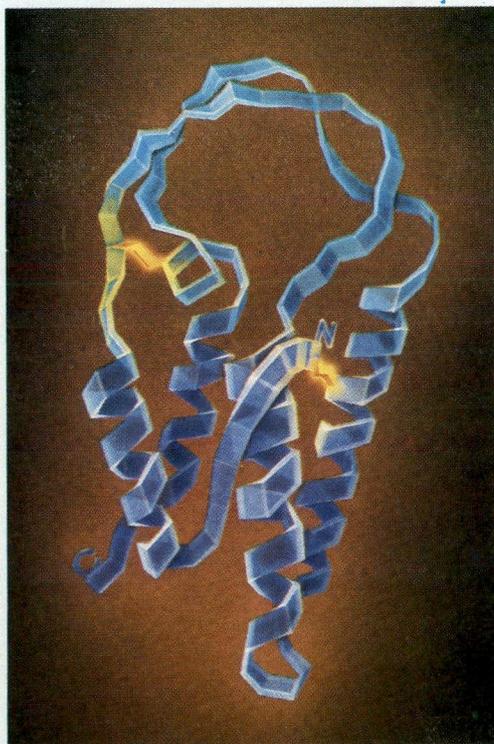
NO BRASIL, INTRON A ESTÁ REGISTRADO APENAS PARA O TRATAMENTO DA TRICOLEUCEMIA. NO ENTANTO, O PRODUTO VEM SENDO USADO EM ESTUDOS CLÍNICOS INTERNACIONAIS PARA O TRATAMENTO DE:

NA ONCOLOGIA

- Leucemia Mielóide Crônica
- Mieloma Múltiplo
- Tricoleucemia
- Hipernefoma
- Melanoma Maligno
- Carcinoma Superficial de Bexiga
- Carcinóide
- Sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS
- Linfoma de Baixo Grau de Malignidade
- Carcinoma Basocelular

NA VIROLOGIA

- Hepatite Crônica do Tipo B
- Hepatite Crônica do Tipo não A, não B
- Condiloma Acuminatum
- Papilomatose Laríngea



I N T R O N A*

INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b

Schering



Líder mundial na
pesquisa do interferon

**SCHERING E INTRON-A
COLOCAM À SUA DISPOSIÇÃO
OS RESUMOS DA MAIS
RECENTE LITERATURA MUNDIAL
SOBRE INTERFERONS**



Para receber no endereço de sua preferência os resumos das principais e mais recentes publicações sobre os Interferons, basta agora solicitá-los através do representante Schering.

I N T R O N A
INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b



RESUMO 9

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO APLICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS E EFEITOS COLATERAIS

Marcia Aparecida de Almeida (Enfermeira)

Ambulatório de Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte — MG

Com o progresso da Quimioterapia Antiblástica e principalmente com a instituição dos tratamentos adjuvantes à cirurgia e radioterapia, o n.º de pacientes que se submetem a essa terapêutica tem aumentado enormemente. Também os resultados obtidos melhoraram bastante e um grande n.º de "curas" tem surgido. Assim, cada dia, aumenta a responsabilidade do Enfermeiro que trabalha nesta área, no que diz respeito aos cuidados referentes à administração e aos seus possíveis efeitos tóxicos, sendo com isso o objetivo primordial deste estudo. Dentro deste objetivo serão enfocados os seguintes itens:

- a apresentação das drogas e suas possíveis vias de acesso;
- a orientação do pessoal de enfermagem, concernentes a cada uma delas, dando ênfase aos cuidados da Via Endovenosa por ser a mais utilizada e os efeitos locais serem de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro;
- prevenção de danos potenciais locais imediatos, tendo em mente que a maioria dos medicamentos antiblásticos tem ação direta sobre o endotélio vascular, causando endoflebites extremamente dolorosas e até limitações futuras caso haja extravasamento;
- seleção e proteção das veias;
- rotinas usadas na administração de drogas citostáticas no Ambulatório de Oncologia Clínica da Santa Casa;
- o papel do Enfermeiro frente aos efeitos colaterais imediatos e tardios dos quimioterápicos e sua redução;
- a importância do conhecimento das drogas e seus possíveis efeitos colaterais;
- apoio psicológico e educação dos pacientes frente aos efeitos colaterais mais comuns dos citostáticos.

RESUMO 10

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS PROTOCOLOS DE TRATAMENTOS COM NOVAS DROGAS E CONTROVÉRSIAS EXISTENTES

Maria Clara Alves de Araújo

O objetivo desse tema é mostrar a importância do conhecimento do enfermeiro com relação aos protocolos de tratamentos e aspectos relacionados à introdução de novas drogas antineoplásicas como: Epirrubicina Mitoxantrona — Carboplatina Ifosfamida/Mesna. Os seguintes tópicos merecerão atenção:

1. Seleção de novas drogas
2. Correlação com outras drogas
3. Efeitos colaterais

Abordaremos também os aspectos controvertidos na assistência de enfermagem aos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico.

RESUMO 11**EFEITOS TÓXICOS DAS DROGAS ANTIBLÁSTICAS COM REPERCUSSÃO PARA A
ENFERMAGEM
PROTEÇÃO DA EQUIPE
NOVAS ALTERNATIVAS E CONTROVÉRSIAS EXISTENTES****Ivanilda de Moraes Pinho**

O trabalho pretende apresentar os efeitos tóxicos das drogas antitumorais que podem causar problemas de saúde na equipe de enfermagem que os manipula. Através de amostragem realizada em vários hospitais de São Paulo — Capital, verificamos o desconhecimento destes efeitos pelos profissionais e ocupacionais atuantes em quimioterapia.

Destaca os atuais métodos de proteção e seu uso dentro da realidade brasileira dando enfoque às pesquisas em níveis nacionais existentes no campo e a validade dos métodos alternativos.

RESUMO 12**CONTROVÉRSIAS ÉTICAS E TÉCNICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS
ONCOLÓGICAS
CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO****Sizuca Atarashi****Hospital do Servidor Público Estadual — SP**

O objetivo deste trabalho é oferecer subsídios para reflexões sobre a importância da compreensão e assimilação, pelo paciente e família, sobre a terapêutica proposta, as seqüelas orgânicas conseqüentes a esta terapêutica e meios existentes para auxiliá-los na reabilitação física e psicossocial de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

RESUMO 13**CONTROVÉRSIAS ÉTICAS E TÉCNICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS
ONCOLÓGICAS
CIRURGIAS DE MAMA****Ana Regina Borges Silva**

As mulheres internadas para submeterem-se a procedimentos terapêuticos cirúrgicos da mama apresentam-se debilitadas emocionalmente, por ser este órgão parte importante, tanto estética como sexualmente, de sua feminilidade.

Este trabalho relata a experiência, que vem sendo vivenciada com estas pacientes, há 22 anos, durante a implantação de um Hospital Especializado em Oncologia — Ginecológica e Patologia Mamária — no interior do Estado de São Paulo; procurando mostrar os sérios distúrbios de comportamento das mesmas, e relacioná-los com os problemas enfrentados pela equipe de saúde, particularmente a enfermagem, que lhes presta assistência direta.

RESUMO 14

CONTROVÉRSIAS ÉTICAS E TÉCNICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS — CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

Teresa Celina Meloni Rosa

Este trabalho relata a experiência vivida, durante 22 meses, em um Hospital Especializado em Câncer Ginecológico e Mamário — Centro de Referência Nacional — de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

As mulheres com diagnóstico de câncer, com indicação cirúrgica, apresentam preocupações emocionais complexas.

A experiência mostra, ainda, que a equipe de saúde ao assistir essas mulheres enfrenta dificuldade no relacionamento, uma vez que as cirurgias, muitas vezes mutiladoras, agridem integralmente as pacientes.

A autora pretende com este estudo levantar e discutir os problemas éticos e técnicos envolvidos na interação paciente-enfermeiro, visando planejar melhor a assistência da enfermagem.

RESUMO 15

CONTROVÉRSIAS ÉTICAS E TÉCNICAS DE ENFERMAGEM, COM O PACIENTE DE CÂNCER, NO APARELHO DIGESTIVO

Sendo o Aparelho Gastrointestinal sujeito a agressões freqüentes, traduzidas por patologias várias, dentre as quais, as neoplasias se destacam atualmente de forma crescente, nos perguntamos:

- Terá a Enfermagem condições Técnicas-Científicas, para prestar assistência adequada a estes Pacientes?
- Terá o Enfermeiro consciência de sua importância no sucesso da Terapêutica?
- Neste trabalho, o enfoque será dado a todos estes aspectos, de tão relevante importância para nós profissionais, atuantes no campo da Cancerologia.

RESUMO 16

O QUE MAIS PODE SER FEITO PELO PACIENTE COM DOR?

Edith Long Schisler

Centro Vivencial para Pessoas Idosas

A dor no câncer numa visão tanatológica é intimamente ligada à ansiedade no paciente do diagnóstico da doença, da recidiva, do processo de morrer e da morte. Portanto, quando um paciente com câncer ou sua família são informados aberta ou simbolicamente — “Sinto muito mas nada mais posso fazer para ajudá-lo” — quem assim se expressar está dizendo que nada mais pode fazer para curar a doença. Mas o enfermo e sua família ainda precisam da confiança que não vai lhes faltar do apoio consciente e responsável de quem possa ajudá-los a enfrentar o que vem pela frente.

Seria tão negligente deixar um enfermo sofrer desnecessariamente por uma dor física quanto por um motivo psicossocial ou espiritual. A experiência da dor total em sua dinâmica é multidimensional e portanto exige um diagnóstico clínico acurado que possa deixar o paciente livre da dor física, conservando sua tônica de vida e acuidade mental tanto quanto possível, bem

como a atenção à dor em sua forma emocional, familiar e espiritual. O ideal é ver a dor total trabalhada médica e terapeuticamente por uma equipe interprofissional. Apresentaremos um modelo de "Dor Total" de Twycross; uma análise comparativa da técnica de trabalho em hospital e da filosofia de cuidados do paciente com dor no câncer do novo movimento denominado "Hospice"; alguns mitos sobre a dor, e algumas medidas terapêuticas que podem influenciar no alívio da dor e no bem-estar do paciente.

RESUMO 17

A PROBLEMÁTICA E A TERAPÊUTICA DA DOR NO CÂNCER

Maria Teresa de Moraes Girard

Hospital Infantil Joana de Gusmão

A importância do apoio emocional não tem sido adequadamente apreciado até recentemente. Observa-se que as crianças com câncer que sentem dor apresentam mais distúrbios emocionais do que aquelas livres da dor, e que as primeiras respondem menos ao tratamento morrendo mais cedo.

As crianças experimentam a dor com medo, talvez sem conseguir entender o que se passa com elas. O medo aumenta a dor. Ele pode ser sugerido por lágrimas e atitudes hostis ou por uma atitude de mutismo total e recusa de alimento, mesmo com fome. Algumas crianças sentem a dor como empecilho para suas vontades e necessidades. A hospitalização aumenta o medo e conseqüentemente a dor.

A dor na criança neoplásica é um desafio ao oncólogo atual, já que o manejo deste, na maioria dos casos deve ser focado por um grupo médico multidisciplinar, objetivando primordialmente uma boa relação com o paciente, para amenizar o fenômeno doloroso.

RESUMO 18

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TELETERRAPIA

Silvia Beatriz de Assis

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Visamos transmitir aos profissionais de Enfermagem que trabalham em Oncologia, a experiência adquirida através dos anos na prestação da assistência a pacientes submetidos a tratamento radioterápico.

Da melhoria constante da qualidade técnica da equipe, da precisa orientação aos pacientes e familiares sobre o tratamento e da dedicação do profissional no trato ao paciente, dependem a excelência da assistência prestada.

RESUMO 19

PROTEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS RADIAÇÕES IONIZANTES

Vitória Regina Petters

Clínica Oncológica São Sebastião

A necessidade é o que quase sempre levou o homem às descobertas no campo das ciências e das tecnologias. É o avanço tecnológico, quase sempre resultado do somatório do conhecimento

humano, fazendo com que suas múltiplas facetas freqüentemente julguem a capacidade individual de análise e percepção.

Na oncologia a aplicação de radiação é um efeito positivo já constatado. A enfermagem deve ter conhecimento das causas e efeitos no uso das radiações, para que, sem apreensão, em face do que julga perigoso, possa prestar assistência de Enfermagem sem risco de contaminação.

RESUMO 20

EDUCAÇÃO DO PACIENTE NO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Monica Malaman Moreno

Sendo uma opção de tratamento deve-se orientar o paciente, bem como seus familiares de possíveis reações, algumas facilmente evitáveis e outras superadas com tranqüilidade e confiança na equipe de médicos, enfermeiras e técnicos que manipulam os aparelhos, e que acompanharam o paciente durante todo o tratamento.

A orientação em grupo é importante, mostrando ao paciente que ele não é o único indivíduo em tratamento radiológico, suas reações, medos, dúvidas, anseios de um modo geral são comuns a todos os pacientes.

Transmitir que o tratamento visa tentar curar a doença local ou regionalmente sendo largamente usada no pré e pós-operatório servindo também para aliviar sintomas da doença no estágio avançado: sangramento, dor, obstruções e fraturas patológicas etc.

RESUMO 21

ESTRUTURAÇÃO DE UMA UNIDADE DE ONCOPEDIATRIA

Leda Fernandes

As novas instalações do Centro Infantil de Investigações Hematológicas "Dr. Domingos A. Boldrini" foram inauguradas em maio de 1986. Localizado próximo à Universidade Estadual de Campinas, conta com 1.611m² de área construída, que corresponde a 1/3 do total planejado. Em 9 anos de atividade, estão cadastrados 3.350 pacientes, com atendimento ambulatorial da ordem de 50 consultas/dia, nas especialidades de oncologia e hematologia geral. A movimentação diária de pacientes pelo hospital, o tratamento quimioterápico e os acompanhamentos laboratorial, especializados e psicológico têm nos levado à busca de fluxos, que facilitem o atendimento à criança pela equipe multiprofissional, e que diminua o tempo de espera, no sentido de estimular o retorno na data estipulada. Com a Unidade de Internação ativada desde junho deste ano, a principal preocupação na área é a de garantir um tratamento integrado, com o mínimo de traumas, oferecendo o conforto possível ao paciente e família, dentro da nossa realidade.

RESUMO 22

AS IMPLICAÇÕES DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE EM ONCOPEDIATRIA

Elizabeth Akemi Nishio

Hospital Servidor Público do Estado de São Paulo

Durante as últimas três décadas, tem havido significativo progresso no tratamento dos cânceres na infância.

Estes avanços se devem não somente às abordagens múltiplas, mas também ao avanço das

medidas de sustentação durante a crítica fase de indução. A aplicação judiciosa do processo de enfermagem, na avaliação, planejamento, aplicação e avaliação das medidas para prevenir, detectar e tratar constitui um dos importantes desafios de enfermagem à criança com câncer.

Vários aspectos relacionados serão abordados. Os seguintes tópicos merecerão especial atenção:

- 1 — Cuidados de enfermagem pré e pós-operatório;
- 2 — Cuidados intensivos específicos em protocolos de alta dosagem de antineoplásicos;
- 3 — Assistência de enfermagem à criança oncológica em estado grave;
- 4 — A enfermeira e a família da criança oncológica.

RESUMO 23

ESTUDO PROSPECTIVO DE ACESSO VENOSO CENTRAL PROLONGADO

José Marcus Rotta, Sonia R Vianna, José Roberto Rezende, Elizabeth Nishio, Rita de Cássia Castro, Edinéia Vaciloto e Wanderlei Cerqueira

Nos recentes avanços no tratamento de pacientes com câncer, a utilização de uma quimioterapia mais agressiva, com maior mielotoxicidade e muitas vezes com necessidade de alimentação parenteral, um acesso venoso central de longa duração é necessária para administração de agentes antineoplásicos, antibióticos, componentes do sangue, líquidos intravenosos, nutrição parenteral e intensiva monitorização dos parâmetros sanguíneos, com baixa morbidade e que seja de fácil implantação.

Os autores utilizaram o cateter de Hickmann (um polímero de Silastic com diâmetro interno de 1,6mm) em 22 pacientes, com um total de 24 cateteres. A média de idade dos pacientes foi de 8 anos com diagnóstico de neoplasia maligna. O tempo de duração média foi de 144 dias, e a principal complicação foi a infecção.

Os autores apresentam o protocolo com a seleção de pacientes, técnicas cirúrgicas, cuidados de manutenção e discutem os resultados.

RESUMO 24

PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

Rita de Cássia H. Almeida Coelho, Evanguelia K.A. dos Santos e Margaret Hasse

Maternidade Carmela Dutra

Vera Radünz, Lorena Machado e Silva e Ana Maria W.B. da Silva

UFSC

O videotape faz parte do projeto "Prevenção do Câncer Ginecológico das servidoras da Fundação Hospitalar de Santa Catarina", elaborado por um grupo de enfermeiras, tendo como objetivo conscientizar sobre a necessidade e importância da prevenção e controle periódico do câncer ginecológico, visando atender 100% da população feminina da Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O filme inicia citando a incidência do câncer de colo de útero e a importância de sua detecção precoce. Após, fala sobre o conceito do câncer, anatomia do aparelho genital feminino, localização dos tumores, causas e fatores relacionados com o carcinoma de útero, fatores de risco, prevenção do câncer de colo do útero, exames preventivos do câncer de colo do útero e sua

importância, fatores de risco, passando em seguida para o câncer de mama, onde fala sobre sua incidência, alterações que podem ocorrer com a mama, como fazer o auto-exame.

O tempo de duração é de 18 minutos, passado em sistema de videocassete.

RESUMO 25

A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO NO CÂNCER -- EDUCAÇÃO DO PACIENTE E FAMÍLIA

Lídia Crespo de Almeida

O foco do presente trabalho é uma explanação e reflexão da experiência profissional do enfermeiro em programas educativos, em Unidade Ambulatorial de um Hospital Especializado em Câncer Ginecológico e Mamário, Centro de Referência Nacional.

Os programas educativos abrangem mulheres portadoras de patologias cervicais, mamárias e neoplasias, assistidas por uma equipe multiprofissional, cujos objetivos visam: minimizar a ansiedade, conscientizar da importância do diagnóstico precoce e da necessidade de controle periódico e favorecer adaptação da mulher à sua nova condição garantindo uma manutenção na qualidade de vida.

RESUMO 26

A SITUAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA NO PAÍS

Cleveslem Rodrigues e Ivone de Queiróz

Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina

A preocupação com a Assistência de enfermagem na área da oncologia levou-nos a realização deste trabalho cujo objetivo foi identificar a situação do ensino de enfermagem oncológica no país. Para fins de coleta de dados elaboramos um Questionário com sete questões abertas e fechadas visando a obtenção de informações sobre o ensino de enfermagem oncológica. Os questionários foram enviados pelo correio aos 94 cursos de Graduação em Enfermagem do país. Houve um retorno de 70 questionários (75%) devidamente preenchidos. Os resultados evidenciaram que, dos 70 cursos que forneceram respostas 61 (87%) ensinam enfermagem oncológica: em uma disciplina (2), em uma unidade de disciplina (34) e em diferentes disciplinas (27) e 9 cursos (13%) não ensinam enfermagem oncológica. Dos 61 cursos que ensinam oncologia 23 apresentam apenas enfoque teórico e 38 cursos oferecem teoria e estágio. Foi obtida também uma relação dos conteúdos oferecidos pelos cursos. Estes conteúdos abordam de um modo geral a assistência nos níveis primário e secundário e a assistência na reabilitação não foi referida por nenhum curso. Com base nos resultados obtidos concluímos que, embora a maioria dos cursos de Graduação ensinem enfermagem oncológica, este ensino, em sua maioria parece não apresentar adequação quanto ao conteúdo, carga horária e distribuição nos cursos de Graduação em Enfermagem.

RESUMO 27

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM CANCEROLOGIA — PRO-ONCO/CNCC

Maria Inez Pordeus Gadelha, Magda Côrtes Rodrigues Rezende, Ernani Saltz e Hilton Augusto Koch

Após analisar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil e a situação atual da educação em câncer, os autores apresentam o Programa de Educação em Cancerologia, do PRO-ONCO/CNCC, do Ministério da Saúde.

Definidos os objetivos gerais do Programa, são discutidas as estratégias para a viabilização e os parâmetros de avaliação.

O ensino da Cancerologia nos cursos de graduação em ciências da saúde, a educação profissional e a educação comunitária são as áreas incluídas no Programa.

RESUMO 28

EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Silvia Beatriz de Assis

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Como profissionais com atuação marcante no campo da educação, cabe-nos manter uma busca constante das novidades técnicas e recursos que contribuam no desenvolvimento técnico e científico da equipe. Partindo desta premissa da constatação da queda do nível de qualidade do ensino no Brasil, de forma geral e da não inclusão do ensino de Oncologia nos currículos escolares, desenvolvemos uma programação visando a minimização dos efeitos causados por esta queda do ensino.

O primeiro passo foi dado informalmente através do contato diário no desempenho de nossas funções, realizando uma forma de coletânea dos assuntos de maior preocupação e interesse por parte dos funcionários. Em seguida houve a preocupação de traçarmos uma forma de ensino que atingisse universalmente os funcionários e não setorialmente.

A implantação da Residência de Enfermagem também muito contribuiu, de forma prática, na maior agilização na transmissão de informações e conhecimentos teórico-práticos até então só conseguidos através da atuação no campo prático, o que tornava a adaptação dos novos funcionários vagarosa e cansativa.

A intenção fundamental deste trabalho é a sensibilização da equipe de enfermagem, no sentido da valorização e colocação em prática de programas de treinamento em serviço e educação continuada, objetivando a valorização profissional e a elevação do nível de assistência.

RESUMO 29

REGISTRO DE NEOPLASIAS DO ESTADO DO PARANÁ

Luisa Fanes

Liga Paranaense de Combate ao Câncer

O presente trabalho retrata um projeto recém-iniciado com a participação da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, através do seu Centro de Projetos de Ensino e Pesquisa, com convênio firmado de cooperação técnico-científica com a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social, Associação Médica do Paraná através do seu Departamento de Patologia e Citopatologia, com o intuito de conhecer a incidência de câncer na população, de coletar dados sobre a prevalência do mesmo, com vistas à análise, publicação e concomitantemente, desenvolver medidas de prevenção precoce do câncer, a fim não só de colaborar para o bem da ciência, como influir na melhoria da qualidade de saúde da população e futuramente, municiar o Registro Nacional de Patologia Tumoral.

RESUMO 30

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA HOSPITAIS DE ONCOLOGIA

Wanda Wiehe Rodrigues e Luisa Fanes

Liga Paranaense de Combate ao Câncer

O presente trabalho relata uma experiência na avaliação de hospitais de oncologia, através de um instrumento elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde e Liga Paranaense de Combate ao Câncer. O documento avalia as condições de eficiência das unidades do hospital, nas áreas de recursos humanos, físicos, materiais, organização e funcionamento, além dos indicadores hospitalares de qualidade e produtividade. Os resultados são registrados através de pontos, que transformados em percentuais, são representados em quadros e gráficos para uma rápida visualização.

RESUMO 31

TÉCNICAS DE MANIPULAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CATÉTERES VALVULADOS DE LONGA PERMANÊNCIA NO CENTRO DE QUIMIOTERAPIA DO INCa

Ana Lucia Ottoni de Oliveira, Rosângela Finóquio Virla e Luiz Célio Martins Freitas

Um dos maiores problemas enfrentados pela equipe de enfermagem do Centro de Quimioterapia do INCa, é o acesso venoso para administração de drogas antineoplásicas. O problema se agrava nos pacientes submetidos a longos períodos de tratamento, onde observamos uma extensa esclerose dos vasos periféricos.

Diante de tais inconvenientes que impedem que estes pacientes recebam tratamento adequado, indicamos a colocação de catéteres. Atentando para a realidade sócio-econômica de nossa população alvo, a utilização de catéteres importados além de onerosa, necessita de manipulação freqüente para infusão de anticoagulantes, às vezes em residência, acarretando alta incidência de contaminação. Em decorrência destes fatos a Unidade de Procedimentos Especiais do Instituto Nacional de Câncer desenvolveu os "Catéteres Valvulados de Longa Permanência" (Catéteres de Pires-Theóphilo), mediante a otimização do sistema com introdução de um sistema valvular anti-refluxo, unidirecional, que veio permitir sua manipulação apenas durante o ciclo quimioterápico, dispensando as constantes infusões de anticoagulantes. Este aspecto reduziu sensivelmente o índice de contaminação.

Neste trabalho analisamos o funcionamento do sistema e mostramos nossa experiência.

RESUMO 32

CONTRIBUIÇÃO PARA UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O "CONHECER" E O "TEMER" O CÂNCER

Myriam Marly Ferretti Santiago, Maria José Cabral G. Caldeira Brant

Escola de Enfermagem da UFMG

O presente trabalho foi realizado como atividade didático-pedagógica da Disciplina Enfermagem em Oncologia do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. As autoras analisam a relação existente entre o "medo" e o "conhecimento" a respeito do câncer a partir de levantamento feito com indivíduos "sadios". A amostra consta de 256 entrevistados sendo 101 do sexo masculino e 155 do sexo feminino.

RESUMO 33

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS EFEITOS COLATERAIS DOS QUIMIOTERÁPICOS

Maria Luiza Bernardo Vidal

Trata-se de um trabalho baseado na vivência de dois anos e seis meses com pacientes que fazem uso de quimioterápicos e com respaldo na literatura encontrada sobre o assunto.

Objetivo

- Colaborar na prestação de cuidados a pacientes debilitados pela patologia que acomete com agressividade as células do seu portador.
- Tornar eficiente o tratamento, minorando as suas conseqüências.
- Contribuir com o grupo de enfermagem envolvido com a problemática.

Conteúdo

- Assistência de enfermagem dada as iatrogenias mais comuns na quimioterapia.
- A atuação do enfermeiro na orientação e esclarecimento da clientela.

Conclusão

• O tratamento através de citostáticos é considerado moderno levando a equipe de enfermagem a dificuldades diante dos efeitos secundários.

É fundamental que cada profissional envolvido com a questão passe para o outro suas experiências por menos importantes que possa parecer, pois somar-se-á a outras e, um dia que será tão breve quanto maior for a soma, estaremos seguros diante dos riscos para o paciente, tornando-os protegidos contra os mesmos.

RESUMO 34

ATITUDES DAS FUNCIONÁRIAS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS — SC
— BRASIL, EM RELAÇÃO AO CÂNCER

Cleveslem Rodrigues, Eloita Pereira Neves, Evangelia Atherino Kotzias dos Santos, Margarete Hasse e Vera Radünz

O estudo foi realizado em 10 unidades da Fundação Hospitalar de Santa Catarina para identificar as atitudes das funcionárias em relação ao câncer. A Escala de Atitudes em relação ao câncer (EAC) foi aplicada a 444 funcionárias, selecionadas de uma população de 1223 sujeitos. Três foram as perguntas da pesquisa: 1) O que as funcionárias relatam acerca da prática do auto-exame de mama? 2) O que as funcionárias relatam acerca da experiência quanto ao Papanicolaou? 3) Existem diferenças entre os escores de atitudes em relação ao câncer e: a) nível de educação; b) auto-exame de mama; c) teste de Papanicolaou; d) contato com pacientes oncológicos no trabalho; e) contato com amigos ou parentes com câncer; f) tipo de instituição de saúde; g) idade?

Concluiu-se que o nível de educação formal das funcionárias afeta significativamente as atitudes em relação ao câncer, ou seja, quanto mais elevado o mesmo, mais positivas as atitudes em relação ao câncer.

RESUMO 35

PROPOSTA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DE LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA (LLA) NA INFÂNCIA

Iris Maciel Costa, Lúcia de Fátima Parente Pinheiro Teles e Neuza Cavalcanti de Moraes Costa

Após levantamento de todos os casos de LLA na infância atendidos no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco no período de 1982-1986, selecionamos 50 casos para estudo, onde constatamos que aos sintomas específicos da doença somam-se outros decorrentes do tratamento.

Verificamos, paralelamente, a falta de subsídios bibliográficos para apoio da assistência de enfermagem aos portadores de LLA. Com base nos levantamentos realizados nos prontuários dos 50 pacientes, na observação diária dos mesmos no setor de internação e na revisão bibliográfica elaboramos a nossa proposta de atendimento, em estudo, onde o portador de LLA recebe um tratamento integral da equipe de modo contínuo e com risco mínimo, uma vez que todos os componentes da enfermagem estão envolvidos no processo.

RESUMO 36

LEVANTAMENTO DO NÍVEL DE INFORMAÇÕES QUANTO À PROTEÇÃO RADIOLÓGICA E SUA RELAÇÃO COM RADIAÇÃO RECEBIDA, PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Edjane F. Amorim (INCa./M.S.-RJ), Eduardo J.O. Belchior (IASERJ-H.A. — INAMPS-RJ), Rita C. Cardoso (UFF-RJ), Mônica D.X. Negri (H. Albert Einstein-SP), Tânia L.C.G. Reis (CERJ-RJ) e Margareth S. Zanchetta (INCa./M.S. — HUPE/UERJ/RJ)

O objeto do presente estudo atém-se à identificação do nível de conhecimento específico quanto à proteção radiológica e a relação desse, com os diversos níveis de radiação recebida. Realizado no período de abril a outubro de 1986 no Instituto Nacional de Câncer (RJ) concluiu-se que o grupo analisado, embora sem haver recebido o treinamento formal pertinente, demonstra interesse em conhecer do tema através de fontes informativas, sendo sua atuação baseada em rotinas preestabelecidas, que afinal se revelam eficazes na proteção específica do trabalhador.

RESUMO 37

RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ESTAGIÁRIAS DO CURSO DE APRIMORAMENTO NA DISCIPLINA DE ONCOLOGIA

Adriana Cortez, Candida Scarpitta, Elaine Kraus, Ivone Regina Ferreira

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo — SP

O objetivo do trabalho é relatar a experiência vivida por um grupo de enfermeiras do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Ambulatório de Oncologia do H.S.P.E., curso mantido pela FUNDAÇÃO com o objetivo de complementar a formação universitária. Levando em consideração: a inexistência dessa disciplina nos cursos de graduação, a necessidade de profissionais capacitados e em face ao crescente número de pacientes com câncer, optou-se pela inclusão de Enfermagem Oncológica. Durante os estágios, as aprimorandas receberam conteúdo técnico-científico o que proporcionou-lhes condições de prestar assistência qualificada e adequada a paciente e família, fornecendo condições de aprendizagem e participação em equipe multiprofissional. A importância dos conhecimentos adquiridos serve atualmente como suporte profissional a esse grupo, não apenas às que trabalham na área específica, mas em níveis de crescimento a todos, acrescentando mudanças de comportamento frente ao paciente, família e equipe.

Neoplasias Neurendócrinas do Trato Broncopulmonar

CARLOS E. BACCHI¹

Faculdade de Medicina UNESP — Botucatu, SP

O sucesso da terapêutica dos tumores broncopulmonares é dependente da avaliação diagnóstica precisa pelo clínico e/ou cirurgião e da classificação anatomopatológica adequada. Ao contrário do que tem ocorrido com outros órgãos, a classificação das neoplasias broncopulmonares tem permanecido praticamente estática com o decorrer dos anos.

A possibilidade da existência de neoplasias "endócrinas" no trato broncopulmonar foi sugerido por Brown em 1928 no seu relato de caso de "oat cell carcinoma" do pulmão associado à síndrome de Cushing¹. A ocorrência de tumores carcinóides nos brônquios foi primeiro relatada por Hamperl em 1937, como sendo tumores morfológicamente semelhantes às suas contrapartidas do trato gastrointestinal². Nesse sítio, essas neoplasias tinham sido descritas 30 anos antes por Oberndorfer, que introduziu o termo carcinóide. A idéia de que os carcinomas de células pequenas do pulmão ("oat cell") estavam relacionados aos carcinóides e de que ambos os tumores eram de natureza endócrina foi originalmente lançada há 15 anos.

Praticamente todos os tecidos neurais e epiteliais contêm uma população de células (células de Kultschisky) cuja principal função é produzir e secretar hormônios peptídicos e substâncias correlatas. Essas células podem secretar seus produtos para dentro de vasos sanguíneos, para o interstício e provavelmente para o interior da luz glandular. As células que enviam suas mensagens para todo o organismo (via hematogênica) são conhecidas como células endócrinas, e as outras que exercem suas funções localmente, são referidas como células parácrinas³. Para fins de discussão esses dois tipos de células são agrupadas e denominadas cé-

lulas endoparácrinas. Praticamente não há epitélio desprovido dessas células e o epitélio brônquico não é exceção. Na verdade as células "endócrinas" do trato broncopulmonar são entendidas como um dos componentes do Sistema Neurendócrino Disperso.

Existe uma contrapartida neoplásica para cada tipo de célula endoparácrina. Isso não quer dizer que neoplasias compostas de células tendo achados morfofuncionais semelhantes a determinada célula normal originaram-se de tal célula (Ex.: fibrossarcoma de fibroblasto ou insulinoma de célula beta). Crescem cada vez mais as evidências de que essa hipótese é falsa e que, provavelmente, os tumores originaram-se de células totipotentes que no decurso da transformação neoplásica diferenciaram-se para caminhos semelhantes àqueles de suas contrapartidas normais³. As evidências apontam para que essas células endoparácrinas originam-se de células multipotentes, primitivas, localizadas na base de determinado epitélio. Em outras palavras as neoplasias neurendócrinas (carcinóide, carcinoma de pequenas células do pulmão—"oat cell", carcinoma medular da tireóide) provavelmente originam-se de células epiteliais totipotentes que, com o decorrer da transformação neoplásica por influência local desconhecida, diferenciaram-se em direção ao componente neurendócrino. Por outro lado, a neoplasia poderia seguir caminho diferente, como para células epiteliais, originando carcinomas escamosos ou adenocarcinomas.

A via endoparácrina é portanto simplesmente uma das várias diferenciações que a célula tumoral pode "seguir", inclusive podendo ter dupla diferenciação (tumores mistos: carcinoma de pequenas células com áreas de adenocarcinoma). Por isso esses tumores devem ser

¹Professor do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina UNESP. Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina UNESP — Departamento de Patologia, Botucatu, SP. CEP 18610.

considerados simplesmente como carcinomas de determinado epitélio, mencionando-se como parte da descrição e do diagnóstico o tipo e o grau de diferenciação endoparácrina que eles estão evidenciando⁴.

Os tumores neurendócrinos do pulmão são classificados por Warren et al. (1985) em 4 tipos básicos⁵: a) carcinóide, b) carcinoma neurendócrino bem diferenciado, c) carcinoma neurendócrino de células do tipo intermediário e d) carcinoma neurendócrino do tipo células pequenas. Cada um desses tumores tem achados patológicos distintos e curso clínico diferente e previsível.

Carcinóide brônquico — são neoplasias neurendócrinas com achados histopatológicos típicos. Esses tumores aparecem mais freqüentemente (75%) como massas polipóides de localização central. Eles podem penetrar a parede do brônquio, estender-se para o parênquima pulmonar e mais raramente invadir o mediastino e infiltrar nódulos linfáticos. Recorrências locais podem acontecer, mas metástases à distância são incomuns e tendem a acontecer tardiamente.

É incomum o aparecimento de síndrome hormonal documentada bioquimicamente ou clinicamente, mas podem surgir queixas vagas de diarreia ou rubor. As manifestações hormonais ocorrem mais freqüentemente no pólo mais maligno das neoplasias neurendócrinas do pulmão.

Os carcinóides brônquicos típicos revelam o padrão clássico de acúmulos celulares sólidos e ou cordões separados por septos de tecido fibroconectivo ricamente vascularizado. As células tumorais são redondas ou poligonais; raramente mostram pleomorfismo e o componente fusiforme quando presente é focal. O citoplasma dessas células é abundante, pálido e varia de eosinofílico a anfófilico. O núcleo é pequeno e a cromatina finamente dispersa. São raras as figuras de mitoses e os nucléolos são inconspícuos. Diferenciação exócrina pode freqüentemente ser demonstrada por colorações específicas para mucossubstâncias, as quais são detectadas dentro dos espaços glandulares ou no citoplasma das células tumorais.

O estudo imuno-histoquímico tem mostrado que a maioria dos carcinóides brônquicos revela positividade para NSE (enolase neurônio-específica), serotonina e vários outros neuropeptídeos. De fato os carcinóides costumam imunorreatar com mais de um hormônio e é interessante salientar que as substâncias mais freqüentemente detectadas são eutópicas e portanto incluem serotonina, bombesina e calcitonina. Hormônios ectópicos incluindo gastrina, hormônio estimulante de melanina, VIP e outros, podem também serem encontrados. Mais recentemente a sinaptofisina tem sido demonstrada na maioria dos carcinóides brônquicos. As características do citoesqueleto das células dos carcinóides do pulmão apontam para natureza epitelial pe-

la co-expressão citoceratina e desmoplaquina. Sabe-se, entretanto, que uma certa proporção dos tumores carcinóides co-expressam citoceratina e neurofilamento.

À microscopia eletrônica, os carcinóides brônquicos mostram-se constituídos por grupos de células justapostas envolvidas por lâmina basal bem definida. Os desmossomos costumam ser bem desenvolvidos. Grânulos neuro-secretores são numerosos, podendo estar distribuídos por todo o citoplasma: há porém tendência de se acumularem no pólo basal das células. Esses neurogrânulos são heterogêneos no tamanho, forma e densidade eletrônica, embora predominem as formas redondas de 150 a 250nm. Agregados paranucleares de filamentos intermediários são freqüentemente observados, como também se encontra em carcinóides e carcinomas neurendócrinos de vários outros órgãos.

Carcinoma neurendócrino bem diferenciado — essa designação abrange a maioria dos tumores atualmente classificados como "carcinóides atípicos". Como esses tumores são morfológica e clinicamente malignos, o melhor é denominá-los carcinomas neurendócrinos bem diferenciados (CNBD), termo mais preciso do que "carcinóide atípico". Alguns CNBD têm sido confundidos com "oat cell carcinoma" e esse erro diagnóstico pode resultar em tratamento quimioterápico agressivo desnecessário e/ou ineficiente. Com isso, dados estatísticos imprecisos podem levar a considerações errôneas sobre incidência, terapêutica e sobrevida dos carcinomas neurendócrinos.

Histologicamente, o CNBD retém a arquitetura organóide (carcinóide-símile) porém associada a pleomorfismo. A taxa de figuras de mitoses é variável mas pode ser muito alta, ultrapassando 30 por 10 campos de maior aumento. Com freqüência, o CNBD infiltra profundamente o parênquima pulmonar, sendo incomum o crescimento polipóide intrabrônquico (comum no do carcinóide verdadeiro). Aproximadamente 60% dos casos apresentam metástases no momento, ou após o diagnóstico, localização intrapulmonar, nódulos linfáticos mediastinais ou sistemicamente.

Mais da metade dos casos de CNBD é do tipo periférico e ocasionalmente esses tumores associam-se com síndrome hormonal, particularmente a síndrome de Cushing.

Histologicamente consiste de acúmulos de células poligonais pleomórficas ou fusiformes. O citoplasma é abundante variando de pálido a eosinofílico, não sendo os nucléolos evidentes. Como já citado, as figuras de mitoses são, na maioria dos casos, facilmente encontradas. Arranjo em paliçada das células e necrose focal são achados freqüentes, não sendo raro o aparecimento de estruturas semelhantes a rosetas.

A maioria dos CNBD pode imunocorar-se para NSE e outros neuropeptídeos: ACTH, bombesina, serotonina, VIP, calcitonina, etc. Os CNBD, ao contrário dos car-

cinóides verdadeiros, expressam com mais freqüência peptídeos ectópicos incluindo ACTH, VIP e substância P. Como os carcinóides, a sinaptofisina está presente na maioria dos casos.

A co-expressão de citoceratina, desmoplaquina e de neurofilamento em alguns casos é semelhante à dos carcinóides verdadeiros.

Há diferenças à microscopia eletrônica entre os carcinóides brônquicos típicos e os CNBD. As células consideradas grandes são justapostas entre si por numerosas junções rudimentares, porém desmossomos bem desenvolvidos podem ocorrer. Os grânulos variam de tamanho, configuração e densidade eletrônica, sendo encontrados como regra em número e tamanho menores do que em carcinóides verdadeiros (80 a 140).

Carcinoma neuroendócrino do tipo célula intermediária — o termo intermediário aqui é aplicado somente em referência ao tamanho da célula tumoral. Essa variante de carcinoma neuroendócrino do pulmão tem ganhado cada vez mais aceitação, embora vários casos ainda sejam considerados como "carcinomas indiferenciados de grandes células" ou "pouco diferenciados". Uma pequena proporção considerável desses tumores está associada com síndrome de Cushing ou com síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético. É importante salientar que o comportamento clínico e a resposta terapêutica são semelhantes àquelas do carcinoma neuroendócrino de pequenas células.

À microscopia óptica, esses tumores são constituídos de células de tamanho pelo menos 2 vezes maior que o do linfócito. O pleomorfismo é acentuado e são observadas células fusiformes ou poligonais com citoplasma abundante. Os núcleos são vesiculares com freqüente aparecimento de nucléolos, sendo abundantes as figuras de mitoses. Arquiteturalmente as células são organizadas em acúmulos sólidos com necrose central e por vezes arranjo em paliçada na periferia. Estruturas semelhantes a rosetas são raras, mas diferenciação escamosa ou glandular são comparativamente mais freqüentes.

Marcadores neuroendócrinos incluindo NSE e neuropeptídeos (ACTH, bombesina, VIP, a sinaptofisina) são constantemente demonstrados por imuno-histoquímica.

A expressão de citoceratina, desmoplaquina e neurofilamento não difere dos outros carcinomas neuroendócrinos.

O estudo ultra-estrutural desses carcinomas revela

células justapostas com o encontro no citoplasma de pequenos grupos de grânulos neuro-secretórios variando de 80 a 150nm.

Carcinoma neuroendócrino do tipo célula pequena — esses são os clássicos "oat cell", carcinomas constituídos de células pequenas a fusiformes, as quais revelam o padrão dominante de núcleos hipercondensados e citoplasma escasso. Os nucléolos são desprezíveis e são abundantes as figuras de mitoses. A arquitetura não revela achados peculiares; são freqüentes e extensas as áreas de necrose, além dos artefatos de "esmagamento". Aliás é desconhecido o mecanismo que leva a "esmagamento" das células, mas tal achado é muito útil para o diagnóstico histológico.

Os marcadores neuroendócrinos mais freqüentemente demonstráveis são NSE, bombesina e ACTH. Imunocoloração para mais de 1 hormônio é também observada nesses tumores assim como expressão hormonal sincrônica ou assincrônica entre o tumor primário e suas metástases. Aqui também a sinaptofisina tem sido demonstrada.

Carcinomas neuroendócrinos de pequenas células expressam consistentemente citoceratina; desmoplaquina pode ser expressa, porém menos freqüentemente do que em outros carcinomas neuroendócrinos, refletindo provavelmente os raros desmossomos bem desenvolvidos que podem ser encontrados. É ainda controverso se esses tumores podem co-expressar neurofilamento.

É preciso deixar claro que não existe marcador patognomônico para neoplasias neuroendócrinas do pulmão. Bombesina, por exemplo, inicialmente sugerida como marcador específico para carcinomas de pequenas células do pulmão, tem sido demonstrada em todo o espectro de neoplasias neuroendócrinas do trato broncopulmonar. Com isso, o diagnóstico diferencial entre essas neoplasias é baseado no conjunto de informações clínicas, macroscópicas, de microscopia óptica, ultra-estrutural e imuno-histoquímica.

Referências Bibliográficas

1. Brown WH — A case of pluriglandular syndrome: diabetes of bearded women. *Lancet*, 1988; 2: 1022-1023.
2. Gould VE, Lee I, Warren WH — Immunohistochemical evaluation of neuroendocrine cells and neoplasms of the lung. *Path Res Pract*, 1988; 183: 200-213.
3. Rosai J — Current concepts on the histogenesis of so-called carcinoid tumors. Post-graduated course at Stanford. 1982.
4. DeLellis RA, Dayal Y, Wolfe HJ — Carcinoid tumors. *Am J Surg Pathol*, 1984; 4 (8): 295-300.
5. Warren WH et al. — Neuroendocrine neoplasms of bronchopulmonary tract. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1985; 89: 819-825.

A importância da colheita de materiais clínicos para os resultados dos exames microbiológicos

ERALDO VIDAL

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro, RJ

Introdução

A demonstração dos microrganismos através do material clínico fornece elementos que permitem comprovar ou negar a suspeita de uma infecção, levantada pelo médico, por intermédio da anamnese e do exame físico do paciente. Sem o exame microbiológico é impossível selar o diagnóstico etiológico de uma doença e/ou síndrome infecciosa e, conseqüentemente, prescrever o seu tratamento correto. Não há controvérsia quanto a isso, uma vez que não existem referências na literatura que neguem a significância desses exames na prática médica.

Outro ponto importante é que na ausência dos indicadores epidemiológicos se tornam insustentáveis quaisquer possibilidades de controle de infecção hospitalar. É obvio que não podemos controlar nenhum fenômeno incomensurável. Em outras palavras, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é totalmente sustentada pelos indicadores e somente eles poderão determinar um estudo epidemiológico para explicar, prevenir e elucidar este fenômeno.

Pelo visto não há o que contestar sobre a flagrante importância do laboratório de microbiologia num programa de controle de infecção hospitalar; do mesmo modo, queremos mostrar a seguir o quanto é importante a colheita de material clínico para este laboratório visando resultados confiáveis e precisos.

Muito pouca atenção é dada ao tempo entre a colheita do material clínico e a sua semeadura nos meios de cultura. A semeadura deve ser realizada o mais rápido possível. Uma lentidão na entrega do material ao laboratório de microbiologia diminui, consideravelmen-

te, as possibilidades de uma investigação correta e confiável para que se possa firmar um diagnóstico. No caso de infecção aguda, o seu diagnóstico poderá tornar-se difícil, e até inviável, se a semeadura não for quase que imediata. Isto reside no fato de que alguns microrganismos são extremamente delicados e sensíveis a pequenas modificações dos parâmetros ambientais. A experiência tem mostrado que a falta de atenção para este detalhe do tempo aumenta a chance de introdução inadvertida de outros microrganismos da microbiota local reduzindo ou mesmo impossibilitando a identificação correta de um agente etiológico que seja o responsável pelo quadro infeccioso.

Vejam alguns pontos fundamentais para o sucesso dos exames microbiológicos:

- (1) as amostras devem estar claramente identificadas com o nome do paciente, n.º do prontuário, data e o horário da colheita.
- (2) estas amostras deverão estar acompanhadas de requisições totalmente preenchidas e com letra legível: nome do paciente, prontuário, clínica, enfermagem, leito, data do pedido, carimbo e assinatura do médico solicitante, natureza do material e topografia de origem, informações sobre o uso de antibióticos, tipo de exame a ser realizado e suspeita de diagnóstico, quando possível;
- (3) somente usar como recipiente para os materiais clínicos aqueles padronizados pelo setor de microbiologia. Este procedimento, além de tecnicamente correto, é o mais econômico;
- (4) todos os materiais devem ser mandados para o laboratório de microbiologia no mesmo dia da colheita e no menor tempo possível. Quando o ma-

terial for extra-hospitalar, este deverá ser transportado em meio próprio e específico de transporte na presença de preservativos;

- (5) é muito importante que as amostras sejam enviadas até às 11 horas da manhã, porque somente assim poderão ter um tempo efetivo de observação durante o expediente normal de trabalho.

O uso de swabs em colheita para exames microbiológicos

Muitos tipos de swabs têm sido usados para colheita de exames microbiológicos. Os swabs de algodão são contra-indicados. Eles possuem em sua composição lipoproteínas que inibem certos microrganismos. Estão recomendados os swabs de fibra sintética, como: DACRON e ALGINATO DE CÁLCIO.

A importância do exame macro e microscópico do material

O exame macroscópico do material poderá torná-lo não viável à sementeira. O bacteriologista deve estar apto a reconhecer rapidamente: materiais em pouca quantidade, materiais misturados com medicamento (por exemplo quando se trata de urina); materiais diluídos impróprios para sementeira, etc. Sendo assim, o material deverá ser recusado e o próprio laboratório deverá se comunicar, imediatamente, com o médico relatando o ocorrido.

O exame microscópico, tanto a fresco como após coloração, deve ser feito imediatamente após a chegada do material ao laboratório, com os seguintes objetivos: (a) avaliar a natureza do material; (b) estabelecer a proporção dos diferentes tipos de microrganismos; (c) orientar o médico, na proporção encontrada, na escolha de um antibiótico para situações de urgência.

Vejamos algumas observações:

1. no escarro a proporção entre células epiteliais e leucócitos é fundamental para que possamos caracterizar o material como viável ou não;
2. a presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos no líquido cefalorraquidiano (LCR) é uma forte evidência de meningite meningocócica;
3. a presença de grande número de bacilos Gram-positivos na urina enviada, acompanhada de um pequeno número de leucócitos, indica contaminação do material;
4. se na microscopia do líquido encontramos predominantemente linfócitos com ausência de forma bacteriana, devemos pesquisar *Mycobacterium tuberculosis* (BAAR) e considerar a suspeita da presença de vírus.

O que deve ficar bem claro é que não podendo o ma-

terial para cultura ser semeado minutos após sua colheita, será obrigatório empregar meios de transporte. Estes meios têm as seguintes características: não devem conter fontes de carboidratos ou nitrogênio; devem ser tamponados e com ágar suficiente para torná-los semi-sólidos e com umidade suficiente.

Hemoculturas

A obediência rigorosa das técnicas preconizadas para o isolamento de microrganismos do sangue (hemocultura) torna fácil e seguro o diagnóstico de infecção sistêmica.

Preparação da pele para punção

A pele sobre a veia a ser puncionada deverá estar cuidadosamente preparada após o uso de água e sabão ou álcool e aplicação de tintura de iodo a 1% ou 2%. Deve-se tomar o cuidado para que a tintura de iodo não escorra em excesso entre as dobras da pele, pois o contato prolongado poderá levar a queimaduras. Os dedos utilizados pelo profissional que fará a punção deverão ser desinfetados com mecha de iodo para impedir a contaminação da pele.

Número de punções e quantidade de sangue

Deverão ser feitas três colheitas com intervalos que poderão variar de 1 a 24 horas. E, para cada colheita, deverão ser realizadas duas punções em locais diferentes, isto é, uma punção no braço esquerdo seguida de outra no braço direito. Este procedimento é indicado para aumentar a probabilidade de isolamento do microrganismo e afastar dúvidas que poderão surgir de contaminantes (por exemplo: *Staphylococcus epidermidis*.)

A quantidade de sangue por colheita nunca deve ser inferior a 10ml. Então teremos para cada punção 5ml de sangue para cada braço. Este procedimento é indicado para adultos. Para as crianças a quantidade será de 4ml para cada colheita, distribuídos 2ml de sangue para cada punção dos braços. *É muito importante que a proporção de sangue para meio de cultura seja sempre de 1:10.* Por exemplo: para 5ml de sangue teremos 50ml de meio de cultura.

Temperatura e tempo de incubação

A temperatura de incubação deve ser de 35°C durante 7 dias. Após este tempo os frascos são descartados e as sementeiras consideradas negativas. Microscopia pelo GRAM e subculturas devem ser feitas com poucas horas após a sementeira (6 horas), 24 horas e diariamente até o 7.º dia. Recomendamos o uso de sis-

temas tipo "slides" que proporcionam repiques diários com segurança, pois o sistema é fechado. Neste caso, dispensamos o GRAM, pois o crescimento nos meios é bem evidente.

Critérios para as punções

Quando a bacteriemia é *contínua* (ex: endocardite) o critério para as punções não é importante: três até seis punções com intervalos de 1 hora são suficientes. Porém, quando a bacteriemia é *intermitente* devemos lembrar que a febre geralmente ocorre em torno de 1 hora antes do episódio bacteriêmico. Recomendamos que a 1.^a punção seja feita ao primeiro sinal de febre e que as duas outras punções até 24 horas depois da 1.^a. Embora existam meios de cultura que contenham na sua composição substâncias que anulam parcialmente o efeito dos antimicrobianos, insistimos em que as duas últimas punções (2.^a e 3.^a) sejam realizadas independentemente do estado febril, porém antes da próxima dose de antibióticos. O critério poderá ser o seguinte: (A) o paciente estando em uso de um antibiótico as amostras deverão ser colhidas 15 minutos antes da dose do antibiótico; (B) se o paciente está em uso de dois ou mais antibióticos as amostras deverão ser colhidas 15 minutos antes da dose dos aminoglicosídeos (caso estes estejam no esquema). Caso não estejam fica a critério do médico determinar o antibiótico de referência.

Ocasionalmente, microrganismos comensais procedentes da microbiota normal da boca, nasofaringe e trato intestinal poderão ser carregados para o sangue e tecidos. Em circunstâncias normais eles são eliminados por mecanismos normais de defesa, particularmente fagocitose por células do sistema retículo-endotelial. Poucos são os microrganismos que permanecem viáveis por mais tempo nos linfonodos e que podem ser cultivados de material de biópsia e tecidos. Algum microrganismo não comum e de questionável patogenicidade poderá crescer em somente um dos frascos de uma série de hemocultura; neste caso há uma grande possibilidade de tratar-se de um contaminante.

Conceitos antigos e ultrapassados preconizam a necessidade de colher o sangue uma hora antes dos calafrios e febre do paciente, ou pior, no "pico febril"; isto provavelmente deve-se muito mais a um *poder-sobrenatural-de-visão* do que a um conhecimento científico sobre o assunto. Devemos estar atentos para o fato de que uma hemocultura somente deverá ser solicitada quando houver suspeita de bacteriemia. O momento da colheita das amostras em relação a febre ou o chamado equivocadamente de "pico febril" não é importante e nem relevante. O bom senso faz-nos sugerir que a 1.^a colheita de sangue deve ser feita quando a temperatura do paciente alcançar ou ultrapassar os 38°C.

Exame microbiológico do líquido (LCR)

O líquido deverá ser retirado e encaminhado diretamente ao laboratório para que seja submetido aos exames desejáveis. Um GRAM é feito imediatamente à chegada do material, assim como uma microscopia pelo azul de toluidina para fungos. Estes resultados deverão ser encaminhados ao médico solicitante no máximo em 20 minutos. É da maior importância, sob o ponto de vista microbiológico, que o material não seja refrigerado, pois certas bactérias como *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus sp.* não resistem a baixas temperaturas.

Por isto, o material deverá ser semeado nos meios específicos o mais rápido possível. Todas as vezes que um serviço médico solicitar um exame microbiológico do líquido, somente proceder à punção quando o transporte imediato ou meios de cultura para a semeadura estiverem assegurados.

Existem certos detalhes que deverão ser levados em conta, tais como: o líquido deverá ser colhido em três frascos ou tubos e o terceiro tubo é o indicado para a investigação microbiológica. Este procedimento diminui a possibilidade de contaminação por microrganismos da pele e minimiza os efeitos de acidentes hemorrágicos; a quantidade de material deverá ser de, no mínimo, 10ml, após distribuição nos tubos. Quantidades menores tornarão improvável o isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* e *Cryptococcus neoformans*.

Uroculturas

Quando analisamos indicadores epidemiológicos de infecções hospitalares, constatamos ser a infecção urinária a de maior frequência relativa nas tabelas de distribuição topográfica, independente da classificação da instituição hospitalar. Isto demonstra que a via urinária é o local mais comum de infecção clinicamente significativa. A presença de piócitos (piúria) é considerada classicamente como sinal de infecção urinária, mas vários autores têm mostrado que muitos pacientes com significativa bacteriúria não têm piúria, ou que a presença de piócitos é intermitente. Outro aspecto a registrar sobre o dado piúria, é que mesmo quando presente poderemos ter como resultado de semeadura a negatividade do exame. E, finalmente, nem sempre uma piúria revela uma infecção urinária. Na colheita da urina é crucial a diminuição do risco de contaminação externa que eleva o número e a flora na contagem final e crescimento de microrganismos. Desta forma, o paciente deverá ser orientado para proceder a uma rigorosa higiene da genitália antes de colher a urina.

Uma vez colhida, a urina deverá ser semeada invariavelmente até 30 minutos, caso permaneça à temperatura ambiente. Se refrigerada a 4°C será apropriada

para o cultivo até 12 horas. Por este motivo orienta-se o paciente a colher a urina no laboratório quando não puder efetuar a refrigeração. Muitas bactérias como a *Escherichia coli* são capazes de reduplicação em 30 minutos na urina e 20 minutos nos meios de cultura.

Métodos de colheita de urina

O melhor método seria a punção suprapúbica. Somente não o é porque não agrada ao médico e nem ao paciente. O cateterismo vesical não é recomendado para culturas iniciais, a não ser por indicação médica, devido à grande possibilidade de introdução de bactérias na bexiga que, anteriormente, poderia estar estéril. O método mais simples e prático e o mais usado é o jato intermediário de uma micção. Por este método são colhidos 5ml de urina em frasco estritamente estéril. Sugerimos a primeira urina da manhã, mas se não for possível, colher após 5 horas da última micção.

Nos homens, lavar bem o pênis com água e sabão, enxugar e retraindo o prepúcio. Deve-se evitar a urina terminal, pois as secreções prostáticas ou as contrações do esfíncter uretral podem deslocar pequenos grumos de bactérias aumentando artificialmente a contagem de colônias. Embora não se possa excluir a possibilidade de contaminação durante a colheita, com exceção da punção suprapúbica, as amostras de jato intermediário refletem provavelmente a forma mais acurada do número de bactérias na bexiga.

Nas mulheres maiores cuidados deverão ser tomados, pois existe mais probabilidade de contaminação. A técnica de colheita deve ser bem explicada à paciente com a finalidade de serem tomadas algumas precauções. Ela deve ser informada de que o exame não poderá ser realizado se não houver uma cuidadosa limpeza da genitália externa (lábios e meato uretral); afastamento dos lábios no momento da micção para que não haja contaminação da urina.

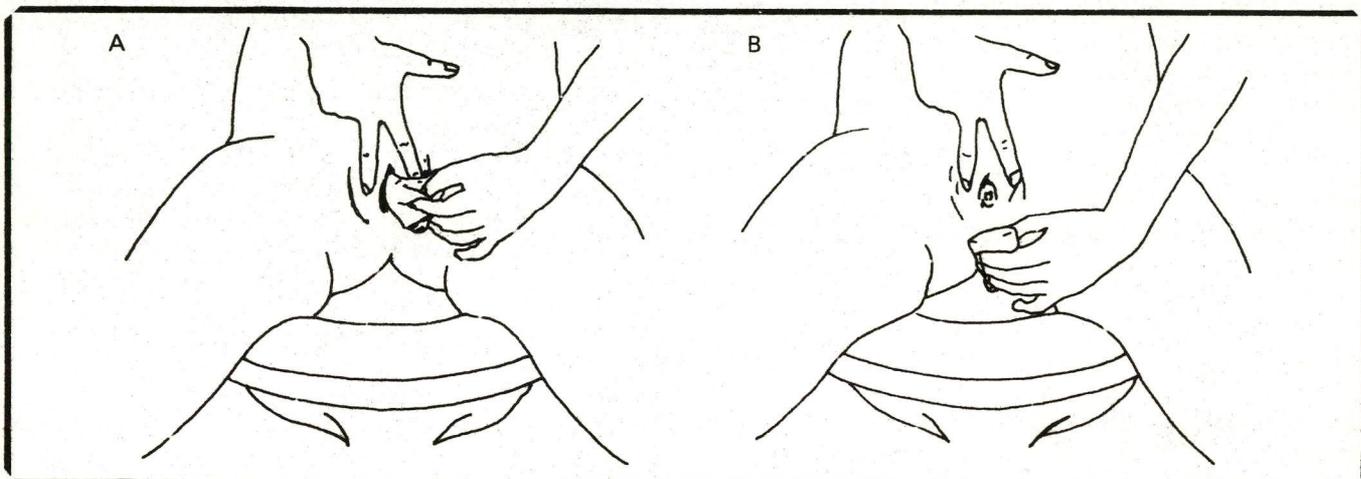


Figura 1 — Colheita de amostra de urina em mulheres.

(A) com os lábios separados a lavagem é feita de cima para baixo e para trás com a gaze umedecida em sabonete.

(B) o recipiente é seguro de forma a não tocar no corpo e obtém-se uma amostra apenas quando a paciente está urinando com os lábios separados.

Cultura de escarro

O médico deverá estar muito atento quando decide solicitar este tipo de exame: cultura de escarro. Quando o processo infeccioso suspeito não tem um agente etiológico específico serão poucas as informações objetivas que o laboratório poderá fornecer.

Primeiramente, o sucesso da investigação dependerá da capacidade do paciente de obter o material. Verificamos, na prática, que um número considerável de amostras apresenta-se com germes contaminantes da orofaringe e cavidade oral. Outro dado é que dificilmente o escarro contém secreções das vias respiratórias baixas. Vários autores têm citado o problema de interação de microrganismos em flora abundante. Por exemplo,

o *Streptococcus pneumoniae* sofre uma inibição e supressão de crescimento na presença dos *Streptococcus* alfa-hemolíticos e os dois poderão estar juntos no orofaringe. Por este motivo é recomendável a adição de gentamicina ao ágar-sangue quando a suspeita envolver o *S. pneumoniae*.

Existem rotinas de triagem que servem para avaliar a viabilidade do escarro para cultura, isto é, se ele apresenta as secreções de uma parte inflamada da árvore broncopulmonar e não somente saliva ou secreção do orofaringe. Isto se faz levando em consideração a relação leucócitos/células epiteliais através de um GRAM.

No caso específico de cultura de secreção das vias respiratórias baixas, a indução de escarro através de ne-

| Grupo | Células epiteliais | Leucócitos |
|-------|--------------------|------------|
| 1 | > 25 | < 10 |
| 2 | > 25 | 10-25 |
| 3 | > 25 | > 25 |
| 4 | 10-25 | > 25 |
| 5 | < 10 | > 25 |

Obs: somente escarro do grupo 5 merecerá uma investigação, os outros grupos deverão ser rejeitados para exames.

bulização salina aquecida, ou até, se possível, ultra-sônica, seria recomendável.

Cultura de anaeróbios

Diante de uma supuração dita fechada na qual observa-se a presença de odor fétido com gás, devemos suspeitar o envolvimento de bactérias anaeróbias. Por outro lado, quando as culturas em condições aeróbias forem negativas e persistir o quadro infeccioso, mantêm-se a suspeita de anaeróbios. Alguns cuidados devem ser tomados na colheita para microrganismos anaeróbios.

- o método mais indicado para colheita é por aspiração.
- quando os meios de transporte são utilizados, isto não significa que a demora para semeadura não prejudicará a pesquisa.
- sempre deve-se colher, no mínimo, 3ml de material.
- se a colheita for através de *swab*, o mesmo deverá estar bastante impregnado com o material.

Outros materiais

Os materiais para cultura a partir de infecções de diversas partes do corpo necessitam de ampla gama de meios, técnicas e métodos para isolamento dos microrganismos, dependendo da parte do corpo comprometida e do tipo da infecção suspeita. As culturas de infecção de pele podem necessitar de inoculação apenas em alguns meios, mas as drenagens de ferimentos pós-operatórios, de líquido ascítico, pleural, articular ou de fístulas profundas podem abrigar diversos tipos de bactérias (fermentativas, não fermentativas, aeróbicas, anaeróbicas, etc.). Todas essas culturas devem ser obtidas de maneira a minimizar ou excluir a exposição ao oxigênio. Caso haja suspeita de infecção por micobactéria ou fungo, parte do exsudato ou tecido deve ser coletado para cultura, em vez de apenas se fazer um *swab*. A eliminação de microrganismos nessas infecções é pobre e seu isolamento a partir de um *swab* geralmente é negativo.

Colheita de material para exames microbiológicos

Resumo

01. Sangue

- após a preparação do local da punção, conforme descrito, realizar a colheita de sangue.
- colher 10ml, ou seja, 5ml para cada frasco, separadamente, isto é, 5ml de cada local de punção. Este procedimento corresponde a uma amostra.
- devem ser colhidas, no máximo, 3 amostras em 24 horas.
- um número maior de amostras não aumenta a positividade do exame.
(Bartlett RC, Ellner PD, Washington, JA II: Cumitech Blood Cultures, Washington DC, American Society for Microbiology, 1974.)

02. Secreções

(A) Uretral

- limpar o pênis com água e sabão ou sabonete. Não usar produtos germicidas específicos.
- colher o material na parte da manhã, antes da primeira micção.
- no caso de secreção abundante, colher a qualquer momento.
- caso haja ausência de secreção, não se deve friccionar o pênis para obtê-la. Neste caso, investigue no primeiro jato urinário.
(Sonnwirth, AC: Collection and Culture of Specimens and Guides for bacterial identification. In Sonnenwirth, AC, Jarrett, L (eds): Gradwohl's Clinical Laboratory Methods and Diagnosis, Chap 75. St Louis, CV Mosby)

(B) Conjuntival

- usar um *swab* para cada olho.
- afastar as pálpebras e friccionar levemente.

(C) Canal auditivo

- introduzir o *swab* no canal auditivo e efetuar rotações suaves.
- usar um *swab* para cada conduto.

(D) Nasal

- procurar lesões, introduzir o *swab* na narina. Caso não haja lesão, friccionar o *swab* nas paredes da narina. Usar um *swab* para cada narina.

(E) Nasofaringe

- sem tocar nas narinas com o *swab*, introduzi-lo vagarosamente e girar lentamente até atingir o nasofaringe, aguardar alguns segundos e retirá-lo.

(F) Secreção de feridas

- havendo camadas duras (crostas) removê-la com gaze esterilizada e salina estéril.

- friccionar *swab* seco na superfície da lesão.
- (G) Orofaringe
 - usar abaixador de língua, pois o *swab* não poderá tocá-la e nem na cavidade oral.
 - nos locais somente hiperemiados passar o *swab* nestes locais.
 - caso haja membranas, tentar removê-las.
- (H) Escarro
 - a colheita única na parte da manhã ao acordar é preferível à colheita de 24 horas. Um maior acúmulo de secreções brônquicas na parte da manhã ajuda potencialmente a po-

sitividade dos resultados.

- recomendar ao paciente que não escove os dentes, não se alimente, mas que faça uma higiene da cavidade oral por bochechos com água filtrada.
- pedir ao paciente que produza tosse bem profunda informando-o de que saliva somente não serve para o exame.
- este material poderá chegar ao laboratório, no máximo, em 90 minutos. Além deste tempo o material será considerado impróprio. Não adianta refrigerá-lo.

Crítérios para colheita de material para cateteres venosos centrais

"Cateteres venosos centrais"

Conduta a ser seguida para os pacientes em uso de CVC e que apresentam SINAIS E/OU SINTOMAS DE INFECCÃO.

| Situações | Procedimentos |
|--|--|
| Quando houver somente hiperemia local, sem secreção na dissecação ou inserção do cateter. | Enviar sangue colhido através do cateter e por punção venosa. |
| Quando houver supuração evidente no local da inserção do cateter. | Enviar secreção cutânea e uma amostra de sangue periférico para realização de cultura. Neste caso não enviar a ponta do CVC. |
| Quando não existirem sinais locais de infecção, mas o paciente apresenta sintomatologia de bacteriemia (febre, calafrios, etc.): | Enviar a ponta do cateter e efetuar duas hemoculturas: uma através do cateter antes da retirada e outra de sangue periférico por punção. |
| Quando houver retirada do cateter porque o seu uso não é mais necessário e o paciente está evoluindo bem, sem nenhum sintoma de infecção | Não será necessária nenhuma investigação microbiológica, tais como, ponta de cateter, sangue periférico ou através do cateter. |

Referências Bibliográficas

1. Koneman E, Allen S, Dowell V, and Sommers H — Color Atlas and Textbook of Diagnostic Microbiology. Philadelphia, J.B. Lippincott Co. 1985
2. Lenette EH, Spaulding EH, and Truant JP — Manual of Clinical Microbiology. 2nd ed. Washington, DC, American Society for Microbiology, 1984.
3. Bodily HL, Urdke EL, and Mason J — Diagnostic Procedures for Bacterial, Mycotic and Parasitic Infections, 5th ed. New York, American Public Health Association, 1970.
4. Finegold SM, Martin WJ, and Scott EG — Baily and Scott's Diagnostic Microbiology. St. Louis, C.V. Mosby Co., 1980.
5. Youmans GP, Paterson PY, Sommers HM — Clinicals and Biologic Basis of infections diseases, 2nd. ed. Philadelphia, by WB Saunders Co., 1983.
6. Kunin CM — Detection, Prevention and Management of Urinary Tract Infections, 3 rd. ed. Ohio, By Lea & Febiger Co. 1983.
7. Lorian V — Significance of Medical Microbiology in the Care of Patients, 2nd. ed. New York, Williams and Wilkins Co. 1977.

Informes

Normas do Instituto Nacional de Câncer para Pesquisas em Saúde

1. Introdução

O Instituto Nacional de Câncer — INCa., integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e participante da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, nos termos do Decreto n.º 61.969 de 22/12/67, sob o regime de co-gestão administrativa dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, de acordo com a Portaria Ministerial n.º 9/80, tem por finalidade planejar, organizar, dirigir, controlar, desenvolver e executar planos, programas, projetos e as atividades relacionadas às neoplasias malignas e afecções correlatas, em especial:

- 1.1. prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasia e doenças correlatas;
- 1.2. coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia;
- 1.3. exercer atividades de ensino, formação e aperfeiçoamento em cancerologia e treinamento de técnicos especializados, inclusive de nível médio;
- 1.4. elaborar normas técnicas;
- 1.5. fornecer à CNCC elementos que lhe forem solicitados, objetivando a adoção de medidas destinadas à intensificação e à coordenação das atividades de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de educação, de ação social, de recuperação e outras, relacionadas com as neoplasias malignas, visando reduzir-lhes a incidência no País.

Neste sentido, o INCa. não somente tem-se constituído no mais alto degrau do sistema público de cancerologia em nosso país, ao nível de assistência, como também ocupa um lugar de destaque na formação de recursos humanos e na pesquisa. Estas últimas estão cada dia mais se desenvolvendo como parte natural e cotidiana das atividades de um número maior de Serviços.

Este desenvolvimento e a crescente complexidade dos projetos de pesquisa, os riscos e a periculosidade que envolvem determinadas técnicas, obrigam a estabelecer normas internas de pesquisa que permitam desenvolvê-las com a maior segurança, o menor risco e o menor desconforto para os voluntários no caso de pesquisas em seres humanos.

Estas normas internas para pesquisas em saúde foram elaboradas usando como referência as Diretrizes Internacionais Propostas para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, projeto conjunto da Organização Mundial da Saúde e do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências da Saúde (Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985) e que inclui

a Declaração de Helsinkí II (1975); no recentemente publicado "Código de Ética Médica", aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução 1.246 de 8/1/88) e as "Normas de Pesquisas em Saúde, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 1 de 13/6/88, publicada no D.O. em 14/6/88).

2. Tipos de pesquisa

No INCa. se realizam os seguintes tipos de pesquisas:

- 2.1. Pesquisa básica: trabalho teórico, de observação e interpretação de dados, ou experimental, empreendido com o objetivo de adquirir conhecimento novo sobre os fundamentos dos dados de observação e experimentação, sem finalidade de aplicação prática imediata.
- 2.2. Pesquisa aplicada: trabalho teórico, de observação e interpretação de dados, ou experimental, empreendido no sentido de alcançar um objetivo prático de aplicação imediata.
- 2.3. Desenvolvimento experimental (Pesquisa Tecnológica): investigação sistemática baseada no conhecimento existente, estabelecido pela pesquisa ou pela experiência prática, objetivando a produção de novos materiais, produtos e equipamentos, a determinação ou aperfeiçoamento de processos, sistemas e serviços.

3. Modos de pesquisa biomédica

Estas pesquisas podem ser desenvolvidas de diferentes modos:

- 3.1. Pesquisa laboratorial: é aquela que utiliza como material de pesquisa: a) estruturas não humanas, sejam vivas ou não; b) materiais obtidos de seres humanos com objetivos diagnósticos; c) materiais obtidos de seres humanos primariamente com objetivos terapêuticos; d) *excreta* ou secreções humanas espontâneas obtidas sem artifícios externos, físicos e/ou mecânicos.
- 3.2. Pesquisa epidemiológica ou qualquer outra que utilize os dados do registro das ações de saúde, relacionados aos aspectos clínicos, diagnósticos e/ou terapêuticos, inclusive os relativos aos aspectos etiológicos, sócio-econômicos, culturais, etc.
- 3.3. Pesquisa biomédica em humanos, dividida em:
 - 3.3.1. Pesquisa biomédica combinada com cuidados profissionais (Pesquisa clínica).
 - 3.3.2. Pesquisa biomédica não terapêutica em seres humanos (Pesquisa biomédica não clínica).

4. Riscos da pesquisa

Em relação à probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano em consequência imediata ou tardia do estudo, as pesquisas se classificam em:

4.1. Pesquisa sem risco: são estudos que empregam técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e aqueles em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo.

4.2. Pesquisa com risco mínimo: estudos prospectivos que empreguem o registro de dados através de procedimentos comuns em exames físicos ou psicológicos de diagnóstico ou tratamento rotineiros nos quais as probabilidades de afetar os indivíduos examinados são extremamente pequenas.

4.3. Pesquisas com risco maior que o mínimo: são estudos prospectivos nos quais as probabilidades de afetar os indivíduos examinados são significativas.

5. Aspectos éticos da pesquisa em seres humanos

Em toda pesquisa em que o ser humano for submetido a estudo deverá prevalecer o critério de respeito à sua dignidade e à proteção de seus direitos e bem-estar, e deverá ela cumprir as normas gerais estabelecidas nas Diretrizes Internacionais Propostas para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, Declaração de Helsinki II (1975), Normas de Pesquisas em Saúde e Código de Ética Médica. Deverá desenvolver-se conforme as seguintes bases:

5.1. ser adequada aos princípios científicos e éticos que a justifiquem;

5.2. estar fundamentada na experimentação prévia realizada em animais ou em outros fatos científicos;

5.3. ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

5.4. observar que prevaleçam sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

5.5. contar com o consentimento do indivíduo objeto da pesquisa ou seu representante legal, por escrito, após ter sido convenientemente informado, com as exceções que as Normas de Pesquisas em Saúde e estas normas assinalam;

5.6. ser realizada por profissionais da área de saúde (segundo definição dos art. 94 e 95 das Normas de Pesquisas em Saúde), com conhecimento e experiência para cuidar da integridade do ser humano; deverão estar acompanhadas por um médico com a necessária competência clínica quando se tratar especificamente das pesquisas estabelecidas em 3.3.1. e 3.3.2. e com risco mínimo ou maior que mínimo.

5.7. contar com o parecer favorável da Comissão Científica do INCa ou da comissão eventualmente nomeada para tal fim;

5.8. contar com o parecer favorável da Comissão de Ética Médica e de Segurança Biológica, quando for o caso.

6. Registro e autorização de pesquisa

Todas as pesquisas do INCa. devem estar registradas no Banco de Dados Pesquisas INCa., para o qual deve ser preenchido formulário próprio na Coordenadoria de Pesquisas e Recursos Humanos.

As chamadas pesquisa laboratorial (3.1), pesquisa epidemiológica (3.2) e a pesquisa biomédica em seres humanos sem risco (3.3 e 4.1) podem ser realizadas sem autorização expressa da direção do INCa.

As pesquisas em seres humanos com risco mínimo e com risco maior que mínimo, após parecer favorável das estruturas de supervisão (Comissão Científica e Comissão de Ética Médica e de Segurança Biológica), deverão ser autorizadas pelo Diretor do INCa. que as comunicará à Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

7. Estruturas de supervisão

O INCa. conta com as seguintes estruturas de supervisão:

7.1. Comissão Científica, que tem entre suas funções emitir parecer sobre os fundamentos científicos das pesquisas em seres humanos. Em casos especiais será designada uma comissão científica "ad hoc".

7.2. Comissão de Ética Médica, escolhida por seus pares segundo normas do Conselho Regional de Medicina e a este subordinada. Os membros desta comissão participantes de projetos de pesquisa devem se omitir na discussão. A Comissão de Ética Médica tem entre suas funções realizar a verificação ética dos projetos de pesquisa e verificar se são cumpridas as normas da Declaração de Helsinki II (1975), das Diretrizes Internacionais Propostas para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, do Código de Ética Médica e das Normas de Pesquisas em Saúde.

7.3. Comissão de Segurança Biológica, com funções de emitir parecer técnico a respeito da segurança biológica nas pesquisas propostas, observando as determinações contidas nas Normas de Pesquisas em Saúde, capítulos X, XI e XII, artigos 60-82, elaborando manual de procedimentos internos e, no caso das pesquisas autorizadas, realizando visitas periódicas aos locais de execução para avaliar o cumprimento das práticas e recomendar modificação das mesmas se necessário, incluindo a suspensão temporária ou definitiva das pesquisas que representem risco não controlado para os trabalhadores, a comunidade ou o meio ambiente.

8. Atribuições gerais das estruturas de supervisão

As estruturas de supervisão têm como atribuições

gerais em relação aos projetos de pesquisa:

- 8.1. emitir parecer técnico sobre as pesquisas, autorizando-as em caso de estarem ajustadas às normas científicas, éticas ou de segurança biológica, segundo o caso;
- 8.2. orientar os pesquisadores quanto aos aspectos científicos, éticos e de segurança biológica;
- 8.3. zelar pela correta aplicação das Normas de Pesquisa/INCa. e demais dispositivos aplicáveis à pesquisa em Saúde.

9. Projeto de pesquisa

Para pesquisas biomédicas em seres humanos com risco mínimo e risco maior que mínimo, incluindo: pesquisa de novos recursos profiláticos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação; pesquisa em menores de idade (idade inferior a 18 anos completos) e em indivíduos sem condições de dar conscientemente seu consentimento em participar; pesquisa em mulheres em idade fértil, mulheres grávidas, pesquisa em conceitos, pesquisa durante o trabalho de parto, no puerpério, na lactação, pesquisa em óbito fetal; pesquisa em indivíduos com presumível restrição à espontaneidade no consentimento; pesquisa farmacológica; pesquisa em psicoterapia e técnicas semelhantes; pesquisa de outros recursos novos e para as pesquisas com microrganismos patogênicos ou material biológico que possa contê-los; pesquisas que impliquem a construção e manejo de ácidos nucleicos recombinantes e pesquisa com isótopos radiativos, dispositivos e geradores de radiações ionizantes e eletromagnéticas não ionizantes, o pesquisador responsável deve, além de preencher o formulário 88/1 CPRH (onde constará a autorização da respectiva chefia), entregar na Coordenação de Pesquisas e Recursos Humanos, os seguintes documentos:

9.1. currículo do pesquisador responsável demonstrando experiência adequada à direção dos trabalhos a serem realizados e dos responsáveis pelos centros de pesquisa em estudos multicêntricos;

9.2. protocolo experimental de pesquisa, contendo:

- título curto, descritivo;
- nome completo, filiação e assinatura do pesquisador principal, do pesquisador responsável pelo centro, em caso de estudos em mais de um centro, e do monitor do estudo, quando aplicável;
- resumo contendo o objetivo, a caracterização do método e a duração total do estudo e período individual de observação, número de pacientes, dose e modo de administração das substâncias e/ou agentes utilizados no estudo, critérios de inclusão e de exclusão, métodos de avaliação da eficácia e da segurança;
- descrição das características das substâncias e/ou agentes utilizados e informações sobre as fases anteriores de pesquisa;
- caracterização do estudo quanto à fase; o método

de alocação para o tratamento (seqüencial, alterado, aleatório, estratificado, etc.); aberto ou cego e, se cego, de que forma; uso ou não de placebo e justificção dos produtos ativos de comparação; utilização de pacientes ambulatoriais ou internados;

- duração total do estudo e previsão da disponibilidade de relatório final; duração de período de pesquisa de cada paciente, justificando este período;
- número de pacientes, informando o número total e sua distribuição por centro, caso seja multicêntrico, estabelecendo o número de pacientes por centro;
- posologia e modo de administração das substâncias e/ou agentes em pesquisa incluindo via de administração, duração do tratamento, horários e relação com refeições; informações sobre tratamentos concomitantes ou adicionais;
- critérios detalhados de inclusão e exclusão, definindo os termos empregados ou fazendo referência a classificações internacionalmente aceitas;
- caracterização das substâncias e/ou agentes a utilizar, com quantificação e referência à sua origem e necessidade ou não de importação; descrição das embalagens no que diz respeito a quantidades e rótulos;
- descrição, se necessário, dos mecanismos de segurança, instalações específicas, controle ambiental e dos indivíduos expostos;
- descrição detalhada dos métodos a serem aplicados, incluindo a avaliação da eficácia e da tolerabilidade; caracterização cronológica e metodológica das determinações laboratoriais e outros recursos propedêuticos;
- descrição de como serão analisados os resultados obtidos;
- conduta prevista nas experiências adversas e emergências, inclusive determinação de primeiros socorros;
- considerações éticas e administrativas pertinentes;
- referência ao caráter confidencial dos dados, quando for o caso, e condições de divulgação dos resultados;
- referências bibliográficas;

9.3. Ficha de observação individual.

9.4. Modelo do termo de consentimento pós-informação (em caso de risco mínimo, solicitação à Comissão de Ética Médica de que o consentimento pós-informação se obtenha sem formulação por escrito, se for o caso).

Entende-se por Consentimento Pós-Informação o acordo por escrito mediante o qual o indivíduo objeto da pesquisa ou, se for o caso, seu representante legal, autoriza sua participação na pesquisa, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

O Consentimento Pós-Informação deverá ser formu-

lado por escrito e deverá reunir os seguintes requisitos:

- 9.4.1. ser elaborado pelo pesquisador responsável, indicando a informação assinalada no artigo anterior;
 - 9.4.2. ser revisado e aprovado pela Comissão de Ética Médica;
 - 9.4.3. ser assinado, em duas vias, pelo indivíduo objeto da pesquisa ou seu representante legal, ficando uma via em seu poder; se o indivíduo da pesquisa não souber assinar aporá sua impressão digital.
- 9.5. Informações por extenso a serem dadas aos pacientes ou seus responsáveis legais.

Para que o Consentimento Pós-Informação se considere existente, o indivíduo objeto da pesquisa, ou se for o caso seu representante legal, deverá receber uma explicação clara e completa, de tal forma que possa compreendê-la, pelo menos, sobre os seguintes aspectos:

- 9.5.1. a justificativa e os objetos da pesquisa;
 - 9.5.2. os procedimentos que serão utilizados e seu propósito, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;
 - 9.5.3. os desconfortos ou riscos esperados;
 - 9.5.4. os benefícios que se podem obter;
 - 9.5.5. os procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo;
 - 9.5.6. a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo;
 - 9.5.7. a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu cuidado e tratamento;
 - 9.5.8. a segurança de que não se identificará o indivíduo e de que se manterá o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade;
 - 9.5.9. o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando;
 - 9.5.10. a disponibilidade de tratamento médico e a indenização a que legalmente teria direito, em caso de danos que a justifiquem, diretamente causados pela pesquisa; e
 - 9.5.11. que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.
- 9.6. No caso de pesquisa farmacológica:
- 9.6.1. farmacologia básica e pré-clínica da droga;
 - 9.6.2. informação prévia, se existente, sobre a farmacologia clínica nos casos de fases II, III e IV e provas de biodisponibilidade quando necessárias.
- 9.7. No caso de pesquisas com microrganismos patogênicos ou material biológico que possa contê-los; pesquisas que impliquem na construção e manejo de ácidos nucléicos recombinantes e pesquisas com isotopos radioativos, dispositivos geradores de radiações ionizantes e eletromagnéticas não ionizantes, acrescentar:

- 9.7.1. nomina do pessoal participante e grau de treinamento;
 - 9.7.2. descrição de equipamentos, aparelhos e laboratórios a participarem do projeto;
 - 9.7.3. necessidade ou não de vigilância médica;
 - 9.7.4. programa de supervisão de segurança;
 - 9.7.5. manual de procedimentos.
- 9.8. Declaração de que foram cumpridas as exigências da Declaração de Helsinki.

10. Processo de autorização

A Coordenadoria de Pesquisas e Recursos Humanos enviará a documentação referente ao projeto de pesquisa à Comissão Científica e à Comissão de Ética Médica e/ou Segurança Biológica, segundo o caso. Após parecer por escrito destes, informará ao pesquisador responsável e manterá todas as informações em arquivo de fácil recuperação.

As pesquisas aprovadas serão encaminhadas ao Diretor do INCa. para autorização final e comunicação à Divisão de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde. Igual procedimento será realizado com os relatórios periódicos (inclusive os informes de experiências adversas ou fatos relevantes que alterem o curso normal ou previsto do estudo) e finais que terão cópia enviada à Comissão de Ética Médica.

11. Funções do pesquisador responsável

O pesquisador responsável encarregar-se-á da direção técnica dos trabalhos e terá as seguintes atribuições:

- 11.1. preparar e desenvolver o protocolo de pesquisa após autorização, se for o caso;
- 11.2. garantir o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no protocolo e solicitar autorização para modificações nos casos necessários por motivos éticos ou de segurança;
- 11.3. documentar e registrar todos os dados gerados no decorrer da pesquisa;
- 11.4. formar um arquivo sobre a pesquisa, o qual conterá o protocolo, as modificações do mesmo, as autorizações, os dados gerados, o relatório final e todos os demais documentos relacionados com a pesquisa;
- 11.5. selecionar o pessoal participante da pesquisa proporcionando as informações e o treinamento necessários ao desempenho de suas funções, bem como mantê-lo informado quanto aos dados gerados e quanto aos resultados obtidos;
- 11.6. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais da pesquisa, encaminhando-os à Coordenadoria de Pesquisa e Recursos Humanos;
- 11.7. as demais funções necessárias ao cumprimento da direção técnica da pesquisa;
- 11.8. informar à Coordenadoria de Pesquisas e Recursos Humanos todas as experiências adversas ou fatos

relevantes que alterem o curso normal do estudo.
 11.9. o pesquisador responsável poderá publicar relatórios parciais e finais da pesquisa e difundir seus achados por outros meios, cuidando para que seja respei-

tado o caráter confidencial a que têm direito os indivíduos objeto da pesquisa. Deverá ser dado o devido crédito aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Educação em Câncer

As 76 escolas médicas brasileiras formam cerca de 8.000 médicos por ano. O conteúdo curricular sobre câncer, aplicado no decorrer dos cursos de graduação em medicina, só pode ser analisado parcialmente, com base nos dados disponíveis (v. ilustração).

O ensino em cancerologia é referido nos currículos plenos de 19 escolas, contemplando o diagnóstico e a terapêutica e pouco enfatizando a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer. Nas escolas restantes nada se pode concluir sobre o estudo dos tumores.

Devido às conseqüências da inadequação desse ensino às necessidades da população brasileira e dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do Programa de Oncologia — PRO-ONCO, da Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC e do INAMPS, firmaram convênio com o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde — Nutes, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este convênio tem a finalidade de produzir material de instrução na área do câncer, para que seja utilizado nas atividades curriculares das escolas médicas brasileiras, visando a uma articulação maior do ensino da cancerologia entre os departamentos e com os serviços de saúde.

A fim de se alcançar a consecução desses objetivos o Programa de Oncologia solicitou a colaboração de professores universitários e de profissionais dos serviços de oncologia, os quais elaboraram o material. Esta colaboração foi feita a partir de uma concepção integralizadora das várias áreas do conhecimento relacionadas ao controle desta patologia.

O material é composto de dois *programas de videotape*, dois *programas de slides-som* e um *livro de texto*, que devem ser vistos como meios didáticos complementares entre si.

Os vídeos têm a finalidade de sensibilizar alunos e professores para o que representa o câncer no Brasil e discutem a suspeita diagnóstica como habilidade importante do médico não-especialista que atende nos

serviços básicos de saúde. Discutem, também, questões referentes ao diagnóstico e ao tratamento das patologias oncológicas prevalentes no território nacional.

Os programas de slide-som abordam os cuidados e medidas necessários ao controle do câncer cérvico-uterino e da mama.

O livro de texto caracteriza o câncer como um problema de saúde pública no Brasil (capítulo I), estuda a suspeita diagnóstica (capítulo II), discute o diagnóstico e o tratamento (capítulo III) e apresenta as bases teóricas e as estratégias para o controle do câncer no país (capítulo IV). Os capítulos III e IV desenvolvem-se a partir do estudo de casos clínicos, em que os múltiplos aspectos da prática médica são analisados do ponto de vista técnico, ético e da organização dos serviços de saúde.

A implantação deste material de instrução começará pelas escolas médicas, públicas, no primeiro semestre de 1989. Será desenvolvida por professores que participaram da elaboração do material e terá assessoria do PRO-ONCO e do Nutes, também quanto ao processo de avaliação. É provável que sua utilização estenda-se aos serviços de saúde, para motivar os profissionais envolvidos.

Ensino da cancerologia nos cursos de graduação em medicina

| Região | População* | Número de escolas | Número de disciplinas |
|--------------|----------------|-------------------|-----------------------|
| Norte | 7.840 | 3 | 1 |
| Nordeste | 40.638 | 13 | 6 |
| Sudeste | 61.943 | 42 | 10 |
| Sul | 21.216 | 14 | 2 |
| Centro-Oeste | 9.665 | 4 | — |
| Total | 141.302 | 76 | 19 |

* Projetada para 1987, 1/1000, IBGE.
 Fontes: CNCC, 1986, e ABEM, 1986.

RNPT

O Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT foi criado pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas — DNDCD do Ministério da Saúde, em 1975, visando à coleta de dados em serviços

de anatomia patológica, sobre a freqüência de diagnósticos de câncer e à utilização destes dados para estudos epidemiológicos, entre outros. Desde então as atividades do Registro vêm-se desenvolvendo com gran-

de interesse pela maioria dos patologistas colaboradores.

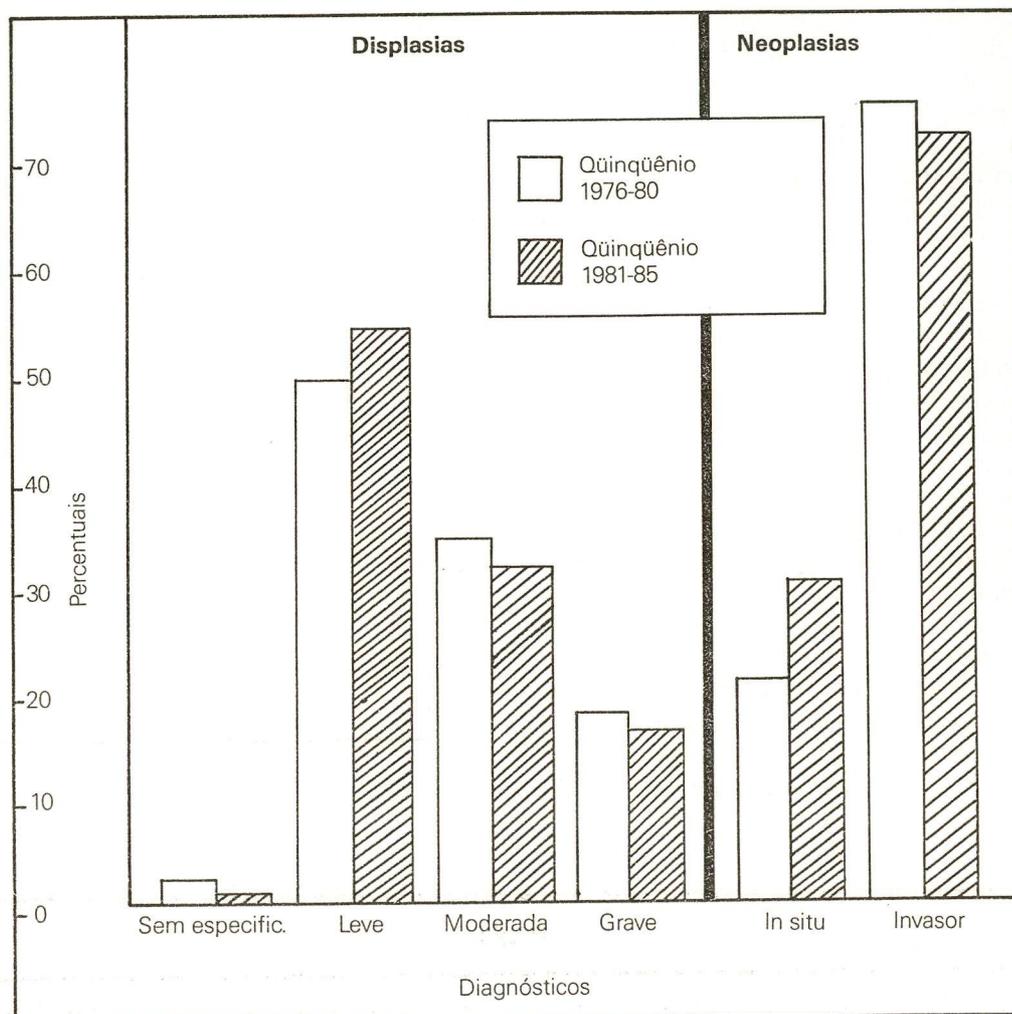
O sucesso do RNPT fez-se nítido em 1982 com a publicação do livro *Câncer no Brasil — Dados Histopatológicos 1976-80*. Esta edição congregava 306 laboratórios de todo o território nacional e apresentou estudos realizados em uma casuística de 369.767 diagnósticos histopatológicos.

Em 1986 o Registro ampliou-se empregando uma equipe permanente que, no momento, faz parte de um programa mais amplo, o Programa de Oncologia — PRO-ONCO, compartilhado entre a Campanha Nacional de Combate ao Câncer/Ministério da Saúde e o INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social.

O número de laboratórios cadastrados chega, hoje, a 607, tendo sido completada a coleta dos dados do

quinquênio 1981-85. A publicação destes dados está programada para o primeiro trimestre de 1989, em moldes semelhantes aos da publicação do quinquênio anterior, a fim de permitir também estudos epidemiológicos comparativos.

Um estudo sobre lesões pré-neoplásicas e carcinoma do colo uterino foi realizado com base numa amostra dos dados atuais. Em 309.911 fichas de notificação processadas pelo Serpro, até o momento, 43.692 exames histopatológicos enquadram-se na categoria em análise, perfazendo 15,3% destes exames assim distribuídos: displasias, 17.446, e carcinomas, 26.246 diagnósticos. Os gráficos mostram como estão distribuídas as subcategorias displasias e carcinomas *in situ* e invasivos. Comparando os dados atuais à distribuição encontrada no estudo do quinquênio 1976-80, observa-se que os perfis de distribuição são bastante semelhantes.



Consenso

Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino

Preventivo

Trienal Para mulheres com 25-60 anos de idade.

Apresentação

Nos dias 23 e 24 de outubro de 1988, estiveram reunidos, no Hotel Glória, no Rio de Janeiro, por ocasião do XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, especialistas dedicados ao controle do câncer ginecológico no Brasil e em outros países, sob a coordenação do Ministério da Saúde/Campanha Nacional do Combate ao Câncer e do Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS, por meio do Programa de Oncologia — PRO-ONCO.

O evento foi programado com a finalidade de se chegar a um consenso sobre as propostas, em relação à periodicidade e à faixa etária, a serem adotadas nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, pelo exame de Papanicolaou, no Brasil.

Este é um resumo das principais questões abordadas assim como das conclusões obtidas durante a Reunião de Consenso.

Discussão

O Brasil é um dos países onde o câncer cérvico-uterino alcança os maiores índices de morbi-mortalidade, o que faz com que esta doença constitua um dos grandes desafios de saúde pública. Reconhecem-se vários fatores responsáveis pelos altos índices de incidência desta patologia no país:

- insuficiência de recursos humanos e materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- utilização inadequada dos recursos existentes;
- má articulação entre os serviços de saúde, o que prejudica o encaminhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção;
- indefinição de normas e condutas;
- inadequada formação dos profissionais de saúde;
- baixo nível de informação em saúde da população em geral;
- insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde.

Frente a uma população feminina, com mais de 20 anos de idade, em torno de 37 milhões de mulheres (PNAD/IBGE, 1986), o principal problema continua sendo a pouca disponibilidade de assistência de boa qualidade à saúde a qual atenda às necessidades do país, caracterizando uma variável de natureza organizacional.

Sob o ponto de vista epidemiológico, diversos estudos brasileiros, ainda que recorram a dados parciais e utilizem quase sempre o número de exames citoló-

gicos realizados, mas não o de mulheres examinadas, têm mostrado que a cobertura pelo exame de Papanicolaou é muito baixa. Um desses levantamentos, em fase de conclusão, realizado pelo PRO-ONCO, estimou que, em 1987, a cobertura, no país, não ultrapassou 8% das mulheres com mais de 20 anos de idade.

Desse modo, como o exame preventivo é a etapa mais importante nas ações de controle do câncer cérvico-uterino, deve-se ampliar a cobertura proporcionada pelo mesmo e assegurar o seguimento da paciente. Para isto devem ser tomadas, de imediato, providências que ajustem a demanda de exames à capacidade operativa da rede básica de saúde, sendo que a primeira dessas providências é justo o consenso sobre a periodicidade e a faixa etária a ser dada prioridade no país.

Nos últimos anos estudos desenvolvidos em todo o mundo vêm demonstrando que, após um exame de Papanicolaou negativo, a redução do risco cumulativo de câncer cérvico-uterino mantém-se bastante elevada nos primeiros cinco anos subsequentes, não sendo significativa a diferença observada quando este exame é realizado a intervalos de um, dois ou três anos.

Por outro lado, o câncer invasivo é muitíssimo raro em mulheres com menos de 25 anos de idade, e seu platô de incidência encontra-se entre a quarta e a quinta décadas de vida; seu declínio é observado após os 60 anos de idade.

Numa seqüência de ações necessárias coloca-se a definição dos papéis dos profissionais envolvidos, como ginecologistas, clínicos, citopatologistas, citotéc-

nicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, entre outros, em cada uma das etapas de atenção à paciente.

Estas ações devem estar articuladas com os programas afins, dentro da visão de atenção integral à saúde da mulher, de modo que se aproveite ao máximo a capacidade instalada da rede de assistência. O laboratório de citopatologia encerra uma importância fundamental, desde a garantia de qualidade do exame realizado até o armazenamento das informações essenciais ao desenvolvimento dos programas e ao controle das pacientes.

Nenhum programa avançará, contudo, sem uma ação educativa que atinja a população-alvo e os profissionais de saúde, estes últimos devendo receber, além de qualificação, motivação que possibilite a ampliação de suas ações assistenciais.

Neste processo educativo é imprescindível a participação da universidade, assim como o emprego de estratégias de comunicação social.

Finalmente a montagem e o desenvolvimento desse sistema requer um fluxo contínuo de dados e informações, os quais permitem a avaliação dos resultados e o planejamento das ações futuras.

Conclusões

Com base nas exposições e nos debates desenvolvidos durante a Reunião de Consenso ficou estabelecido que, devido às necessidades de diminuir o custo social em termos de vidas perdidas, e de oferecer uma oportunidade igual a todas as mulheres, sem prejuízo do benefício da prevenção oferecida pelo exame, *a periodicidade do exame de Papanicolaou, a ser adotada nos programas de rastreamento do câncer cérvico-ute-*

rino, será de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.

Com relação à faixa etária a ter prioridade nos programas de rastreamento, recomenda-se que *a busca ativa de mulheres para fazer o exame deve recair sobre aquelas das faixas dos 25 aos 60 anos de idade, com ênfase sobre as que nunca fizeram um exame de Papanicolaou em sua vida.*

24.^a Jornada Sulbrasileira de Anestesiologia

Será realizada no Hotel Internacional de Foz do Iguaçu, no período de 19 a 21 de maio de 1989, a 24.^a Jornada Sulbrasileira de Anestesiologia, promovida pela Sociedade Paranaense de Anestesiologia.

O evento deverá reunir aproximadamente 500 participantes e terá a participação de profissionais da área de países limítrofes.

PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

Social

- 19/5 — Sexta-feira
20:30h — Sessão Solene de Instalação
21:30h — Coquetel de Abertura
- 20/5 — Sábado
21:00h — Jantar Dançante
- 21/5 — Domingo
21:00h — Jantar de Encerramento

Científica

- 20/5 — Sábado
8:30 às 10:30h — M.R. — Monitoragem em Anestesia — Requisitos Essenciais
Tópicos — Monitoragem da ventilação, da função cárdio-circulatória, do equilíbrio ácido-básico.
Outras monitoragens: eletrólitos, temperatura, curarização, plano de anestesia.
11:00 às 11:45h — Conf. — Anestesia no Hipertenso (Preparo, Riscos e Técnicas)
12:00 às 12:45h — Conf. — Uso de Equipamentos Eletro-Eletrônicos na Sala de Cirurgia (Cuidados e Riscos)
- 21/5 — Domingo
8:30 às 10:30h — M.R. — Controvérsias em Anestesia Obstétrica

Tópicos — Tremores durante anestesia regional

Uso de Vasopressores

Morte Súbita nos bloqueios espinhais

Interações medicamentosas

11:00 às 11:45h — Conf. — Anestesia Pediátrica — Períodos Críticos (Indução e Recuperação)

12:00 às 12:45h — Conf. — Transfusão e Autotransfusão sangüínea (Técnicas e Riscos)

Turística

- 20/5 — Sábado
15:00h — Visita à Hidrelétrica de Itaipu
- 21/5 — Domingo
15:00h — Visita às Cataratas do Iguaçu

Turística Opcional

- Compras no Paraguai e Argentina
- Cassino
- Asunción

Associativa

Reunião de diretoria da SBA./SBA e presidentes da região Sul./SBA e CETs da região Sul.

XII Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia 24 a 29 de setembro de 1989

Será realizado em Fortaleza, CE, de 24 a 29 de setembro de 1989, o XII Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia.

O Colégio Brasileiro de Hematologia, que reúne a maioria dos hematologistas e hemoterapeutas brasileiros, objetiva trocar experiências através de conferências, mesas-redondas, temas livres e de cursos de atualização, durante a realização do XII Congresso Nacional.

Os melhores trabalhos inscritos como temas livres serão objeto dos seguintes prêmios: Prêmio Estácio Gonzaga para o melhor trabalho sobre Hematologia;

Prêmio Alvary de Castro para o melhor trabalho sobre Hematologia Pediátrica; Prêmio Walter Cruz para o melhor trabalho sobre Hemostasia; Prêmio Oswaldo Melone para o melhor trabalho sobre Hemoterapia.

Prêmio extra, patrocinado pela presidência do Congresso, será concedido ao melhor trabalho de pesquisa, realizado por estudante de medicina, no campo da Hematologia e/ou Hemoterapia.

Maiores informações no Colégio Brasileiro de Hematologia — Regional do Ceará — Avenida José Bastos, 3390 — Fortaleza, CE. Telefone: (085) 223-8896.

15.º Congresso Internacional de Câncer

Será realizado em Hamburgo, República Federal da Alemanha, no período de 16 a 22 de agosto de 1990, o 15.º Congresso Internacional de Câncer, organizado pela UICC juntamente com a Sociedade Germânica de Câncer.

Eis alguns dos tópicos da programação científica: Epidemiologia do Câncer; Nutrição e Câncer; Contraceptivos e Câncer; Predisposição Hereditária para o Câncer (tumores infantis); Álcool e Câncer; Tabaco e Câncer; Dosimetria Molecular de Exposição Carcinogênica, etc.

Maiores informações podem ser obtidas junto ao 15th International Cancer Congress c/o Hamburg Mes-

se und Congress GmbH, P.O. 30 24 80 D-2000 Hamburg 36 Federal Republic of Germany.
Telephone: (40) 35 69 23 41. Telex: 212 609 messe d.
Telefax: (40) 35 69 23 43.

Datas Importantes:

30 de abril de 1989

prazo final para inscrição preliminar

30 de novembro de 1989

prazo final para entrega de resumos

30 de abril de 1990

prazo final para inscrição taxas reduzidas

Prêmio Cyanamid — Produtos Oncológicos Lederle — 1989

O Prêmio Cyanamid Produtos Oncológicos Lederle de 1989 será conferido ao melhor trabalho clínico ou experimental sobre "Câncer do Ovário — Tratamento Quimioterápico", cujo autor receberá Diploma e prêmio em dinheiro no valor de Cz\$1.500.000,00.

Os segundo e terceiro colocados receberão Diploma de Menção Honrosa e os três primeiros trabalhos serão publicados em formato de livro. Para os trabalhos com mais de um autor os prêmios serão entregues ao primeiro autor.

Os trabalhos serão julgados por Comissão integrada por membros da AMB, SBC e SBOC na última se-

mana de novembro/89, em local a ser divulgado pela imprensa e revistas médicas.

A data-limite de entrega dos trabalhos é 30 de agosto/89; deverão ser apresentados em 6 vias datilografadas, em espaço 2, em envelope lacrado, sobrescrito com o pseudônimo, devendo trazer nome e endereço dos concorrentes.

Os trabalhos devem ser enviados para a Sociedade Brasileira de Cancerologia, Rua Humberto de Campos, 11, conj. 803, Salvador, Bahia, CEP 40000, com a indicação de envelope "PRÊMIO CYANAMID — PRODUTOS ONCOLÓGICOS LEDERLE — 1989."



Clássico, mas... atual **METICORTEN**
PADRÃO EM CORTICOTERAPIA

Schering


A solução completa
na dor severa

Temgesic

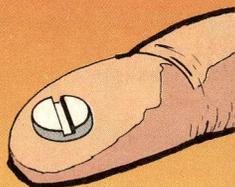
Buprenorfina

- É o único analgésico potente apresentado por via sublingual.
- Seu poder analgésico é superior ao da morfina e significativamente superior ao da meperidina.
- Proporciona maior duração de ação (6 a 8 horas).
- Baixo risco de dependência e outros efeitos colaterais.

O ÚNICO COM 2 APRESENTAÇÕES



INJETÁVEL



SUBLINGUAL

Indicações

- Na dor crônica do paciente oncológico
- No pós-operatório
- Na dor do infarto agudo do miocárdio
- Nos traumatismos
- Nas dores moderadas a severas em clínica geral

Pesquisa e Qualidade **Schering** Segurança Terapêutica