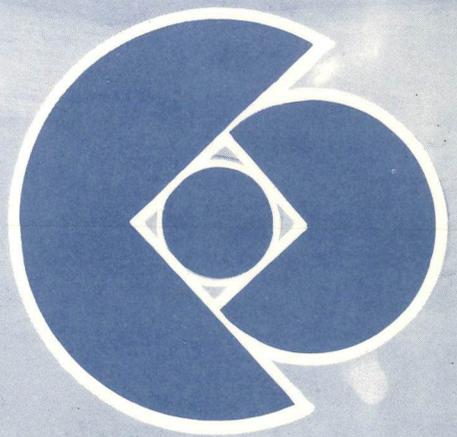


EX-1

**revista
brasileira de
cancerologia**



EX 1

Nº 2 / 78

PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL:

– Gen. Ernesto Geisel

MINISTÉRIO DA SAÚDE

– Ministro: Dr. Paulo de Almeida Machado

SECRETARIA-GERAL

– Secretário: Dr. José Carlos Seixas

SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE

– Secretário: Dr. Humberto Torloni

DIVISÃO NACIONAL DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

– Diretor: Dr. Alberto Coutinho Filho

EX. ④



Revista Brasileira de Cancerologia

Vol. 28 – Nº02, Março/Abril, 1978

Fundadores:

Alberto Lima de Moraes Coutinho
Jorge Sampaio de Marsillac Motta
Mario Kroeff
Moacyr Santos-Silva
Sergio Lima de Barros Azevedo

Diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
Alberto Coutinho Filho

Corpo Editorial:

Adayr Eiras de Araújo – RJ
Adelino José Pereira – SP
Adonis R. L. de Carvalho – PE
Alipio Augusto Camelo – RJ
Antonio Carlos C. Junqueira – SP
Antonio de Oliveira Lima – RJ
Antonio Pedro Mirra – SP
Antonio Pinto Vieira – RJ
Ary Frauzino Pereira – RJ
Ataliba Macieira Bellizzi – RJ
Bertholdo Kruse G. de Arruda – DF
Carlos José Serapião – RJ
Celso Werneck Ribeiro – RJ
Dirceu Martins Vizeu – SP
Djalma de Oliveira – PE
Edmundo Pinto da Fonseca – SP
Geraldo Matttos de Sá – RJ
Hans Heinrich Japp – SC

Hiram Silveira Lucas – RJ
Hugo Caire Farias – RJ
Humberto Torloni – DF
Ivo Carlos Roesler – PE
João Sampaio Júnior – SP
José Aristodemo Pinotti – SP
José Barbosa – SP
José Caetano Cançado – MG
José Ramos Júnior – SP
Josias de Andrade Sobrinho – SP
Luiz Carlos Calmon Teixeira – BA
Mathias O. Rôxo Nobre – SP
Mercês Pontes Cunha – PE
Nísio Marcondes Fonseca – RJ
Romero Bezerra Barbosa – DF
Walter Affonso Carvalho – BA
Walter Corrêa de Souza – RJ

Editores-assistentes:

Romero Bezerra Barbosa
Hebe Quezado de Magalhães

Revisora:

Dra. Corina Desirée da Costa Braga

Representantes:

Associações Nacionais de Controle do Câncer
Universidades e Faculdades de Medicina e Odontologia
Secretarias de Saúde dos Estados
Instituições Médicas Públicas e Privadas

A
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
é o órgão oficial da
DIVISÃO NACIONAL DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

Publicação bimestral de distribuição gratuita às instituições médicas do País e do estrangeiro e aos médicos em geral, de acordo com o critério da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas.

Solicita-se permuta com Revistas Médicas

Published bimontly and distributed free of cost to the medical doctors and institutions in Brazil and abroad in accordance with the established policy of National Cancer Division, Ministry of Health.

Exchange is requested

ENDEREÇO/ADDRESS:

DIVISÃO NACIONAL DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

End.: Praça da Cruz Vermelha, 23
Tels.: (021) 231.41.10
232.9604

20.000 RIO DE JANEIRO – RJ
BRASIL

Índice/Contents

	Pág
ESTADO ATUAL DO CÂNCER GINECOLÓGICO NO BRASIL/PRESENT SITUATION OF THE GYNECOLOGICAL CANCER IN BRAZIL <i>Mercês Pontes Cunha</i>	7
IRRADIAÇÃO DO ABDÔMEN NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE OVÁRIO: Modificação Técnica – TREATMENT OF THE OVARIAN CARCINOMA BY ABDOMINAL IRRADIATION <i>Salim Aisen</i> <i>Carlos Roberto Bruneti Montenegro</i> <i>Ueber José Miola</i> <i>Luiz Alberto Malaguti Scaff.</i>	17
ENSAIO TERAPÊUTICO COM HEPARINA, POLIQUIMIOTERAPIA E AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS EM CASOS DE TUMORES SÓLIDOS METASTÁTICOS POLYCHEMOTHERAPY AND ANTIFIBRINOLYTIC AGENTS IN SOLID METASTATIC TUMOURS <i>Cezar A. Chiaffitelli</i> <i>Álvaro J. Luongo Cespedes</i> <i>Sued O. Rodrigues</i> <i>Francisco D'Elia Filho</i>	23
PROGRAMA ORAL PARA PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO QUE DEVAM SER SUBMETIDOS À ACTINOTERAPIA ORAL PROGRAM FOR PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER TO BE SUBMITTED TO ACTINOTHERAPY <i>Edmundo Pinto da Fonseca</i> <i>José Roberto V. Rezende</i> <i>Walquíria Drago Kamensek</i>	29
A FAMÍLIA/THE FAMILY <i>Peter C. Koltnow</i>	35
A VOLTA DA CRIANÇA CANCEROSA AO SEIO DA FAMÍLIA/RETURN OF THE CHILD WITH CANCER TO THE FAMILY <i>Donald Dilmore</i>	41
NORMAS PARA COLABORADORES/INFORMATION FOR AUTHORS.	45

Esta Revista está indexada na Bibliografia Brasileira de Medicina do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT.

Informamos aos A. A. que os resumos de seus trabalhos publicados nesta Revista serão incorporados ao Banco Internacional de Dados de Pesquisa em Câncer – BIDPC.

Este sistema faz parte do Programa Latino-Americano de Informação sobre Pesquisas em Câncer (LACRIP) e funciona segundo Convênio DNC–MS/OPAS–BIREME.

Os trabalhos publicados expressam exclusivamente a opinião de seus autores e não refletem necessariamente a opinião da Revista Brasileira de Cancerologia ou da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas.

*Estado Atual do Câncer Ginecológico no Brasil**

Mercês Pontes Cunha **

CUNHA, Mercês Pontes. Estado Atual do Câncer Ginecológico. Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília, 28 (2): —, Março/Abril, 1978.

RESUMO: Um estado epidemiológico é apresentado sobre o Estado Atual do Câncer Ginecológico no Brasil. Os dados coletados nos Registros de Câncer de Recife e São Paulo demonstram a elevada frequência de morbidade e mortalidade por Câncer Cérvico-Uterino.

Para desenvolver a atividade de Controle do Câncer, a Divisão Nacional de Câncer sentiu a necessidade de criar uma estrutura para o Programa de Prevenção e qualificar pessoal médico e não médico. Em face às necessidades identificadas, o Serviço de Programação e Orientação Técnica da Divisão Nacional de Câncer instituiu cursos de várias naturezas.

Posteriormente, os Programas de Prevenção foram implantados no Brasil, sendo a atividade de controle de câncer cérvico-uterino desenvolvida com as demais de Saúde Pública.

Recentemente, o Programa de Pernambuco foi avaliado, e os resultados observados demonstraram a exequibilidade do mesmo.

1. INTRODUÇÃO

A inclusão do Controle do Câncer entre os cinco programas subespeciais do Plano Global de Saúde do Ministério da Saúde confirma a importância desta doença e a sua caracterização como um problema de Saúde Pública.

Ressalte-se ainda que, considerando as informações epidemiológicas encontradas na coleta dos dados, não se pode desconhecer o posicionamento elevado das neoplasias ginecológicas em relação aos dos outros sistemas orgânicos.

Para reforçar esta colocação permitame, nesta oportunidade, fazer algumas considerações, quais sejam:

a) Ao realizarmos, em 1975, em Belém, Pará, uma avaliação no intuito de verificar

as condições ambientais e estruturais para implantar um Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino, verificamos que o "Registro de Câncer do Instituto Ofir Loiola", em um período de 4 anos, de 1967 a 1971, apresentava um estudo epidemiológico sobre a incidência das doenças neoplásicas malignas naquela cidade. A análise daquele estudo permite afirmar que o câncer do colo uterino representava 24,2% de todos os casos de neoplasias malignas.

* Palestra proferida na XXIII Jornada Brasileira de Câncer em São Paulo, 1977

** Consultora da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas.

Livre Docente de Citopatologia — U.F.Pe.
Coordenadora de Curso de Formação de Técnicos em Citologia (Citotécnicos)

No sexo feminino, as neoplasias cervicais foram constatadas em 40,3% dos casos. Ainda de acordo com os estudos do "Instituto Ofir Loiola", o câncer de colo uterino corresponde a 90,3% de todas as neoplasias do Aparelho Genital Feminino e 97% das neoplasias do útero.

As faixas etárias 40 — 49 anos e 50 — 59 anos apresentaram incidência de 34,1% e 28,2%, respectivamente.

Dois aspectos merecem ser referenciados: o primeiro deles é que apenas 34,1% das clientes apresentaram sintomatologia clínica, ou seja, as 65,9% restantes tiveram uma evolução silenciosa da doença; e o segundo prende-se ao fato de que, do ponto de vista anátomo-clínico, somente 7,3% das neoplasias cervicais estavam limitadas ao colo uterino, as demais, ou seja, 92,7%, comprometiam o corpo uterino, estruturas vizinhas ou já apresentavam metástases;

b) No Estado do Ceará, a Secretaria de Saúde elaborou um Anteprojeto para um Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino e enfatizou que 29% das neoplasias malignas no sexo feminino estão localizadas no Aparelho gênito-urinário;

c) em Recife, Pernambuco, com base nos dados de 1970 da área do Registro de Câncer, Bertoldo Kruse publica um trabalho sobre o carcinoma do colo uterino e afirma que:

"— o câncer do colo uterino situa-se em 2º lugar entre os casos novos de tumores malignos mais freqüentes em ambos os sexos, correspondendo a 13,7% do total dos casos; quando referidos os de maior freqüência no sexo feminino, assume o 1º lugar, em 23,2%;

— quanto a mortalidade, corresponde a 7% do total de óbitos por câncer e a 12,7% (4ª posição), quando somados apenas os óbitos do sexo feminino;

— deste modo, é significativa causa de morbidade e de mortalidade".

De acordo com as observações do autor, conclui-se que:

— a população feminina do Recife encontra-se numa etapa de alta incidência e de alta mortalidade p/tumores malignos do colo uterino, sendo o grupo populacional mais vulnerável o das mulheres maiores de 25 anos; — a elevada proporção de tumores invasivos é indicativa de baixos níveis de detecção e o predomínio de formas avançadas, irrecuperáveis, condiciona uma curta sobrevida.

— a magnitude do problema se incrementa com a ação recíproca de fatores desfavoráveis que preponderam nestas áreas.

Em 1972, tivemos oportunidade de publicar um trabalho sobre a Situação da Prevenção do Câncer Ginecológico em Pernambuco e, dentre as considerações feitas na ocasião, demos ênfase ao fato de que em levantamento de 100 casos diagnosticados como carcinoma epidermóide do colo do útero, em 1960, quando ainda não dispúnhamos de um Serviço de Prevenção do Câncer cérvico-uterino, desses 100 casos, acima de 50% foram estadiados nas fases mais avançadas III e IV, cujos prognósticos são desfavoráveis.

Posteriormente, em 1972, isto é, 4 anos após a instalação do Serviço de Prevenção no ano de 1968, realizamos o mesmo tipo de levantamento e constatamos que apenas 12% correspondiam aos estadiamentos mais avançados (III e IV).

Estes achados coincidem com as afirmativas do autor citado anteriormente, quando diz que o diagnóstico das neoplasias cervicais é feito nas fases clínicas mais avançadas.

d) no Plano Básico de Ação Sanitária para o Nordeste, em 1975, o controle do câncer foi incluído entre as demais ativi-

dades de Saúde Pública e constatou-se que, no Brasil, a frequência do câncer, por localização, é a seguinte:

- 34% para cérvix uterina;
- 22% para pele;
- 11% para mama;
- 10% para cavidade oral, etc.

No mesmo documento está assinalado que o câncer figura como a 4ª causa de morte em ordem de grandeza para algumas capitais do Nordeste e ocupa o 2º lugar no Rio de Janeiro e São Paulo.

e) Recentemente a D.N.C. analisou 3.000 casos de clientes atendidas com o diagnóstico de câncer cérvico-uterino em 6 meses, e considerou as seguintes variáveis para o referido estudo:

- Topografia do tumor;
- Estadiamento clínico;
- Idade da cliente;
- Procedência;
- Local de atendimento;
- Métodos propedêuticos empregados;
- Tipo histológico do tumor;
- Tratamento aplicado;
- Entidade que foi atendida;
- Situação previdenciária;
- Cor;
- Escolaridade

Da análise realizada, as variáveis de maior relevância assinaladas foram aquelas referentes à topografia e à faixa etária.

- quanto à topografia, as mais frequentes foram na cérvix uterina (ectocérvix) e junção escamo-colunar;

- quanto à faixa etária, a doença predominou entre 30 e 50 anos.

As conclusões foram as seguintes:

- as mulheres portadoras de câncer do colo uterino, de maneira geral, se apresentaram para fazer controle ou prevenção de câncer após a enfermidade já estar instalada e num estadiamento clínico avançado;

- quanto ao método propedêutico, este variou muito e divergiu de Entidade para Entidade;

- há necessidade de se dar maior ênfase ao caráter preventivo do câncer do colo uterino, para que o diagnóstico possa ser feito precocemente e se obtenham melhores possibilidades terapêuticas.

f) em 1976, Galvão Filho realizou um estudo sobre CÂNCER DA ÁREA SUL DO ESTADO DA BAHIA (Polonordeste), e em 803 casos dessa neoplasia, 52,4% corresponderam à esfera genital, sendo que, destes, 63,9% eram da cérvix uterina, e em relação ao total dos casos de câncer, 33,4% foi o percentual constatado. Acresce ainda que os estádios avançados foram de 47,2%

g) em 1969, o Registro de Câncer de S. Paulo publicou uma monografia sobre

TABELA I

Total dos casos novos de câncer em mulheres nos Municípios de S. Paulo e Recife

LOCALIDADE	ANO	CASOS NOVOS DE CÂNCER DETECTADOS		
		TOTAL	nº	MULHERES %
S. Paulo	1969	9787	5069	51,7
Recife	1970	1469	869	59,1

a incidência do câncer naquele Município. A análise do referido trabalho permite avaliar a situação do câncer cérvico-uterino em relação aos demais tipos de neoplasias. Os 635 casos de câncer cérvico-uterino representaram 12,5% das neoplasias do sexo feminino;

i) no Rio de Janeiro, ex-Estado da Guanabara, em 1973, o coeficiente de mortalidade do câncer cérvico-uterino foi de 7,8 para 100.000 mulheres.

Tomando por base os dados coletados pelos Registros de Câncer de S. Paulo e Pernambuco, 1969 e 1970, respectivamente, apresentamos uma série de tabelas, as quais objetivam ilustrar o **ESTADO ATUAL DO CÂNCER GINECOLÓGICO NO BRASIL**.

Na Tabela I apresentamos os casos novos de câncer detectados em mulheres nos anos de 1969 e 1970, em S. Paulo e Recife.

Na tabela II situamos os casos novos de câncer do aparelho genital feminino em re-

TABELA II

CASOS novos de câncer no Aparelho Genital Feminino em mulheres nos Municípios de S. Paulo, Recife e da Área Sul da Bahia *

LOCALIDADE	ANO	MULHERES		
		TOTAL	nº AP. GENITAL	%
S. Paulo	1969	5060	2098	41,5
Recife	1970	868	428	49,3
Bahia *	1966/1976	803	421	52,4

lação ao total das neoplasias encontradas nas mulheres.

Nesta tabela incluímos os dados referentes aos casos de câncer ginecológico da

TABELA III

CASOS NOVOS DETECTADOS DE CÂNCER DO COLO UTERINO NO AP. GENITAL

LOCALIDADE	ANO	AP. GENITAL FEMININO		
		TOTAL	nº Colo de útero	%
S. Paulo	1969	2098	635	30,3
Recife	1970	428	200	46,7
Bahia *	1966/1976	421	269	63,9

*Área Sul da Bahia — Ilhéus e Itabuna

Área Sul da Bahia, Polonordeste, por se tratar de dados colhidos em cidades do Interior onde inexistem atividades de controle de câncer.

Na tabela III são analisados os casos novos de câncer do colo uterino em relação aos casos de câncer do ap. genital feminino.

A tabela IV mostra as faixas etárias em que os casos novos de câncer de colo de útero foram detectados, demonstrando que a prevenção deveria ser iniciada após os 20 anos, a fim de evitar a evolução das lesões pré-invasoras (displasias a carcinoma "in situ") e somente serem diagnosticadas nas faixas etárias de 45 a 49 e 55-59, quando as mulheres desempenham atividades de maior contribuição para a comunidade.

TABELA IV

Casos novos de câncer de colo de útero p/ faixas etárias nos Municípios de S. Paulo e Recife.

Na tabela seguinte (V) é apresentado o coeficiente de mortalidade para câncer cérvico-uterino.

TABELA V

Mortalidade Específica por câncer de colo de útero nos Municípios de S. Paulo, Recife e Rio de Janeiro.

Do exposto, conclui-se que o câncer ginecológico apresenta uma freqüência elevada e, na esfera genital feminina, o do colo de útero predomina significativamente. Por outro lado, o câncer cérvico-uterino, além de se prestar ao diagnóstico precoce, oferece grandes possibilidades de detecção nas fases incipientes da doença.

Ressaltamos ainda que a classe modal dos 30/50 anos abrange o período de vida da mulher onde, em plenitude, desempenha suas atividades, hoje não apenas restritas ao lar, porém cada vez mais ampliadas e diversificadas nos vários setores do mundo moderno. O enfoque deste achado é de uma importância tal, que dispensa outras considerações a respeito.

2. DESEMPENHO DA D.N.C./M.S.

Por ocasião da elaboração do Documento sobre o P.N.C.C., uma equipe de técnicos assessorada pela Organização Panamericana de Saúde dimensionou as prioridades

para a realidade brasileira, fixando as normativas do P.N.C.C.

No referido Programa as metas definidas foram:

- Implantação do Sistema
- Ensino e Pesquisa
- Prevenção e Detecção
- Tratamento

No que se refere ao câncer ginecológico, os estudos epidemiológicos demonstram que o câncer cérvico-uterino constituiu o tipo mais freqüente das neoplasias malignas no sexo feminino, somando-se ainda ao fato de ser diagnosticado em estadiamento avançado, quando, além de oneroso o tratamento, os resultados são precários ou ineficazes.

Sendo assim, em quase todos os Estados, foi realizado um estudo com o objetivo de verificar os Programas de Prevenção existentes.

Observou-se que para desenvolver a atividade do controle de câncer, além de uma estrutura administrativa capaz de desenvolver o programa, se impunha a qualificação de pessoal médico e não médico para desenvolver o programa planejado.

2.1.1 – Ensino e Pesquisa

Através do Serviço de Programação e Orientação Técnica, a Divisão Nacional de Câncer concluiu que, para a execução do Programa Nacional de Controle do Câncer como atividade integrante nos demais Programas de Saúde, além dos Recursos Materiais, Físicos e Financeiros, era imprescindível a qualificação dos Recursos Humanos que iriam se envolver com as atividades propostas.

Face às necessidades exemplificadas, o Serviço de Programação e Orientação Técnica da Divisão Nacional de Câncer instituiu uma programação que envolveu:

- Cursos Básicos

- Cursos de Treinamento em Serviço
- Programa cooperativo com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
- Cursos de Atualização em Hospitais Especializados em Oncologia
- Cursos de longa duração (formação de técnicos em citologia)
- Outros cursos
- Patrocínio de Encontros, Jornadas, Congressos e Conferências relativas à Oncologia
- Elaboração de Material Didático
- Publicação de Periódicos, etc.
- Assessoramento e apoio aos programas elaborados.

2.2 – Dos Programas de Prevenção

Vários Programas de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino foram implantados no Brasil e vêm desenvolvendo suas atividades de controle de Câncer ao lado de outros Programas de Saúde, com os seguintes objetivos:

- Detectar as neoplasias cervicais em fase inicial, as quais apresentam excelentes resultados e com baixo custo quanto ao tratamento;
- Diagnosticar certas ginecopatias, contribuindo para a prevenção das lesões displásicas;
- Fornecer meios para a verificação dos índices de mortalidade, freqüência, incidência, prevalência e a avaliação dos resultados do Programa;
- Incentivar os trabalhos de pesquisa aplicada: novos métodos operacionais e de controle, corrigindo os fatores epidemiológicos diagnosticados como responsáveis pelo problema.

Quanto à metodologia utilizada, vem sendo adotada aquela que a Divisão Nacional do Câncer tem estabelecido para os Programas de Prevenção implantados.

As normas procedentes e demais detalhes do Programa Nacional de Controle do Câncer foram adaptados às necessidades da área de atuação onde os Programas foram implantados.

De um modo geral, o Programa é composto de uma Estrutura com:

- Consultoria/Assessoria
- Coordenação/Supervisão
- Detecção das lesões displásicas
- Diagnóstico/Tratamento
- Seguimento e Controle
- Treinamento e Reciclagem
- Avaliação Periódica
- Educação Sanitária
- Pesquisa

RECURSOS HUMANOS/MATERIAIS
RECURSOS FINANCEIROS
MECANISMO DE CONTROLE E SE-
GUIMENTO
IMPLANTAÇÃO PROGRESSIVA DO
PROGRAMA

2.2.1 — Programa Nacional de Controle de Câncer Cérvico-uterino em Pernambuco

Este Programa resultou, basicamente, do documento denominado Anteprojeto do Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino de Pernambuco, elaborado pelo Prof. Bertoldo Kruse Grande de Arruda, Coordenador do Registro de Câncer de Pernambuco, por solicitação do Prof. Fernandes Figueira, então Secretário de Saúde deste Estado. O referido Anteprojeto foi aprovado por um Grupo de Trabalho, a fim de ser ajustado às metas do plano estadual de Saúde, definir a participação das Instituições interessadas, quantificar e racionalizar recursos, e estabelecer normas e procedimentos operacionais.

Recentemente, em julho de 1977, o Programa Nacional de Controle de Câncer de Pernambuco foi avaliado na FUSAM/S.

S., com a presença de técnicos da Secretaria e da Divisão Nacional de Câncer. Dentre as conclusões apresentadas, ressaltamos as seguintes:

a) o nível de detecção foi superior ao estimado, que era de 3%, obtendo-se 4,4%;

b) a meta de cobertura observada foi de 34% em 3 anos, quando a estimada era de 50% para 5 anos de atividade;

c) o cumprimento da meta foi de 68% em 3 anos, demonstrando que seguramente em 5 anos a meta atingirá os 100% previstos, ou mesmo ultrapassará essa previsão;

d) no tratamento, controle e seguimento, observou-se:

— população com lesões detectadas 2004

— 4,4%

— tratamento completo 700 — 33,9%

— em tratamento 58 — 2,8%

— outras situações* 1004 — 48,6%

A rubrica de Outras Situações refere-se àqueles casos transferidos para outras Unidades de Saúde, das elementares para as de maior suporte técnico.

Observou-se que o Programa não recebeu o retorno das informações dos casos enviados para tratamento nas referidas Unidades.

— população residual com lesões detectadas sem tratamento: 302 — 14,6%

e) A Secretaria de Saúde/FUSAM demonstrou que, apesar das falhas observadas (insuficiência de Recursos Humanos, falha efetiva no seguimento dos casos detectados, "Casos perdidos"), possui uma estrutura capaz de desenvolver as atividades do Programa.

2.2.2 — Outros Programas

Em abril de 1975, um Grupo de Trabalho constituído de participantes da FSESP e Divisão Nacional de Câncer se reuniu e elaborou um Manual de Normas e Instru-

ções sobre o Programa Piloto de Controle de Câncer Cérvico-uterino na FSESP.

Este Manual objetivou orientar as Diretorias Regionais da FSESP no desenvolvimento da atividade do Programa.

Em 1976, com a orientação e treinamento da equipe de Saúde da FSESP, o programa iniciou suas atividades, em 10 Unidades Básicas de Saúde de Pernambuco e Paraíba.

Três avaliações foram realizadas e a Coordenação de Saúde da FSESP e o Diretor da Divisão Nacional de Câncer, face aos resultados obtidos, autorizaram a expansão do Programa às demais Unidades Básicas de Saúde da FSESP.

Em 1975, foi elaborado um Anteprojeto sobre o Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino para o Estado do Pará, o qual foi apresentado ao Secretário de Saúde e Núcleo do Câncer, em um Seminário em que participaram todos aqueles envolvidos na Expansão do Programa.

Outros Programas foram implantados no Território Nacional sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde, mas ainda não puderam ser avaliados por não terem atingido o período adequado para uma avaliação.

CONCLUSÕES

Com esta exposição esperamos haver equacionado o tema escolhido, todavia, faz-se mister reforçar alguns aspectos enfocados:

— no Brasil, os estudos epidemiológicos demonstram a elevada frequência do câncer, sendo, portanto, considerada uma doença de Saúde Pública;

— dentre as neoplasias malignas, as ginecológicas são representativas e as do colo uterino ocupam lugar de destaque;

— o diagnóstico das neoplasias cervicais é realizado em percentual elevado e em estadiamento avançado;

— os métodos de diagnóstico são precisos, e permitem surpreender a doença em fase incipiente, conseqüentemente, com resultado mais satisfatório e menos oneroso;

— o descobrimento do câncer em momento oportuno, em qualquer localização, constitui o melhor recurso para reduzir a mortalidade.

Face a estas considerações, a D.N.C./M.S. preocupou-se, prioritariamente, em capacitar pessoal da área de saúde para desenvolver as atividades de controle do câncer, apoiar os Programas de Prevenção já existentes, agilizando-os, e implantar outros, progressivamente, em regiões geográficas que estrategicamente apresentem características favoráveis ao desenvolvimento da atividade integrada às demais de Saúde Pública.

Desnecessário se torna afirmar que o labor destes Programas perder-se-ia se inexistissem condições efetivas para o controle, tratamento e seguimento dos casos e se os Hospitais Especializados, destinados ao tratamento, não fossem apoiados a fim de poderem correr *pari passo* com as entidades de finalidade diagnóstica.

SUMMARY

THE PRESENT CONDITION OF THE GYNECOLOGICAL CANCER IN BRAZIL

An epidemiological study about the Present Condition of the Gynecological Cancer in Brazil is presented. The data, collected in Recife and São Paulo Cancer Registry, demonstrated the high morbidity and mortality frequency on Cervico-Uterine Cancer.

For developing the activity of Cancer Control, the National Division of Cancer felt the necessity of setting up a structure and training the medical and paramedical personnel for the Program of Prevention. Due to this, the National Division of Cancer, through its Service of Programming and Technical Orientation established courses of several kinds.

Later on, the Prevention Programs were implanted in Brazil being the Control of Cervico-Uterine Cancer carried out as a Public Health activity.

Lately, the Program of Pernambuco was evaluated and the results demonstrated its feasibility.

4. BIBLIOGRAFIA

- Anteprojeto do Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino, S.S. — Ceará —, 1977
- ARRUDA, B.K.G. de — Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero no Recife. *Revista Brasileira de Cancerologia* — Vol. 25.84-97 — 1/11/1973 Brasília.
- • O Controle de câncer do colo do útero como atendimento de massa. I Jornada Brasileira de Cancerologia. Recife, 1973
- ALVA, R.A.; ORDONEZ, B.R — Detección del câncer cervico — uterino. *Salud Publica de México V: XII* — Marzo — abril, 1970. Mexico
- AMARAL, V. T — Aspectos Sócio-Econômicos na epidemiologia do Carcinoma Cérvico — uterino no Brasil — *Anais Brasileiros do VII Congresso Brasileiro de Citologia* — S. Paulo, 1976
- COSTA, A. E; KLEIN, H. C; FURTADO, B. Alys; MOREIRA, M.F.S. — Mortalidade por câncer ginecológico no Rio de Janeiro (ex-Estado da Guanabara) 1965/73 — *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol. 26/6 41 — 64 — Novembro/Dezembro, 1976 — Brasília.
- CUNHA, M.P. — Situação da Prevenção do Câncer Ginecológico em Pernambuco. *Ginecologia Brasileira*. Rio de Janeiro, 5:287 — 92, 1973
- • Programa de Prevenção — I Encontro Nacional das Comissões Regionais de Oncologia. Rio de Janeiro, 22 — 23 abril, 1976. *Revista Brasileira de Cancerologia* — Vol. 26/4 — 47 — 48, julho/agosto 1976, Brasília
- • Avaliação do Programa Nacional de Controle de Câncer Cérvico - uterino em Pernambuco, junho (em publicação), Recife, 1977
- • Avaliação do Programa Piloto de Controle de Câncer Cérvico — uterino FSESP/D.N.C., 1977, em publicação
- Detección de Câncer Cervico — uterino — Simpósio Internacional — Comision Nacional del Câncer — Santiago de Chile, 1971
- Expansão do Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino na FESESP/D.N.C./M.S — Brasília, 1977
- FILHO, G.P.M. — Avaliação da Experiência Brasileira na Prevenção do Câncer Cérvico — uterino (em Municípios do Interior). *Arquivos de Oncologia* — Vol. XVIII/1, 60 — 63, 1976

- GIORDANO, C. CASANOVA, R. — Aspectos Epidemiológicos do Carcinoma do Colo Uterino. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol. 25 (7): 13 — 28, 1975, Brasília
- JUNIOR, C.C. e cols. — Estudo Epidemiológico do câncer do colo uterino do Programa Nacional de Controle de Câncer (P.N.C.C) Anais do VII Congresso Brasileiro de Citologia — S. Paulo, 1976
- MORODER, J — Cómo ve um sanitário el problema del cáncer cervico-uterino — *Revista de Sanidade e Higiene Pública* 1—9, Madrid, 1964
- MIRRA, P.A — Aspectos Populacionais da Morbidade e Mortalidade por Câncer no Município de S. Paulo — *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol. 26 (4), 59 — 70, 1976, Brasília.
- PALACCI, R. O — Epidemiologia de las neoplasias — *Salud Publica do Mexico*, V-XVII — 4 julio/agosto, 543 — 553, 1975, Mexico Plano Básico de Ação Sanitária para o Nordeste, Recife, 1975, 74 páginas.
- PINOTTI, J.A — Aspectos Epidemiológicos do Câncer de Colo uterino-Anais do VII Congresso Brasileiro de Citologia, S. Paulo, 1976
- eBORGES, S.R — Seguimento Efetivo dos Casos Detectados de Carcinoma do colo uterino. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Marzo, 223 — 235, 1977
- Programa de Controle de Câncer Cérvico — uterino no Estado do Pará — Ministério da Saúde — Secretaria Nacional de Saúde — Divisão Nacional de Câncer, 1975 — Brasília
- Programa Nacional de Controle de Câncer (Síntese) — Ministério da Saúde — Divisão Nacional de Câncer, 1975 — Brasília
- Projeto do Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino de Pernambuco, Recife, 1973 (s.n.t.)
- Programa Piloto de Controle de Câncer Cérvico-uterino na Fundação de Serviços de Saúde Pública — D.N.C./FSESP/M.S., 1975.
- Proposta para Criação da Habilitação em Citologia (citotécnico) Ministério da Saúde /Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde — Divisão Nacional de Câncer, 1977.
- Registro de Câncer de São Paulo — Incidência do Câncer no Município de S. Paulo, 1969 — D.N.C./M.S., 1975.
- SALVATORE, C.A — Epidemiologia do Câncer Ginecológico e Mamário. *Revista Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de S. Paulo* 32 (1) : 67 - 76, 1977, S. Paulo.
- Seminario sobre Registros de Cancer en America Latina. *Washington Publication Cientifica*, 215 O.P.A.S 1970 — 163 págs.

Irradiação do Abdômen no Tratamento do Carcinoma de Ovário: Modificação e Técnica*

Salim Aisen **
Carlos Roberto Bruneti Montenegro ***
Ueber José Miola ****
Luiz Alberto Malaguti Scaff *****

AISEN, Salim et alii. Irradiação do Abdômen no Tratamento do Carcinoma de Ovário: Modificação Técnica. Rev. Bras. de Cancerologia Brasília, 28 (2): —, Março/Abril, 1978.

RESUMO: Os autores analisam os resultados de tolerância à irradiação de 44 pacientes portadoras de carcinoma de ovário tratadas com radioterapia.

Vinte e duas pacientes foram tratadas com técnicas já consagradas e as restantes com a modificação técnica proposta pelos autores, que preconizaram seu uso rotineiro, pois as pacientes suportaram melhor este tipo de terapêutica.

INTRODUÇÃO:

A radioterapia da cavidade abdominal no tratamento do câncer de ovário é reconhecida como uma das armas auxiliares no combate a essa neoplasia, aumentando significativamente a sobrevida das pacientes (3, 7, 9).

As técnicas usualmente utilizadas irradiam toda a cavidade abdominal, com doses e fracionamentos variáveis, provocando uma série de complicações, obrigando a interrupção temporária ou definitiva do tratamento, impossibilitando algumas pacientes de se beneficiarem com esta terapêutica.

Dois técnicas são habitualmente empregadas: técnica de "moving-strip" (2,10) e técnica de "campo aberto". Ambas tratam todo o abdômen com a mesma taxa de dose em cerca de 4 semanas, com um reforço de dose na pelvis em 2 semanas ("campo aberto") e praticamente o mesmo esquema para o "moving-strip".

As complicações mais comuns que se observam durante o tratamento radioterápico, usando-se qualquer uma das técnicas acima, estão relacionadas com os sistemas gastro-intestinal, urinário e hematopoético.

O objetivo deste trabalho é avaliar a tolerância das pacientes ao tratamento radioterápico, se variarmos a taxa de dose e o fracionamento nas regiões abdominal superior e pélvica, mantendo-se a equivalência da dose final.

* Trabalho apresentado no XIV Congresso Internacional de Radiologia, realizado no Rio de Janeiro, em outubro de 1977.

** Chefe do Depto. Clínico do Instituto de Radiologia Osvaldo Cruz.

*** Médico-Estagiário do Instituto de Radioterapia Osvaldo Cruz.

**** Ex-Físico do Inst. de Radioterapia Osvaldo Cruz — Físico do Hospital Nossa Senhora das Graças — Curitiba — Paraná.

***** Chefe do Depto. de Física Médica do Instituto de Radioterapia Osvaldo Cruz.

MATERIAL E MÉTODOS:

Para este estudo, realizado no Instituto de Radioterapia Osvaldo Cruz, foram selecionadas 44 pacientes com comprovação histológica de carcinoma de ovário e estadiadas de acordo com a "International Federation of Obstetrics and Gynecology" (FIGO) (1), sendo que 22 pacientes (grupo A) foram submetidas a um dos tratamentos anteriormente descritos, cujas complicações, Fazekas e colaboradores (4) já demonstraram e são amplamente conhecidas. As restantes (grupo B) foram tratadas com a técnica modificada que instituímos.

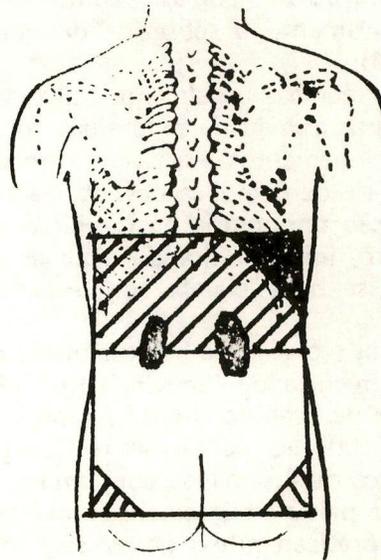
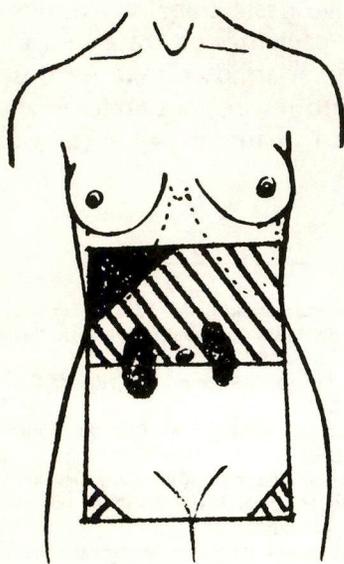
As idades das pacientes do grupo A variaram de 33 a 67 anos, com uma idade média de 50 anos, enquanto que nas do grupo B a variação foi de 34 a 66 anos, também com idade média de 50 anos.

A tabela 1 mostra a distribuição das pacientes conforme o estadiamento clínico.

Tabela 1
Número de pacientes conforme estadio clínico (FIGO)

	I _a	I _b	I _c	II _a	II _b	III	IV
Grupo A	0	3	3	3	2	11	0
Grupo B	0	4	3	1	1	13	0

As pacientes do grupo B foram tratadas com a técnica que passamos a descrever: os campos de irradiação são paralelos e opostos, um anterior e outro posterior, sendo os dois tratados diariamente, com o cálculo de dose tumoral, feito no meio do plano. O campo engloba toda a cavidade abdominal desde a porção superior do diafragma até o limite inferior do foramen obturador (5,6). Os rins são protegidos aos



2.000 rads, bem como a maior parte do fígado, a fim de serem irradiados os vasos linfáticos do diafragma.

A equivalência biológica entre tratamentos radioterápicos pode ser feita, levando em conta três fatores: o tempo, a dose e o fracionamento (TDF) (8).

Nos tratamentos tradicionais, a região abdominal acumula um TDF igual a 42 (20 frações de 150 rads, 5 vezes por semana) e a região pélvica, um TDF igual a 72 (34 frações de 150 rads, 5 vezes por semana).

O método utilizado foi o de interpor, entre o feixe de radiação e a região do abdômen superior das pacientes, um bloco de chumbo de 5,5 mm de espessura, a fim de absorver 30% da radiação incidente (raios X produzidos por um Acelerador Linear de 4 MV) (figura 1).

Desta maneira, esta região recebe 3.570 rads, em 34 frações de 105 rads, 5 vezes por semana, totalizando um TDF igual a 42; e a região pélvica recebe 5.100 rads, em 34 frações de 150 rads, 5 vezes por semana, totalizando um TDF igual a 72. Portanto, mantém a mesma equivalência de tratamento, através dos mesmos valores de TDF.

Os parâmetros utilizados para avaliar a tolerância das pacientes durante o tratamento radioterápico foram sinais e sintomas relacionados ao trato gastro-intestinal, que necessitaram medicação, e ao trato urinário, bem como ao estado hematológico.

Todas as pacientes, ao iniciarem o tratamento, apresentavam-se híidas, com os exames hematológicos dentro da normalidade e não haviam recebido quimioterapia.

As pacientes foram submetidas a exames clínicos semanais e o hemograma realizado quinzenalmente.

Para computação dos dados foram levados em consideração a queda de glóbulos brancos abaixo de 3.000 por mm^3 e a taxa de hemoglobina abaixo de 10g%. Com relação à série plaquetínica, o menor valor do número de plaquetas foi expresso em termos de porcentagem de queda relativos aos valores pré-tratamento.

RESULTADOS:

Com relação aos sinais e sintomas gastro-intestinais levamos em consideração náuseas, vômitos e diarreia, somente com-

Tabela 2
Tolerância Gastro-Intestinal

	Náuseas		Vômitos		Diarreia		Perda de Peso		Internação	
Grupo A	12/22	(54,5%)	8/22	(36,3%)	11/22	(50%)	6/22	(27%)	2/22	(9%)
Grupo B	10/22	(45,5%)	3/22	(13,6%)	8/22	(36,3%)	2/22	(9%)	0/22	

putando aqueles que necessitaram medicação. Nesta análise, foram avaliadas também a perda de peso (que em média foi de 2,16 kg para ambos os grupos) e a necessidade ou não de internação, devido a persistência e resistência dos sintomas às medicações comuns.

A comparação desses dados é mostrada na tabela 2.

Dentro dos sintomas urinários, o principal foi disúria, sendo que, no grupo A, 4 pacientes apresentaram, perfazendo um total de 18% do total e, no grupo B, 3, correspondendo a 13,6% das pacientes.

Os dados hematológicos das pacientes durante o tratamento são mostrados na tabela 3.

No grupo A, 7 (32%) pacientes apresentaram queda de hemoglobina, sendo que 5 (22,7%) necessitaram transfusão de sangue. No grupo B, 4 (18%) pacientes apresentaram queda da taxa de hemoglobina e 2 (%) receberam transfusão.

Com relação aos glóbulos brancos, no grupo A, 7 (32%) e no grupo B, 5 (22,7%) pacientes apresentaram leucopenia abaixo de 3.000 por mm.

O que realmente nos surpreendeu foi com relação às plaquetas, pois no grupo A, 6 (27,2%) pacientes tiveram queda percentual da série plaquetínica, enquanto que no grupo B nenhuma paciente apresentou alteração.

Tabela 3
Dados Hematológicos por Grupos de Tratamento

	Taxa de hemoglobina	Transfusão de sangue	Glóbulos brancos	Plaquetas
Grupo A	7/22 (32%)	5/22 (22,7%)	7/22 (32%)	6/22 (27,2%)
Grupo B	4/22 (18%)	2/22 (9%)	5/22 (22,7%)	0/22

Finalmente, 8 (36,3%) pacientes tiveram seus tratamentos suspensos no grupo A, sendo 6 (27,2%) temporariamente e 2 (9%) definitivamente, 1 delas tinha condições de reiniciar a radioterapia, mas negou-se. No grupo B 6 (27,2%) tiveram seus tratamentos suspensos, 5 (22,7%) temporariamente e 1 (4,5%) definitivamente.

DISCUSSÃO

A introdução da modificação da técnica radioterápica, no tratamento do car-

cinoma de ovário, veio demonstrar algumas vantagens sobre as técnicas clássicas, referentes à tolerância das pacientes durante a terapêutica.

Houve uma diminuição acentuada na porcentagem de complicações habitualmente encontradas, mantendo-se a mesma dose equivalente no final do tratamento, o que provavelmente não irá modificar a sobrevivência das pacientes.

Acreditamos que as taxas de dose diferentes para porção superior do abdômen e

pelvis e o fracionamento da irradiação sejam responsáveis pela minimização dos efeitos colaterais da radioterapia.

Devido a facilidade de realização e benefícios que traz às pacientes, julgamos oportuna a introdução dessa técnica como rotina no tratamento radioterápico do câncer de ovário.

SUMMARY:

The authors analyze the results of radiation tolerance of 44 patients with ova-

rian carcinoma, submitted to radiotherapy.

Twenty-two patients were treated with the classical technics and the remainders with the modified technic proposed by the authours, who recommend its routine use, because the patients have supported better this kind of treatment.

BIBLIOGRAFIA:

- 01 — Classification and Staging of Malignant tumors in female pelvis (FIGO staging system). Reprinted in *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.*, 50, 1—7, 1971.
- 02 — DELCLOS, L., BRAUN, E. J., HERRERA, J.R. Jr., SAMPIERE, V.A., and VAN ROOSENBECK, E.: Whole abdominal irradiation by cobalt-60 moving strip technic. *Radiology*, 81, 632—641, 1963.
- 03 — DELCLOS, L. and SMITH, J.P.: Tumors of the ovary. IN: *TEXTBOOK OF RADIOTHERAPY*, 2nd ed., G. Fletcher (ed), Philadelphia, Lea & Febiger, 690—702, 1973.
- 04 — FAZEKAS, J.T. and MAIER, J.G.: Irradiation of ovarian carcinomas. *Am. J. Roentgenol., Rad. Therapy & Nuclear Med.*, 120, 118—123, 1974.
- 05 — FELDMAN, G.B. and KNAPP, R.C.: Lymphatic drainage of the peritoneal cavity and its significance in ovarian cancer. *Am. J. Obst. Gynecol.* 119, 991—994, 1974.
- 06 — FUKS, Z., and BAGSHAW, M.A.: The Rationale for curative radiotherapy for ovarian carcinoma. *Inter. J. of Rad. Oncol. Biol. Phys.* 1, 21—32, 1975.
- 07 — HINTZ, B.L., FUKS, Z., KEMPSON, R.L., ELTRINGHAM, J.R., ZALOUDEK, C., WILLIAMSON, T. J., and BAGSHAW, M.A.: Results of postoperative megavoltage radiotherapy of malignant surface epithelial tumors of the ovary *Radiology*, 114, 695—700, 1975.
- 08 — ORTON, C.G., and ELLIS, F.: A simplification in the use of the NSD Concept in practical radiotherapy. *Brit. Jour. of Radiol.*, 46, 529—537, 1973.
- 09 — POMERANCE, W. and MOLTZ A.: Ten year survival in carcinoma of the ovary *Obst. Gynecol.* 37, 560—566, 1971
- 10 — SMORON, G.L.: Strip-staggering. *Radiology*, 104, 657—660, 1972.

"Ensaio Terapêutico com Heparina, Poliquimioterapia e Agentes Antifibrinolíticos em Casos de Tumores Sólidos Metastáticos"

Cezar A. Chiaffitelli *
Alvaro J. Luongo Cespedes **
Sued O. Rodrigues ***
Francisco D'Elia Filho ****

CHIAFFITELLI, Cezar A. et alii. Ensaio Terapêutico com heparina, poliquimioterapia e agentes antifibrinolíticos em casos de tumores sólidos metastáticos. Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília, 28(2): —, Março/Abril, 1978.

RESUMO: Em 9 casos de TU sólidos avançados, foi ensaiada terapêutica anticoagulante e antifibrinolítica: Numa primeira etapa com citostáticos e anticoagulantes, se tentou impedir a formação de micro-metástases e facilitar a penetração de quimioterápicos nas metástases já formadas, com a intenção de destruí-las. Numa segunda etapa, com antifibrinolíticos apenas, se tentou **impedir** o crescimento de metástases já constituídas. Este objetivo, se alcançado, poderia proporcionar uma relação TUMOR-HÓSPEDE aceitável, às expensas de um agente não tóxico. Os resultados foram díspares. Por isso mesmo cremos que pesquisas neste sentido devem prosseguir até se estabelecer definitivamente o papel exato dos mecanismos de coagulação e fibrinólise na formação e comportamento da doença metastática.

Partindo do princípio de que a fibrina interfere no mecanismo nidação e formação de micro-metástases, decidimos utilizar a HEPARINA numa tentativa de impedir, ou diminuir, a formação de fibrina, e assim interromper este processo. As células circulantes, impedidas de nidar seriam, então, destruídas por agentes citostáticos.

Ao mesmo tempo, sabe-se que a HEPARINA facilita a permeabilização das metástases já formadas à penetração de agentes quimioterápicos. Assim, a adição de HEPARINA antes, durante e após planos quimioterápicos, poderia influir favoravelmente nestes dois mecanismos.

Concomitantemente, existem formações neoplásicas que liberam agentes fibri-

rólíticos, a fim de destruir o excesso de fibrina que lhes serve de matriz e através do qual se desenvolvem. A utilização de um agente anti-fibrinolítico impediria, teoricamente, o crescimento metastático nos casos em que os tumores segregassem substâncias

-
- * Radioterapeuta — Chefe do Serviço de Oncologia e Radioterapia da A.C. Santa Casa de Rio Grande. Prof. de Oncologia da FURG.
 - ** Radioterapeuta — Físico do Serviço de Oncologia e Radioterapia da A.C. Santa Casa de Rio Grande.
 - *** Departamento de Processamento de Dados do Serviço de Oncologia e Radioterapia de A.C. Santa Casa de Rio Grande.
 - **** Estagiário do Serviço de Oncologia e Radioterapia da A.C. Santa Casa de Rio Grande. Chefe do Laboratório de Análises Clínicas da A.C. Santa Casa de Rio Grande.

lisadoras desta. O tumor ficaria, então, encapsulado numa capa de fibrina, impedido de crescer.

Assim, traçamos uma estratégia que, hipoteticamente, agiria em dois pontos:

a — Um agente anticoagulante, impedindo a formação de novas metástases, e ajudando a destruir as já existentes.

b— Nas metástases já formadas e resistentes, a adição de um agente anti-fibrinolítico, com a intenção de mantê-las estacionadas.

Para tanto, utilizamos a HEPARINA e o ÁCIDO TRANEXÂMICO (*) em alguns casos de carcinomas avançados, e cujos resultados merecem ser analisados.

Dispuzemos de 13 casos de carcinomas, avançados, dos quais foram computados apenas 9, devido ao tempo exíguo de tratamento para os outros 4 casos. Distribuem-se da seguinte forma:

- 5 casos de Ca de mama
- 2 casos de Ca de endométrio
- 1 caso de Ca de pulmão
- 1 caso de Ca de colo de útero.

Nos casos tratados com HEPARINA e citostáticos, aquela foi utilizada na dose de 5.000 UI cada 6 hs, 3 dias antes, durante e 3 dias depois do ciclo de poliquimioterapia. Tratavam-se de 3 casos: 1 Ca de mama, 1 Ca de colo de útero e 1 Ca de endométrio, todos com metástases pulmonares evidentes.

A quimioterapia utilizada baseou-se no seguinte esquema:

- 1º dia — Adriamicina, 60 mg/m²
- 2º dia — Oncovin, 1,4 mg/m²
- 2º, 3º, 4º e 5º dias — Enduxan, 400 mg/m².

Foram executados 3 ciclos, com intervalos de 1 mês entre cada um.

Foi realizada uma avaliação provisória ao fim de um período de 3 a 7 meses, quando obtivemos os seguintes resultados, após esta terapêutica:

Caso 1: Caso de Ca de colo de útero com metástases pulmonares. Desaparição completa das metástases pulmonares. C.R. = 100%.

Caso 2: Caso de Ca de mama com metástases pulmonares. Desaparição parcial das metástases. C.R. = 70%.

Caso 3: Nenhuma modificação foi observada, no caso de Ca de endométrio. N.R.

A evolução destes casos, nos meses posteriores, foi paradoxal. No caso 1, após 4/5 meses, o estado da doente se deteriorou e faleceu com enorme massa abdominal palpável e recidiva das metástases peri-hilares (sendo que o resto do parênquima pulmonar permaneceu normal). Não respondendo ao 4º ciclo de QT e HEPARINA.

No caso 2, após 4 meses de desaparecimento da maior parte das metástases pulmonares, foi estabelecido um regime de AC. TRANEXÂMICO, na dose de 4g/dia, e assim manteve-se estacionária, sem quimioterápicos, por mais 3 meses. Ao fim deste tempo, fez uma metástase cerebral e faleceu.

No Caso 3, após 2 ciclos de QT + HEPARINA, as enormes massas metastáticas

(*) TRANSAMIN, gentileza do laboratório NIKKHO.

Os resultados obtidos estão resumidos em 2 tabelas

TABELA A – Casos tratados com HEPARINA + QT

TUMOR PRIMITIVO	METÁSTASES	CICLOS	RESPOSTAS
Ca de mama	Pulmonar	Abril Maio Junho Julho	CR = 70% em 7 meses
Ca de colo de útero	Pulmonar	Março Abril Maio	CR completa (100%) em 4 meses
Ca de endométrio	Pulmonar	Julho Agosto	N.R. (Não houve resposta)

TABELA B – Casos tratados com ÁCIDO TRANEXÂMICO.
11 casos, sendo 4 não computáveis (tempo exíguo).

TUMOR PRIMITIVO	METÁSTASES	RESPOSTA
Ca de mama	Ósseas	N.R.
Ca de endométrio	Ósseas Partes moles	N.R.
Ca de mama	Ganglionares	C.R. (6 meses)
Ca de pulmão	Mediastino Ósseas Sind. para-neop.	N.R.
Ca de mama	Pulmão S.N.C.	C.R. (6 meses)
Ca de mama	Pulmão	R.P. – pulmão = C.R. óssea = N.R.
Ca de endométrio	Pulmonar	N.R.

pulmonares não experimentaram qualquer tipo de remissão. A doença neoplásica prosseguiu sua evolução, encontrando-se atualmente com metástases em partes moles (coxa direita e couro cabeludo) e ainda com progressão nítida das metástases pulmonares.

Nos casos tratados com ÁC. TRANEXÂMICO, se utilizou o seguinte esquema: 3/4 g/diários, por 3 meses de observação, sem qualquer outra droga. O que se desejava saber era se havia estabilização do crescimento das metástases já formadas. Na maior parte dos casos não foi atingido este objetivo.

Há que assinalar que, em 3 casos, se obteve a paralisação de crescimento das metástases existentes, mas em outros 10 casos não se conseguiu impedir que a doença metastática continuasse evoluindo, como no caso (10), em que a doente prosseguiu sua metastatização óssea, enquanto era estabilizada a sua metástase pulmonar. Provavelmente, características próprias dos tecidos em jôgo interfiram no mecanismo de antifibrinólise do ÁC. TRANEXÂMICO.

Outra hipótese é que o dito ácido facilitaria a nidação de micro metástases, através de células circulantes ainda viáveis; neste caso seria aconselhável utilizar todos os meios possíveis de atuar sobre estas, através de QT ou de HEPARINA, antes de intentar terapêutica de Base com agentes antifibrinolíticos, como o ÁC. TRANEXÂMICO.

Outra hipótese é de que estes casos não secretariam agentes fibrinolíticos ou de que

não possuam matriz de fibrina a partir da qual as metástases possam desenvolver-se. Pesquisas de restos de fibrina no sangue não puderam ser realizadas em nosso meio, o que seria uma boa indicação no uso do ÁC. TRANEXÂMICO ou da HEPARINA, previamente, em qualquer PLANO.

Num futuro próximo, talvez a estratégia HEPARINA + QT seguida de ÁC. TRANEXÂMICO seja empregada rotineiramente, quando se intentar atuar sobre a doença neoplásica, utilizando agentes não convencionais como coadjuvantes.

SUMMARY

In nine cases of advanced tumors, an anticoagulant and antifibrinolytic therapy was assayed; in a first stage, using cytostatics and anticoagulants, we tried to avoid the formations of micrometastasis and tried to facilitate the penetration of chemotherapeutics in already formed metastasis, with the intention of destroying them. In a second stage, using only antifibrinolytics, we tried to avoid the growth of already formed metastasis. If this aim were attained, it could provide a good TUMOR-GUEST relation, made possible by a non-toxic agent.

The results were enequal. That is why we believe that such research should be carried on until we can definitely establish the exact role of the coagulation and fibrinolysis mechanisms in the formation and behaviour of the metastatic disease.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) I. Ballini e J. Guimarães — Metástases Hematogênicas — Rev. Bras. de Cancerologia — 1963 — outubro nº 24.
- 2) Birger Astedt e col. — Treatment of advanced breast cancer with Chemotherapeutics and inhibition of coagulation and fibrinolysis — Acta Médica Escandínava — 574/77

- 3) Birger Astedt e col. — Arrest of growth of ovarian tumor by Tranexamic Acid — JAMA — julho 1977 — Vol. 238 nº 2.
- 4) I. Ballini — Estudo sobre a disseminação hematogênica do Sarcoma de Yoshida "O Hospital" — Dez. 1962—Vol. 62 nº 6.
- 5) J. Guimarães e col. — The effect of muscular stress on the metastatic spread of the Yoshida Sarcoma — "O Hospital". out/63 Vol. 64.
- 6) I. Ballini e J. Guimarães — Tumor producing capacity of transplanted lung and spleen taken from Yoshida Sarcoma bearing rats — Separatum "Experientia" 18,186 — 1962.
- 7) J. Guimarães — I. Ballini e M.C. Santos Motta — Hormonal influence on metastatic spread of the Yoshida Sarcoma — Separatum "Experientia" 19,199 — 1963.
- 8) Elias EG, Shukla SK, Mink IB — Heparin and chemotherapy in the management of inoperable lung carcinoma — "Cancer" 36, 129—136, 1975.

Programa Oral para Pacientes Portadores de Câncer da Cabeça e Pescoço que devam ser submetidos à Actinoterapia

Edmundo Pinto da Fonseca *
José Roberto V. de Rezende **
Walquiria Drago Kamensek ***

FONSECA, Edmundo Pinto et alii. Programa Oral para pacientes portadores de Câncer de Cabeça e Pescoço que devam ser submetidos à Actinoterapia. Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília, 28(2): —, Março/Abril, 1978.

RESUMO: Os autores lembram os tipos de tratamento do câncer e após citarem dado estatístico da incidência do câncer bucal, recomendam o início imediato do tratamento.

Salientam as vantagens do tratamento actínio, as doses aconselhadas e os problemas que tal tratamento pode acarretar nos tecidos irradiados.

Consideram que, em se tratando de câncer localizado na região de cabeça e pescoço, o paciente deve ser cuidado por uma equipe, da qual o Cirurgião-Dentista deve fazer parte.

Propõem um programa oral para pacientes que devam receber emanoterapia, no qual se procura prevenir ou diminuir as conseqüências das radiações resultantes de mudanças que ocorrem nos tecidos.

Finalizando, destacam cuidados que esses pacientes devem tomar, orientados pelo Cirurgião-Dentista.

Uma vez diagnosticado, o câncer deve ser tratado imediatamente, seja pela cirurgia, pela quimioterapia, pela imunoterapia ou pela actinoterapia. Muitas vezes, para se obter melhores resultados, recomenda-se a associação desses tratamentos.

Segundo Carl, nos E.U.A. existem aproximadamente 300.000 casos novos de câncer por ano, sendo que 5% se localizam na cavidade bucal. De acordo com o Programa de Controle do Câncer da Divisão Nacional de Câncer, esse percentual é de 13% no Brasil.

Com vantagem, a actinoterapia tem resolvido inúmeros casos de câncer da cabeça e pescoço, por não mutilar como a oncocirurgia; porém, ela pode causar sérias alterações nos tecidos circunvizinhos.

As doses recomendadas por Carl, para a destruição tumoral, variam de 6.000 rads a 13.000 rads. Geralmente aplica-se de 100 a 200 rads diariamente e o tempo de tratamento está entre 5 a 8 semanas.

* Professor Titular e Chefe do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo-Faciais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Coordenador Científico do Setor Odontológico da Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia".

** Professor Livre-Docente do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo-Faciais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e Assessor do Coordenador Científico do Setor Odontológico da Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia".

*** Cirurgião-Dentista

É muito importante que a técnica de aplicação radioterápica seja correta e que se evite o comprometimento dos tecidos saudáveis. Assim, quando for indicado este tipo de tratamento, o paciente deverá estar sob os cuidados de uma equipe especializada, da qual o Cirurgião-Dentista deve fazer parte.

A meta do programa oral para pacientes que devam receber actinoterapia é prevenir ou diminuir as conseqüências das radiações. Nos tecidos submetidos às emanações podem ocorrer: a) edemas; b) endoartrites; hialinização de pequenos vasos com diminuição do suprimento sangüíneo, podendo chegar à necrose tecidual que, no caso de tecido ósseo, se denomina osteorradionecrose; c) alteração do pH salivar, diminuição e até parada do fluxo salivar; d) mucosites ocorrem muitas vezes devido à dificuldade em abrir a boca e podem desaparecer após algum tempo; e) quanto aos dentes, o esmalte é atacado e esse se fragmenta. A dentina também é atingida e a coroa dental é totalmente perdida. No início desse processo o paciente passa a sentir sensação de vidro partido na boca, o que vem a ser os fragmentos dentais.

O que se deseja é eliminar o tumor sem que esses problemas ocorram.

Considerando cada caso, um plano de tratamento deve ser cuidadosamente elaborado pela equipe; esse plano abrangerá os períodos pré, trans e pós aplicações emantotéricas. Nessa oportunidade será discutida a necessidade da confecção de dispositivos auxiliares às aplicações, denominados "próteses radíferas". Essas destinam-se a: conter elementos radioativos (contensoras); localizar os colimadores para que a irradiação seja dirigida sempre para o mesmo local (localizadoras); afastar estruturas e tecidos próximos que não devam receber emanações (afastadoras); ou, ainda, aquelas que

possuem substâncias isolantes à radiação para protegerem os tecidos circunvizinhos (protetoras).

Para confecção dessas "próteses radíferas" é necessário que se obtenha, através de moldagem, o modelo da região sobre a qual o aparelho será planejado e executado.

Em se tratando da região buco-maxilo-facial, o Cirurgião-Dentista deverá fazer um exame minucioso da cavidade oral, verificando a higiene dental, presença de restaurações metálicas, cálculos periodontais, cáries, colo exposto, peça e aparelhos protéticos, raízes residuais, vitalidade dental, etc., sendo anotados em ficha clínica. Deve-se solicitar, inicialmente, uma radiografia panorâmica e, depois, se necessário, radiografias periapicais; também deverá ser medido o pH da saliva para controle posterior.

Segundo esse exame, para maior facilidade, pode-se dividir os casos nas seguintes condições:

1 — **Desdentados:** O exame radiológico mostrará a existência ou não de raízes residuais, cistos, etc, que deverão ser removidos antes do tratamento.

As próteses devem ser verificadas quanto à sua retenção e articulação. Se necessário, devem ser refeitas no menor tempo possível.

Em certos casos essas próteses servirão como "próteses radíferas" após sofrerem algumas modificações.

2 — **Condições dental e oral deficientes:** A ausência ou deficiência de uma boa higiene bucal e dentes em estado precário são fatores que justificam a indicação de extrações, sendo que o tempo mínimo e o início das aplicações é de 6 dias. No caso de serem confeccionadas próteses, o paciente deve ser instruído para manter uma higiene adequada.

3 — **Dentes a serem restaurados:** Pode-se evitar extrações se houver uma boa higiene

bucal, como também recomenda-se o tratamento radicular nos casos que não exijam muito tempo de trabalho. Quanto às cáries dentais, devem ser removidas e os dentes restaurados, sendo que esse tratamento deverá ser executado com a máxima urgência. Quanto ao tipo de restaurações, os radioterapeutas e muitos autores contraindicam as metálicas, antes das aplicações.

4 — Boas condições dental e oral: Deve-se executar qualquer tipo de tratamento que for necessário.

Esses tratamentos devem ser executados antes do início da actinoterapia. Se isso não acontecer eles poderão ser feitos algum tempo após o término das aplicações, no chamado "período de ouro". Uma das características desse período é a volta do pH normal da saliva.

Quanto às extrações dentais pós-aplicação, sempre que possível, devem ser evitadas, pois vários autores as indicam como as causadoras de osteoradionecrose. Carl destaca as infecções que podem causar a osteomielite, pois a irrigação intra-óssea é bastante deficiente ou mesmo inexistente.

Deve-se conscientizar o paciente que sofrerá ou sofreu actinoterapia de que estará sujeito a uma série de conseqüências que podem surgir, mesmo vários anos após as aplicações; essas conseqüências poderão ser muitas vezes evitadas, desde que sigam corretamente e rigorosamente a orientação do profissional.

Os cuidados que o paciente deverá tomar deverão ser indicados gradativamente pelo profissional, a fim de não sobrecarregá-lo com muitos deveres.

Higiene Bucal — É condição essencial para se evitar problemas pós-aplicações. A escovação deve ser constante, seguindo-se uma técnica apropriada como, por exemplo, a de Bass. Nos casos de dentes sensíveis pode

ser usada pasta dental tipo "Sensidyne". A higiene bucal pode ser complementada com bochechos salinos ou com solução de água oxigenada.

Aplicações de fluor — Tem diminuído sensivelmente os problemas de "cáries de radiação" e destruição coronária. As aplicações de fluor devem se iniciar antes da actinoterapia e continuar durante e após o mesmo. São feitas diariamente com fluoreto de sódio a 2%, usando-se uma goteira confeccionada com material plástico e recobrindo as faces vestibulares, oclusais e linguais dos dentes. A complementação é recomendada pela ingestão de água fluorada (1:1.000.000). Autores aconselham, nos casos de dentes sem sensibilidade, a escovação com pasta dentifrícia contendo fluor. **Hábitos e Vícios** — Aconselha-se deixar os hábitos como o de fumar e os vícios como beber, ingestão de tóxicos, etc, considerados altamente prejudiciais.

Saliva artificial — Apesar de que sua absorção se dá rapidamente, aconselha-se o uso, principalmente nos casos de perda do fluxo salivar, quando dará conforto ao paciente. Havendo diminuição do fluxo salivar é aconselhado o uso de pilocarpina para incentivar as glândulas a formar saliva.

Próteses — Os portadores de próteses deparam com um desconforto devido à mucosite e xerostomia. Recomenda-se lavar a boca com solução salina, solução de água oxigenada e remoção do acúmulo de substâncias, com escova macia. As próteses devem ser lavadas e desinfetadas diariamente. Para a desinfecção das próteses de resina acrílica recomenda-se: escovar com água e sabão neutro, imersão em água oxigenada a 20 volumes por 5 minutos e lavar com água filtrada e fervida.

Consultas — É importante que as consultas ao Cirurgião-Dentista sejam feitas, aproximadamente, de 3 em 3 meses; o profissional

deve ser imediatamente procurado se notar qualquer alteração. Caso haja necessidade, os dentes devem ser restaurados normalmente. Carl dá preferência ao amálgama de prata.

Na eventual necessidade de extrações, todo cuidado tem de ser tomado a fim de se evitar infecções. No máximo 2 elementos dentais podem ser avulsionados por vez, não se esquecendo da "cobertura antibiótica". O tecido ósseo está alterado, com pouca ou nenhuma nutrição, favorecendo consideravelmente os casos de osteomielite. Carl considera que dificilmente uma avulsão pode desencadear uma osteorradionecrose e que, às vezes, as extrações podem impedir o desenvolvimento da mesma. Segundo esse autor, a osteorradionecrose acontece durante as aplicações.

A cada consulta recomenda-se um polimento coronário adequado, sem causar irritação tecidual.

Nos portadores de próteses, essas devem ser minuciosamente examinadas e reparadas, se necessário.

Quando for necessário efetuar moldagens, recomenda-se usar alginato, sendo que

a quantidade de água deve ser o dobro da normalmente usada. Todo cuidado será tomado para se evitar traumatismos.

Segundo vários autores, muitos são os pacientes que não tiveram problemas, embora tivessem se submetido à actinoterapia, pois observaram estas recomendações.

SUMMARY

The authors review the modes of treatment for cancer and quote statistical data, advising immediate start for treatment

They emphasize the advantages of radiation therapy, the recommended doses and the problems such treatment may cause in the irradiated tissues.

The tumors of the head and neck region must be treated by a team, of which the dentist is an integral part.

A program is proposed for the patients to be submitted to radiation therapy, aimed to avoid or minimize the tissue damages.

Attention is called to the care of such patients, under the dentist's supervision.

BIBIOGRÁFICAS:

- 1 — ARMANY, M.A. — Radiation protection prostheses for edentulous patients. *J. Prosth. Dent.*, 27(3):292—96, 1972.
- 2 — ARMANRY, M.A. et alii — Radiation displacement prostheses for dentulous patients. *J. Prosth. Dent.*, 27(2): 212—16, Feb. 1972.
- 3 — CARL, W. et alii — Radiation docking device. *J. Prosth. Dent.*, 29(1):97—9, 1973.
- 4 — CARL, W. et alii — Oral care of patients irradiated for cancer of the head and neck. *Cancer*, 30(2):448—453, Aug. 1972.
- 5 — CARL, W. et alii — Radiotherapy and the dentist. *Am. Journal*, 120(1): 188—191, Jan. 1974.
- 6 — CARL, W. et alii — Dental care for the cancer patient. *J. Surg. Oncol.* 293—310, 1974.
- 7 — CARL, W. — Mund-und zahnbehandlung beim strahlenbehandelten pa-

- tient. *Die Quintessenz*, 2:95-102, Feb. 1976.
- 8 - DALY, T.E. - Radiation complication in head and neck cancer, *Cancer Bulletin*, 20(5):90-1, Sept./Oct. 1968.
- 9 - FONSECA, E.P. et alii - Prótese Buco-Maxilo-Facial (Terminologia em Radioterapia). *Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília*, 27(6):13-20, nov./dez. 1977.
- 10 - MACCOMB, W.S. - Treatment of radionecrosis of the intraoral cavity. *Cancer Bulletin*, 24(5):90-1, Sept./Oct. 1972.
- 11 - MATALON, V. - A participação do dentista na multi-disciplina do tratamento do paciente de câncer da boca e do pescoço. *Oral, Belo Horizonte*, 2(3/5):27-30.
- 12 - MATZKER, J. et alii - Synthetic saliva for treatment of hypotyalism especiallu in radiation-induced sialadenitis. *Quintessência*, 9:1, Sept. 1973.
- 13 - RAHN, A.O. and DRONE, J.B. - Dental aspects of the problems, care, and treatment of the irradiated oral cancer patient. *JADA*, 74(5):955-66, Ap. 1967.
- 14 - SANTIAGO, A. - The role of the dentist in radiotherapy. *J. Prosth. Dent.*, 30(2):196-201, Aug. 1973.

A Família

De Peter C. Koltnow
"The Candlelighters"
WASHINGTON, D.C.

FONTE: PROCEEDINGS OF THE AMERICAN CANCER SOCIETY'S NATIONAL CONFERENCE ON HUMAN VALUES & CANCER — JUNE 22-24, 1972

Será útil lembrar o momento em que recebi o convite para preparar este artigo. Pode mostrar uma grande diferença no modo como os profissionais e os pais encaram o câncer da criança. O programa anterior trazia o título: "A Família — Aceitação, Negação, Culpa, Ira". Estas 4 palavras são a visão das atitudes diante da morte. Talvez tenham origem no recente célebre estudo da Dra. Elisabeth Kubler-Ross "Sobre a Morte e os últimos Momentos". Se assim for, essa visão é falha no que possa ser a mensagem mais importante que ela encerre para os que lidam com crianças moribundas.

A Dra. Ross cita 5 estágios típicos de reação diante da morte iminente, e prossegue mencionando o que ela considera a característica mais persistente na luta contra a morte — a esperança. Os pais lidam com o câncer infantil andando de esperança em esperança. Não é uma esperança irrealística de uma cura miraculosa — se bem que uma réstea de luz seja deixada para tanto — mas a esperança de uma vida feliz, cheia de harmonia e valiosa enquanto dure. A chave à reação da família diante do diagnóstico de câncer infantil não está na aceitação, negação, culpa e ira, mas sim em "esperar e enfrentar". Os que ajudam a criança e sua família devem fazê-lo proporcionando a sensação de vida e não de morte.

Isto se tornará tanto mais importante quanto o progresso médico prolongar o tempo entre o diagnóstico e a morte — que é o fim mais comum, senão o único resultado final da leucemia infantil. Este período de uma sobrevida maior impõe sobre a família atingida 2 cargas. A primeira é ajudar a criança a reagir bem, tanto física quanto emocionalmente, aos altos e baixos da leucemia infantil. A segunda tarefa é manter a família unida e funcionando durante o período de grande tensão.

Uma das maiores esperanças que guiam os pais no cuidado da criança doente e da família é a de que seu filho viverá uma vida normal, sadia pelo tempo que isto for possível. Para os pais, um filho sadio significa um filho que viva feliz no seio da família, um filho satisfeito consigo mesmo, capaz de enfrentar as pressões comuns da infância, assim como as condições anormais ligadas ao tratamento periódico e à recaída.

Além disto, há a preocupação crescente pela qualidade da vida da criança e dos outros membros da família. À medida em que progridem algumas formas de câncer infantil, torna-se evidente que existem reais limites ao tempo de vida. Acredito que muitos pais aceitam esta situação, concentrando-se em obter mais da vida que ainda resta. Muitos aprendem que a vida com um filho

fatalmente doente pode ser mais feliz, mais alegre, mais cheia de sentido do que em circunstâncias normais.

Esta lição não vem a todos nem vem facilmente. Esta lição aprende-se em parte sozinho, em parte de outros que passam pelo mesmo transe. O fato de não ser universal o ajustamento positivo a uma vida com câncer infantil é fator tristemente evidente nos poucos estudos efetuados sobre o impacto do câncer sobre a família. Num estudo, a metade dos casais envolvidos necessitou de cuidados psiquiátricos; em outros, os casamentos fracassaram numa taxa de 80 por cento.

Números como estes, assim como a experiência pessoal de muitos de nós, demonstram claramente que o diagnóstico do câncer infantil é o início de efeitos desalentadores sobre toda a família e não somente sobre a criança. Também a família é vítima do câncer infantil.

Uma das razões é que poucos de nós estão preparados a cuidar da lenta morte de um filho. É contrário à nossa concepção do que é natural e certo — de que os pais sobrevivam a seus filhos. Nossa abordagem toda no trato com os filhos é menos em termos da infância ser um período com seus próprios valores, que da infância ser uma preparação para a idade adulta. Em muitas das nossas relações com as crianças, preocupamo-nos mais com o amanhã do que com o dia de hoje. O diagnóstico da leucemia infantil é uma sentença de morte com que nos defrontamos não somente com a perda eventual do ente querido, mas também com a necessidade de construir uma nova gama de valores.

Não é de admirar, pois, que os pais cedo tenham a reação — geralmente dura — de proteger a criança atingida da conscientização de que não haverá nada do porvir que inconscientemente lhe havíamos

prometido. Os primeiros sinais de superproteção e segredo ocorrerão quase que no momento do diagnóstico.

No seu afã de construir uma vida mais ou menos normal para toda a família, muitos pais resguardam seu filho doente do conhecimento de que ele está fatalmente doente. Fazem-no principalmente para poupar à criança ter de enfrentar a idéia da sua própria anulação — já duro para os pais de enfrentar. Há outros motivos: um é proteger a criança das reações ignorantes de alguns adultos, que temem a exposição de seus filhos, e a sua própria, à moléstia; outra razão é poupar aos membros da família e amigos íntimos a preocupação e o desespero que os pais têm de suportar. "Para que sobrecarregá-los com isto?" é uma atitude comum.

Em tais circunstâncias, não é de surpreender que os pais se isolem justamente numa época em que mais necessitam pessoalmente de apoio. Alguns até se isolam uns contra os outros. Como cada um de nós reage diferentemente diante da morte iminente, os casais freqüentemente acham que o parceiro ou está sendo indiferente ou pouco realístico ou não cooperante no trato do problema. Não é de admirar que os casamentos falhem quando os casais enfrentam a experiência mais crucial de sua vida de modo tão contrastante.

Além do conforto humano e da ajuda na resolução dos complexos problemas familiares que surgem com o filho fatalmente doente, muitos pais sentem a necessidade de informações sobre a maneira como a doença irá afetá-los. Há uma sede de conhecimento que raramente é satisfeita, mesmo pela equipe mais compreensiva e solícita. Os pais precisam saber o que está acontecendo por várias razões:

Primeiramente, eles querem saber o que esperar em termos de reação do filho ao

tratamento médico. Em geral, compreendem que ninguém lhes pode garantir que este ou aquele tratamento terá um determinado resultado. Mas a maior parte quer saber as chances, aceitando as notícias más e boas — conquanto que haja um raio de esperança também. Como já se pode prever mais claramente os efeitos físicos da quimioterapia, os pais desejam saber não somente as reações físicas do filho, mas também sua reação em comportamento, pois esta parte de sua saúde pessoal e da qualidade de vida é muito importante para eles. Tempo virá em que muitos pais desejarão informação sobre as fases finais da doença. Eles terão de saber, por exemplo, que seu filho poderá tornar-se absorto e recolhido sobre si mesmo, justamente quando seus pais quererão manter algum contato.

Os pais também necessitam de informação para aquietar alguns dos seus próprios sentimentos de culpa ou autopiedade. Não é, no princípio, uma pergunta inesperada dos pais quando — quer o expressem ou não — indagam se não haveria algo que poderiam ter feito para evitar o surgimento da doença, ou ter ajudado no diagnóstico precoce. Alguns médicos respondem ao sentimento de culpa dos pais sobre a não-diagnósticação do problema antes, dizendo-lhes que um diagnóstico precoce — especialmente nos casos de leucemia — não faz diferença na probabilidade de remissão primeira ou no tempo de vida esperado. Outros pais encontrarão declarações em contrário, em publicações da Sociedade Americana de Câncer e em declarações de pesquisadores de renome. A pergunta, mesmo respondida, persiste na mente dos pais.

A sensação de muitos pais de que justamente eles tenham sido escolhidos por um destino cruel é, na maior parte, devida ao fato de que o câncer infantil ainda é por muitos considerado uma doença rara. A

medida em que as equipes do Serviço Social podem apontar para sua surpreendente frequência, elas vão ajudando os pais a aceitar algo sobre o qual eles não têm nenhum controle.

Pode parecer curioso a muitos dos familiarizados com o auxílio aos pacientes cancerosos e família, que tantos pais possam ser tão mal informados sobre o câncer. Mas são, e, em muitos casos, nem sabem que existem serviços organizados à sua disposição. A descontinuidade no elo de comunicações com os pais pode ocorrer muitas vezes no seio das próprias equipes hospitalares, que freqüentemente não compreendem plenamente que o auxílio e a informação oferecidos às famílias atingidas pelo câncer infantil são elementos importantes na construção de uma vida "normal" e portanto sadia para os filhos.

Em alguns casos os médicos não se propõem a dar muita informação e os pais muitas vezes têm medo de perguntar. Quantas vezes os médicos deixam de dar mais informações quando os pais tentam obtê-las! Esta atitude é chamada, entre os pais, "tratamento de idiota". Os pais sabem quando são tratados assim e contornarão esta situação sempre que possível. Como freqüentemente se informam mal, maior razão ainda para colher o maior número possível de boas informações dos que tratam dos seus filhos.

Há pessoal médico que acredita que um pai informado dá mais aborrecimento do que ele pode ajudar. No livro de Alexander Solzhenitsyn "Enfermaria de Câncer" um paciente, que pede um livro sobre anatomia patológica, recebe a resposta: "É rigorosamente contra os regulamentos permitir a um paciente ler livros médicos". Esta frase, impressa, pode ser engraçada, mas não o é na vida real.

Os pais podem ajudar, especialmente se são informados sobre os sintomas a que devem se manter alerta, ou sobre possíveis efeitos da medicação. Tenho conhecimento de pais que assistiram com galhardia a uma transfusão "platelet"; que evitaram dosagens erradas de aspirina em crianças leucêmicas; que identificaram sangue díspar; que apontaram para mãos e pés com históricos de veias em colapso para ajudar I.V., e que alertaram a equipe médica sobre sérios sintomas em seus filhos. Noutras palavras, eles podem ser úteis e provavelmente serão utilíssimos, caso estejam informados.

E, naturalmente, dentro do lar, quem senão os pais pode cuidar da criança doente? A medida que os tratamentos químicos e radiológicos vão prolongando a vida da criança doente, há de se levar em conta o potencial de alterações de personalidade e de inteligência — e quem melhor do que os pais, alertas a essa possibilidade, poderá detectar os pequenos sinais de modificação que serão importantes aos que ministram o tratamento? Talvez seja cada vez mais útil que se estabeleça um elo de comunicação entre a equipe médica e os pais, útil numa recíproca troca de informações.

Por isso, os pais necessitam de duas coisas que, às vezes, lhes são fornecidas inadequadamente através dos canais comuns de cuidados médicos e do serviço social. Eles precisam de apoio pessoal e orientação na luta contra os efeitos do câncer infantil sobre toda a família, e necessitam de informação sobre o modo como a doença e o seu tratamento afetam seu filho.

Os pais querem saber como lidar com as crises pessoais no seio da família. Querem saber até que ponto ueverão contar aos outros o que há sobre a doença. Como enfrentar as mudanças de comportamento. Como ser justo com irmãos e irmãs. Estes e outros problemas mais sutis martirizam os pais.

Para onde se dirigir para pedir ajuda. Na verdade, a quem se dirigem eles?

Cada vez mais os pais se dirigem aos seus companheiros, muitas vezes com a ajuda dos administradores hospitalares e clínicos; outras, sem eles. Alguns administradores têm oferecido oportunidades para os pais se conhecerem informalmente. Em outros casos, tem-se fornecido assistência profissional aos pais mediante providências mais formais, a fim de ajudar os pais e os filhos maiores a exteriorizarem e lidarem com os problemas que os afligem. Em número cada vez maior de cidades — presente-mente 30 — os pais resolveram agir por si mesmos — ocasionalmente mediante pequena ajuda da equipe hospitalar — organizando-se em grupos de pais.

Todos estes grupos têm 3 fins básicos. Primeiro, fornecer uma oportunidade aos pais para participarem, mutuamente, de informações, sobretudo sobre os efeitos na família, onde há câncer infantil. Em segundo lugar, dar aos pais acesso a uma larga escala de orientação e informação profissional e informação sobre vários aspectos da doença. Em terceiro lugar, e para muitos o mais importante, esses grupos dão aos pais a oportunidade de simplesmente estarem juntos com os que participam do mesmo fardo. Que eles sofrem de uma carga de isolamento depreende-se claramente do modo como muitos pais descrevem sua primeira exposição a esses grupos.

"Era apenas para ter alguém com quem conversar". "Pensávamos que éramos os únicos no mundo com este problema". Ou "Fico ali na sala de espera todas as semanas e olho para aqueles pais e aquelas outras crianças — e não conseguimos dizer nada um para o outro, a não ser algo sobre o tempo".

A maioria dos pais de crianças com câncer encontra-se numa espécie de "solitária"

— em parte por sua própria escolha, em parte porque isto lhes é imposto. À medida em que vão enfrentando a franqueza da maioria dos grupos, o fato de se reunirem oferece-lhes a oportunidade de romper com o isolamento em que se encontram. Vários médicos de crianças com doenças do sangue fatais têm declarado que os pais que conseguem dividir seu desalento e suas experiências com outros pais resistem melhor às cargas do câncer que os que se acham isolados. Os grupos contando com ajuda profissional, naturalmente, podem fazer outras coisas: talvez sejam muito úteis em conseguir o desabafo dos conflitos pessoais e maritais que geralmente surgem com o câncer da infância. Só saber que o comportamento de seu próprio filho, ou de sua esposa (o) não é o único, é de grande ajuda ao pai ou mãe preocupado. Aprender dos outros coisas "técnicas" é importante na luta contra a doença.

À medida em que os profissionais médicos e do serviço social vão se familiarizando mais com os grupos de pais, espero que eles se conscientizem das reais oportunidades que eles oferecem na melhoria do cuidado emocional da criança doente e de sua família, a fim de criar uma via útil de comunicação entre os pais e escurar suas energias e frustrações.

Para os que se interessam pela atmosfera que reina nesses grupos, basta dizer que sua maior característica é o humor. Na companhia de outros com os mesmos problemas, os pais podem colocar os problemas em perspectiva, rir sem se sentirem culpados e demonstrar o humor que sustenta a maioria de nós em épocas de grande tensão. Aliás, os pais, nesses grupos, poderão bem ser uma origem de força para as equipes médicas que freqüentemente consideram a família vítima de uma terrível doen-

ça, e não membros úteis e felizes da sociedade.

Tais grupos não são para todos, naturalmente, mas aos pais deveria ser dada a escolha. Em geral, os pais relutam em encontrar-se com outros no período imediatamente após o diagnóstico. É preciso reunir forças primeiro. Entretanto, eles deveriam ser informados da existência de tais grupos, caso desejem beneficiar-se deles.

À medida em que o tempo de vida das crianças cancerosas se prolonga através de tratamentos médicos que se tornam mais tóxicos ou têm maior potencial para um comportamento de efeito adverso, os pais se preocuparão sempre mais em proporcionar uma vida qualitativamente melhor para a criança atingida e a família. O dramático impulso dado ao auxílio federal em prol da pesquisa do câncer poderá liberar organizações como a American Cancer Society para oferecer mais do que os grupos operando em nível local podem fornecer. Os principais são: serviços auxiliares que estabelecem uma diferença entre uma vida marginal restringida pelas peias impostas pelo câncer e uma vida de real valor — possível mesmo para a criança fatalmente doente que nunca será um adulto. Esses serviços auxiliares seriam uma contribuição sobretudo à criança com câncer, ao corresponder às necessidades de toda a família.

Neste sentido, seja-me permitido expressar um comentário que vem de uma experiência na própria família. Enquanto muito do que acabo de dizer talvez enfatize as deficiências no tratamento dado às famílias, foi através do esforço ativo e passivo da equipe do Hospital das Crianças no Distrito de Columbia que algumas centenas de pais da área de Washington conseguiram reunir-se, trabalhar juntos, retirar forças um do outro — e continuar, depois da morte

de seus filhos — a ser úteis aos outros atingidos pelo câncer infantil.

Aos que aceitam os serviços profissionais com naturalidade, a ajuda pessoal obtida no Hospital das Crianças representa o

tipo de auxílio que todos os pais, todas as crianças doentes, deveriam esperar e obter. Esta Conferência pode ser um passo importante no proporcionamento dessa ajuda.

A volta da Criança Cancerosa ao Seio da Família

por
Donald Dilmore Sr., C.L.U.
Gerente e Agente Geral da Western Life Insurance Co.
Dallas, Texas

FONTE: PROCEEDINGS OF THE AMERICAN CANCER SOCIETY'S NATIONAL CONFERENCE ON HUMAN VALUES & CANCER — JUNE 22-24, 1972

Foi como um raio. Numa tarde de sábado ela era uma menina de apenas 4 anos ajudando seu pai a construir um "pátio". A mais nova de 4 filhos e, como os outros três, nunca tivera uma doença séria. Éramos uma família gozando as amenidades da vida: lar bonito, família feliz, tudo correndo às mil maravilhas.

Sua mãe notou a leve inchação em volta de um dos olhos quando as crianças vieram do pátio e, por um ou dois dias, pensávamos que fosse um "olho roxo", porém, o exame nos levou do pediatra ao oftalmologista, dele para o especialista de ouvidos, nariz e garganta, em seguida ao neurocirurgião e, então, caiu o raio. Na véspera do seu 5º aniversário, o médico disse ao pai: "Leve a criança para casa e dê-lhe a melhor festa de aniversário que possa, porque ela não viverá mais de um ano. Ela tem câncer em localização inoperável"

Eu era o pai e fiquei atônito. Que dizer às outras crianças? Como tratar de um ente que não vai viver mais do que alguns meses? Que acontecerá à boa vida e à família feliz?

Muitos outros problemas deviam surgir nos meses e anos que se seguiram. Sim, anos, mas transportemo-nos para o presente, pois, hoje, Helen está viva e com saúde. Com quase 15 anos, ela vai terminar o ginásio este ano. Ela é a primeira percussio-

nista numa banda de música, aluna com distinção e nada quase todos os dias. Se não se olhasse com atenção para o olho artificial não se adivinharia nunca que esta menina de 5'7" e 115 libras esteve doente um dia que fosse. Mentiria se dissesse que não a mimamos, mas é uma boa menina, com a personalidade mais marcante da família.

Aprendemos muito de Helen e de sua experiência e é isto que quero participar aos senhores hoje. Esta palestra não é um tratado psicológico ou uma douta dissertação e certamente não se compara com os sábios documentos apresentados nesta reunião. São simplesmente minhas observações de como nossa própria família encarou um problema — o de ter sua caçula doente com câncer — e o que vou dizer não será nada de novo nem fora do comum.

Não preciso dizer que nossa principal preocupação foi dar a Helen o melhor dos tratamentos. Dúvida: fazer suas malas e mandá-la para uma instituição médica de renome? Mandar a mãe junto? Felizmente tivemos o conselho avisado de alguns bons médicos e resolvemos segui-lo. Acredito que foi esta a nossa primeira lição — a de seguir conselhos. Um dos médicos disse: "Quanto menos o Senhor alterar a vida familiar, tanto melhor. Se Helen seguir sozinha, seu moral sofrerá. Se a mãe for, ela sentirá falta dos outros da família e de

seus amigos, e o resto da família precisa de uma mãe e também da esposa". Assim, ficamos em Dallas. Felizmente Dallas é abençoada de bons médicos e hospitais e Helen recebeu ótimos cuidados. Achamos que foram-lhe proporcionados cuidados tão bons quanto em qualquer outra parte, tendo, além disso, o benefício de estar perto da família e nós também a tínhamos perto.

Aprendemos também a viver um dia de cada vez. Depois de 10 anos, os senhores talvez se surpreendam por que digo "aprendemos", mas isto não é fácil e eu mesmo sei que não o consegui totalmente. Aprendemos a gozar cada dia e tirar-lhe o melhor partido.

O dia em que Helen conseguiu andar numa bicicleta de duas rodas, os muitos aniversários desde o "último", as formaturas de seus irmãos e irmãs, a profissão de fé de Helen como cristã; estes dias se revestiram de especial significação e foram festejados à medida que vinham. Temos tentado não nos preocupar com o que nos trouxe o ano seguinte ou o mês seguinte. Temos tido dias sombrios, como aquele há 7 anos, quando disseram que Helen não sobreviveria a noite, e aquele dia há 3 anos, quando retiraram seu olho. Mas também poderíamos ter passado os últimos 10 anos nos preocupando com o dia de amanhã (e ainda continuando a nos preocupar) tanto que teríamos perdido as coisas boas.

Creio que o melhor conselho veio do Dr. George Balla, a cargo da quimioterapia de Helen. O que seria permitido a Helen fazer? Suas relações com outras crianças, como deviam ser? E o Dr. Balla respondeu: "Quanto mais normais vocês mantiverem as coisas, quanto menos vocês mimarem a menina e a vigiarem, tanto melhor, não somente para ela, como para toda a família". Portanto, é isto que temos tentado fazer. Quando ela quis aprender a andar

de bicicleta, seu irmão a ajudou a equilibrar-se e ela aprendeu. Quando ela queria nadar, nós ficávamos vigiando-a ansiosos ao preferir ela a cabeça debaixo d'água na maior parte do tempo, mas calamos a boca, se bem estivéssemos preocupados. As lições de flauta lhe causavam dores de cabeça e tonteiras e depois de algumas semanas ela passou voluntariamente para a percussão sem qualquer insistência nossa.

Esta atitude tornou tudo mais fácil para as outras crianças. Ninguém mima Helen. Ela é tratada com igualdade. Suas irmãs pedem-lhe emprestado suas roupas, ela tem sua parte de responsabilidade, ninguém jamais é lembrado de que "Helen esteve doente". Quando um olho se foi, a gente se preocupa com o outro, mas Helen não recebe tratamento especial e ninguém a mima.

Depois do primeiro período no hospital, podíamos sentir a ansiedade das outras crianças. Descobrimos um dos meninos, Don, procurando a significação de malignidade no Livro sobre o Mundo. Leitura bastante pesada para a idade de 10 anos. Faziam perguntas e externavam preocupações, sabiam que algo estava errado. Falamos sobre a situação, não tentamos esconder nada, nem nos detivemos sobre o assunto. Nós lhes dissemos que Helen estava muito doente e que poderia morrer, mas o melhor que podíamos fazer era rezar por ela e não ficar por demais atentos ou demonstrar a nossa preocupação.

Acho que podemos chamar a isto "pensamento positivo" até o último experimento e estou persuadido de que isto tem algo a ver com a luta contra o câncer. Helen nunca desistiu e nós nunca desistimos.

Agradávamos Helen mas nunca a mimamos.

O pensamento positivo me leva à fé. Estive sentado na cadeira do oftalmologista há pouco para examinar meus olhos. Este

oftalmologista passou conosco tempos difíceis. Disse-nos uma tarde há alguns anos, que, depois de seis dias sem comida, sem líquidos ou medicação, Helen não sobreviveria a noite. Enquanto examinava meus olhos ele disse: "Don, não sei no que você acredita, mas sei que foi uma força maior do que existe nesta terra que ajudou Helen a atravessar aquele assédio.

Disso não tenho dúvida. Milhares de pessoas rezaram por ela. Há alguns anos fui apresentado a uma senhora que me disse que um amigo lhe falara a respeito de Helen na pior fase de sua doença e, apesar de não conhecer Helen ou nós na época, ela ficou acordada toda uma noite para rezar por ela e isto foi na pior noite. Nossa família crê que Deus atende as preces e isto nos tem ajudado imensamente.

Não é para diminuir a capacidade dos médicos. Aprendemos desde logo que os nossos melhores resultados vinham da colocação de nossa confiança nos médicos de pensamento positivo, dando-lhes carta branca para fazerem o que consideravam melhor.

Há um problema que tivemos de enfrentar e para o qual não encontramos resposta: é a curiosidade dos adultos. É comum uma criança olhar ou mesmo fixar o inusitado, mas encontramos muitos adultos que olhavam Helen e mesmo faziam perguntas rudes, difíceis de enfrentar. Graças a uma operação e prótese, este problema foi muito amenizado, mas tenho pena dos visivelmente incapacitados que são constantemente lembrados de seus defeitos através de olhares e comentários.

Não falamos sobre a doença de Helen. Acreditamos que sua tremenda atitude po-

sitiva, sua própria insistência de que ela recuperar-se-ia tem sido um grande fator na sua sobrevida. Procuramos encorajá-la não lhe lembrando que esteve doente e deixando que viva uma vida normal.

O resultado final tem sido uma família mais estreitamente unida, reciprocamente mais compreensiva e profundamente leal. Sentimo-nos extremamente afortunados que Helen tenha vivido estes 10 anos. Todos temos feito nossa parte de sacrifício. Minha mulher passou incontáveis horas no hospital, em idas ao radiologista e outros médicos. Os outros filhos tiveram de abdicar a certas coisas e todos fizemos algum sacrifício financeiro, mas temos tido uma vida familiar feliz; creio que uma vida familiar normal e uma melhor filosofia de como conseguir obter mais da vida.

Talvez não tenha dito grande coisa. É como aquela história da menina observando sua mãe colocar creme no rosto uma noite. "Por que você faz isso?" perguntou a menina. "Para tornar-me mais linda" disse a mãe. A guria olhou fascinada para a mãe retirando o creme com lenços de papel e, suspirando profundamente, disse: "Não ajudou muito, não é, mamãe?"

Não sei mesmo se os senhores podem ajudar uma família a enfrentar este problema de uma criança cancerosa voltar para a família, a não ser insistir que ela mantenha sua fé e mantenha as coisas do modo mais normal possível.

E espero que um dia Helen, os Senhores e eu possamos assistir à descoberta da resposta na derrota do câncer pelos cientistas.

Normas para Colaboradores da Revista Brasileira de Cancerologia

A Revista Brasileira de Cancerologia, publicação bimestral, é editada pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas e visa a publicar artigos inéditos sobre temas de Oncologia ou afins. Os trabalhos deverão ser enviados a Dr. Romero Bezerra Barbosa, Editor assistente da Revista Brasileira de Cancerologia – Ministério da Saúde – Bloco 11 – 3º andar – Brasília – Distrito Federal.

Os artigos apresentados para publicação serão submetidos a parecer do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência do acolhimento da matéria apresentada.

A Revista Brasileira de Cancerologia não devolve os originais de trabalhos recebidos, mesmo os que não forem publicados. Reserva-se o direito de, através do Corpo Editorial, fazer modificações necessárias ao enquadramento do artigo às normas da Revista.

Os artigos assinados são de responsabilidade técnica e administrativa exclusiva do autor.

Somente com a autorização escrita da Direção Científica da Revista poderão ser reproduzidos, no todo ou em parte, artigos publicados na Revista Brasileira de Cancerologia.

Os trabalhos deverão ser redigidos de acordo com o "GUIA PARA REDAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS DESTINADOS À PUBLICAÇÃO", publicado pela UNESCO, isto é, deverão trazer: título conciso e explícito, nome do autor (ou dos autores) e da instituição a que pertence, introdução, materiais e métodos, resultados, comentários, resumo e referências bibliográficas.

Texto: O texto do artigo em duas vias (original e uma cópia) não deverá exceder a 20 páginas datilografadas em papel formato ofício, numa só face, com espaço duplo, deixando margem de 2,5 cm, no mínimo, de cada lado. Todas as páginas deverão ser numeradas.

Os artigos devem ser escritos em língua portuguesa obedecendo à ortografia vigente no País. Os artigos escritos em língua estrangeira devem ser acompanhados da respectiva tradução para o português apresentada pelo autor.

Resumo: Todo trabalho deve ser acompanhado de um resumo em português e outro em inglês, podendo acrescentar-se, a critério do autor, resumos em francês e alemão. O resumo de, no máximo, 150 palavras, deve conter os seguintes elementos: a) experiências ou pesquisas realizadas; b) resultados encontrados; c) conclusão.

Ilustrações: As ilustrações podem constar de gráficos, tabelas, desenhos (feitos a nanquim) e fotografias (cópias em papel brilhante), não devendo ser coladas. Anotar no verso, a lápis, o número da figura, o título do artigo e o lado de cima da ilustração.

Legendas: As legendas das ilustrações devidamente numeradas devem ser enviadas em folha anexa.

Bibliografia: Todo o trabalho deve ser acompanhado, no final, de uma bibliografia, que deverá se restringir aos trabalhos consultados que contenham as idéias básicas utilizadas pelo autor para desenvolver sua argumentação.

As referências bibliográficas devem ser ordenadas alfabeticamente de acordo com o sobrenome dos autores e numeradas consecutivamente, referindo-se no texto o número correspondente. Devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação da obra referenciada.

Na numeração das notas de rodapé, usa-se o número alto, tanto no texto quanto no rodapé. No texto, o número da nota deve ser colocado logo depois da pontuação que encerra a citação.

As citações de artigos de revistas devem conter os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es) (sempre o sobrenome, em letra de caixa alta, antecedendo o prenome), título completo do artigo, nome da Revista (abreviação para citação), número do volume em algarismos arábicos, número do fascículo entre parênteses, páginas inicial e final do artigo referenciado, local e ano de publicação.

Exemplo: BUCHSBAUM, Herbert J., Lymphangitis Carcinomatosis Secondary to Carcinoma of Cervix. *obstet. Gynecol.* 36(6): 850-60, dec. 1970.

As citações de livros devem indicar: nome(s) do(s) autor(es), título do livro, número da edição, local (cidade), editora, ano, volume (quando houver mais de um). Quando a obra tem dois autores, mencionam-se ambos, na ordem em que aparecem na publicação, ligados por & (sempre o sobrenome, em letra de caixa alta, antecedendo o prenome).

Exemplo: GOLIGHER, J.C., *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 2. ed. London, Gassell, 1967.

Se a citação for de capítulo de livro, a indicação deverá ser assim: autor(es) do capítulo, título do capítulo "in" nome do editor, título do livro (sublinhado), número da edição, local (cidade), editora, ano, indicação do capítulo, páginas inicial e final.

Exemplo: ROWSON, K.E.K. & JONES, H.M., Herpes Simplex Type I and Type 2 Antibody Levels in Patients with Carcinoma of the Cervix or Larynx IN P.M. BRIGGS G. de — THÉ & L. N. PAYNE, *Incogenis and Herpesviruses*, IARC Scientific Publications n° 2, Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1972, 428-431.

Em caso de mudança de endereço preencha e remeta-nos este cartão.

Ao
Instituto Nacional de Câncer
Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
Serviço de Programação e Orientação Técnica – SPOT
Praça da Cruz Vermelha, 23
20.000 – Rio de Janeiro – Brasil

Remetente:

Nome

Endereço

Cidade

Estado CEP



