

# Estudo da mucosa labial enxertada em bulbo ocular para correção de simbléfaro

## *Evaluation of labial mucous membrane graft for symblepharon repair*

Ana Estela Besteti P. P. Sant'Anna <sup>(1)</sup>

Waldir Martins Portellinha <sup>(2)</sup>

Moacyr P. Rigueiro <sup>(3)</sup>

Paulo Sérgio de Moraes Barros <sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Estudar a mucosa enxertada em bulbo ocular para correção de simbléfaro severo.

**Material e Método:** Dez pacientes, três do sexo feminino e sete do masculino, com idade entre 26 e 68 anos (média de 47,5 anos) que apresentavam simbléfaro severo foram submetidos a enxerto de mucosa labial, no período de julho de 1989 a agosto de 1995. As causas do simbléfaro foram: trauma, pterígio recidivado, síndrome de Stevens-Johnson e conjuntivite cicatricial crônica.

**Resultado:** Após a cicatrização da mucosa enxertada, esta foi biopsiada e os resultados dos exames anatomopatológicos demonstraram epitélio pavimentoso estratificado, não queratinizado na totalidade dos casos, sendo que em 90% dos pacientes estudados o infiltrado inflamatório foi discreto com predomínio celular de linfócitos.

**Conclusão:** Acreditamos que o enxerto de mucosa labial sirva para refazer os fundos de saco, sendo um material de fácil obtenção. Pode ser retirado em quantidades suficientes para recobrir toda a área da conjuntiva bulbar. O enxerto de mucosa labial apresenta bons resultados para tratamento de pacientes com simbléfaro severo e não muda suas características histológicas após a enxertia.

**Palavras-chave:** Mucosa labial; Enxerto; Simbléfaro.

### INTRODUÇÃO

Simbléfaro (do grego συν, junto e βλεφαρον, pálpebra) é uma aderência entre a superfície conjuntival das pálpebras e o bulbo ocular.

Pode ocorrer após cirurgias, traumas, principalmente, queimaduras químicas, inflamações, como na síndrome de Stevens-Johnson e penfigóide ocular, conjuntivites cicatriciais crônicas e outras afecções.

Dentre as técnicas cirúrgicas utilizadas para correção do simbléfaro temos a zetaplastia para correção de pequenas faixas de adesão, enxerto livre de conjuntiva do olho contralateral (para simbléfaros não muito extensos) e o enxerto de mucosa para correção de casos severos.

Dentre as áreas doadoras para os enxertos, podemos citar as mucosas bucal, nasal, do seio maxilar, prepucial, vaginal e retal.

Denig foi o primeiro a descrever o enxerto de mucosa labial como tratamento em doenças oculares, utilizando o enxerto de mucosa bucal para tratamento de *pannus* tracomatoso. Descreve o enxerto de mucosa bucal como tratamento imediato para repor a conjuntiva perilimbar excisada em pacientes com queimaduras oculares. Este relato de Denig trouxe uma completa mudança da terapia até então existente e introduziu um tratamento cirúrgico para queimaduras oculares <sup>1,2</sup>.

<sup>(1)</sup> Chefe do Setor de Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>(2)</sup> Colaborador do Setor de Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina e Doutor em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina.

<sup>(3)</sup> Professor Assistente do Departamento de Anatomia Patológica da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.

<sup>(4)</sup> Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de São Paulo. Orientador de Curso de Pós-Graduação do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.

**Endereço para correspondência:** Ana Estela Sant'Anna, Av. Indianópolis, 2.626. São Paulo (SP) CEP 04062-002. e-mail: anestela@uol.com.br

O'Connor relata a importância da precocidade do enxerto para tratamento de olhos queimados<sup>3</sup>.

Siegel descreve cinco casos de queimaduras oculares tratadas com enxerto de mucosa labial. O autor ressalta a importância da precocidade do enxerto na vascularização e rápida cicatrização da córnea. O enxerto precoce também preveniria a formação de tecido cicatricial e simbléfaro. A urgência e a necessidade em fazê-lo eram determinadas pela destruição do suprimento vascular da córnea<sup>5</sup>.

Ballen, estudou, retrospectivamente, 27 casos de enxerto de mucosa labial em olhos queimados por substância corrosiva alcalina. Em seus resultados, concluiu que em queimaduras severas, o enxerto de mucosa preserva mais olhos que os métodos conservadores e o enxerto atuaria como uma ponte para revascularização do limbo e da córnea, podendo ser esta a razão para a sobrevivência da córnea nestas queimaduras<sup>6</sup>.

Shore et al. fizeram uso de enxerto de mucosa labial, retirado com mucótomo, para tratamento de pacientes com penfigóide ocular cicatricial<sup>7</sup>. O enxerto foi realizado sobre a parte tarsal da conjuntiva, que era previamente removida por meio de abrasão. Os resultados foram bons em 12 pacientes, satisfatórios em dois pacientes e pobres em cinco pacientes. Os resultados pobres ocorreram nos pacientes que apresentavam doença ativa na época da cirurgia. Notaram que, surpreendentemente, a visão melhorou no pós-operatório dos pacientes onde foi realizada a correção do simbléfaro e onde foi feito o enxerto de mucosa labial, sendo este efetivo no tratamento de pacientes com penfigóide ocular cicatricial nos estágios três e quatro.

O objetivo deste estudo foi avaliar a mucosa labial enxertada em bulbo ocular, verificando se esta sofre alterações histopatológicas após a enxertia e discutir as alterações sofridas no tratamento de pacientes com simbléfaro.

## MATERIAL E MÉTODO

Dez pacientes, três do sexo feminino e sete do sexo masculino, com idade entre 26 e 68 anos (média de 47,5 anos e mediana de 51 anos) do setor de Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina e da Faculdade de Medicina de Jundiaí, que apresentavam simbléfaro severo, como seqüela de várias doenças, foram submetidos a enxerto de mucosa labial, no período de julho de 1989 a agosto de 1995.

As causas do simbléfaro foram: trauma, pterígio recidivado, síndrome de Stevens-Johnson e conjuntivite cicatricial crônica.

Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia sob anestesia geral, com intubação oral.

A mucosa foi retirada da região interna do lábio inferior com mucótomo (dermatômetro de Davol-Simon®), que permite a retirada de uma mucosa com cerca de 0,375 mm de espessura (Figura 1)<sup>7</sup>.

O olho foi preparado liberando-se a conjuntiva lesada, com áreas de fibrose, a partir do limbo e rebatendo-a para os

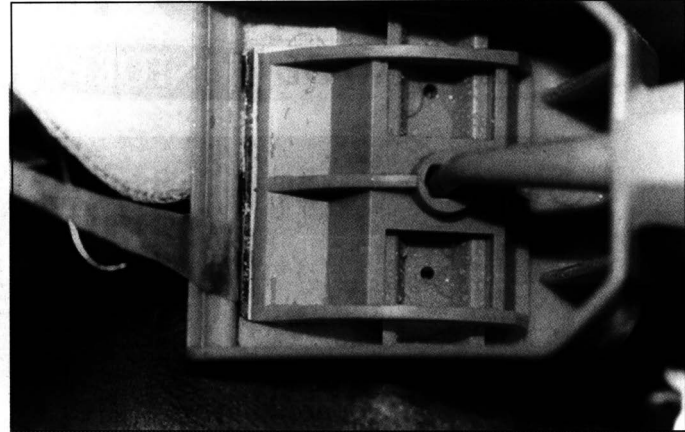


Fig. 1 - Mucótomo de Davol-Simon® sendo utilizado para retirada da mucosa labial a ser enxertada.

fundos de saco. Somente a conjuntiva normal era preservada.

A esclera nua foi revestida com a mucosa labial, previamente preparada e fixada à esclera com fio de sutura de poliglactina 6.0 e 7.0<sup>a</sup>.

Para evitar o posicionamento da mucosa de modo invertido (com superfície do epitélio para baixo), sempre foi utilizada uma superfície de metal, em geral uma placa de Jaeger, para transporte da mucosa até o leito receptor, sendo esta posicionada na placa com a superfície do epitélio para cima.

Ao final da cirurgia foi colocada uma lente escleral de múltiplos furos<sup>b</sup> (lente para simbléfaro) e foi realizada uma blefarorrafia temporária com fio de seda 4.0, centralmente.

No pós-operatório o paciente era mantido com antibiótico (cefalexina monidratada<sup>c</sup> 500 mg), quatro vezes ao dia, totalizando 2g ao dia, por um mínimo de sete dias; anti-inflamatório (diclofenaco sódico<sup>d</sup> 50 mg), três vezes ao dia, por quatro dias em média, via oral; colírio de dexametasona, sulfato de neomicina e sulfato de polimixina B<sup>e</sup>, quatro vezes ao dia.

Foi também orientado ao paciente que fizesse higiene bucal com solução tensoativa de cloreto de cetilpiridínio<sup>f</sup> (anti-séptico oral) por uma semana.

Após a cicatrização da mucosa enxertada, esta foi biopsiada, retirando-se um fusão de cerca de 3 mm de comprimento por 2 mm de largura, sob anestesia local por lidocaína a 2% com adrenalina a 1:100.000. A mucosa foi distendida em um papel de filtro (para evitar que durante a fixação ocorresse retração irregular do espécime), colocada em frasco com solução de formol a 10% e encaminhada para exame anatomopatológico.

O tempo entre a cirurgia e a biópsia variou de 1,5 mês a 66

<sup>a</sup> Vicryl® - Ethicon

<sup>b</sup> Solótica S/C Ltda, São Paulo, SP.

<sup>c</sup> Keflex® - Laboratório Lilly

<sup>d</sup> Voltaren® - Geigy

<sup>e</sup> Maxitrol® - Laboratório Alcon

<sup>f</sup> Cepacol Solução® - Merrell Lepetit



Fig. 2 - Transição entre mucosa labial enxertada (direita) e conjuntiva (esquerda), com infiltrado inflamatório discreto no córion (HE, 150x).

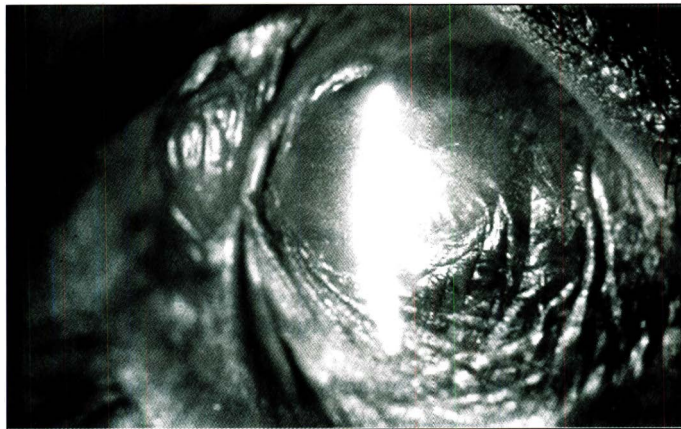


Fig. 3 - Paciente com síndrome de Stevens-Johnson no pré-operatório de enxerto de mucosa labial.



Fig. 4 - Mesmo paciente da figura 3 no pós-operatório tardio, após o enxerto de mucosa labial.

meses, numa média de 11,75 meses, sendo que, dos dez pacientes, oito foram biopsiados até quatro meses de pós-operatório e um deles, cinco anos e seis meses após a cirurgia.

O exame anatomopatológico foi realizado sempre pelo mesmo patologista, que desconhecia o diagnóstico clínico de cada paciente e o tempo decorrido entre a enxertia e a biópsia.

O material recebido em formol foi submetido a exame macroscópico, tendo sido sempre enviado na sua totalidade para exame microscópico, depois do preparo rotineiro para inclusão em parafina. Os cortes histológicos foram feitos numa espessura de 5  $\mu$ m, corados pela técnica de hematoxilina-eosina e examinados ao microscópio óptico.

## RESULTADOS

Todos os dez pacientes operados apresentavam resultado cirúrgico satisfatório.

O enxerto de mucosa labial mostrou total integração ao leito receptor e ampliação do fundo de saco foi observada em todos pacientes estudados.

Em todos os exames anatomopatológicos houve a presença de congestão.

O tempo decorrido entre a cirurgia do enxerto de mucosa e a biópsia da mucosa enxertada variou de 1,5 a 66 meses, sendo que 40% dos pacientes foram biopsiados dois meses após a cirurgia.

Os resultados dos exames anatomopatológicos demonstraram epitélio pavimentoso estratificado, não queratinizado na totalidade dos casos, sendo que em 90% dos pacientes estudados o infiltrado inflamatório foi discreto com predomínio celular de linfócitos (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

A correção do simbléfaro ainda hoje se reveste de importância, sendo problemática a recuperação da conjuntiva alterada. Vários materiais têm sido preconizados como enxerto, em substituição à conjuntiva.

O material ideal para substituir a conjuntiva seria a própria conjuntiva, mas somente uma pequena porção é disponível, através da retirada do olho contralateral do mesmo paciente, sendo que alguns pacientes recusam-se a operar o olho não comprometido, ou ainda em pacientes, onde a doença é bilateral, não há de onde se retirar o enxerto de conjuntiva. Outros tipos de enxerto, então, têm sido indicados.

O procedimento de Denig de excisar a conjuntiva necrótica de pacientes com queimaduras oculares e inserir enxerto de mucosa labial se baseia no fato de que a conjuntiva lesada teria efeito deletério sobre a córnea, causando complicações. Denig era da opinião que o álcali reagia com os tecidos oculares formando um hidrolisado tóxico, sendo necessária a remoção da conjuntiva juntamente com a substância agressora. A única objeção a esta cirurgia seria o distúrbio cosmético devido ao enxerto ser rosado. Entretanto, avaliando os enxertos posteriormente, notou que estes ficavam mais pálidos com o decorrer do tempo<sup>1,2</sup>.

Tabela 1. Pacientes portadores de simbléfaro, estudados segundo diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico, com tipo de epitélio, infiltrado inflamatório e predomínio celular.

Pacientes	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Anatomopatológico		
		Tipo de Epitélio	Infiltrado Inflamatório	Predomínio Celular
1.	Pterígio recidivado	EPE com focos de paraqueratose e de queratinização	discreto	linfócitos
2.	Stevens-Johnson	EPE com focos de paraqueratose e de queratinização	discreto	linfócitos
3.	Pterígio recidivado	EPENQ	discreto	linfócitos
4.	Pterígio recidivado	EPENQ	moderado	linfócitos
5.	Conjuntivite cicatricial crônica	EPENQ com foco de paraqueratose	discreto	linfócitos
6.	Pterígio recidivado	EPENQ	discreto	linfócitos
7.	Queimadura por ferro fundido	EPENQ	discreto	linfócitos
8.	Conjuntivite cicatricial crônica	EPENQ	discreto	linfócitos
9.	Queimadura por soda cáustica	EPE com focos de paraqueratose e de queratinização	discreto	linfócitos
10.	Queimadura por cimento	EPENQ	discreto	linfócitos

EPE = epitélio pavimentoso estratificado; EPENQ = epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado.

Os achados de Ballen mostraram que uma queimadura classificada como leve responde bem a qualquer terapia instituída, mas em queimaduras severas o enxerto de mucosa labial preserva mais olhos que o tratamento conservador. O enxerto de mucosa labial atuaria como uma ponte para a neovascularização do limbo e da córnea. Isso pode explicar o menor número de perfurações corneanas em olhos onde foram realizados o enxerto de mucosa labial <sup>6</sup>.

Neste estudo, assim como no de Ballen, notamos que a mucosa labial enxertada fica rosada por três a quatro meses no pós-operatório e continua a melhorar em aparência. A mucosa labial não assume a aparência de conjuntiva quando o enxerto retirado é muito espesso.

Por isso, sempre preferimos e preconizamos usar um mucótomo do tipo de Davol-Simon que permite a retirada de uma mucosa, que implica numa melhor integração do enxerto ao leito receptor, e também num melhor aspecto estético após a cicatrização, assemelhando-se à conjuntiva.

Siegel, num estudo de enxerto de mucosa labial em olhos queimados com substâncias cáusticas, afirma que o enxerto quando é realizado precocemente (até dez horas após o trauma) estimula a vascularização, que promove o restabelecimento corneano. O enxerto feito no tempo adequado também evitaria a formação de tecido cicatricial com simbléfaro <sup>5</sup>.

Siegel usava uma técnica de enxerto de mucosa labial muito semelhante à usada neste estudo. Preocupava-se em deixar a esclera nua (usando para isto um escarificador), e com a espessura do enxerto, eliminando o tecido submucoso deste. O enxerto era retirado do mesmo local (mucosa do lábio inferior) que também não era suturada <sup>5</sup>.

Em nenhum dos casos onde retiramos o enxerto de mucosa labial, tivemos complicações na área doadora. No entanto, nossos enxertos foram retirados sempre do mesmo local (mucosa da região do lábio inferior) e sempre na mesma quantidade.

Não utilizamos cautério após a retirada da mucosa. Com o uso do mucótomo, uma mucosa fina é retirada e a hemorragia é contida apenas com compressão da área com gaze. Às vezes, persistindo pequeno sangramento, pode-se deixar uma gaze sobre a ferida por cerca de algumas horas, até que o paciente se recupere da anestesia.

Em nenhum dos nossos pacientes houve queixa quanto à ferida na área doadora. Todos, sem exceção, relataram que a ferida da boca incomodava apenas até o primeiro dia de pós-operatório e depois disso não provocava desconforto.

Aplicação do enxerto com a superfície do epitélio voltada para baixo também foi relatada por Ballen, como causa de insucesso da cirurgia. Para evitar essa última complicação, uma solução bastante simples seria a colocação de cotonete embebido em colírio de fluoresceína a 2% na superfície do enxerto. A área que se tingir pela fluoresceína é a área que deve ser colocada junto à esclera, que representaria a área cruenta do enxerto. Esse método foi improvisado por nós há muitos anos, no início da utilização desta técnica em nosso serviço onde o enxerto, que na época não foi distendido sobre uma superfície de metal, enrolou-se e sentimos dificuldade de recolocá-lo na posição adequada. Também poderíamos prevenir a troca dos lados do enxerto, usando uma placa de Jaeger ou qualquer outra superfície lisa de metal como reparo, apoiando a mucosa retirada nesta superfície com a área cruenta voltada para a placa, método utilizado neste estudo.

Na tentativa de encontrar uma substância ideal para substituir a conjuntiva muitos materiais têm sido relatados para correção do simbléfaro: mucosas de várias partes do corpo (bucal, nasal, prepucial, vaginal, retal e de seio maxilar), materiais outros, como membrana amniótica, membrana de ovo e também materiais sintéticos, como Gore-Tex® e lâmina de silicone. No entanto, nenhum deles é considerado o ideal.

A mucosa vaginal, prepucial ou vulvar, além de não conter células mucossecretoras, provocam grande retração do enxerto no pós-operatório e descamam com maior facilidade. Além disso, existem problemas de ordem prática e psíquica. Os pacientes não aceitam de bom grado a retirada do material a ser enxertado e nem sua aplicação ao olho<sup>3,10</sup>.

Os materiais aloplásticos como Gore-Tex® e silicone têm a vantagem de não transmitir doenças, como hepatite e AIDS que seriam possíveis de ocorrer com materiais humanos. Estes atuariam como suporte para o crescimento da conjuntiva adjacente, o que estaria ligado à maior produção de tecido fibrótico e não seria o ideal quando toda a conjuntiva estivesse comprometida, como ocorre nas síndromes de Stevens-Johnson e Lyell ou no penfigóide ocular.

O enxerto para correção de casos de simbléfaro severo precisa ser extenso, porque temos que contar com uma retração no pós-operatório de em média 30 a 40%. A mucosa labial pode ser retirada em grandes quantidades e o cirurgião ocular não necessita de um treinamento especial para manuseá-la. A região do lábio permite o uso de um mucótomo para retirada da mucosa. Deste modo, permite a retirada de fragmentos bem finos e sabemos o quão importante é a espessura do enxerto para o sucesso deste.

O enxerto de mucosa labial é desprovido de células caliciformes e não aumenta a produção de lágrima, mas pelo estreitamento da fenda palpebral e simultânea oclusão do ponto lacrimal, promove melhora da lubrificação. Shore e col. relatam que um dos pacientes estudados por eles desenvolveu franca epífora<sup>7</sup>.

Por tais razões, acreditamos que a mucosa labial seja, atualmente, o material ideal para revestimento da esclera em substituição à conjuntiva.

A mucosa labial quando enxertada no globo ocular mantém suas características histológicas.

O exame anatomopatológico das biópsias da mucosa labial enxertada revelou epitélio pavimentoso estratificado, não queratinizado. Apenas nos pacientes de números um, dois e nove foram observados focos de paraqueratose e de queratinização. O paciente de número um era um caso de pterígio recidivado, o de número dois síndrome de Stevens-Johnson e o de número nove queimadura por soda cáustica. Portanto não houve mudança do tipo de epitélio (metaplasia) em nenhum dos casos. Os focos de paraqueratose e de queratinização foram interpretados como lesão reacional ao processo inflamatório crônico.

Em todos os pacientes foi encontrado infiltrado inflamatório na biópsia da mucosa enxertada. O infiltrado foi discreto, com predomínio de linfócitos, exceto no paciente de número

quatro onde o infiltrado inflamatório foi moderado, mas também com predomínio de linfócitos. Este paciente tinha o diagnóstico de pterígio recidivado com cinco cirurgias anteriores e talvez este resultado fosse devido à inflamação crônica prévia deste olho.

Somente no paciente de número quatro foi encontrada degeneração basófila do colágeno na biópsia da mucosa enxertada, mostrando a presença de pingüécula adjacente ao tecido biopsiado, já que, clinicamente, o paciente não apresentava sinais de pterígio.

Em todos os resultados da biópsia da mucosa enxertada houve congestão. Isto é um fato que não pode ser levado em consideração, pois o procedimento cirúrgico da biópsia sempre causa congestão e em nenhum paciente havia congestão no período pré-operatório.

Entre as várias doenças não existiram diferenças nos resultados cirúrgicos dos vários pacientes estudados.

Com este estudo acreditamos que o enxerto de mucosa labial sirva para refazer os fundos de saco e é um material de fácil obtenção, podendo ser retirado em quantidades suficientes para recobrir toda a área onde existia conjuntiva bulbar.

Apesar de não ter células produtoras de muco, acreditamos que o enxerto de mucosa labial, numa primeira etapa cirúrgica, seguido do transplante homólogo de conjuntiva e limbo entre indivíduos HLA idênticos, ou haplo-idênticos, como relatado por Kwitko, seja uma boa opção para o tratamento de pacientes com simbléfaro e olho seco<sup>9</sup>.

---

#### SUMMARY

---

**Purpose:** *To evaluate labial mucous membrane graft in patients with severe symblepharon.*

**Methods:** *Ten patients were operated for labial mucous membrane graft. Mean age was 47.2 years (range 26-68 years). Symblepharons were caused by trauma, Stevens-Johnson syndrome, recidivous pterygium and cicatricial chronic conjunctivitis.*

**Results:** *The grafts were biopsied after cicatrization. All patients presented nonkeratinizing stratified columnar epithelium without metaplasia.*

**Conclusion:** *Labial mucous membrane grafting has good results in the treatment of patients with severe symblepharon. The mucous membrane does not change its natural histologic aspects when grafted on ocular surface.*

**Keywords:** *Labial mucous membrane graft; Symblepharon; Mucous membrane.*

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Denig R. Circumcorneal transplantation of buccal mucous membrane as a curative measure in diseases of the eye. Arch Ophthalmol 1929;1:351-7.
2. Denig R. The indications for immediate transplantation of buccal mucous membrane for eye burns. Med Record 1938;148:395-9.

- O'Connor GB. Early grafting in burns of the eye. Arch Ophthalmol 1933;9:48-51.
- Brown AL. Lime burns of the eye: Use of rabbit peritoneum to prevent severe delayed effects: Experimental studies and report of a case. Arch Ophthalmol 1941;26:754-69.
- Siegel R. Buccal mucous membrane grafts in treatment of burns of the eye. Arch Ophthalmol 1944;32:104-8.
- Ballen PH. Mucous membrane grafts in chemical (lye) burns. Am J Ophthalmol 1963;55:302-12.
- Shore J, Foster S, Westfall C, Rubin P. Results of Buccal Mucosal Grafting for Patients with Medically Controlled Ocular Cicatricial Pemphigoid. Ophthalmology 1992;99:383-95.
- Kenyon KR, Wagoner MD, Hettinger ME. Conjunctival autograft Transplantation for Advanced and Recurrent Pterygium. Ophthalmology 1985;92:1461-70.
- Kwitko S, Marinho D, Barcaro S, Bocaccio F, Rymer S, Fernandes S, Neumann J. Allograft conjunctival transplantation for bilateral ocular surface disorders. Ophthalmology 1995;102:1020-5.
- Neuhaus RW, Baylis HI, Shorr N. Complications at mucous membrane donor sites. Am J Ophthalmol 1982;93:643-6.



**XXX  
Congresso  
Brasileiro de  
Oftalmologia**

## Conheça os números do: **XXX Congresso Brasileiro de Oftalmologia**



A Comissão Organizadora do XXX Congresso Brasileiro de Oftalmologia, está trabalhando a todo vapor para garantir que este seja realmente o maior evento oftalmológico do século! Confira abaixo os números do Congresso e cheque as informações importantes para garantir sua participação:

### **FICHA TÉCNICA**

**Data:** 4 a 7 de setembro de 1999

**Local:** Centro de Convenções de Pernambuco – Recife

**Número de auditórios:** 14

**Capacidade:** 4.660 pessoas

**Área da Exposição Comercial:** 3.022,5 m<sup>2</sup> (75% da área já foi comercializada)

**Número expositores confirmados:** 48

### **PROGRAMA CIENTÍFICO**

**Simpósios:** 37

**Cursos:** 83

**Apresentação de trabalhos:** 96 horas (aproximadamente 380 temas livres)

**Outras atividades:** Conferência CBO, Sessão de Defesa de Classe, Reunião dos ABO's, Reunião do Conselho Deliberativo, Fórum dos Residentes.

**Conferencistas internacionais confirmados:** 12

**Conferencistas nacionais:** 562

### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Data-limite para o envio dos trabalhos: 10 de maio de 1999 (confira as normas de participação nos comunicados do Congresso ou no Jota Zero, e participe!)

Vencimento do 2º prazo de inscrições antecipadas: 30 de maio de 1999 (a ficha de inscrição pode ser encontrada nos comunicados ou na home-page do Congresso – [xxx.cbo99@cyb.com.br](mailto:xxx.cbo99@cyb.com.br). **JÁ ESTAMOS RECEBENDO INSCRIÇÕES!**

## **Recife, aqui é o lugar!**

### **INFORMAÇÕES: CBO Eventos**

Al. Santos, 1343 - Cj. 1.110 - Cep: 01419-001 – São Paulo – SP

Tel: 011 284 9020 - Fax: 011 285 4509 - Email: [eventos@cbo.com.br](mailto:eventos@cbo.com.br)