
**REGISTROS
HOSPITALARES
DE CÂNCER**

ROTINAS E PROCEDIMENTOS

2000, Ministério da Saúde

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer forma ou meio eletrônico e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS (Lei n.º 5988 de 14/12/73)

Tiragem 1000 exemplares

Edição e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer - CONPREV

Rua dos Inválidos, 212 - 2º e 3º andar

20231-020 Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 507-8485

Fax.: (21) 221-7006

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Ministério da Saúde . Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo,
Prevenção e Vigilância de Câncer – Rotinas e Procedimentos. Ministério da Saúde.
1ª Edição, 2000
Rio de Janeiro – Brasil
ISBN 85-7318-051-X

Ministério da Saúde • MS
Instituto Nacional de Câncer • INCA

**REGISTROS
HOSPITALARES
DE CÂNCER**

ROTINAS E PROCEDIMENTOS

José Serra
Ministro da Saúde

Jacob Kligerman
Diretor Geral do Instituto Nacional do Câncer

Vera Luiza da Costa e Silva
Coordenadora da CONPREV

Paulo de Biasi
Diretor do Hospital do Câncer I

ELABORADO POR:
Paulo Antonio de Paiva Rebelo
Rosyane Garcês Moreira Lima
Marise Souto Rebelo

REVISADO POR:
Ana Lúcia Amaral Eisenberg
Humberto Torloni
Miren Maite Uribe Arregi
Moisés Szklo

EQUIPE DO RHC DO HOSPITAL DO CÂNCER / INCA:

Ana Lúcia Alencar Matias
Lúcia Regina Santos de Oliveira
Paulo Antonio de Paiva Rebelo (coordenador)
Rejane Marques dos Santos
Rosyane Garcês Moreira Lima
Sueli Maria Lassance Madeira
Teresa M. G. Torres de Macedo Costa
Vânia Lúcia Jorge Farah

OFICINA DE TRABALHO SOBRE RHC

(Rio de Janeiro, 03 a 05/08/1999):
Alexandre Ferreira de Souza
Eduardo Barros Franco
Ernani Sampaio
José Vicent Payá
José Sbrano
Humberto Torloni
Luiz Cláudio Santos Thuler (organizador)
Marceli de Oliveira Santos
Marise Souto Rebelo (organizador)
Michel Naffah
Miren Maite Uribe Arregi
Moisés Szklo
Paulo Antonio de Paiva Rebelo
Paulo Recena Grassi
Regina Moreira Ferreira

ATENÇÃO

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer forma ou meio eletrônico e mecânico, fotográfico e gravação qualquer outro, sem permissão expressa do Instituto de Câncer / MS (Lei nº 5.988 de 14/12/73).

	PREFÁCIO	7
1	Introdução	9
2	Planejamento do registro hospitalar e elaboração dos instrumentos de apoio à coleta e armazenamento de dados	11
	1 Elaboração das fichas de coleta de dados	11
	2 Definição dos itens das fichas de coleta de dados	11
	3 Elaboração do manual de procedimentos	12
	4 Revisão quinqüenal	12
	5 Elaboração dos programas de computador	12
	6 Livro de ocorrências	13
3	Comissão assessora	14
4	Critérios para seleção de casos a serem cadastrados no registro hospitalar de câncer	15
	1 Critério: diagnóstico morfológico	15
	2 Critério: comportamento incerto e neoplasia benigna	15
	3 Critério: registrado por interesse científico	15
5	Casos analíticos e não analíticos	16
	1 Malignos analíticos	16
	2 Malignos não analíticos	17
6	Identificação de casos	18
	1 Critérios para inclusão de casos	18
	2 Critérios para exclusão de casos	18
	3 Lista de tumores notificáveis	19
7	Controle de solicitação de prontuários para identificação e cadastro de casos	20
	1 Maligno analítico	20
	2 Benigno	20
	3 Maligno não analítico	20
	4 Incerto	20
	5 Sem diagnóstico	20
	6 Incompleto	20
	7 Matrícula cancelada / vazio	20
	8 Outros	20
8	Preenchimento da ficha de registro de tumor dos casos analíticos	22
	1 Itens de identificação do paciente	22
	1 N° do prontuário hospitalar	22
	2 N° de registro do paciente no RHC	23
	3 Nome completo do paciente	23
	2 Itens demográficos e culturais	24
	4 Sexo	24
	5 Idade	24
	6 Data do nascimento	24
	7 Local de nascimento	24
	8 Raça/cor da pele	25
	9 Grau de instrução	26
	10 Ocupação principal	26
	11 Procedência (código IBGE do município)	27

3	Itens de caracterização do diagnóstico	27
12	Clínica de entrada no hospital	27
13	Clínica do primeiro atendimento no hospital	27
14	Registro de identidade civil	27
15	Data da primeira consulta no hospital	28
16	Data do primeiro diagnóstico	28
17	Diagnóstico e tratamento anteriores	28
18	Base mais importante do diagnóstico	29
4	Itens de caracterização do tumor	33
19	Localização do tumor primário	33
20	Tipo histológico do tumor primário	33
21	Ocorrência de mais de um tumor primário	34
22.a	Estadiamento clínico do tumor	35
22.b	Outro estadiamento (para menores de 18 anos)	37
23	TNM	37
24	p-TNM	37
25	Localização de metástase a distância	38
5	Itens de caracterização do tratamento	38
26	Data do início do tratamento no hospital	38
27	Principal razão para não realização do 1º tratamento no hospital	39
28	Primeiro tratamento recebido no hospital	40
29	Estado da doença ao final do 1º tratamento no hospital	42
6	Itens de seguimento do paciente	43
30	Data do óbito	43
31	Causa imediata da morte	43
32	Causa básica da morte	44
33	Indicação de realização de seguimento	44
7	Item de identificação do registrador	44
34	Código de identificação do registrador	44
35	Data do preenchimento da ficha	45
8	Itens opcionais	45
36	Estado conjugal atual	45
37	Data da triagem	45
38	Histórico familiar de câncer	45
39	Alcoolismo	46
40	Tabagismo	46
41	Origem do encaminhamento	46
42	Exames relevantes para diagnóstico e tratamento do tumor	46
43	Localização provável do tumor primário	48
44	Lateralidade	49
9	Preenchimento da ficha de registro de tumor para os casos não analíticos	50
1	Itens de identificação do paciente	50
1	Nº do prontuário hospitalar	50
2	Nº de registro do paciente no RHC	50
3	Nome completo do paciente	50
2	Itens demográficos e culturais	51
4	Sexo	51
5	Idade	51
6	Data do nascimento	51
7	Local de nascimento	51
8	Raça/Cor da pele	51

9	Grau de instrução	51
10	Ocupação principal	52
11	Procedência (código IBGE do município)	52
3	Itens de caracterização do diagnóstico	52
12	Clínica de entrada no hospital	52
13	Clínica do primeiro atendimento no hospital	52
14	Registro de Identidade Civil	52
15	Data da primeira consulta no hospital	52
16	Data do primeiro diagnóstico do tumor	53
17	Diagnóstico e tratamento anteriores	53
18	Base mais importante do diagnóstico	53
4	Itens de caracterização do tumor	53
19	Localização do tumor primário	53
20	Tipo histológico do tumor primário	54
21	Ocorrência de mais de um tumor primário	54
22.a	Estadiamento clínico do tumor	54
22.b	Outro estadiamento (para menores de 18 anos)	54
23	TNM	54
24	pTNM	55
25	Localização de metástase a distância	55
5	Itens de caracterização do tratamento	55
26	Data do início do tratamento no hospital	55
27	Principal razão para não realização do 1º tratamento no hospital	56
28	Primeiro tratamento recebido no hospital	56
29	Estado da doença ao final do 1º tratamento no hospital	56
6	Itens de seguimento do paciente	56
30	Data do óbito	56
31	Causa imediata da morte	57
32	Causa básica da morte	57
33	Indicação de realização do seguimento	57
7	de Identificação do registrador	57
34	Código de identificação do registrador	57
35	Data do preenchimento da ficha	57
8	Itens opcionais	58
36	Estado conjugal atual	58
37	Data da triagem	58
38	Histórico familiar de câncer	58
39	Alcoolismo	58
40	Tabagismo	58
41	Origem do encaminhamento	58
42	Exames relevantes para diagnóstico e tratamento do tumor	59
43	Localização provável do tumor primário	59
44	Lateralidade	59
10	Conteúdo da ficha de seguimento de tumor	60
1	Itens de identificação do paciente	60
Número do prontuário hospitalar		60
Número de registro do paciente no RHC		61
Nome completo do paciente		61
Endereço do paciente		61
Bairro		61
Cidade		61
Unidade da Federação (UF)		61
Telefone para contato		62
CEP (Código de Endereçamento Postal)		62

2	Quadro de acompanhamento de tumores múltiplos	62
	Número do tumor primário	63
	Data do primeiro diagnóstico do tumor	63
	Localização do tumor primário	63
	Tipo histológico do tumor	64
3	Informações sobre a evolução do doente e do tumor	64
	Data de identificação do evento	65
	Data do resgate da informação pelo registrador	65
	Fonte da informação do seguimento	66
	Estado da doença no momento da avaliação	66
	Qualidade da sobrevivência do paciente no momento da avaliação	67
	Tratamento antineoplásico realizado no período	68
	Localização de metástases	69
	Data da recidiva do tumor	69
	Observações relevantes adicionais	70
1 1	Correlação entre topografia e histologia	7 1
1 2	Correlação entre topografia, estadiamento clínico e morfologia do tumor primário	8 5
1 3	Emissão de relatórios	9 7
	1 Relatório anual	97
	2 Relatório de seguimento	100
	3 Relatórios especiais	101
1 4	CrITÉrios para liberaÇ�o de informa�o es	1 0 2
	1 Saídas rotineiras	102
	2 Saídas especiais	103
	2.1 Para a institui�o e seus profissionais	103
	2.2 Para as institui�o es externas ao hospital ou profissionais externos	103
	2.3 Para a imprensa	103
1 5	Sele�o e forma�o do registrador	1 0 4
	1 Sele�o de candidatos a registrador	104
	2 Treinamento	104
	3 Atualiza�o	105
1 6	Indicadores de desempenho do registro hospitalar	1 0 6
	1 Indicadores de produ�o	106
	2 Indicadores de produtividade	106
	3 Indicadores de qualidade	106
1 7	Gloss�rio	1 0 8
	Refer�ncias Bibliogr�ficas	1 4 3
	Anexos	1 4 5
	Anexo N� 1 Ficha de registro de tumor	146
	Anexo N� 2 Ficha de seguimento	148
	Anexo N� 3 Estadiamentos complementares ao TNM	150
	Anexo N� 4 Solicita�o es de informa�o es ao RHC	153

prefácio

Os Registros Hospitalares de Câncer – RHC têm relevante papel no sistema de informações sobre o câncer, assumindo importância crescente como fonte de dados sobre a assistência prestada ao paciente com neoplasia maligna. Trabalhando de modo sistemático, eles coletam informações a respeito da identificação pessoal, aspectos culturais e demográficos dos pacientes; dos recursos utilizados no diagnóstico e terapêutica; da evolução do tumor e estado geral dos pacientes ao longo do tempo. Por ser um processo dinâmico, deve ser periodicamente revisto para incorporar as modificações introduzidas nos cuidados ao paciente com neoplasia maligna, seja pela introdução de novas técnicas, seja pela mudança nas condutas terapêuticas, ou seja pela necessidade de se dispor de novas informações.

Nos últimos anos, uma consistente base legal tem tornado obrigatória a implantação de RHC nos hospitais e serviços de oncologia, como fator de diferenciação em relação a outras unidades de saúde. A Portaria Nº 3.535, de 02/09/1998, do Ministério da Saúde, que estabelece critérios para cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia, estabelece, no seu item 2.3, que eles “devem dispor e manter em funcionamento um Registro Hospitalar de Câncer, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde”, para o qual o presente manual é um importante instrumento de apoio. Por outro lado, além da utilização de suas informações para pesquisa, os dados de um RHC são utilizados para gerar indicadores de avaliação da eficácia da assistência prestada e produzir informações para o planejamento em saúde e cuidados ao paciente.

O Instituto Nacional de Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, responsável pela prevenção e controle do câncer no Brasil, tem desenvolvido, desde 1983, um conjunto de ações no sentido de padronizar, implantar, garantir a continuidade

operacional e divulgar os dados dos Registros Hospitalares de Câncer. Apoiado na experiência dos registros funcionantes no país, o INCA também tem definido, atualizado e avaliado normas e procedimentos na área de registros de câncer, em geral.

O presente manual é uma síntese da experiência acumulada no Instituto Nacional de Câncer e da colaboração de um grupo de pessoas com vasto conhecimento técnico e experiência em Registros Hospitalares de Câncer. Ele está sendo disponibilizado aos RHC brasileiros, como parte da política do INCA de oferecer à comunidade o produto do trabalho de suas unidades.

Com a publicação deste manual, o Instituto Nacional de Câncer quer garantir o cumprimento das normas e dos padrões de qualidade dos Registros Hospitalares de Câncer, sejam eles recém-implantados ou já em atividade.

JACOB KLIGERMAN
Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer

Os Registros Hospitalares de Câncer – RHCs são fontes sistemáticas de informações dos casos de neoplasia maligna diagnosticados e tratados nos hospitais nos quais estão instalados.

O propósito de um Registro Hospitalar é o de atender às necessidades da administração do hospital, ao programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, ao paciente, individualmente. A implantação de registros de câncer em cada hospital tem por base a convicção de que os pacientes serão melhor atendidos se o hospital contar com um registro, já que este servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento.

Sua principal função é clínica, sendo valioso recurso para acompanhar e avaliar o trabalho realizado nestes hospitais, inclusive os resultados finais alcançados, tendo um importante papel a cumprir, na monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando os médicos no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados.

As informações referentes aos casos de câncer atendidos num determinado hospital, coletadas de forma contínua e sistemática pelo RHC, a partir do prontuário médico e outras fontes de dados, também serão utilizadas pelos Registros de Base Populacional – RCBP.

Os dados coletados por cada registro podem variar de acordo com as necessidades do hospital e com sua capacidade de obtenção das informações, mas a nomenclatura e definições referentes a cada informação devem ser as mesmas de todos os registros, com base em classificações e padrões internacionais, sendo documentadas as particularidades pessoais do paciente com câncer e as características clínicas e patológicas da doença.

O RHC coleta e consolida informações de fontes variadas (prontuários, atestados de óbitos, etc.) a fim de facilitar atividades de seguimento e avaliação de pacientes com câncer e da qualidade da atenção médica. O RHC oferece as seguintes vantagens:

1 • Aumentar a eficiência do seguimento do paciente através de coleta periódica e padronização de dados relacionados à evolução da enfermidade (por exemplo: seguimento no 1, 3 e 5 anos após o primeiro diagnóstico do tumor);

2 • Facilita a condução de atividades de auditoria médica, pois informações relacionadas à qualidade da atenção recebida e de seguimento dos pacientes constam de sua base de dados. Exemplos de tais atividades incluem a monitoração de procedimentos recebidos para se chegar ao diagnóstico, ou o atraso entre a primeira visita (ou hospitalização) e o diagnóstico. A disponibilidade destes dados, por sua vez, permite analisar custos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e, conjuntamente, com a avaliação de desfechos (sobrevida, recidivas, etc.), a análise de custo-efetividade.

3 • Sua base de dados se presta a atividades de pesquisa e de vigilância epidemiológica, como, por exemplo:
a • Estudos prognósticos em que se investigam as relações entre características ligadas ao paciente ou ao tumor e desfechos indicadores de prognóstico, tais como morte, recidiva e outros associados à qualidade de vida;
b • Estudos de casos e controles, que podem ser de dois tipos:

b1 • Estudos de casos e controle dentro de um sistema de vigilância clínico-epidemiológica, visando à comparação rotineira entre casos de tumor de uma determinada topografia e controles formados por pacientes com tumores de todas as outras topografias, com relação a variáveis demográficas, médicas e de cunho econômico disponíveis na base de dados (por exemplo, grau de instrução ou custo da primeira hospitalização);

b2 • Estudos etiológicos de casos e controles, que tem como objetivo a investigação de hipóteses baseadas em casos identificados na base de dados do RHC e controles “externos” (controles sem câncer, controles populacionais, etc.).

c • Atividades de vigilância de alguns fatores de risco, em casos sobre os quais informações são disponíveis em alguns RHCs, como, por exemplo, tabagismo e história familiar. Quando o RHC cobre áreas definidas, ou quando os casos registrados constituem uma amostra representativa de todos os casos de uma determinada área, é também possível realizar a vigilância do risco atribuível populacional usando uma derivação da fórmula de Levin que usa a prevalência do fator de risco em casos e o risco relativo (obtido de estudos anteriores).

4 • Leva ao aumento de qualidade dos Registros de Câncer de Base Populacional, pois é uma importante fonte de informação para estes.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer – INCA e a Associação Brasileira de Registro de Câncer – ABRC têm dedicado esforços no sentido de padronizar as informações e as fichas de coleta de dados, que são revistos a cada cinco anos.

Realizou-se no Rio de Janeiro, no período de 03 a 05 de agosto de 1999, Oficina de Trabalho promovida pela Coordenadoria Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer (CONPREV), do INCA, para discutir o

conteúdo das Fichas de Cadastro de Tumor e da Ficha de Seguimento a serem utilizadas no quinquênio 2000 – 2004. Os participantes do encontro (composto de especialistas com representatividade das principais instituições e registros do Brasil) aprovaram as fichas, com base nas quais a equipe do Registro Hospitalar do Hospital do Câncer do INCA elaborou este Manual de Rotinas e Procedimentos, para padronizar o uso das fichas e auxiliar no treinamento de novos registradores, que deve ser adaptado às características e rotinas de trabalho de cada hospital.

Os casos de câncer atendidos num Hospital são, em geral, classificados nas seguintes classes:

- 1 • Caso diagnosticado e tratado no hospital;
- 2 • Caso diagnosticado no hospital, mas com o início da terapêutica realizada em outra instituição (segundo planejamento do hospital) e que retornam ao hospital para complementação terapêutica e acompanhamento;
- 3 • Caso diagnosticado em outra instituição, mas com toda ou parte da primeira etapa terapêutica realizada no hospital e que ficam sendo acompanhados pelo hospital;
- 4 • Caso diagnosticado e com toda a primeira etapa terapêutica feita em outra instituição (esta classe inclui pacientes admitidos apenas para complementação de uma modalidade específica de tratamento e aqueles que recebem apenas tratamento de apoio);
- 5 • Caso de câncer diagnosticado e tratado no hospital antes da data de inclusão (inicial) no registro hospitalar;
- 6 • Caso diagnosticado apenas à necropsia.

Os casos classificados nas categorias 1, 2 e 3 são comumente chamados de analíticos, e todos eles são incluídos no relatório anual do hospital, em tabulações que tentam avaliar a eficiência da instituição no que diz respeito a cuidados com o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna. Os casos classificados nas categorias 4 a 6, e aqueles que não realizaram o primeiro tratamento no período de até oito meses a contar da data do diagnóstico, são considerados não analíticos e são excluídos de quase todas as tabulações, especialmente as do cálculo de sobrevida, mas podem ser incluídos em tabulações que tentem avaliar a magnitude que os casos de câncer representa para o hospital, o número de pacientes beneficiados durante o ano, etc.

Deve-se observar que as categorias de 1 a 6 não cobrem integralmente o conjunto de pacientes atendidos no hospital, o que significa que os pacientes com patologia benigna e alguns pacientes com câncer não são incluídos no registro. Entre esses, estão os pacientes que recebem tratamento transitório para evitar interrupção no curso de terapias iniciadas em outra instituição, por exemplo, por problemas no equipamento do hospital de origem, e pacientes com uma história pregressa de câncer, mas que, no momento, não apresentam sinais de neoplasia em atividade.

A inclusão dos tumores de pele, do carcinoma in situ de colo uterino e das neoplasias de comportamento incerto, das lesões pré-cancerosas, os tumores benignos de cérebro ficam a critério de cada instituição que os incluirá na lista de tumores notificáveis.

A identificação dos casos a serem cadastrados poderá ser feita a partir da verificação de todos os prontuários abertos no hospital pela unidade de matrícula, que fornece ao RHC uma relação diária com nome, matrícula e clínica de cada paciente aceito para tratamento, ou através de comunicação pelos diversos serviços a cada diagnóstico de câncer firmado. Os serviços que atendem pacientes com câncer e o serviço de anatomia patológica também poderão ser usados como fonte de informações.

Para hospitais especializados, justifica-se a busca através das listagens de matrícula, para que não se percam casos novos. Já nos hospitais gerais, a busca direcionada diminui o trabalho de avaliar expressivo número de prontuários com patologia não tumoral.

Para que as informações estejam disponíveis nos prontuários, existe a necessidade de deixar transcorrer um intervalo de tempo a contar da data da matrícula, para que as informações a respeito do diagnóstico e primeiro tratamento realizado estejam disponíveis. A avaliação dos prontuários deve ser realizada, com intervalo mínimo de seis meses da data de abertura e preferencialmente antes de completar um ano.

PLANEJAMENTO DO REGISTRO HOSPITALAR E ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE APOIO À COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

Os Hospitais especializados no atendimento de pacientes com câncer, e os hospitais gerais com serviços de oncologia poderão ter no Registro Hospitalar de Câncer – RHC uma importante fonte de informações para apoio ao processo administrativo, para subsídios ao desenvolvimento de pesquisas clínicas e estudos científicos e para os cuidados assistenciais com o paciente de câncer.

O planejamento para implantação de um Registro Hospitalar de Câncer – RHC é fundamental para o sucesso do processo de coleta; armazenamento; tabulação; e divulgação de dados a respeito dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos no hospital no qual o RHC está instalado.

Para uniformizar os procedimentos e possibilitar o resgate e a comparação de dados, deve-se adotar as codificações e as orientações aceitas internacionalmente, feitas as devidas adaptações à realidade do Hospital.

Como documento básico, recomenda-se a consulta ao Manual “Registro de Câncer: Princípios e Métodos” (publicação científica da IARC Nº 95), elaborado pela Organização Mundial da Saúde através da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer – IARC e Associação Internacional de Registros de Câncer – IACR, que foi traduzido e distribuído, no Brasil, pelo Ministério da Saúde através da Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer do Instituto Nacional de Câncer – Pro-Onco.

Após a etapa de estudo de viabilização e dimensionamento do número de casos novos a serem cadastrados a cada ano, deve-se determinar o elenco de informações a serem cadastradas – a partir da proposta da OMS (IARC Nº 95) – selecionando aquelas de real interesse para o Hospital e identificando as necessidades de inclusões, exclusões e de adaptações.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer tem proposto o uso de ficha padronizada, revista a cada cinco anos. Nesta última revisão (1999), foi introduzido um grupo de itens opcionais, cuja coleta ficará a cargo de cada hospital, coletá-las de modo integral ou parcial. As informações classificadas como obrigatórias devem ser coletadas em sua totalidade, uma vez que foram consideradas como sendo essenciais a qualquer hospital que se proponha a implantar um Registro Hospitalar de Câncer – RHC.

Na etapa seguinte, deve ser feita a verificação se existe a capacidade de gerar as informações anteriormente propostas; onde e quando resgatá-las; e os meios a serem usados para armazená-las e divulgá-las.

Certamente são necessárias adaptações; trabalho junto aos responsáveis pela coleta primária das informações e o correspondente treinamento do pessoal envolvido em todas as etapas do processo.

Outro passo fundamental é a elaboração da lista de casos notificáveis (vide pág. 19).

1 • ELABORAÇÃO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS

Definidas as informações a serem coletadas, deve-se estabelecer: de onde serão coletadas; de que modo; em que momento; e por quem.

Deve-se descrever claramente como serão classificadas ou codificadas e o significado de cada opção dentro de cada item, assim, não haverá dúvidas por ocasião da coleta e posterior análise das informações.

Muitas vezes, nesta etapa, são identificadas falhas no processo de geração primária das informações e do seu correspondente registro no prontuário médico (principal fonte de informações do RHC). Quando isto ocorrer, se for realmente relevante a coleta da informação, deve-se fomentar a implantação das modificações necessária para que a informação passe a ser disponível.

Serão utilizadas pelo RHC duas fichas para coleta de dados, são elas: a Ficha de Registro de Tumor (anexo 1) e o Ficha de Seguimento (anexo 2).

Para cada uma delas deverá existir no Manual de Rotinas e Procedimentos de cada hospital um completo detalhamento do preenchimento das fichas.

É desejável que seja disponibilizado ao RHC um programa de computador – para armazenamento dos dados e posterior resgate – elaborado em estrita concordância com as fichas de registro de tumor e de seguimento, com recursos de crítica para minimizar a possibilidade de erro na entrada de dados.

2 • DEFINIÇÃO DOS ITENS DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS

A definição dos itens que irão compor as fichas de dados, será estabelecida a partir da necessidade de informações estabelecida pelo próprio hospital; das orientações emitidas pelo IARC; da disponibilidade da fonte da informação; e da possibilidade de codificações que viabilizem sua coleta, tabulação e análise.

Uma vez escolhidos os itens a serem coletados, é de fundamental importância a definição precisa do significado de cada item, com o respectivo detalhamento em subitens, ou opções de preenchimento. Pode-se ainda empregar codificações e classificações padronizadas para sua transcrição.

Cada item deve estar vinculado a uma fonte primária de informação, que será pesquisada quando da coleta do dado básico. Se houver necessidade de modificação nos documentos-fonte ou no seu preenchimento,

para tornar possível a coleta do dado primário, deve-se avaliar junto ao responsável pela geração do dado, a possibilidade de implementá-las.

Concluída a definição do elenco de informações a serem cadastrados, parte-se para a diagramação das fichas de cadastro e seguimento com as respectivas rotinas e instruções de preenchimento, para que possa ser realizado o teste piloto.

Para aqueles que adotarem as fichas preconizadas pelo INCA, estas etapas são desnecessárias, devendo-se apenas identificar as fontes primárias de informações.

3 • ELABORAÇÃO DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS

Um Registro Hospitalar de Câncer, como qualquer outro sistema de informações que se proponha a coletar, tabular, analisar e divulgar dados de modo contínuo e sistemático, deve cercar-se de todos os cuidados necessário à minimizar a possibilidade de erro em qualquer etapa do processo.

Assim, a elaboração de um manual de rotinas e procedimentos no qual estejam claramente explicitados: o significado de cada informação; as rotinas usadas na sua coleta; o uso de cada dado; as codificações utilizadas; e os procedimentos em caso de dúvida serão fundamentais para a homogeneidade do processo ao longo do tempo, e como instrumento de treinamento e consulta, uma vez que, em geral, existem várias pessoas envolvidas no processo que é realizado em diferentes momentos do tempo.

Cada Hospital efetuará as modificações necessárias à adaptação deste Manual às suas necessidades e peculiaridades.

Neste Manual, usou-se terminologia geral e de uso disseminado. Contudo, regionalismos ou terminologia própria poderão tornar necessárias adaptações.

Quanto mais completo for o manual, mais útil será, mesmo que sua leitura possa a princípio parecer enfadonha e repetitiva.

Recomenda-se que várias pessoas participem desta etapa, inclusive pessoas alheias ao processo, que poderão apontar pontos nos quais possa surgir dúvida de interpretação, ou que não tenham ficado suficientemente claros.

Toda a documentação deverá ser escrita de modo claro e preciso, utilizando linguagem corrente.

O uso da terminologia técnica deve ser feito com critério, principalmente se houver palavra da linguagem coloquial cujo significado possa gerar confusão.

As modificações posteriormente implementadas, seja no conteúdo das fichas ou no significado dos itens, deverão sofrer as correspondentes atualizações no manual, que deverá obedecer critérios de atualização, de modo que não existam cópias desatualizadas.

4 • REVISÃO QÜINQUENAL

Como todo processo dinâmico e sujeito a melhorias, ao longo do tempo, há a necessidade de rever periodicamente os instrumentos de coleta de dados e os respectivos manuais, para acompanhar a evolução do conhecimento científico e tecnológico e à necessidade institucional de informações.

Nos últimos vinte anos foram incorporados vários recursos de diagnóstico por imagem e laboratoriais, que mudaram radicalmente a abordagem diagnóstica do tumor de próstata e neurológicos, por exemplo.

Assim, a cada cinco anos o conjunto de itens da Ficha de Registro de Tumor é revisto e as modificações propostas à Comissão Assessora, mantendo os mesmos critérios da elaboração da ficha original.

Cabe à Comissão Assessora aprovar as modificações propostas, que para efeito de comparação no futuro, devem ser implementadas preferencialmente no primeiro dia do ano seguinte, de modo a que as informações de um determinado ano sejam coletadas e codificadas de modo uniforme.

Às modificações realizadas devem corresponder as respectivas alterações nas fichas e no manual de rotinas e procedimentos.

5 • ELABORAÇÃO DOS PROGRAMAS DE COMPUTADOR

Devido ao grande número de informações a serem coletadas e à necessidade de posterior cruzamento entre elas é fundamental que as bases de dados do RHC sejam informatizadas, sendo as fichas de cadastro e seguimento concebidas para também serem usadas como documento de entrada de dados para digitação.

Um recurso de grande auxílio na manutenção da qualidade das informações do RHC, é incorporar ao programa de entrada de dados críticas que façam a verificação da coerência interna entre os itens das fichas e que só permitam a entrada de dados compatíveis com as opções previstas para cada item.

Testes piloto devem ser exaustivamente realizados antes da utilização em definitivo, para que não seja um impedimento ao funcionamento do RHC e ao resgate de informações.

A cada modificação nas fichas de coleta de dados, os correspondentes acertos devem ser processados no programa de computador.

É desejável que o programa seja compatível com o software EPI-INFO da Organização Mundial da Saúde, uma importante ferramenta, de domínio público, para tabulação e resgate de informações.

O INCA tem disponibilizado aos outros hospitais as versões de programas desenvolvidos para utilização em suas unidades próprias.

6 • LIVRO DE OCORRÊNCIAS

Deverá ser aberto um livro destinado exclusivamente para anotar todas as dúvidas e condutas a serem adotadas e que não constam do Manual do RHC.

Também devem ser anotadas todas as propostas de revisão a serem apresentadas nas próximas revisões quinquenais das Fichas de Cadastro de Tumores e da Ficha de Seguimento.

Neste livro também podem ser anotadas as ocorrências relevantes do funcionamento do RHC, tais como data de início do cadastro e conclusão da coleta de dados referentes a cada ano de matrícula, por exemplo.

Todo o suporte técnico ao Registro Hospitalar de Câncer é dado pela sua Comissão Assessora, composta por profissionais de reconhecida capacitação e com representatividade na instituição, do qual também são exigidos os conhecimentos básicos sobre os objetivos do RHC e correspondentes processos operacionais.

O mandato dos membros da Comissão é por tempo indeterminado, já que neste caso a longevidade na função é fator primordial de acerto.

Como a abordagem ao câncer é atividade multiprofissional, a composição da Comissão Assessora deverá retratar esta pluralidade de conhecimento e ser representativa das diversas atividades assistenciais envolvidas no atendimento ao paciente com câncer, na instituição. Sendo, portanto, desejável que façam parte da Comissão – quando atuarem no hospital – os seguintes profissionais:

- Representante da Anatomia Patológica;
- Representante da Oncologia Clínica;
- Representante da Oncologia Pediátrica;
- Representante da Oncologia Cirúrgica;
- Representante da Radioterapia;
- Representante da Epidemiologia;
- Representante da Documentação Médica;
- Representante da Enfermagem; e
- Representante do Serviço Social.

São atribuições da Comissão a homologação do conteúdo das fichas de registro e seguimento, das quais é desejável que os membros da Comissão Assessora também tenham participado no processo de definição e caracterização dos itens.

Durante todo o processo de coleta de dados, os membros da Comissão são acionados sempre que haja a necessidade de dirimir dúvidas e estabelecer condutas.

Findo o processo de coleta e validação dos bancos de dados, compete à Comissão liberar o banco de dados para consulta e análise dos dados com elaboração dos respectivos relatórios para ampla divulgação dos dados coletados.

Compete ainda à Comissão elaborar e homologar a lista de tumores notificáveis, que poderá ser revista periodicamente aceitando, para tanto, sugestões dos diversos serviços do hospital e dos registradores.

A convocação da Comissão como um todo, ou de algum membro em particular, deve ser feita pelo coordenador do RHC, e todas as orientações dela emanadas deverão ter um correspondente registro – mantido em um banco de pareceres – para posteriores consultas, sempre que se fizerem necessárias.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE CASOS A SEREM CADASTRADOS NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

A Comissão Assessora do Registro Hospitalar de Câncer define os critérios para inclusão de casos nas bases de dados do Registro Hospitalar de Câncer – RHC.

Desde que preencha os requisitos abaixo, são incluídos os casos de pacientes atendidos em regime ambulatorial e em internações, e os casos diagnosticados por necropsia:

1 • CRITÉRIO: DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO

O primeiro critério a ser atendido para inclusão do caso no RHC é a caracterização do diagnóstico morfológico de neoplasia segundo a CID-O-2ª VERSÃO, em uma das categorias abaixo:

NEOPLASIA MALIGNAS PRIMÁRIAS – Assim entendidos os diagnósticos morfológicos incluídos na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-2ª VERSÃO) com código de comportamento /3.

NEOPLASIA IN SITU (Intra-epitelial, Não infiltrativo e Não invasivo) – As neoplasias com código de comportamento /2.

COMPORTAMENTO INCERTO (Malignidade limítrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno) – As neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido, classificadas na CID-O-2ª VERSÃO com código de comportamento/1 (e as benignas /0), desde que tenham sido consideradas pelo patologista como tendo comportamento in situ ou maligno, ou ainda, se definido como de interesse científico para a instituição (lista de tumores notificáveis, pág. 19).

CLINICAMENTE TUMOR MALIGNO (M9990/3) – Na ausência de evidência definitiva (exame microscópico), considera-se tumor maligno desde que o médico, com base no exame clínico, laboratorial ou por imagem, tenha considerado os dados existentes sobre o caso como suficientes para firmar o diagnóstico clínico de tumor maligno.

ATENÇÃO • Para efeito de codificação da morfologia do tumor, seguindo conduta internacional – preconizada pela CID-O-2ª VERSÃO, o Registro de Câncer não utiliza os códigos de morfologia /6 (Maligno, localização metastática e secundária) e /9 (maligno, incerto se primário ou metastático). Nestes casos, usa-se a localização topográfica mais provável e substitui-se o último dígito (que corresponde ao comportamento do tumor), pelo dígito /3 (maligno declarado ou presumido como primário).

2 • CRITÉRIO: COMPORTAMENTO INCERTO E NEOPLASIA BENIGNA

A inclusão das neoplasias de comportamento incerto; das lesões pré-cancerosas; e dos tumores benignos de cérebro ficam a critério de cada instituição que os incluirá na lista de tumores notificáveis.

As neoplasias de comportamento incerto (/1) e as patologias benignas (/0) só serão cadastradas naqueles casos nos quais o patologista considerar como tendo comportamento in situ ou maligno, ou se a clínica mostrar evolução compatível com malignidade, seja pela agressividade do tumor, seja pela capacidade de recidivar, constituindo deste modo um grupo especial de tumores, tratados com os recursos empregados para as neoplasia malignas.

3 • CRITÉRIO: REGISTRADO POR INTERESSE CIENTÍFICO

A inclusão dos tumores de pele, do carcinoma in situ de colo uterino e das neoplasias de comportamento incerto, das lesões pré-cancerosas, os tumores benignos de cérebro, por interesse científico ou epidemiológico, ficam a critério de cada instituição. Se houver a decisão de registrá-los, deverá ter a correspondente inclusão dos mesmos na lista de tumores notificáveis.

O Registro Hospitalar de Câncer – RHC cadastra os casos em neoplasia, classificando-os em duas categorias distintas. Uma com os casos de neoplasia maligna cujo planejamento e realização do tratamento foi realizado no Hospital, e que são alvo prioritário da análise do Registro de Câncer (casos analíticos), e outra dos casos que já chegam ao hospital tratados; que não realizam o tratamento preconizado; que tem o diagnóstico estabelecido através da necropsia ou aqueles pacientes sem possibilidades terapêuticas (malignos não analíticos).

O cadastro dos casos “analíticos” é realizado através do preenchimento completo da Ficha de Registro de Tumor (anexo I).

Os casos “não analíticos” são incluídos – utilizando a mesma ficha – com número menor de informações, referentes apenas à identificação do paciente e do seu tumor.

Os dados coletados por cada registro podem variar de acordo com as necessidades do Hospital e com sua capacidade de obtenção das informações, mas a nomenclatura e definições referentes a cada informação devem ser as mesmas de todos os registros, com base em classificações e padrões internacionais, sendo documentadas as particularidades pessoais do paciente com câncer e as características clínicas e patológicas da doença.

Os casos de câncer atendidos no Hospital são, em geral, classificados nas seguintes categorias:

- 1 • Caso diagnosticado e tratado no Hospital;
- 2 • Caso diagnosticado no Hospital, mas com o início da terapêutica realizada em outra instituição (segundo planejamento do Hospital) e que retornam ao hospital para complementação terapêutica e acompanhamento;
- 3 • Caso diagnosticado em outra instituição, mas com a primeira etapa terapêutica realizada (total ou parcialmente), no Hospital e que ficam em acompanhamento no Hospital;
- 4 • Caso diagnosticado e com toda a primeira etapa terapêutica feita em outra instituição (esta classe inclui pacientes admitidos apenas para complementação de uma modalidade específica de tratamento e aqueles que recebem apenas tratamento de apoio);
- 5 • Caso de câncer diagnosticado e tratado no Hospital antes da data de inclusão (inicial) no registro hospitalar; e
- 6 • Caso diagnosticado apenas à necropsia.

Os casos classificados nas categorias 1, 2 e 3 são comumente chamados de analíticos, e todos eles são incluídos no relatório anual do hospital, em tabulações que tentam avaliar a eficiência da instituição no que diz respeito a cuidados com o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna. Os casos classificados nas categorias 4 a 6 são considerados não analíticos e são excluídos de quase todas as tabulações, especialmente as do cálculo de sobrevivência, mas podem ser incluídos em tabulações que tentem avaliar a magnitude que os casos de câncer representa para o hospital, o número de pacientes beneficiados durante o ano, etc.

Para que as informações estejam disponíveis nos prontuários, os mesmos devem ser solicitados após seis meses da data de abertura, e preferencialmente antes de completar um ano.

O objetivo de registrar todos os casos de câncer – analíticos e não analíticos, é não perder aqueles casos, que mesmo não constituindo interesse prioritário do RHC são atendidos no Hospital, consumindo tempo e recursos. Por outro lado, o somatório destas duas bases permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição, e sua condição de chegada.

Se a instituição dispuser de recursos para armazená-los numa base única que permita identificar os casos segundo as classes – analítico e não analítico – deverá fazê-lo, por facilitar a emissão de listagens. Caso contrário, deverão ser cadastrados em bases independentes.

1 • MALIGNOS ANALÍTICOS

Na base de dados correspondente aos casos analíticos (base principal), os casos são incluídos com o preenchimento integral do conjunto de informações que compõe a Ficha de Registro de Tumor (anexo 1), cuja instrução de preenchimento está no capítulo 8 (pág.22).

Estes dados constituem o resultado final do trabalho de coleta, e em conjunto com os dados do seguimento anual, compõem o conjunto principal de informações sobre diagnóstico, terapêutica e evolução dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos na instituição.

Fazem parte desta base de dados, os pacientes classificados numa das seguintes categorias:

- 1 • Caso diagnosticado e tratado no Hospital;
- 2 • Caso diagnosticado no Hospital, mas com o início da terapêutica realizada em outra instituição (segundo planejamento do Hospital) e que retornam ao Hospital, onde está implantado o RHC, para complementação terapêutica e acompanhamento; e
- 3 • Caso diagnosticado em outra instituição, mas com a primeira etapa terapêutica realizada, integral ou parcialmente, no Hospital e que ficam sendo acompanhados pelo hospital.

2 • MALIGNOS NÃO ANALÍTICOS

Os casos não analíticos têm sua inclusão feita com um número menor de informações, composta apenas pelos itens de identificação do paciente (itens 1 a 14); os itens 15 e 16 (data da 1ª consulta e data de diagnóstico); item 17 (diagnóstico e tratamento anterior), 18 (base mais importante do diagnóstico); os itens referentes à caracterização do tumor (topografia (item 19), histologia (20), ocorrência de tumor múltiplo (21), estadiamento (22), TNM (23 e 24) e ocorrência de metástases (25)), a data do início do tratamento no hospital (item 26), a principal razão para não realização do tratamento no hospital (item 27), tratamento recebido (item 28), a data de óbito (30), causa imediata e básica da morte (itens 31 e 32 respectivamente); e o código do registrador (itens 34). O item 33 (seguimento) é sempre marcado a opção 2 – não.

Os casos não analíticos são selecionados a partir da inclusão em uma das categorias abaixo:

1 • Caso diagnosticado e com toda a primeira etapa terapêutica feita em outra instituição (esta classe inclui pacientes admitidos apenas para complementação de uma modalidade específica de tratamento e aqueles que recebem apenas tratamento de apoio);

2 • Caso de câncer diagnosticado e tratado no Hospital antes da data de inclusão (inicial) no registro hospitalar;

3 • Caso diagnosticado apenas à necropsia; e

4 • Casos diagnosticados no Hospital e que por algum motivo não realizaram o primeiro tratamento preconizado no prazo de oito meses a contar da data do diagnóstico.

Os hospitais especializados no atendimento ao paciente com câncer devem atuar como unidade hospitalar quaternária, no contexto do sistema de saúde, devido a sua especialização e complexidade.

Assim, deverá atender preferencialmente ao paciente portador de neoplasia maligna referendado por outras unidades, com diagnóstico preestabelecido e sem tratamento antineoplásico específico prévio.

Esta situação ideal ainda não está totalmente implementada na maioria dos Hospitais, apesar da tendência apresentada nos últimos anos, de se tornarem mais seletivos, com um aumento percentual dos casos de neoplasia maligna, em relação aos demais diagnósticos.

Os Serviços de Oncologia e Radioterapia instalados em hospitais gerais devem também receber pacientes referendados pelas outras clínicas, preferencialmente com diagnóstico.

O alvo prioritário do Registro Hospitalar de Câncer – RHC é o paciente com patologia neoplásica maligna com confirmação do diagnóstico e tratamento realizado na própria instituição.

Os critérios de seleção são estabelecidos (e periodicamente revistos) por uma Comissão Assessora, constituída por representantes das diferentes áreas de atenção ao paciente, incluídos as várias modalidades terapêutica, o patologista e o médico clínico, que elaboram uma lista de diagnósticos que devem ser contemplados (em conjunto com outros critérios) para que o caso seja cadastrado e incluído nas bases de dados.

1 • CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DE CASOS

Os critérios para inclusão do caso no RHC estão descritos no capítulo 4 (pág. 15), sendo eles:

CRITÉRIO 1: DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO

Caracterização do diagnóstico morfológico de neoplasia segundo a CID-O-2ª VERSÃO, nas categorias: Neoplasia maligna primária (código de comportamento /3); Neoplasia in situ (Intra-epitelial, Não infiltrativo e Não invasivo – código de comportamento /2); Comportamento incerto (Malignidade limitrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno com código de comportamento/1 e benigna /0) desde que tenham sido consideradas como tendo comportamento in situ ou maligno; e Clinicamente tumor maligno (M9990/3).

CRITÉRIO 2: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIOR À VINDA AO HOSPITAL

De acordo com este segundo critério, inclui-se nas bases de dados do RHC apenas os pacientes que chegam ao Hospital sem diagnóstico e sem tratamento específico para câncer; aqueles que já chegam com o diagnóstico sem, contudo, terem dado início ao tratamento antineoplásico específico; e os pacientes que chegam com diagnóstico e estando no curso do primeiro esquema terapêutico.

CRITÉRIO 3: COMPORTAMENTO INCERTO E NEOPLASIA BENIGNA

A inclusão das neoplasias de comportamento incerto; das lesões pré-cancerosas; e dos tumores benignos de cérebro ficam a critério de cada instituição que os incluirá na lista de tumores notificáveis.

CRITÉRIO 4: REGISTRADO POR INTERESSE CIENTÍFICO

A inclusão dos tumores de pele, do carcinoma in situ de colo uterino e das neoplasias de comportamento incerto, das lesões pré-cancerosas, os tumores benignos de cérebro por interesse científico ou epidemiológico, ficam a critério de cada instituição.

2 • CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE CASOS

Nem todos os pacientes matriculados no Hospital serão incluídos no RHC. Entre os critérios de exclusão estão:

Pacientes portadores de neoplasia benigna sem interesse científico para o hospital;

Pacientes que tenham vindo ao Hospital apenas para confirmação de diagnóstico ou do planejamento terapêutico, e que foram devolvidos ao hospital de origem;

Pacientes já tratados e que chegaram ao Hospital com a doença em remissão;

Pacientes que chegam ao hospital com doença avançada, e que não realizam tratamento antineoplásico específico devido ao estágio da doença (FPT);

Pacientes que chegam ao hospital já com diagnóstico e que após a primeira consulta não comparecem mais ao hospital;

Pacientes que chegam ao hospital com recidiva tumoral, sem contato anterior;

Pacientes já incluídos no RHC de outra unidade hospitalar da mesma instituição;

Pacientes matriculados no Hospital antes da data de implantação do RHC; e

Pacientes com neoplasias de pele classificados com uma das seguintes morfologias:

M8000 – 8004 – Neoplasia SOE de pele

M8010 – 8043 – Neoplasia epitelial, SOE de pele

M8050 – 8082 – Neoplasia de células papilares e escamosas de pele

M8090 – 8110 – Neoplasia de células basais de pele

3 • LISTA DE TUMORES NOTIFICÁVEIS

Para que o caso seja incluído nas bases de dados do RHC, é necessário que o diagnóstico morfológico do tumor se enquadre em um dos itens da lista de tumores notificáveis do Hospital, a ser estabelecida pela Comissão Assessora, que procederá as modificações necessárias em relação à lista abaixo apresentada.

LISTA DE TUMORES NOTIFICÁVEIS DO HOSPITAL

CID-O-2ª VERSÃO	DIAGNÓSTICO
C00-C80 M/3	Neoplasias malignas primárias
C00-C80 M/2	Carcinoma in situ (todas as localizações)
C00-C80 M/6	Neoplasias malignas secundárias*
C56 M 8472/3	Cistoadenoma de ovário (malignidade borderline ou baixo potencial maligno)
C50 M 9020/3	Tumor filodes, maligno (cistossarcoma filodes)
C42 M 9731/3	Mieloma múltiplo
C42 M 9931/3	Panmielose aguda
C42 M 9763/3	Doença da cadeia pesada gama (doença de Franklin)
C42 M 9761/3	Macroglobulinemia de Waldenstrom
C42 M 9932/3	Mielofibrose aguda
M/1	Pacientes tratados com radioterapia antineoplásica **
M/1	Pacientes tratados com quimioterapia antineoplásica **

Nota

(*) para efeito de cadastro do caso nas bases do RHC, codifica-se a morfologia com o código /3 independente do espécime do tumor ter sido coletado do sítio primário ou da metástase.

(**) considera-se radioterapia e quimioterapia antineoplásica, o emprego destas modalidades terapêuticas no tratamento de patologias classificadas como benigna (/0) ou de comportamento incerto (/1) na CID-O/2, cujo curso clínico seja semelhante ao das patologias malignas (/3), com capacidade de recidivar e/ou apresentar implantes a distância. Não são cadastrados os casos de quelóides, artrite psoriática ou outras patologias benignas tratadas com radioterapia e quimioterapia, respectivamente.

CONTROLE DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DE CASOS

O Registro Hospitalar de Câncer – RHC poderá adotar diferentes estratégias para identificação de casos, sendo as mais comuns: a busca ativa aos prontuários; a notificação a partir dos médicos assistentes; e a notificação pelo serviço de anatomia patológica.

Nos Hospitais especializados em oncologia, deve-se adotar como estratégia para identificação dos casos novos de câncer, a busca ativa realizada através da inspeção de todas as matrículas abertas no Hospital.

Deste modo, os registradores avaliam todos os prontuários de pacientes matriculados no ano em análise, a partir da relação de matriculados fornecida pelo serviço de matrícula (independente do diagnóstico), para identificar se o caso é ou não elegível para cadastro no RHC.

São consideradas elegíveis para cadastro (vide capítulo 6, pág. 18) as doenças classificadas na CID-O/2ª versão, como malignas (comportamento /3); as neoplasias in situ (/2); e alguns tumores de comportamento incerto ou desconhecido (/1) que tenham sido considerados pela Comissão Assessora como de interesse científico e incluídos na lista de tumores notificáveis (pág. 19).

A solicitação ao arquivo será feita em ordem seqüencial crescente do número de matrícula, e para facilidade operacional os pedidos devem ser feitos em lotes, cuja quantidade de prontuários constantes de cada pedido serão estabelecidos em função do número de registradores e da sua capacidade de resgatar os casos.

Os prontuários constantes de cada pedido, e que não estejam disponíveis no momento da solicitação, serão anotados para posterior solicitação. Após cinco solicitações sucessivas, se o prontuário não for localizado, será considerado “não localizado” e retirado da lista de prontuários não disponíveis a serem solicitados.

Após a análise do conteúdo do prontuário, os mesmos serão classificados nas seguintes categoria:

1 • MALIGNO ANALÍTICO

As informações no prontuário permitem estabelecer que o caso se enquadra nos critérios de elegibilidade do RHC para cadastramento imediato na base de dados.

2 • BENIGNO

Prontuários com diagnóstico de doença neoplásica benigna ou doença não tumoral, não sendo, portanto, indicado sua inclusão no RHC.

3 • MALIGNO NÃO ANALÍTICO

Doença maligna que atende os critérios para cadastro, contudo, já foi tratada em outro hospital; corresponde a um caso de doença muito avançada sem indicação de tratamento antineoplásico específico; ou foi diagnosticado por necropsia, sendo indicado seu cadastrado, com um número reduzido de informações.

4 – INCERTO

Os dados constantes do prontuário deixam dúvida em relação ao diagnóstico do paciente, não permitindo que se faça a distinção se corresponde a uma patologia benigna ou maligna. Também são incluídos nesta rubrica os casos nos quais o paciente abandonou o Hospital sem que se chegasse à confirmação do diagnóstico, não sendo, portanto, possível cadastrar o caso.

5 – SEM DIAGNÓSTICO

São classificados como sem diagnóstico aqueles prontuários nos quais não existe qualquer registro do diagnóstico do paciente. Se o paciente ainda está em acompanhamento, ou se o prontuário está incompleto, será incluído na opção a seguir.

6 – INCOMPLETO

Aqueles prontuários que estão incompletos sem as informações necessários ao preenchimento da ficha de registro de tumor. Estes prontuários são posteriormente solicitados e só permanecem nesta condição, se após duas solicitações sucessivas, permanecer na mesma condição.

7 – MATRÍCULA CANCELADA / VAZIO

Corresponde aos prontuários que foram abertos indevidamente ou que permaneceram vazios porque o paciente não compareceu para dar continuidade à sua avaliação ou tratamento.

8 – OUTROS

Prontuário aberto para atendimento de funcionário ou de seu(s) dependente(s), devendo ser excluídos do conjunto de pacientes do Hospital, posto que o motivo da procura do Hospital foi o vínculo do funcionário com a instituição. Se este procedimento não for adotado, haverá um aumento nos casos de patologia benigna, em especial nos Hospitais especializados.

Depois de devidamente identificados, os casos classificados como Maligno Analíticos terão as informações resgatadas e transcritas na Ficha de Registro de Tumor, para inclusão no banco de dados.

Os casos Maligno Não Analíticos serão cadastrados utilizando-se a mesma ficha como instrumento de coleta, porém com preenchimento apenas parcial e incluídos no banco de dados.

Para que seja possível o resgate das informações referentes ao tumor, e o correspondente preenchimento das fichas de coleta de dados, os prontuários classificados nas duas categorias acima são retidos no RHC para resgate das informações e preenchimento da Ficha de Registro de Tumor. Os demais são imediatamente devolvidos ao Arquivo Médico.

Os classificados na categoria Incerto, Sem diagnóstico e Incompleto serão posteriormente solicitados, após três meses, na tentativa de resgatar novas informações que permitam uma melhor especificação do diagnóstico do paciente.

Ao final do processo de resgate das informações e cadastro de todos os casos que foram identificados – referentes a um determinado ano de matrícula – como elegíveis para inclusão, segundo os critérios estabelecidos pelo RHC, é feita uma última solicitação dos casos não localizados anteriormente, na tentativa de aumentar a cobertura do RHC, antes de considerar concluído o processo de cadastro do ano em referência.

Concluída esta etapa, emitir-se um relatório informando:

Total de pacientes com doença maligna (maligno analítico + maligno não analítico);

Total de pacientes com doença benigna;

Subtotal de pacientes com diagnóstico (maligno + benigno);

Total de pacientes sem diagnóstico (incertos + sem diagnóstico + incompleto);

Total de prontuários não localizados (não encontrado pelo arquivo após múltiplas solicitações);

Outros (funcionários, matrículas canceladas, vazios e outros motivos);

Subtotal de prontuários sem informação (soma dos quatro itens anteriores); e

Total de pacientes matriculados no ano em análise.

DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS NOVOS, POR TIPO DE DIAGNÓSTICO

TIPO DE DIAGNÓSTICO			PRONTUÁRIOS SEM INFORMAÇÃO				TOTAL
Maligno	Benigno	Sub-Total	Sem Diagnóstico	Não Disponíveis	Outro	Sub-Total	

Observação

Deve-se informar o número absoluto, e o respectivo percentual em relação ao total de pacientes matriculados. As solicitações de prontuário ao Arquivo Médico devem conter as matrículas correspondentes aos prontuários solicitados, a identificação do solicitante e a data da solicitação.

PREENCHIMENTO DA FICHA DE REGISTRO DOS CASOS ANALÍTICOS

A Ficha de Registro de Tumor (anexo I), do Registro Hospitalar de Câncer – RHC, é utilizada no processo de coleta de informações a partir do prontuário médico – como documentação do sumário do caso – e como documento de entrada de dados no processo de alimentação dos bancos de dados.

Esta ficha tem seu conteúdo definido a partir das necessidades de informações do Hospital e das orientações de padronização sugerida pela Organização Mundial de Saúde através da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e da Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR).

Com o objetivo de padronizar e normalizar o processo de coleta de informações pelos RHCs, no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer – INCA promoveu no período de 03 a 05 de agosto de 1999 reunião com representante de várias instituições e especialistas, para a partir da ficha em uso propor alterações com vistas a atender a necessidade de informações dos Hospitais de câncer do país. Desta reunião saiu a proposta de ficha a ser usada no período de 2000 a 2004, para a qual foi elaborado este Manual.

Após definido os itens que farão parte da ficha, com as respectivas definições do conteúdo, a mesma é submetida para aprovação pela Comissão Assessora (vide Cap. 3, pág. 14) que homologa e autoriza sua utilização no âmbito do Hospital, no resgate das informações dos casos matriculados, preferencialmente a partir do dia 1º de janeiro do ano seguinte.

Não confundir com o início de um novo ano do calendário, pois a data de implementação de novas fichas e rotinas se refere ao resgate dos casos matriculados a partir do dia 1º de janeiro, processo que poderá ocorrer em qualquer mês do ano, pois é uma função da capacidade operacional do registro em resgatar os casos e das informações estarem disponíveis no prontuário.

Na Ficha de Registro de Tumor são coletadas as informações referentes ao primeiro ano de acompanhamento do paciente no Hospital, tendo como referência a data do primeiro diagnóstico do tumor. As informações dos anos subsequentes serão anotadas no correspondente Ficha de Seguimento Anual (vide anexo II, pág. 148).

Na elaboração da Ficha de Registro de Tumor, deve haver a preocupação de que ela além de ser instrumento de coleta de dados, possa também ser usada como documento para entrada de dados para digitação. Assim sendo, os itens devem ser distribuídos em colunas, e as opções dentro de cada item padronizadas, de modo que a opção 8 corresponde sempre a “não se aplica” e a opção 9 a “sem informação”. A numeração das opções em cada item se inicia com o número um, e as demais em ordem crescente, ficando vazio os números entre a última opção e o dígito 8 (não se aplica).

A seguir são apresentados em detalhe o conteúdo de cada item da Ficha de Registro de Tumor, com as respectivas instruções de preenchimento.

Esta ficha é utilizada para cadastrar os casos analíticos e não analíticos, cuja diferença no preenchimento refere-se apenas no número de itens a ser preenchido, sendo em menor número nos casos classificados como não analítico.

Como novidade desta ficha em relação aos modelos anteriores, houve a inclusão de itens opcionais, cuja coleta será definida por cada hospital.

A maioria dos itens da ficha é de preenchimento obrigatório, sendo que o item idade (05), se estiverem disponíveis recursos de informática, pode ser calculado diretamente pelo programa de entrada de dados para o computador através do cálculo da diferença entre a data da primeira consulta (item 13) e a data de nascimento do paciente (06).

O item 18 (base mais importante do diagnóstico) pode ser atualizado, assim como os itens 20 (localização topográfica), 20 (tipo morfológico) e 21 (mais de um tumor primário). Os demais itens uma vez cadastrados são imutáveis.

1 • ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Este grupo de informações será usado para identificar um determinado paciente no conjunto de informações sobre os casos de câncer incluídos nas bases de dados e para evitar as inclusões em duplicidade. São dados pessoais, intransferíveis, excludentes e de preenchimento obrigatório.

Se possível, estas informações poderão ser capturadas diretamente da base de dados do serviço de matrícula/arquivo médico, evitando duplicidade de coleta.

ITEM 01 • NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Deve ser anotado o nome completo do paciente, atentando para a grafia correta. Sempre que for possível, o nome deverá ser copiado diretamente do documento de identidade.

Se o preenchimento da ficha de matrícula do paciente for feito de modo manual, é importante que a pessoa responsável por este serviço tenha grafia legível e que confira diretamente do documento de identidade a correta grafia do nome para evitar erro de interpretação de fonemas semelhante ou parecidos, como, por exemplo: Luiz e Luís; Elisabete, Elizabeth, Elisabeth, Elisa Beth; Rosana, Rosane, Rossana, Roseanne.

Também deve-se atentar para a informação do nome de modo abreviado: Lina ao invés de Umbelina, Dirce de Dircelene e José de Josenildo.

Para as pessoas casadas, desquitadas ou divorciadas deve ser questionado sobre o nome atual, pois pode ter havido alteração em relação ao nome constante do documento de identidade apresentado, pela inclusão ou exclusão de sobrenomes.

Obter a informação da capa do prontuário, da Folha de Identificação ou de cópia de documento de identificação anexado ao prontuário.

2 • ITENS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS

Este grupo de informações será utilizado para traçar o perfil do paciente e identificar fatores de risco associados a ocorrência de determinados tipos de câncer. Seu preenchimento é obrigatório.

As informações e suas respectivas codificações estão em estrita integração com a Portaria N° 3.947-GM/MS de 25 de novembro de 1998 (república com correções no DOU de 26/11/1998) que define os atributos de informações para a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs.

ITEM 04 • SEXO DO PACIENTE

1. MASCULINO 2. FEMININO 3. IGNORADO

A informação referente ao sexo do paciente deve ser sempre registrada por se constituir num dado de identificação do paciente e num campo de crítica de entrada de dados de determinadas topografias de tumor, como os tumores uterinos nas mulheres e de próstata nos homens.

Como deve estar disponível em todos os prontuários hospitalares, admite-se as opções masculino (1); feminino (2) e ignorado (3).

Se a informação não tiver disponível na Folha de Identificação, deverá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico ou de cópia de documento de identidade anexado ao prontuário.

Esta informação é muito importante para se caracterizar o sexo, em especial de pessoa que possuem nome que possa ser utilizado por pessoas de ambos os sexos, como Darci, Omar, Elair, Delci, entre outros.

ITEM 05 • IDADE DO PACIENTE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

IDADE

Refere-se a idade do paciente na data da primeira consulta neste Hospital.

Poderá ser obtida da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame físico ou calculada a partir da data de nascimento constante de cópia de documento de identidade anexado ao prontuário.

A informação poderá também ser calculada pelo próprio sistema de computação eletrônica de dados, a partir da data da 1ª consulta (item 13) e da data do nascimento (item 06). Quando isto não for possível, deverá ser feito idêntico procedimento manualmente.

Este dado será muito importante na geração de dados para emissão de relatórios e pesquisas.

O preenchimento deverá ser feito sempre com três dígitos, preenchendo as casas livres da esquerda com zero. Idade inferior a um ano será preenchido com 000 e quando a informação não estiver disponível, com 999.

ITEM 06 • DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

DATA DO NASCIMENTO

• A data de nascimento é muito importante, pois esta informação pode ser utilizada na identificação do paciente, principalmente nos homônimos, quando não se dispõe de outra fonte específica de identificação como a filiação. Também será utilizada no cálculo da idade do paciente (item 05).

A data do nascimento é obtida da Folha de identificação ou de cópias de documentos anexados ao prontuário.

A data deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 07 • LOCAL DE NASCIMENTO DO PACIENTE

LOCAL DE NASCIMENTO

O local de nascimento pode ajudar na identificação do paciente, para fornecer informação sobre a migração do paciente, para avaliar a utilização do Hospital como centro de referência, ou ainda, como indicio sobre a etiologia do câncer.

O local de nascimento deve ser preenchido com a informação precisa, referente ao local de nascimento. Com o tempo, pode haver reestruturação geográfica, com mudança na composição dos Estados da Federação. O antigo Estado da Guanabara foi incorporado ao Rio de Janeiro, o Mato Grosso dividido em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, o que também aconteceu com Goiás do qual foi retirado parte para constituir o Estado do Tocantins.

Para caracterização do local de nascimento utiliza-se a identificação atual, por Estado, usando a sigla correspondente composta por dois algarismos. Para estrangeiros utiliza-se a sigla EX para não confundir com ES referente ao Espírito Santo. Assim um paciente que nasceu no antigo Estado da Guanabara será cadastrado como RJ (Rio de Janeiro) e quem nasceu em Campo Grande – MT como MS (Mato Grosso do Sul).

Quando não houver a informação, que será obtida da Folha de Identificação ou da cópia xerográfica do documento de identidade, preencher com 99.

SIGLAS DOS ESTADOS BRASILEIROS

SIGLA	DESCRIÇÃO	SIGLA	DESCRIÇÃO
AC	Acre	PB	Paraíba
AL	Alagoas	PE	Pernambuco
AM	Amazonas	PI	Piauí
AP	Amapá	PR	Paraná
BA	Bahia	RD	Rondônia
CE	Ceará	RO	Roraima
DF	Distrito Federal	RN	Rio Grande do Norte
ES	Espírito Santo	RJ	Rio de Janeiro
MA	Maranhão	RS	Rio Grande do Sul
GO	Goiás	SC	Santa Catarina
MG	Minas Gerais	SE	Sergipe
MS	Mato Grosso do Sul	SP	São Paulo
MT	Mato Grosso	TO	Tocantins
PA	Para	EX	Estrangeiro

ITEM 08 • RAÇA / COR DA PELE DO PACIENTE

RAÇA / COR

1. Branca 4. Parda
 2. Preta 5. Indígena
 3. Amarela 9. Sem informação

COR DA PELE

1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena
9	Sem Informação

No Brasil, devido à miscigenação que atinge cerca de 35% da população, é muito difícil estabelecer grupos étnicos.

Por outro lado, em algumas regiões do país existe marcada diferença racial, como os asiáticos (amarelos) em São Paulo, os alemães e italianos no sul do país e os índios no Amazonas.

Optou-se por trabalhar com os atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Apesar das dificuldades na codificação da informação, mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos e outros, que oferecem diferentes possibilidades de estudos epidemiológicos, em geral, são cadastrados como pardos.

ITEM 09 • GRAU DE INSTRUÇÃO DO PACIENTE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

GRAU DE INSTRUÇÃO

1. Analfabeto 4. 2º Grau comp.
 2. 1º Grau incomp. 5. Nível superior
 3. 1º Grau comp. 9. Sem informação

Este dado é utilizado na tentativa de avaliar a situação socioeconômica do paciente, na falta de um dado confiável que possa, por exemplo, avaliar a renda média familiar.

Esta informação será obtida da Folha de Identificação ou da Folha de Anamnese e Exame Físico.

A escolaridade deverá ser codificada usando os seguintes parâmetros:

GRAU DE INSTRUÇÃO	
1	Analfabeto
2	1º Grau incompleto
3	1º Grau completo (1ª a 8ª séries)
4	2º Grau completo (1ª a 3ª séries)
5	Nível superior
9	Sem informação

Nos últimos anos, sucessivas leis de diretrizes e bases para a educação promoveram mudanças no conteúdo, distribuição e denominação dos cursos de instrução.

A mais recente divide o ensino em quatro categorias, o ensino infantil (antiga pré-escola); o curso básico (antigo primeiro grau); o curso intermediário (segundo grau) e o ensino superior. O curso básico se divide em fundamental (primário e ginásio) e médio (científico ou normal).

Na lei anterior, na qual se baseia nossa ficha de coleta, o primeiro grau é constituído pelos oito anos do curso básico e que correspondem aos antigos primário e ginásio. O segundo grau é com-

posto de três anos, e corresponde aos antigos colegial, clássico e normal.

Se a pessoa tiver concluído apenas o antigo primário ou não tiver concluído os oito anos do atual primeiro grau, marcar a opção 2 – 1º grau incompleto.

Quando o paciente tiver cursado apenas parte do 2º grau, marcar item 3 – primeiro grau completo.

O item 5 corresponde ao terceiro grau (curso superior), mesmo que incompleto. As pessoas que tiverem pós-graduação também serão incluídas no código 5.

No quadro abaixo, faz-se uma correlação entre as diferentes denominações dos cursos de educação.

Jardim de infância	Jardim de infância	Pré-escola	Educação infantil	
Primário	Primário	Primeiro grau	Fundamental	
Ginásio	Ginásio	Segundo grau		Básico
Científico, Clássico ou Normal	Científico ou Normal	Terceiro grau	Médio	
Faculdade	Superior		Superior	

ITEM 10 • OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO PACIENTE

OCUPAÇÃO

A ocupação se refere à atividade na qual uma pessoa economicamente ativa trabalha ou trabalhou (nos casos de aposentados ou desempregados).

É desejável que a ocupação retrate não apenas a profissão, como também a ambiência na qual a mesma era ou é exercida. Assim, é diferente ser mecânico de casa de máquinas de navio em relação ao mecânico de motos, ou ser porteiro de edifício residencial e de uma pedreira.

Como a identificação da origem ocupacional dos tumores tem sido alvo de inúmeras pesquisas, deve-se fazer esforço no sentido de obter esta informação.

O funcionário da matrícula responsável pela coleta da informação deve ser treinado para coletar a informação que retrate a ocupação preponderante do paciente e não apenas a que exerce no momento da matrícula. Quando o paciente exercer mais de uma atividade ou que tenha exercido atividades laborativas diferentes ao longo do tempo, deve-se registrar aquela que foi exercida por mais tempo, desde que não exista intervalo de tempo superior a dez anos entre o encerramento da referida atividade e a data atual ou da aposentadoria – no caso de inativos.

Deve-se evitar registros genéricos como: militar, funcionário público, aposentado, estudante ou desempregado. O registro correto seria engenheiro militar, auxiliar de escritório do serviço público e professor primário aposentado.

Para codificar as profissões, utiliza-se os códigos – no nível de agregação de quatro dígitos – da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho, e que foi adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Censo Populacional de 1980. Para facilitar o manuseio da mesma, usa-se a relação por ordem alfabética.

A informação deverá estar disponível na Folha de Identificação ou da Folha de Anamnese e Exame Físico.

ITEM 11 • PROCEDÊNCIA DO PACIENTE (CÓDIGO DO IBGE)

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

Utiliza-se o Código de localidades do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE, para avaliar a procedência do paciente.

Na matrícula deve ser questionado o endereço permanente do paciente. Especial atenção deve ser dispensada àqueles pacientes de outras cidades que estão na cidade onde fica instalado o Hospital, apenas temporariamente para realizar o tratamento.

É importante ter este endereço, também, para no futuro, realizar o seguimento do paciente.

A informação será resgatada do campo identificação do paciente na Folha de Identificação.

Para o seguimento, poderá ser necessário consultar o endereço do local de trabalho (campo dados complementares) ou os endereços de contatos existentes no campo referências do mesmo impresso.

3 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

O conjunto de itens a seguir será utilizados para conhecer as datas e recursos utilizados para estabelecer o diagnóstico de câncer.

Seu preenchimento é obrigatório.

ITEM 12 • CLÍNICA DE ENTRADA NO HOSPITAL

CLÍNICA DE ENTRADA •

Este item permite identificar a clínica responsáveis pela matrícula e atendimento inicial ao paciente no hospital onde está instalado o RHC.

Deve-se adotar uma codificação para clínicas com dois dígitos, que identificar também o grupamento ao qual pertence. Assim sugere-se a seguinte codificação de serviços:

CLÍNICA DE ATENDIMENTO

0X	Oncologia Médica
1X	Oncologia Cirúrgica
2X	Radioterapia
3X	Outras

Pode-se assim ter a Hematologia identificada como 01; a Cirurgia Ginecológica com 14; a Radioterapia como 30; a Clínica Médica como 31 e assim por diante.

A informação é resgatada da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame Físico, das Folhas de Evolução e das Folhas específicas das clínicas de atendimento.

ITEM 13 • CLÍNICA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL

CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO

Este item possibilita a identificação da clínica onde efetivamente foi iniciado o tratamento antineoplásico do paciente no hospital do RHC.

Se o tratamento foi realizado por mais de uma clínica, deve-se registrar aquela que assumiu o papel primordial no tratamento. Assim, se o paciente foi atendido pela cirurgia torácica que solicitou uma radioterapia paliativa anti-hemorrágica para a seguir realizar a cirurgia proposta, deve-se anotar o código correspondente à cirurgia torácica.

Se a clínica do primeiro tratamento for a mesma de entrada deve-se repetir o código.

Se a paciente entrou pela mastologia que a considerou sem possibilidades cirúrgicas e a encaminhou para tratar com quimioterapia, anota-se a mastologia como clínica de entrada e a oncologia clínica como responsável pelo primeiro tratamento.

Utiliza-se neste item a mesma codificação de clínicas do item anterior.

A informação é resgatada das Folhas de Evolução, do sumário de alta ou das Folhas específicas das clínicas de atendimento.

ITEM 14 • REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL – RIC (CPF/CARTÃO DO SUS)

REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL

(CPF/CARTÃO SUS)

Deve-se anotar o Registro de Identidade Civil do Cartão SUS, uma vez regulamentado seu uso, e na sua falta, o Cadastro de Pessoa Física da Receita Federal – CPF.

Esta informação é um dos itens de identificação do paciente exigido pela Portaria Ministerial Nº 3.947-GM/MS.

ITEM 15 • DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

DATA DA 1ª CONSULTA

--	--	--	--	--	--	--

Considera-se como data da primeira consulta a data de atendimento do paciente pelo serviço responsável pelo seu tratamento. Esta data marca o primeiro contato do paciente com o médico que inicia seu processo diagnóstico ou terapêutico no hospital.

Não confundir com a data da triagem (item 37), que corresponde a data do primeiro contato do paciente com a instituição, em relação ao tumor avaliado.

Esta data será igual ou posterior à data da triagem.

A informação está anotada na Folha de Identificação.

A data deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

ITEM 16 • DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO DIAGNÓSTICO

--	--	--	--	--	--	--

A data do primeiro diagnóstico de câncer é fundamental para definição da data de “aniversário” para realização do seguimento anual e para o cálculo de vários indicadores, como os intervalos de tempo entre matrícula/diagnóstico e diagnóstico/início do tratamento. Também é usada no cálculo do tempo de sobrevida.

Considera-se como data do primeiro diagnóstico, de cada tumor, a data da confirmação anatomopatológica do tumor, quando se tem a certeza do diagnóstico. Na ausência de exame anatomopatológico, utiliza-se a data do diagnóstico clínico.

A possibilidade de obtenção desta informação a partir da consulta às Folhas de Evolução, dos Laudos da Anatomia Patológica ou da Patologia Clínica/Hematologia, são um importante dado de aferição da qualidade dos prontuários Hospitalares.

Quando o paciente já referido ao Hospital já com diagnóstico estabelecido, utiliza-se a informação enviada através de laudo médico ou de cópia dos exames realizados em outra instituição.

O preenchimento da data deve ser feito no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 17 • DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

- 1. Sem Diag./Sem Trat.
- 2. Com Diag./Sem Trat.
- 3. Com Diag./Com Trat.
- 4. Outros
- 9. Sem informação

Os pacientes deveriam estar chegando aos hospital especializados com diagnóstico firmado ou para confirmação. Em alguns casos, poderiam ter recebido tratamento inicial, comparecendo para complementação terapêutica.

Este item permite avaliar se o Hospital tem funcionado como centro de referência ou se atua também como unidade de diagnóstico.

A informação deve ser colhida da história clínica no Impresso Anamnese e Exame Físico, das folhas de Evolução ou de laudos médicos anexados ao prontuário.

A existência desta informação no prontuário também é um indicativo da qualidade das informações do prontuário.

GRAU DE INSTRUÇÃO

1	Sem diagnóstico / Sem tratamento
2	Com diagnóstico / Sem tratamento
3	Com diagnóstico / Com tratamento
4	Outros
9	Sem informação

Os pacientes que chegam ao Hospital sem diagnóstico e sem tratamento devem ser incluídos no código 1.

Aqueles que já chegam com o diagnóstico, sem contudo terem dado início ao tratamento, devem receber o código 2.

Os pacientes que chegam com diagnóstico e tendo iniciado o tratamento antineoplásico específico devem ser codificados com a opção 3. Os casos analíticos chegarão ainda no curso do primeiro tratamento e ficarão tratando no Hospital, enquanto os casos não analíticos virão para complementar o tratamento, ou para realizar uma modalidade de tratamento não disponível no hospital de

origem (por exemplo a radioterapia).

No código 4 devem estar aqueles paciente que não se enquadram nas situações anteriores. Como exemplo de situações a serem enquadrada nesta opção, temos os pacientes de outras cidades, que procuram o hospital sem diagnóstico e sem tratamento, são matriculados, retornam para sua cidade de origem onde fazem exames e é estabelecido o diagnóstico, voltando ao hospital para iniciar o tratamento; ou o caso do paciente que chega ao

Hospital onde está implantado o RHC sem diagnóstico, faz diagnóstico neste Hospital, iniciam o tratamento fora e fazem complementação no Hospital do RHC ou ainda o paciente que faz a ressecção de uma lesão fora do Hospital onde está o RHC e que por dificuldade técnica no hospital de origem trás a peça para avaliação no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do RHC, onde é confirmado o diagnóstico de câncer.

ITEM 18 • BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

- 1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica
- 2. Exames por imagem
- 3. Endoscopia
- 4. Cirurgia Exploradora / Necropsia
- 5. Citologia ou Hematologia
- 6. Histologia da Metástase
- 7. Histologia do Tumor primário
- 9. Sem informação

O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pela histologia do tumor primário de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem. Contudo, os casos sem diagnóstico citológico ou histológico não devem ser excluídos, pois perder-se-ia informações valiosas; daí a necessidade de considerar-se o diagnóstico de câncer em bases puramente clínicas, menos confiáveis que as patológicas.

No item 18 (Exames relevantes para o diagnóstico e planejamento terapêutico do tumor), foram avaliados os exames que tiveram importância para se definir o diagnóstico e o planejamento da terapêutica específica para o tumor. Neste item, deve ser registrado, dentre aqueles exames, qual foi o mais importante para se chegar ao diagnóstico do tumor.

Não necessariamente, será o exame mais específico ou o mais preciso.

O fato de ter realizado um determinado exame mais específico, não indica ser ele a base mais importante do diagnóstico, pois pode ter sido inconclusivo ou a amostra ter sido inviabilizada por problema técnico ou inadequação da coleta do material ou de sua conservação.

Deve-se ressaltar, que este item deve ser atualizado, se informações posteriores indicam a realização de um novo exame que tenha contribuído para aumentar o grau de confirmação do diagnóstico.

A biópsia do tumor primário deve ser distinguida da biópsia da metástase, assim como os diagnósticos histológicos dos citológicos, apesar da confiabilidade destes últimos.

Especificamente para o diagnóstico de leucemias, considera-se o hemograma como histologia do tumor primário, uma vez que o sangue é o único tecido líquido do organismo. Também para as leucemias, deve ser considerada a seguinte ordem como crescente na certeza do diagnóstico: hemograma; mielograma (citologia do material coletado por punção); e a biópsia de medula óssea (histologia).

Os exames apresentados neste item estão em ordem crescente de certeza diagnóstica, sendo os quatro primeiros não visualizam diretamente as células do tumor primário ou metastático, enquanto os três últimos, são realizados pela visualização microscópica.

Se um exame endoscópico permitiu a coleta (através de biópsia) do tecido tumoral, deve ser registrado como base mais importante o exame microscópico, sendo o procedimento endoscópico considerado apenas como um meio para obtenção do tecido. Contudo, se não houve coleta de material, ou o mesmo foi insuficiente para o diagnóstico, e o médico julga que a visualização da massa tumoral é suficiente para estabelecer o diagnóstico, na falta de exame mais preciso, aceita-se a endoscopia como base mais importante do diagnóstico do tumor.

Esta informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente, da Folha de Evolução e da Folha de Parecer.

O grau máximo de certeza do diagnóstico de um tumor é dado pelo exame anatomopatológico do tumor primário. Contudo, nem sempre isto é possível, e num grau decrescente de acerto, se pode chegar a um diagnóstico pela utilização de outro(s) recurso(s) auxiliar(es) de diagnóstico, de modo isolado ou em associação.

Para alguns tumores específicos, recursos simples podem ser utilizados com um nível bom de segurança, para confirmação do diagnóstico, como por exemplo:

EXAME	TUMOR
Exame clínico	Tumor de pele
Hemograma	Leucemia
Dosagem de PSA	Tumor de próstata
Raio-X de tórax	Tumor de pulmão
Ultrassom pélvico	Tumor de ovário
Tomografia cerebral	Tumor do sistema nervoso central
Endoscopia digestiva	Tumor de esôfago ou estômago
Cirurgia exploradora	Tumor de pâncreas
Mielograma	Tumores hematológicos
Histologia da metástase	Tumores de várias localizações

Não existe regra padronizada a ser adotada para estabelecer se um exame foi ou não relevante para o diagnóstico e tratamento de um tumor, depende da interpretação do médico, de sua experiência profissional, do tipo histológico e localização topográfica do tumor e do que foi registrado no prontuário.

A base mais importante do diagnóstico é o exame que permitiu o grau máximo de certeza do diagnóstico para aquele paciente. Assim, o exame que constitui a base mais importante do diagnóstico é um exame relevante, mas nem todo exame relevante corresponde à base mais importante do diagnóstico.

À medida que os casos forem surgindo, a experiência acumulada do registrador irá facilitando o reconhecimento de novos casos e a identificação da associação entre determinados recursos de diagnóstico e o estabelecimento de diagnóstico.

Também vale ressaltar, que podem existir mais de um exames relevantes para um mesmo paciente, e que a identificação de um não implica na exclusão imediata dos outros.

Na opção 1 – Exame Clínico e /ou Patologia Clínica, estão incluídos um grupo de procedimentos e os exames mais utilizados na fase de triagem e inicial do diagnóstico, sendo de grande valor para afastar outros diagnósticos diferenciais e para estabelecer uma estratégia para o diagnóstico e o tratamento. Como sua precisão e especificidade são pequenos, exceto em tumores muito avançados ou em determinados tumores – como os tumores de pele e as leucemias – cujo diagnóstico com base em exames clínicos (e de patologia clínica) poderá ser feito com uma margem de segurança muito grande.

Entende-se por exame clínico, o exame realizado pelo médico, tendo por base a história do paciente, a inspeção, a palpação e a ausculta. Na realização deste exame poderá fazer uso de aparelhos simples como o estetoscópio, o aparelho de pressão, termômetro, otoscópio etc.

Os exames de Patologia Clínica – conhecidos popularmente como exames de laboratório – são realizados em material biológico como sangue, fezes, urina ou secreções. Poderão em alguns casos ser suficientes para estabelecer o diagnóstico, como, por exemplo, um hemograma para diagnosticar leucemia. Em outros casos, podem subsidiar o direcionamento a ser adotado na pesquisa do diagnóstico, como por exemplo a constatação de sangue na urina como indício de um tumor de bexiga.

Existe uma grande variação de técnicas, precisão, sensibilidade e especificidade de exames de patologia clínica, assim sendo, os exames de pesquisa de antígenos e marcadores tumorais serão estudados de modo separado, tendo em vista sua relevância para o estabelecimento do diagnóstico.

Na opção 2 – Exames por imagem, foram agrupados uma série de diferentes exames, em função da técnica empregada e do tipo de equipamento.

a • Radiologia Convencional (R-X) – Exame radiográfico com ou sem contraste oral e venoso, no qual não foram necessários procedimentos de intervenção do radiologista ou cirurgião. Fazem parte deste grupo os exames de radiografia simples, as seriografias esôfago-gastroduodenal, a urografia excretora, a mamografia, o clister opaco e as colecistografias.

b • Ultra-sonografia (US) – Exames realizados empregando equipamentos de ultra-som, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente freqüente na avaliação da cavidade abdominal.

c • Cintilografia / Gamagrafia (ou exame de medicina nuclear) – Exames que utilizam como contraste substâncias radioativas cuja captação é realizada por uma sonda cintigráfica ou através de uma gama-câmara. São realizados pela seção de Medicina Nuclear.

d • Radiologia Intervencionista – São exames radiográficos que necessitam para sua execução da intervenção do médico radiologista ou cirurgião para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte deste grupo: radiografia estereotáxicas, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

e • Tomografia Computadorizada (TC) – Exame executado com ou sem contraste, realizado no tomógrafo computadorizado, tipo especial de aparelho de Raio-X que gera um conjunto de imagens que são integradas através de um programa de computador, gerando a imagem final. É muito usado para diagnóstico e acompanhamento dos tumores de sistema nervoso central.

f • Ressonância Magnética (RNM ou RMN) – Exame com ou sem contraste realizado com utilizando campo magnético, através da técnica de ressonância magnética nuclear. Muito usado na avaliação de tumores intracavitários e na avaliação de medula espinhal.

Na opção 3 – Endoscopia, estão incluídos os exames realizados através da introdução no organismo de aparelho de fibra óptica, por orifício natural ou artificial, com o objetivo de visualizar estruturas internas; coletar material ou fazer biópsia. Atualmente são realizados procedimentos cirúrgicos através da endoscopia, contudo, neste item, são considerados apenas os procedimentos diagnósticos, os procedimentos terapêuticos serão analisados no item 28 – tratamento.

Na opção 4 – Cirurgia Exploradora / Necrópsia, estão os procedimentos cirúrgicos realizados com o objetivo de estabelecer diagnóstico de doença cujos exames realizados não possibilitaram chegar a uma conclusão em relação ao diagnóstico. Inclui-se neste item a laparotomia exploradora, a toracotomia exploradora, a mediastinotomia exploradora e a craniotomia exploradora. Estas cirurgias exploradoras poderão ser transformadas em procedimento terapêutico, se o cirurgião achar pertinente aproveitar a via de acesso e o fato do paciente já estar na sala cirúrgica sob sedação, para realizar o tratamento. Deverá ser considerada a cirurgia exploradora para fins de diagnóstico e a cirurgia como terapêutica do tumor (item 28).

Na opção 5 – Citologia ou Hematologia, estão incluídos os exame citologia (através da análise microscópica de células do organismo, obtida de secreções e líquidos orgânicos – líquido, derrame pleural, urina, líquido de ascite – ou por raspado de lesões superficiais e as punções aspirativas com agulha fina; e os exames realizados através de amostra de sangue, aí incluídos os marcadores tumorais.

Vale ressaltar, que o exame do sangue para diagnóstico de patologia do sistema hematopoético, não deve ser incluído neste item, e sim no item 7 – histologia do tumor primário, uma vez que o sangue é um tecido líquido, e que através de sua análise é possível identificar os vários componentes do tecido sangüíneo.

Como o conhecimento dos Antígenos específicos e dos marcadores tumorais é ainda muito recente, optamos por incluir neste manual número grande de informações a respeito destes exames, para facilitar sua identificação e relevância, pelos registradores.

Neste grupo de exames estão incluídos um conjunto de exames de patologia clínica para a identificação de antígenos e substâncias cuja concentração no organismo tem relação direta com determinados tipos de câncer. Há a necessidade de conhecer os valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

a • Pesquisa de antígenos – Os antígenos virais são usados para identificar a presença de vírus para os quais existe evidência epidemiológica da associação entre a presença destes vírus no organismo e a ocorrência de determinados tipos de câncer ou a ocorrência de câncer em determinadas topografias. Abaixo são apresentados alguns antígenos, com as respectivas técnicas de laboratório usadas na sua detecção e as respectivas patologias aos quais estão associadas.

a1 • ANTÍGENO PARA CMV (citomegalovírus) pela técnica Peroxidase

a2 • PESQUISA DIRETA POR IMUNOFLUORESCÊNCIA

ADN – Adenovírus

RSV – Respiratório sincicial

HS – Herpes simples

CMV – Citomegalovírus

PCP – Pneumocystis carinii

a3 • AGLUTINAÇÃO POR LÁTEX

Rotavírus

b • Marcadores tumorais – São substâncias biológicas ou bioquímicas, produzidas pelas células tumorais, que são excretadas na circulação sangüínea, e cuja detecção, dependendo da sua concentração, poderão ser evidência da presença do tumor, ou de atividade da doença, sendo portanto usados para diagnóstico, pesquisa de metástases, para avaliar a evolução da doença e da resposta ao tratamento.

c • Citogenética e imunofenotipagem – Técnicas laboratoriais de alta complexidade capazes de fazer estudo das características genéticas do paciente, com o objetivo de dirimir dúvidas entre casos de neoplasia maligna e patologias de caráter hereditário.

MARCADORES TUMORAIS, SIGLAS E TOPOGRAFIA OU MORFOLOGIA DO TUMOR

MARCADOR	SIGLA	TOPOGRAFIA
Ácido vanil-mandélico	VMA	Tumores endócrinos e neuroblastomas
Ácido hidroxindolacético	5-HIA	Tumores carcinóides
Alfa-fetoproteína	AFP ou AFP + n	Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas
Antígeno carcino-embriônico ou carcino-embriogênico	CEA	Estômago, cólon, mama, pulmão, ovário, útero, placenta, fígado, reto, canal anal e carcinomas
Antígeno prostático específico	PSA	Próstata*
Beta-2 microglobulina	β2 Micro	Mieloma, linfoma não-hodgkin e hematopoético
CA 15.3	CA 15.3	Mama
CA 19.9	CA 19.9	Estômago, pâncreas vias biliares, cólon e pulmão
CA 50	CA 50	Gástrico, cólon e pâncreas
CA 72.4 ou TAG 72.4	CA 72.4	Estômago, tubo digestivo, ovário e útero
CA 125	CA 125	Ovário e útero
CA 242	CA 242	Cólon e pâncreas
Calcitonina	CT	Tireóide
Cobre sérico	Cu Sérico	Doença de hodgkin
Dehidrogenase láctica	DHL	Linfoma não-hodgkin, testículo, mieloma e outros tumores
Enolase neuro específica	NSE	Neuroblastoma, pulmão, supra renal e tubo digestivo
Fosfatase alcalina	FA	Tumores ósseos, metástase óssea e metástase hepática
Fosfatase ácida prostática	FAP ou PAP	Próstata*
Fragmentos de citoqueratina 19	CYFRA21-1	Pulmão
Gonadotrofina coriônica Humana – fração beta	β-HCG	Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas
Tireoglobulina	TG	Tireóide

*A fosfatase ácida sérica (FAS ou SAP) é usada para monitorar a resposta à terapêutica nos tumores de próstata.

Na opção 6 – Histologia da Metástase, estão incluídos os exames de anatomia patológica executados através da visualização de células ou tecidos coletados das metástases do tumor, a fresco ou empregando corantes que realçam determinadas estruturas, para diagnóstico e caracterização do tumor. Nos casos em que houver dúvida, ou para complementar o diagnóstico, poderão ser executados exames de imunohistoquímica que ampliam o grau de segurança no estabelecimento de diagnóstico histológico do tumor.

O tecido para realização do exame é coletado diretamente de uma metástase, através de biópsia, removidos por cirurgia (peça cirúrgica), curetagem ou autópsia.

Na opção 7 – Histologia do tumor primário, estão incluídos os exames de tecido obtido por biópsia, pela remoção cirúrgica diretamente da massa tumoral, por curetagem ou por autópsia, no seu sítio primário. Também são considerados exames histológicos a biópsia e aspirado de medula óssea, e a confirmação hematológica da leucemia através do esfregaço de sangue periférico, posto que estes tecidos, por sua natureza são líquidos, não permitindo a retirada de fragmentos.

Estes exames constituem o grau máximo de acerto diagnóstico, sendo desejável que os Registros Hospitalares de Câncer possuam informações sobre a histologia do tumor primário, de pelo menos 95% de seus casos analíticos.

A opção 9 – Sem informação, deverá ser assinalada apenas naqueles casos, nos quais não existe informação a respeito de como foi estabelecido o diagnóstico. Idealmente, esta opção nunca deve ser utilizada.

4 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

Este grupo de item tem preenchimento obrigatório e permite classificar os tumores, agrupando-os homogeneamente.

Utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – a CID-O/2, que permite padronizar os tumores para viabilizar as tabulações e os estudos comparativos temporais e interinstitucionais – ressalvadas as devidas limitações deste tipo de estudo.

Para o correto uso da CID-O-2ª VERSÃO, existem na introdução da mesma um conjunto de instruções sobre seu uso correto.

ITEM 19 • LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

(TOPOGRAFIA PELO CID-O/2)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO .

Para identificar a localização anatômica do tumor primário, utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O-2ª VERSÃO), derivada da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, que é uma evolução da CID-9 e que permite uma melhor caracterização do tumor.

O código topográfico em associação com o código referente ao tipo histológico fazem a completa especificação do tumor.

A especificação da localização topográfica do tumor é o item mais importante do conjunto de dados cadastrados pelo Registro Hospitalar de Câncer por constituir a principal base de tabulação dos dados dos RHCs.

Opcionalmente, para os tumores dos quais não seja possível estabelecer com certeza a localização topográfica do tumor primário, pode-se ter um item opcional (43). Nestes casos, o item 19 será preenchido com o código C80 – Localização Primária Desconhecida, e no item 43 – Localização primária provável, marca-se com a hipótese mais consistente, da provável localização primária, a partir da histologia e do comportamento clínico do tumor ou de suas metástases.

Uma neoplasia que comprometa dois ou mais locais contíguos dentro de uma determinada categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado, deve ser codificada sob a subcategoria 8 (lesão invasiva) a menos que a combinação de localização esteja especificamente classificada em outra parte.

O termo invasivo implica que os locais comprometidos sejam contíguos (junto um do outro).

Quando o local de origem é conhecido, mesmo que se estenda às estruturas vizinhas, não se deve usar a subcategoria 8. Se não há especificação da localização, usa-se 9.

Segundo a CID-O-2ª VERSÃO (pág. xxxi), se o paciente é portador de um carcinoma que metastatizou para pulmão e a localização primária é desconhecida, o código apropriado é C80.9 (localização primária desconhecida) M-8010/3 (carcinoma). O /3 significa a existência de uma neoplasia de comportamento maligno de localização primária.

A informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente, da Folha de Evolução e da Folha de Parecer, do laudo da anatomia patológica, e na falta deste, de laudos ou relatórios médicos de outra instituição.

ITEM 20 • TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO /

A classificação das neoplasias malignas segundo a histologia do tumor é feita utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O-2ª VERSÃO).

O Registro de Câncer coleta somente dados referentes a neoplasias malignas e in situ, isto é, com código de comportamento /3 ou /2. Os tumores são classificados por localização primária.

Excepcionalmente, alguns tumores /1 são incluídos na relação de tumores a serem cadastrados (Cap. 6, pág. 18) devido ao comportamento da doença, ao tipo de tratamento realizado ou por interesse científico.

Se a localização primária não é conhecida, o tumor é registrado como Localização Primária Desconhecida – C80. Não é permitido o uso dos códigos de comportamento /6, maligno, localização metastática, ou /9, maligno, incerto se a localização é primária ou metastática. Usa-se sempre o código de maligno (/3), independente do local onde foi obtido o espécime do tumor e da presença de metástases.

Existe uma correlação entre histologia do tumor e localização topográfica, sendo que para alguns tumores, devido ao seu padrão histológico, estão diretamente associados a determinadas localizações topográficas ou a tipos específicos de tecidos, como os Timomas (M8580/3), associado a C37 (neoplasia maligna do timo) e o Mieloma Múltiplo (M9632/3) associado a C42.1 (medula óssea).

Quando um mesmo tumor tem áreas de diferenciação celular classificadas em códigos diferentes, deve-se usar o código numericamente superior, por ser mais específico. Por exemplo, adenocarcinoma ductal infiltrante ou adenoma de ductos de mama (M8500/3) com áreas de comedocarcinoma (M8501/3) usa-se o último código.

Os tumores com diagnóstico clínico, sem confirmação por exame citológico ou histológico, deve ser classificados M9990/3.

Quando o paciente realizou exame histopatológico que confirmou tratar-se de câncer, contudo o laudo com a especificação do tipo histológico é desconhecido, codifica-se a morfologia com o código M9990/3.

Tumor com diagnóstico estabelecido por exame histopatológico, cujo laudo com especificação da morfologia é desconhecido, deve ser codificado com M8000/3, para morfologia.

Para os tumores pediátricos, existe a Classificação Internacional do Câncer na Infância – CICI – do IARC (Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer); IACR (Associação Internacional de Registros de Câncer) e SIOP (Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica).

Se não houver comprovação histológica ou citológica, mas o médico é específico, usa-se o código histológico. Um glioma de cérebro clinicamente diagnosticado deve ser codificado com M9380/3 (glioma maligno) ao invés de M8000/3 (neoplasia maligna).

Esta informação é coletada diretamente do laudo da anatomia-patológica, da Folha de Evolução e na falta destes, de laudos ou relatórios médicos de outra instituição.

ITEM 21 • OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

1. Não 2. Sim 3. Duvidoso

A caracterização da existência de mais de um tumor primário é sempre uma dificuldade devido as variáveis envolvidas.

Mais de um tumor podem ocorrer, simultaneamente ou não, em diferentes localizações de um mesmo órgão ou em diferentes órgãos, com a mesma histologia ou não.

Deve-se ter claro a diferença entre tumores primários múltiplos, tumores multicêntricos e a ocorrência de tumor primário único com metástases.

No caso de tumor múltiplo (mais de um primário), deve ser feita uma ficha para cada tumor, sendo que todas as fichas de um mesmo paciente devem ter o mesmo número de registro, pois este número é único por paciente. O último dígito do número de registro identifica o tumor, sendo atribuído de forma cronológica (-1, -2...) (vide item 02).

Na ficha correspondente ao primeiro tumor diagnosticado, o item 21 poderia estar assinalado como não (opção 1), se no momento do seu diagnóstico não era conhecido os outros tumores. Caso isso tenha acontecido, ao ser identificado um segundo tumor, este item deve ser atualizado, pois ele será a chave para a posterior identificação de tumores múltiplos, cruzado com o último dígito do número de registro do tumor que assinala a ordem cronológica de diagnóstico dos tumores múltiplos. Nas demais fichas deve-se marcar a opção 2 (sim). Idêntico procedimento deve ser adotado para os tumores sincrônico, ou seja, aqueles tumores primários que aparecem ao mesmo tempo.

Os tumores multicêntricos, ou seja, aqueles tumores que tem como característica se desenvolvem simultaneamente em vários locais do tecido hematopoético ou linfático, são considerados como um único tumor primário.

Os tumores multifocais – são tumores distintos, separados, aparentemente sem continuidade com outros tumores primários originários da mesma localização primária ou tecido. Também não são considerados tumores primários múltiplos.

Os tumores múltiplos podem ser sincrônicos (ou simultâneos), assim considerados aqueles que aparecem ao mesmo tempo, sendo diagnosticados com intervalo de até dois meses. Os assincrônicos aparecem em momentos diferentes.

Quando da constatação de dois tumores de mesma histologia em órgãos contíguos, deve-se sempre procurar afastar a hipótese de um único tumor com extensão direta.

Se um novo câncer de mesma histologia for diagnosticado no mesmo sítio no período de até dois meses, considera-se como sendo o mesmo tumor. Se o novo caso de mesma histologia for diagnosticado após dois meses, considera-se um novo tumor, se afastadas as possibilidades de metástase ou recidiva local. Constitui exceção a esta orientação, o câncer de bexiga com tipo histológico carcinoma de células transicionais, SOE

(8120); Carcinoma schneideriano (8121); Carcinoma de células transicionais fusiformes (8122) e o Carcinoma papilar de células transicionais (8130). Também deve ser considerado como único primário, o diagnóstico de carcinoma in situ e câncer invasor, em mesma topografia, mesmo que os diagnósticos tenham intervalo superior a dois meses – considera-se recidiva.

A ocorrência de adenocarcinoma em múltiplos pólipos de cólon também é considerado um único tumor primário, simultâneo e multicêntrico.

Lesões múltiplas simultâneas, de uma mesma histologia, ocorrendo em diferentes topografias, são consideradas tumores primários distintos, desde que a hipótese de metástase tenha sido descartada.

Comprometimento bilateral, simultâneo de ovário, no qual existe um único tipo histológico deve ser considerado um único primário, independente do intervalo de tempo entre os diagnósticos, do mesmo modo que os retinoblastomas e tumor de Wilms bilaterais, que sempre devem ser considerados um único primário, mesmo que não sejam simultâneos.

Se um tipo histológico for descrito em um órgão par e um tipo histológico diferente for descrito no outro órgão par, considera-se como dois primários, se não existir evidência em contrário.

Quando o tumor primário for desconhecido ou se houver dúvida sobre a existência de mais de um tumor primário, utilizar a opção duvidoso.

Estima-se que 5% dos pacientes com câncer vão desenvolver um outro tumor primário.

A determinação do número de tumores primários é uma decisão do médico assistente, com base no sítio de origem, data do diagnóstico, tipo histológico, comportamento do tumor e lateralidade.

A CID-O-2ª VERSÃO destina códigos diferentes para distintas topografias. Algumas topografias que na CID-9 estavam englobadas num mesmo código, foram desmembradas. Assim tumores classificados em diferentes topografias devem ser considerados tumores múltiplos, exceto se são considerados tumores múltiplos; único tumor envolvendo topografias diferentes; lesão sobreposta; ou metástase.

Se os tipos histológicos são diferentes nos três primeiros dígitos do código de morfologia, considera-se tumor primário múltiplo, exceto para tumores hematopoéticos e linfáticos.

Uma lesão única, de um mesmo tipo histológico, é considerado tumor único, mesmo que a lesão ultrapasse os limites do sítio primário.

TUMORES PRIMÁRIOS MÚLTIPLOS

1	Não
2	Sim
3	Duvidoso

Uma lesão única, mesmo que apresente áreas de diferenciação celular, pode ser considerada como tumor único.

Na codificação deste item, utiliza-se os seguintes códigos:

Esta informação deverá ser coletada das Folha de Evolução, da Folha de Parecer e dos laudos da Anatomia Patológica.

ITEM 22.a • ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO

ESTADIAMENTO

Para fins de cadastro no Registro Hospitalar de Câncer, é utilizado o Estadiamento Clínico do tumor por ocasião da primeira consulta do paciente no Hospital. Se o estadiamento não foi estabelecido na primeira consulta, deve ser obtido tão logo o diagnóstico seja estabelecido, e antes do início do tratamento, desde que não exista tempo superior a dois meses do diagnóstico, exceto os tumores de próstata dos quais se aceita até quatro meses. Daí a importância de treinar o médico para estadiarem o tumor e fazerem o respectivo registro da informação no prontuário, pois esta informação reflete aquele momento, e não tem como ser posteriormente resgatada, pois a própria evolução da doença pode modificá-lo.

O preenchimento do campo deve ser feito com dois dígitos, usando-se para a primeira casa números com a grafia arábica, mesmo que o estadiamento original utilize a grafia romana. Na segunda posição, utiliza-se uma letra, que dependendo do tipo de tumor poderá ter significado diferente, relacionado com as manifestações clínicas e comportamento do tumor.

Para os tumores primários (exceto os de linfonodos e tecido linfóide), o termo in situ é considerado estágio 0 (zero); tumor localizado é estágio 1; envolvimento regional por extensão direta – 2; envolvimento regional de linfonodos – 3. Quando há metástase a distância, estágio 4.

Quando o tumor não for estadiável, utilizar o código 88. Se não houver a informação, utilizar o código 99.

Além do TNM existem outros parâmetros para estadiamento, que podem ser utilizados a critério de cada hospital. Para alguns deles já existe correlação estabelecida com os padrões do TNM.

Existe uma correlação entre o estadiamento clínico (item 22) e o TNM (item 23). No quadro abaixo, apresentamos as correlações e os tipos de estadiamentos utilizados, em função da topografia do tumor.

Uma vez estabelecido, o estágio clínico permanece inalterado no prontuário médico e na ficha do RHC.

O estágio clínico é essencial para selecionar e avaliar o tratamento, enquanto o estágio histopatológico (pTNM) fornece dados mais precisos para avaliar o prognóstico e calcular resultados finais.

Segundo as instruções da UICC, se houver dúvida no que concerne à correta categoria T, N ou M em um determinado caso, deve-se classificar escolhendo a categoria inferior (menos avançada). Isto também é válido para o estadiamento.

CORRELAÇÃO ENTRE ESTADIAMENTO CLÍNICO E TNM

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	ESTÁDIO	TNM	OUTRO
C00-C08	Lábio, cavidade oral e faringe	SIM	SIM	
C09-C14	Faringe (oro, naso, hipo e SOE)	SIM	SIM	
C15	Esôfago	SIM	SIM	
C16	Estômago	SIM	SIM	
C17	Intestino Delgado	NÃO	NÃO	
C18	Cólon	SIM	SIM	AITTER-CODER
C19	Junção Retossigmoidiana	SIM	SIM	
C20	Reto	SIM	SIM	
C21	Ânus e Canal Anal	SIM	SIM	
C22-C25	Fígado, Vias Biliares e Pâncreas	SIM	SIM	
C26	Outros órgãos digestivos e mal definidos	SIM	SIM	
C30	Cavidade Nasal e Ouvido Médio			
C31	Seios da Face	SIM	SIM	
C32	Laringe	SIM	SIM	
C33-C34	Traquéia, Brônquios e Pulmões	SIM	SIM	
C37-C39	Timo, Coração, Mediastino, Pleura e outras	NÃO	NÃO	
C40-C41	Ossos, Articulações, Cartilagens e outras	SIM	SIM	
C42	Sistema hematopoético/Reticuloendotelial			
	Mieloma	NÃO	NÃO	
	Linfomas	SIM	NÃO	
	Leucemias	SIM	SIM	WORK FORMULATION
C44	Pele			
	Carcinoma	SIM	SIM	
	Melanoma			BRESLOW
C47	Nervos Periféricos e Sist. Nerv. Autônomo			
C48	Retroperitônio e Peritônio			
	Retroperitônio	SIM	SIM	
	Peritônio	NÃO	NÃO	
C49	Tecido Conjuntivo, subcutâneo e outros	SIM	SIM	
C50	Mama	SIM	SIM	
C51-C58	Órgãos Genitais Femininos	SIM	SIM	FIGO
C60-C63	Órgãos Genitais Masculinos	SIM	SIM	
C64-C68	Trato Urinário			
	Próstata	SIM	SIM	WHITMORE-JEWETT
	Testículo			PÓS-CIRÚRGICO
C69	Olhos e Anexos			
	Conjuntiva (Carcinomas/Melanomas)	SIM	SIM	
	Retina (retinoblastoma)	SIM	SIM	
	Órbita (Sarcoma)	NÃO	SIM	
C70	Meninges	SIM		
C71	Encéfalo	SIM		
C72	Medula Espinhal, Nervos Cranianos e outros	SIM		
C73-C75	Tireóide e outras Glândulas			
	Tireóide (depende da morfologia)			
	Outras Glândulas Endócrinas	NÃO	NÃO	

ITEM 22.b • OUTRO ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO

(para menor de 18 anos)

ESTADIAMENTO

••Exclusivamente para os pacientes com idade inferior a 18 anos, pode ser necessário empregar sistemas de classificação de estadiamento não compatíveis com o TNM. Assim sendo, foi previsto este campo para inclusão da informação correspondente.

ITEM 23 • TNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS

TNM

A Classificação dos Tumores Malignos – TNM (5ª edição) é um sistema de classificação dos tumores malignos elaborados pela União Internacional Contra o Câncer – UICC através de uma comissão composta por representantes de onze comitês.

O TNM utiliza para classificar o tumor um conjunto de três letras com respectivo índice, no qual o T – representa a extensão do tumor; o N – representa a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais e o M – a ausência ou presença de metástases a distância.

ESTADIAMENTO	
T	T0, T1, T2, T3, T4, TX e Tis
N	N0, N1, N2, N3, e Nx
M	M0, M1, e Mx

No quadro abaixo estão apresentadas as diversas possibilidades para cada parâmetro de avaliação (T, N e M)

O 0 (zero) representa que o parâmetro está ausente (T0 – Não há evidência de tumor primário; N0 – Ausência de metástase em linfonodos regionais e M0 – Ausência de metástase a distância).

T1, T2, T3 e T4 – Tamanho crescente do tumor ou extensão local do tumor primário.

Para os tumores in situ (Tis), o estadiamento é estabelecido com base no exame microscópico, e será representado pelo i (minúsculo).

N1, N2 e N3 – Comprometimento crescente dos linfonodos regionais.

A extensão direta do tumor primário para o linfonodo é classificada como metástase linfonodal. Metástase em qualquer linfonodo não regional é classificada como metástase a distância.

M1 – É a presença de metástase a distância.

X – O parâmetro não pode ser avaliado. TX – O tumor primário não pode ser avaliado; NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados. MX – A existência de metástases a distância não pode ser avaliada.

Tis – Usado para especificar o Carcinoma in situ.

A informação sobre a extensão do tumor expressa pelo TNM é uma avaliação de uma condição dinâmica (extensão da doença), num determinado momento do tempo (antes do início do tratamento antineoplásico específico para o tumor). Assim sendo, é importante que o TNM seja estabelecido e registrado naquele momento, pois uma avaliação do mesmo tumor, realizada pelo mesmo médico 15 dias após, já poderá ser diferente.

Por outro lado, os médicos deverão estar capacitados para estabelecer o TNM, pois os parâmetros são estabelecidos para cada topografia.

Deve-se fazer o registro apenas com um dígito para cada item avaliado, não sendo considerado o detalhamento anatomopatológico do tumor. Assim, um tumor de corpo uterino T2b terá no campo T o registro “2”, ou um tumor de próstata T3b que será T “3”.

A partir do TNM pode-se definir o Estadiamento, contudo, a recíproca não é verdadeira, já que o TNM tem uma riqueza de detalhes maior. O desejável é que o médico estabeleça e registre o Estadiamento e o TNM por ocasião da primeira consulta.

Esta informação deverá ser coletada da Folha de Anamnese e Exame Físico ou da Folha de Evolução. Poderá ainda estar disponível em folhas específicas dos serviços.

Quando o tumor não for estádiável, utilizar o código 888. Se não houver a informação sobre TNM, utilizar o código 999.

Se o pTNM estiver disponível, deverá ser incluído, no item 24, para permitir uma correlação entre os dois.

Segundo as instruções da UICC, se houver dúvida no que concerne à correta categoria T, N ou M em um determinado caso, deve-se classificar escolhendo a categoria inferior (menos avançada).

No caso de tumores múltiplos simultâneos em um órgão, o tumor com maior categoria T deve ser classificado.

ITEM 24 • pTNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS, PATOLÓGICO

p-TNM

No Sistema TNM, também está prevista a inclusão de informações anatomopatológica, desde que pré-tratamento.

A Classificação patológica, designada pTNM, tem por base as evidências obtidas antes do tratamento, suplementada ou modificada pela evidência adicional conseguida através da cirurgia e do exame histopatológico.

O pTNM utiliza para classificar o mesmo conjunto de três letras com respectivo índice, usado no TNM clínico, a saber: o T – representa a extensão do tumor; o N – representa a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais e o M – a ausência ou presença de metástases a distância.

A avaliação do tumor primário (pT) exige a ressecção do tumor primário ou biópsia adequada para avaliar a maior categoria pT. A avaliação histológica dos linfonodos regionais (pN) exige a remoção representativa de nódulos para comprovar a ausência de metástase em linfonodos regionais (pN0) e suficiente para avaliar a maior categoria pN. A investigação histopatológica de metástase a distância (pM) exige o exame microscópico.

No quadro abaixo estão apresentadas as diversas possibilidades para cada parâmetros de avaliação (T, N e M)

ESTADIAMENTO

pT	pT0, pT1, pT2, pT3, pT4, pTX e pTis
pN	pN0, pN1, pN2, pN3, e pNx
pM	pM0, pM1, e pMx

Para os tumores in situ, o estadiamento é estabelecido com base no exame microscópico, devendo-se registra na posição T a letra i (minúsculo), pois existe uma única posição para incluir esta informação na Ficha de Registro de Tumor.

Para alguns tumores, como os tumores de próstata e de intestino, apenas estará disponível o pTNM. Nestes casos, se não é possível a avaliação clínica, no campo 23 – TNM, utiliza-se a notação X, indicando que o parâmetro não pode ser avaliado (TX – O tumor primário não pode ser avaliado; NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados. MX – A existência de metástases a distância não pode ser avaliada).

ITEM 25 • LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A ocorrência e a respectiva localização das metástases é uma informação importante para estadiamento do tumor, planejamento terapêutico e estabelecimento do prognóstico da doença.

Uma vez identificada a presença de metástase a distância deve ser feito o registro da(s) mesma(s) através do código de localização topográfica (o mesmo usado no item 20), cadastrando-se em ordem cronológica de aparecimento.

O comprometimento de outros órgãos e tecidos através de invasão por contiguidade ou do envolvimento por comprometimento ganglionar regional é considerado metástase a distância.

Deve-se dar atenção especial à ocorrência de metástases para linfonodos a distância (C77), osso (C40-C41), fígado (C22), pulmão (C34) pleura (C38), cérebro (C71), ovário (C56) e pele (C44), por serem as mais significativas.

A presença de metástase de localização mal definidas ou desconhecida deve-se preencher com o código C76 (outras localizações e localizações mal definidas).

Na ocorrência de metástases disseminadas – assim entendido a ocorrência de mais de quatro metástase – por falta de um código mais apropriado, deve-se preencher a primeira casa do item com o código C76 e deixar as demais em branco.

Se não houver registro de metástases a distância, o item deverá ser deixado em branco.

Como a ocorrência de metástases pode acontecer a qualquer tempo, o registro desta informação poderá ser obtido na maioria dos impressos do prontuário, contudo, o registro mais freqüente é feito na Folha de Anamnese e Exame Físico, nas Folhas de Evolução, nos Relatórios Médicos de outras instituições ou profissionais, nos Laudos de Anatomia Patológica, de Radiologia e de Medicina Nuclear, nos Sumários de Alta e nas Folhas Específicas dos Serviços.

5 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO

O grupo de itens a seguir avalia o primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital e a resposta do tumor à terapêutica realizada.

Através destas informações se poderá avaliar a efetividade do tratamento realizado, e servirá de parâmetro para as avaliações que serão realizadas no futuro através do seguimento temporal dos casos analítico.

As informações são referentes apenas ao primeiro tratamento antineoplásico, já que os demais tratamentos, mesmo que sejam realizados durante o primeiro ano de tratamento, serão avaliados através da ficha de seguimento de pacientes.

ITEM 26 • DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Esta informação está relacionada ao tratamento antineoplásico, específico para o tumor que está sendo registrado e que tenha sido realizado no Hospital do Câncer.

Não devem ser considerados tratamentos realizados em outras instituições; tratamentos que não sejam diretamente relacionados à terapêutica do tumor em análise ou de suas metástases; e tratamentos anteriormente realizados no Hospital para outros tumores – no caso de tumor primário múltiplo.

Deve ser registrada a data de efetivo início do terapêutica, mesmo que tenha sido indicada e planejada em etapas anteriores. Para cirurgia é a data de realização do ato cirúrgico. Para quimioterapia e radioterapia a data da primeira aplicação.

O preenchimento desta informação deve ser feito no padrão DD/MM/AAAA, sempre com oito dígitos, sendo dois para o dia, dois para o mês e finalmente quatro para o ano, preenchendo as casas livres da esquerda com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a data média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Se o paciente não tratou no hospital, preencher com 88/88/8888.

Esta informação deve ser coletada da Folha de Evolução. Nos casos de Quimioterapia também poderá estar registrado na Folha de Prescrição Médica ou de Enfermagem, nas Folhas do Serviço de Radioterapia, e nos casos cirúrgicos, na Ficha Operatória.

ITEM 27 • PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1 • Recusa do tratamento
- 2 • Doença avançada, falta de condições clínicas
- 3 • Outras doenças associadas
- 4 • Abandono do tratamento
- 5 • Complicações de tratamento
- 6 • Óbito
- 7 • Outras
- 8 • Não se aplica
- 9 • Sem informação

Para a maioria dos pacientes que são matriculados no Hospital, é indicado algum tipo de tratamento, seja com a intenção de curá-lo da enfermidade ou apenas para minimizar o sofrimento dela decorrente.

Para efeito do Registro de Câncer, tem importância apenas o tratamento efetivamente realizado com o fim específico de atuar sobre o tumor ou suas metástases, não sendo considerado os tratamento sintomático – realizados com a finalidade de aliviar algum sinal ou sintoma do paciente.

Alguns pacientes, uma vez estabelecido o diagnóstico, recebem a indicação de realizar tratamento específico para o tumor ou suas metástases. Por motivos diversos este tratamento não chega a ser realizado.

Neste item, avalia-se os motivos da não realização do tratamento antineoplásico, anota-se as razões que inviabilizaram a realização do tratamento proposto.

A Recusa do Paciente (opção 1) deve ser marcada quando o tratamento deixou de ser realizado porque o paciente não concordou com sua realização (exemplo: a mulher que não concorda com a realização de mastectomia radical).

A Doença Avançada ou falta de condições clínicas (opção 2) – engloba os pacientes cuja doença em estado avançado não apresenta possibilidade de cura, ou cujo tratamento devido a agressividade a ele associada traria consideráveis limitações ao paciente com restritos benefícios, não se traduzindo em melhor qualidade de vida, redução da agressividade da doença ou menor de sofrimento (aí incluídos os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais – FPT). Também nesta opção são incluídos os pacientes que por falta de condições clínicas não podem ser tratados, são aqueles que mesmo sem ter uma outra patologia importante, tem seu estado geral comprometido, que o torna muito debilitado para a agressividade do tratamento neoplásico. Como exemplo, podemos citar a caquexia (emagrecimento intenso). Não confundir com os casos a serem classificados na opção seguinte (outras doenças associadas), onde existe uma outra patologia que impede a realização do tratamento porque pode por em risco a vida do paciente.

Pode ocorrer do paciente se enquadrar simultaneamente nas duas opções. Neste caso, opta-se por aquela que tenha sido mais determinante no cancelamento do tratamento.

Outras Doenças Associadas (opção 3) é utilizada quando o paciente tem concomitante com o câncer, uma outra doença que não permite a realização do tratamento proposto (exemplo: paciente com cardiopatia grave que não é compatível com a realização de cirurgia de grande porte necessária à terapêutica do tumor, ou paciente com insuficiência renal que não permite o tratamento com determinadas drogas quimioterápicas antineoplásica), ou uma cardiopatia severa que impede a realização do ato cirúrgico proposto.

Abandono do Tratamento (opção 4). Deve-se marcar esta opção, quando houve o início do tratamento, e sem a concordância do médico assistente, o paciente por conta própria interrompeu seu tratamento de modo definitivo. Nas opções anteriores, a mudança ou interrupção do esquema terapêutico ocorre por intervenção médica. Nesta opção, a decisão foi do paciente ou seus familiares.

Complicações do Tratamento (opção 5). Considera-se complicações do tratamento, aquelas que ocorreram diretamente relacionadas à terapêutica empregada. São exemplos desta situação as estenoses e queimaduras secundárias à radioterapia, as complicações cardíacas secundárias ao uso de determinados quimioterápicos, ou as complicações pós-operatórias.

Óbito (opção 6) Nesta opção são enquadrados os casos de pacientes que faleceram durante o curso do tratamento. Se o óbito não tivesse ocorrido, o tratamento seria continuado. Esta situação acontece, por exemplo, quando um paciente no curso de uma quimioterapia adquire uma infecção que evolui para septicemia e morte.

Outras (opção 7) Marca-se esta opção, quando o tratamento é interrompido por outros motivos, tais como: mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou não realização devido à idade avançada do paciente.

Não se Aplica (opção 8) Quando o paciente realizou integralmente o tratamento proposto.

Sem Informação (opção 9) Se o paciente teve o tratamento interrompido sem registro no prontuário do motivo da interrupção, quando não foi indicado nenhum tipo de tratamento ou se não houver informação no prontuário a respeito da indicação e realização de tratamento para o paciente, marca-se esta opção.

MOTIVO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

1	Recusa do paciente
2	Doença avançada, falta de condições clínicas
3	Outras doenças associadas
4	Abandono de tratamento
5	Complicações do tratamento
6	Óbito
7	Outras
8	Não se aplica
9	Sem Informação

Atenção – Este item refere-se ao tratamento antineoplásico, não deve ser aplicado para tratamento sintomático ou de co-morbidades que cursem em paralelo com o tumor, mas que não são a ele diretamente relacionados (por exemplo, o tratamento de uma hipertensão arterial ou de diabetes mellitus).

Esta informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo, também pode ser pesquisada na Folha de Anamnese e Exame físico, no Sumário de Alta e na Ficha de Anestesia.

ITEM 28 • PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1 • Nenhum
- 2 • Cirurgia
- 3 • Radioterapia
- 4 • Quimioterapia
- 5 • Hormonioterapia
- 6 • Transplante de Medula Óssea
- 7 • Imunoterapia
- 8 • Outras
- 9 • Sem informação

Para efeito deste item, deve-se considerar apenas o primeiro tratamento antineoplásico realizado no Hospital. Este tratamento inclui todos as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor.

Como regra geral, considera-se os tratamentos realizados no período de quatro meses, a contar da data de início do tratamento (item 26). Para linfomas e leucemias, este período é de dois meses (considerando-se, neste período, o final do primeiro ciclo de tratamento).

Quando o paciente por algum motivo não realizar o primeiro tratamento no período de até oito meses a partir da data do diagnóstico, considera-se como não tendo realizado o primeiro tratamento, mesmo que posteriormente venha a realizá-lo, tendo em vista que esta demora influenciará no prognóstico do paciente. Este caso será classificado como não analítico, mesmo que tenha sido diagnosticado e todo o tratamento posterior sido realizado no Hospital.

Se no planejamento inicial do primeiro curso de tratamento, estiver explícito o esquema terapêutico a ser seguido, ou que o tratamento inicial será realizado por período superior a quatro meses, será considerado todo o tratamento, mesmo que ultrapasse os quatro meses.

Para os protocolos clínicos, considera-se como primeiro tratamento o primeiro ciclo, ou se não houver especificação, o conjunto inicial de terapêutica (quimioterapia + cirurgia + radioterapia).

Os tratamentos subsequentes serão acompanhados através da ficha de Seguimento (anexo 2).

O registro dos tratamento deve ser feito de modo cronológico, podendo ser marcado uma ou mais opção.

Também pode-se repetir a opção, caso uma mesma modalidade de tratamento tenha sido aplicada mais que uma vez.

Deste modo, um paciente que tenha sido submetido a quimioterapia, cirurgia, radioterapia e uma nova quimioterapia, deverá ter a seguinte anotação: 4 2 3 4.

Deve-se considerar apenas aqueles tratamentos realizados com o objetivo de tratar o tumor ou suas metástases. Os tratamentos sintomáticos, de co-morbidades ou de complicações do tumor, não devem ser incluídos.

Se o paciente não foi tratado no hospital, marcar a opção 1 – Nenhum.

Na opção 2 – Cirurgia, são incluídos os procedimentos cirúrgicos realizados no tumor primário ou em suas metástases.

Se no procedimento realizado foram retiradas apenas algumas células neoplásicas como no caso da paracentese e biópsia de massa tumoral, o procedimento não deve ser considerado, pois apesar de ter removido células malignas, não atacou o sítio ou a proliferação de tais células.

São considerados procedimentos cirúrgico para o câncer (opção 2), os seguintes procedimentos quando executados nas topografias dos tecidos cancerosos primários ou metastáticos:

- Excisão local de tecido canceroso (inclusive biópsia excisional);
- Ressecção de tecidos cancerosos;
- As cirurgias cuja denominação acaba com a terminação ECTOMIA (retirada);
- Cirurgia para retirada de tecido metastático maligno;
- Cirurgias alargadas e combinadas para retirada de massa tumoral;
- Dissecção de no mínimo quatro linfonodos;
- Ressecção de massa tumoral de ovário, podendo incluir o próprio ovário;
- RTU (ressecção transuretral de próstata ou bexiga urinária);
- Fulguração;
- Cauterização;
- Eletro(foto)coagulação;
- Criocirurgia;
- Cirurgia cutânea para o câncer de pele;
- Excisão do câncer de pele, inclusive através de biópsia com retirada total da lesão;
- Conização para o carcinoma do colo uterino (in situ e microinvasor);
- Dilatação e curetagem para carcinoma in situ do colo uterino;
- Curetagem para carcinoma in situ do endocérvice;
- Cirurgia a laser.

Da opção 3 – Radioterapia, fazem parte as seguintes tipos de tratamento usando radiações ionizantes:

- Betaterapia;
- Radiação X (orthovoltagem);
- Cobalto (supervoltagem);
- Acelerador linear (megavoltagem);
- Radiocirurgia estereotáxica;
- Braquiterapia;
- Uso interno de isótopos radioativos (I-131 ou P-32, por exemplo, por uso oral, intracavitário ou intravenoso); e

- Todos os implantes intersticiais, moldes, sementes, agulhas ou aplicadores intracavitários de materiais radioativos tais como césum, radium, radon ou ouro radioativo).

Considera-se tratamento quimioterápico (opção 4) aquele realizado como uso de medicamentos cuja classificação farmacológica – com base no mecanismo de ação, seja assim denominado. Em geral, está escrito no prontuário a indicação do tratamento e os respectivos nomes e dosagens das drogas. Os casos de dúvida, deverão ser questionados junto ao serviço de oncologia clínica, pediatria, hematologia ou de farmácia.

Em relação à opção 5 – Hormonioterapia, diz respeito aos tratamentos realizados com agentes capazes de interferir nos mecanismos hormonais e anti-hormonais. Podem ser realizados através da administração de hormônios, da retirada cirúrgica de glândulas ou de sua destruição por ação da radioterapia (casos nos quais o tratamento

deverá ser considerado como hormonioterapia e não cirurgia ou radioterapia respectivamente). No caso de ministração de um hormônio já presente no organismo, é denominada hormonioterapia aditiva, e se é um hormônio antagonico – terapia anti-hormonal. A hormonioterapia através de cirurgia ablativa ou radiação é realizada para tumores de mama (ooforectomia, adrenalectomia e hipofisectomia) e de próstata (orquiectomia, adrenalectomia e hipofisectomia).

A opção 6 em nosso Hospital, corresponde ao transplante de medula óssea, que apesar da baixa frequência, constitui um grupo especial de terapia que pelos recursos envolvidos, torna-se relevante, merecendo este destaque. Na maioria das instituições hospitalares, este item é dedicado à imunoterapia, prática pouco usada no Hospital do Câncer, e incluída, quando for o caso, no item outras terapias.

Na opção 7 – imunoterapia estão incluídos os tratamentos realizados com substâncias que atuam sobre o sistema imunológico (imunoestimulantes ou imunossuppressores).

TRATAMENTO RECEBIDO	
1	Nenhum
2	Cirurgia
3	Radioterapia
4	Quimioterapia
5	Hormonioterapia
6	Transplante de medula óssea
7	Imunoterapia
8	Outro
9	Sem Informação

A opção 8 (outro), deve ser marcada quando da utilização de tratamento antineoplásico que não se enquadre nas alternativas anteriores, aí incluídos os protocolos clínico duplo-cego; as terapias alternativas e a embolização hepática. Não deve-se incluir tratamentos de co-morbidades ou outros tratamentos que não tenham sido realizado especificamente para o tratamento do tumor ou de suas metástases.

À semelhança do item anterior, esta informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo, também, poderá estar disponível no Sumário de Alta, na Folha de Prescrição médica e nas Folhas do Serviço de Radioterapia.

ITEM 29 • ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1 • Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
- 2 • Remissão Parcial
- 3 • Doença Estável
- 4 • Doença em Progressão
- 5 • Fora de Possibilidade Terapêutica
- 6 • Óbito
- 8 • Não se Aplica
- 9 • Sem informação

Considera-se como primeiro tratamento do paciente o uso de uma ou mais modalidades terapêuticas, aplicados de modo simultâneo ou seqüencial, com o objetivo de curar, controlar ou reduzir o tumor. Em alguns casos, pode haver a necessidade de repetir o tratamento em ciclos, ou ainda, durante ou ao final do tratamento, ficar evidente a necessidade de replanejar o esquema terapêutico inicialmente idealizado.

Portanto, nem sempre é fácil determinar qual é e quando está concluído este primeiro tratamento na instituição, pois é freqüente a existência de intercorrências.

A própria resposta do tumor ao tratamento, em alguns pacientes, justifica mudança no curso do tratamento, com substituição de drogas, mudança de dose e inclusão ou exclusão de modalidades terapêuticas nos tratamentos combinados.

Como regra geral, considera-se como primeiro tratamento aquele que foi programado quando do estabelecimento do diagnóstico, ou se não houver esta informação, o conjunto de terapêuticas que tenha sido aplicado com fins anti-neoplásico, de modo ininterrupto.

Quando o paciente por algum motivo não realizar o primeiro tratamento no período de até oito meses a partir da data do diagnóstico, considera-se como não tendo realizado o primeiro tratamento, mesmo que posteriormente venha a realizá-lo.

A continuidade do tratamento ou a manutenção de ciclos terapêuticos repetitivo, ou ainda, as associações posteriores, são, em geral, consideradas como tratamento complementar.

Adotaremos o critério estabelecido pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos – NCI (SEER Program Code Manual, Revised 6/92), que define como primeiro curso de tratamento para todos os tumores exceto leucemias, o tratamento administrado diretamente para terapêutica do câncer no período de quatro meses a contar do início desta terapêutica. Todas as modalidades de tratamento são incluídas independente da seqüência e grau de complementação de qualquer dos componentes. Admite-se como exceções, se na documentação do planejamento do primeiro tratamento ficar estabelecido que o mesmo será por período superior a quatro meses. Se houve mudança devido a uma aparente falência no esquema inicialmente planejado, devido a progressão da doença, a terapia adotada deve ser excluída do tratamento inicial e considerada parte do segundo tratamento.

Para as leucemias o período básico de tempo é considerado pelo Hospital do Câncer e pelo NCI é de dois meses. Admitindo-se como exceção se a remissão completa ou parcial é obtida no primeiro curso de quimioterapia, ou se o tratamento foi continuado porque nenhuma resposta foi obtida.

A situação ideal é que os médicos registrem nos prontuários o tratamento programado e a conclusão de cada etapa com os resultados obtido nas mesmas, uma vez que esta informação representa o sentimento do profissional assistente e que não pode ser obtido por outros meios.

O objetivo deste item é avaliar a eficácia e a efetividade do tratamento realizado ao final do primeiro tratamento antineoplásico específico, na instituição.

Neste item avalia-se a evolução da doença, sem levar em conta o bem estar ou a qualidade de vida do paciente.

ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL	
1	Sem evidência da doença (remissão completa)
2	Remissão parcial
3	Doença estável
4	Doença em progressão
5	Fora de possibilidade terapêutica
6	Óbito
8	Não se aplica
9	Sem informação

As opções estão apresentadas em ordem decrescente de resposta ao tratamento efetuado. Apesar de nem sempre ser fácil determinar esta resposta, deve-se tentar obter a resposta mais precisa.

Na opção 1 (Sem Evidência da Doença), devem ser marcados aqueles pacientes, que na avaliação realizada ao final do primeiro tratamento, cirúrgico ou não, não apresentem sinais da doença (primária e secundária), mesmo que no futuro venham a apresentar metástases ou outra complicação.

Na opção 2 (Remissão Parcial) estão aqueles casos nos quais houve resposta ao tratamento, entretanto, o paciente continua com o tumor. É, por exemplo, o caso de um tumor de cabeça e pescoço que tenha reduzido seu tamanho pela ação da radioterapia, ou uma cirurgia que tenha retirado parcialmente um tumor abdominal.

A opção 3 (Doença Estável) é aplicada àqueles casos nos quais o paciente ao receber o tratamento, teve sua doença estacionada, ou seja, não progrediu nem regrediu. Isto acontece, por exemplo, com alguns pacientes com leucemia que são submetidos a quimioterapia.

A opção 4 (Doença em Progressão) diz respeito àqueles casos nos quais, apesar do tratamento realizado, o tumor continua em atividade, não tendo respondido satisfatoriamente ao tratamento. Contudo, o médico assistente julga conveniente continuar o tratamento, modificando o esquema terapêutico atual ou suas dosagens. É o que pode acontecer com alguns casos de tumores de fígado ou de linhagem embrionária.

Na opção 5 (Fora de Possibilidade Terapêutica) devem ser enquadrados aqueles tumores que após realizarem o tratamento, além de continuar com a doença em atividade, o médico assistente julga não haver, no momento, recursos terapêuticos indicados para o tratamento do tumor, devendo o paciente receber apenas tratamento de suporte e sintomático.

A opção 6 (Óbito) deve ser aplicada aos casos de êxito letal ao final do tratamento, quando não se tem informação em relação à resposta do tumor à terapêutica programada, independente se a causa morte tinha ou não relação com o tratamento ministrado. Se o óbito ocorreu antes do início ou impediu a realização do tratamento proposto, deve ser marcado a opção não se aplica.

Opção 8 (Não se Aplica) é marcada para os pacientes que não receberam tratamento no Hospital onde está instalado o RHC e para aqueles pacientes que ainda não concluíram o primeiro tratamento ao final do primeiro ano de avaliação – isto pode ocorrer em tratamentos quimioterápicos ou em alguns protocolos que envolvem múltiplas modalidades terapêuticas.

Finalmente, a opção 9 (Sem Informação) é aplicável aos casos dos quais não existe informação no prontuário que permita avaliar a resposta do tumor ao tratamento.

Esta informação poderá ser coletada da Folha de Evolução ou da Folha de Parecer.

6 • ITENS DE SEGUIMENTO DO PACIENTE

O grupo de informações a seguir, dizem respeito à evolução da doença do paciente, e em conjunto com os dados da Ficha de Seguimento, possibilitarão avaliar o que sucedeu ao paciente ao longo do tempo, propiciando à instituição avaliar a efetividade do tratamento realizado. Este grupo de informações só será preenchido para os pacientes que falecerem, para os demais permanecerão em branco.

ITEM 30 • DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

DATA DO ÓBITO

Esta informação somente será preenchida nos casos de óbito, independente do local de ocorrência, se no Hospital do RHC, em outro hospital na residência do paciente ou em via pública.

Esta informação é muito importante para o cálculo de sobrevivência do paciente.

O preenchimento deverá ser feito sempre com oito dígitos, sendo dois para o dia, dois para o mês e finalmente quatro para o ano, preenchendo as casas livres da esquerda com zero. Quando o óbito tiver ocorrido, contudo a data não estiver disponível, preencher com 99/99/9999.

A data deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Se o paciente estiver vivo, os campos ficarão vazios.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, Sumário de Alta, do Espelho da AIH, ou ainda de qualquer carta ou informação proveniente de outra fonte, que contenha a informação – aí incluído o sistema de registro de atestados de óbito das secretarias municipais e estaduais de saúde.

ITEM 31 • CAUSA IMEDIATA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA IMEDIATA DA MORTE

A informação da causa da morte do paciente e sua relação com a neoplasia é importante para avaliação do tratamento e da evolução da doença.

Neste item deve ser registrado aquele problema que foi diretamente responsável pelo óbito do paciente (por exemplo: hemorragia, pneumonia, doença isquêmica do coração – infarto).

Esta informação será codificada pelo CID-10.

Para facilitar a codificação, existe a partir da página 1213 da CID-10 uma Lista Especial de Tabulação para Mortalidade e Morbidade.

Quando a causa morte for desconhecida, preencher com o código R99.X – Causas desconhecidas e não especificadas de mortalidade.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, Sumário de Alta, do Espelho da AIH e da Folha de Necropsia – quando esta tiver sido realizada, ou ainda de qualquer carta ou informação proveniente de outra fonte, que contenha a informação.

Se houver cópia do Atestado de Óbito do paciente no prontuário, também servirá de fonte desta informação.

ITEM 32 • CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA BÁSICA DA MORTE .

Este item é uma complementação do item anterior. Deve ser registrado neste item a doença de base do paciente, a partir da qual foram criadas as condições (ou surgissem as complicações) para que o paciente viesse a falecer (por exemplo: caquexia, diabete mellitus, anemia, etc.).

A própria neoplasia maligna poderá ser a causa básica da morte do paciente.

Também neste item deve-se utilizar a CID-10 ao invés da CID-O-2ª VERSÃO.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, da Solicitação de Internação, Sumário de Alta, do Espelho da AIH e da Folha de Necropsia – quando esta tiver sido realizada. Também poderá ser usado cópia do Atestado de óbito se houver sido anexada ao prontuário.

Quando a causa básica da morte for desconhecida, preencher com o código R69.X – Causas desconhecidas e não especificadas de mortalidade.

ITEM 33 • INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

SEGUIMENTO

1. Sim 2. Não

Para os casos analíticos, na Ficha de Registro de Tumor, cadastra-se as informações referentes ao paciente e sua doença, até completar um ano da data do primeiro diagnóstico do tumor (data do aniversário do tumor). A partir de um ano, as informações serão coletadas na Ficha de Seguimento. Para os casos não analíticos, coleta-se apenas as informações referentes ao primeiro ano, que são cadastradas na Ficha de Registro de tumor.

Não será feito seguimento para os casos analíticos de pacientes que tenham falecido ao longo do primeiro ano de doença a contar da data do primeiro diagnóstico, e aqueles portadores de tumor de pele (exceto melanoma) e de tumores in situ, pela sua baixa letalidade e alto índice de cura.

São incluídos para seguimento, mesmo que localizados na pele, os tumores de genitália (C52.9 – Vagina; C51.0 – Grandes lábios; C51.1 – Pequenos Lábio; C51.2 – Clitóris; C51.8 – C51.9 – Vulva; C60.0 – Prepúcio; C60.9 – Pênis e C63.2 – Escroto), desde que sejam considerados casos analíticos.

O preenchimento deste item é obrigatório e atualizável. Os casos que se enquadre nos critérios de seguimento deverão ser seguido ao longo do tempo, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano, tendo por base a data do diagnóstico (item 16). Deve-se marcar nestes casos a opção 1 – sim. Ao encerrar o seguimento, por óbito ou pela conclusão do tempo de seguimento, a opção 1 – sim deverá ser substituída por 2 – não.

REALIZAÇÃO DE SEGMENTO

1	Sim
2	Não

Para os casos dos quais não se fará seguimento, marcar a opção 2 – não.

7 • ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

Este item servirá para identificar o registrador, e tem dupla finalidade, avaliar a produção, e a existência de viés (erro sistemático) cometido por um determinado registrador no momento do cadastro do caso.

É uma informação relevante para o controle de qualidade e para evidenciar a necessidade de treinamento e de atualização dos manuais e de material de apoio.

ITEM 34 • CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DOS REGISTRADORES

1	Nome do Registrador 1
2	Nome do Registrador 2

Através de um código numérico de dois dígitos, cada registrador será identificado. Caso haja a saída de um registrador, seu número não deverá ser atribuído a outro registrador, pois este número é a identificação individual de cada registrador no seu respectivo registro. Este é um item de preenchimento obrigatório.

ITEM 35 • DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

Corresponde à data na qual a ficha foi preenchida, no formato DD/MM/AAAA. Esta data não pode ser inferior à data de matrícula do paciente no hospital.

8 • ITENS OPCIONAIS

O novo modelo de ficha, ao qual este Manual está relacionado, criou a possibilidade de complementar as informações com um conjunto de informações opcionais, cuja coleta parcial ou global ficará a cargo de cada instituição hospitalar. É desejável que a equipe do RHC esteja empenhada no sentido de tão logo seja possível, coletar os itens opcionais.

ITEM 36 • ESTADO CONJUGAL ATUAL

ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1. Casado
- 2. Solteiro
- 3. Desquitado/separado/ divorciado
- 4. Viúvo
- 9. Sem informação

Esta informação não deve ser confundido com estado civil. O importante é tentar estabelecer um indicador da atividade sexual do paciente.

Por outro lado, esta informação também poderá ser utilizada para estabelecer cruzamentos com a resposta do paciente ao tratamento, uma vez que existem vários trabalhos científicos mostrando que pacientes casados – por terem o apoio familiar – respondem melhor que os desquitados/separados/divorciados.

Também pode ser útil no sentido de se tentar estabelecer uma relação com o número de parceiros sexuais. Esta informação poderá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico ou da Folha de Identificação. Deve-se usar a seguinte codificação:

ESTADO CONJUGAL	
1	Casado
2	Solteiro
3	Desquitado/Separado/Divorciado
3	Viúvo
9	Sem informação

Só serão marcados como viúvo ou desquitado/separado/divorciado, aqueles que após a morte ou separação do parceiro (casado ou não) tenha permanecido sozinho, sem assumir novo estado marital.

Nesta avaliação deve-se considerar a situação preponderante nos últimos cinco anos, e não somente a situação vigente no momento da coleta da informação.

Para que esta informação tenha valor, o pessoal responsável pela coleta do dado, no momento da matrícula, deverá ser adequadamente treinado.

A informação poderá ser coletada da Ficha de identificação ou da Folha de anamnese.

ITEM 37 • DATA DA TRIAGEM

DATA DA TRIAGEM

A data da triagem corresponde a data do primeiro contato do paciente com o hospital, no formato DD/MM/AAAA.

Corresponde à data da matrícula do paciente no hospital, e sua aceitação para diagnóstico e tratamento.

Quando o paciente já estiver matriculado no hospital para tratamento de outro tumor ou patologia não neoplásica, esta data corresponde à data de encaminhamento para diagnóstico ou tratamento específico do tumor.

Esta informação será utilizada para cotejamento com a data da primeira consulta (item 15), para estabelecer a demora entre a procura e o efetivo atendimento do paciente.

Coletar a informação da folha de triagem ou de matrícula.

ITEM 38 • HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Sem informação

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

1	Sim
2	Não
9	Sem informação

Deve-se considerar para efeito deste item, exclusivamente os parentes consanguíneos, ascendentes ou colaterais até segunda geração, ou seja: pais, avós, tios e irmãos.

A informação poderá ser coletada da Folha de Anamnese, das Folhas de exame especializado ou das Folhas de Evolução.

ITEM 39 • ALCOOLISMO

ALCOOLISMO

1. Sim 2. Não 8. Não se aplica 9. Sem informação

ALCOOLISMO	
1	Sim
2	Não
8	Não se aplica
9	Sem informação

A história de consumo de bebida alcoólica deverá retratar não apenas a situação atual, mas a ocorrência preponderante.

Deve-se considerar o consumo habitual (mais que três vezes por semana).

Para as pessoas que bebem eventualmente, deverá ser marcado a opção 2 (não).

A informação deverá estar disponível na Folha de Anamnese e Exame Físico.

A opção “não se aplica” (8) deve ser marcada para pré-escolares

ITEM 40 • TABAGISMO

TABAGISMO

1. Sim 2. Não 8. Não se aplica 9. Sem informação

TABAGISMO	
1	Sim
2	Não
8	Não se aplica
9	Sem informação

À semelhança do alcoolismo, a avaliação do hábito tabágico deverá levar em consideração toda a vida do paciente, e não apenas a situação atual.

Também deverão ser avaliados todos os tipos de tabagismo (cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo e mascar).

O fumante eventual deverá ser marcado como não fumante.

Esta informação poderá ser coletada da folha de anamnese ou das folhas de exames especializados.

Marcar a opção 8 (não se aplica) para pré-escolares

ITEM 41 • ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

1. SUS 2. Não SUS 3. Veio por conta própria 9. Sem informação

Se o Hospital for especializado em câncer, será uma unidade terciária no atendimento ao paciente com patologia neoplásica maligna, devendo receber os pacientes de outras unidades de menor complexidade e capacidade instalada, já com diagnóstico estabelecido ou para confirmação diagnóstica.

Este item serve para avaliar a origem dos pacientes e em conjunto com o item seguinte, como está funcionando a rede primária e secundária de atendimento ao paciente com câncer.

A informação deve ser resgatada da Folha de Identificação através da história clínica no Impresso Anamnese, das folhas de Evolução, de laudos médicos anexados ao prontuário ou do serviço social.

Para codificar esta informação, utiliza-se a correlação abaixo:

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO	
1	SUS
2	Não SUS
3	Veio por conta própria
9	Sem informação

Codifica-se como 1 (SUS) os pacientes referendados por médico ou serviço de saúde públicos –, nos âmbitos municipal, estadual e federal – ou conveniados do Sistema Único de Saúde (universitários, filantrópicos e privados).

No código 2 (Não SUS), devem ser incluídos os pacientes encaminhados por médico ou instituição privada, aí incluídos os planos de saúde, os médicos de empresa, os odontólogos e enfermeiros treinados em triagem e os hospitais não conveniados (associações privadas, universitários e filantrópicos).

Por conta própria (3) entende-se os pacientes que procuraram a instituição de modo espontâneo ou por indicação de amigos e familiares que não sejam profissionais da área de saúde.

ITEM 42 • EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

1. Exame Clínico e Patologia Clínica
 2. Exames por imagem
 3. Endoscopia e Cirurgia Exploradora
 4. Anatomia Patológica
 8. Não se aplica
 9. Sem informação

Este item não deve ser confundido com o item 18 – Base mais importante do diagnóstico.

Consideram-se exames relevantes, aqueles cuja realização permitiu obter uma informação que possibilitou o estabelecimento do diagnóstico do tumor; levou ao início do tratamento, ou ainda, se resultou na mudança no curso do tratamento. A base mais importante do diagnóstico, por seu lado, é o exame que permitiu o grau máximo de certeza do diagnóstico para aquele paciente. Assim, o exame que constitui a base mais importante do diagnóstico é um exame relevante, mas nem todo exame relevante corresponde à base mais importante do diagnóstico.

Não existe regra padronizada a ser adotada para estabelecer se um exame foi ou não relevante para o diagnóstico e tratamento de um tumor, depende da interpretação do médico, de sua experiência profissional, do tipo histológico e localização topográfica do tumor e do que foi registrado no prontuário.

A medida que os casos forem surgindo, a experiência acumulada do registrador irá facilitando o reconhecimento de novos casos e a identificação da associação entre determinados recursos de diagnóstico e o estabelecimento de diagnóstico.

Também vale ressaltar, que podem existir mais de um exames relevantes para um mesmo paciente, e que a identificação de um não implica na exclusão imediata dos outros.

Esta informação é coletada da Folha de Evolução, das Folhas de Parecer e dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente.

Item 1 – Exame Clínico e Patologia Clínica. Neste grupo estão incluídos os exames mais utilizados na fase de triagem e inicial do diagnóstico, sendo de grande valor para afastar outros diagnósticos diferenciais e para estabelecer uma estratégia para o diagnóstico e o tratamento. Como sua precisão e especificidade são pequenos, exceto em tumores muito avançados ou em determinados tumores – como os tumores de pele e as leucemias – cujo diagnóstico com base em exames clínicos (e de patologia clínica) poderá ser feito com uma margem de segurança muito grande.

Entende-se por exame clínico, o exame realizado pelo médico, tendo por base a história do paciente, a inspeção, a palpação e a ausculta. Na realização deste exame poderá fazer uso de aparelhos simples como o estetoscópio, o aparelho de pressão, termômetro, otoscópio, etc.

Os exames de Patologia Clínica são – conhecidos popularmente como exames de laboratório – são realizados em material biológico como sangue, fezes, urina ou secreções. Poderão em alguns casos ser suficientes para estabelecer o diagnóstico, como, por exemplo, um hemograma para diagnosticar leucemia. Em outros casos, podem subsidiar o direcionamento a ser adotado na pesquisa do diagnóstico, como, por exemplo, a constatação de sangue na urina como indício de um tumor de bexiga.

Existe uma grande variação de técnicas, precisão, sensibilidade e especificidade de exames de patologia clínica, assim sendo, os exames de pesquisa de antígenos e marcadores tumorais serão estudados de modo separado, tendo em vista sua relevância para o estabelecimento do diagnóstico.

Os antígenos específicos e marcadores celulares estão incluídos dentre os exames de patologia clínica para a identificação de antígenos e substâncias cuja concentração no organismo tem relação direta com determinados tipos de câncer. Há a necessidade de conhecer os valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

Na opção 2 – Exames por imagem. Neste item devem ser agrupados os exames cujas técnicas permitem a formação de uma imagem a ser interpretada. Fazem parte:

a) Exame radiográfico (R-X) com ou sem contraste oral e venoso, no qual não foram necessários procedimentos de intervenção do radiologista ou cirurgião. Fazem parte deste grupo os exames de radiografia simples, as seriografias esôfago-gastroduodenal, a urografia excretora, a mamografia, o clister opaco e as colecistografias.

b) Exames de Ultra-sonografia (US) realizados, empregando equipamentos de ultra-som, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente freqüente na avaliação da cavidade abdominal.

c) Cintilografia / Gamagrafia (ou exames de medicina nuclear) – Exames que utilizam como contraste substâncias radioativas, cuja captação é realizada por uma sonda cintigráfica, ou através de uma gama-câmara. São realizados pela seção de Medicina Nuclear.

d) Radiologia intervencionista – Exames radiográficos que necessitam para sua execução da intervenção do médico radiologista ou cirurgião para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte deste grupo: radiografia estereotáxicas, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

e) Tomografia Computadorizada (TC) – Exame executado com ou sem contraste, realizado no tomógrafo computadorizado, tipo especial de aparelho de Raio-X que gera um conjunto de imagens que são integradas através de um programa de computador, gerando a imagem final. É muito usado para diagnóstico e acompanhamento dos tumores de sistema nervoso central.

f) Ressonância Magnética (RNM OU RMN) – Exame com ou sem contraste realizado com utilização de campo magnético através da técnica de ressonância magnética nuclear. Muito usado na avaliação de tumores intracavitários.

Na opção 3 – Endoscopia e Cirurgia Exploradora – Estão incluídos os seguintes procedimentos:

a) Endoscopia – procedimentos realizados através da introdução no organismo de aparelho de fibra óptica, por orifício natural ou artificial, com o objetivo de visualizar estruturas internas; coletar material ou fazer biópsia. Atualmente são realizados procedimentos cirúrgico através da endoscopia, contudo neste item são considerados apenas os procedimentos diagnósticos, os procedimentos terapêuticos serão analisados no item 28 – tratamento.

b) Cirurgia exploradora – procedimento cirúrgico realizado com o objetivo de estabelecer diagnóstico de doença cujos exames realizados não possibilitaram chegar a um diagnóstico. Inclui-se neste item a laparotomia exploradora, a toracotomia exploradora, a mediastinotomia exploradora e a craniotomia exploradora. Estas cirurgias exploradoras poderão ser transformadas em procedimento terapêutico, se o cirurgião achar pertinente aproveitar a via de acesso e o fato do paciente já estar na sala cirúrgica sob sedação, para realizar o tratamento. Deverá ser considerada a cirurgia exploradora para fins de diagnóstico e a cirurgia como terapêutica do tumor (item 28).

Finalmente, na opção 4 – Anatomia Patológica, estão os exames executados através da visualização de células ou tecidos coletados do tumor ou do organismo do paciente, a fresco ou empregando corantes que realçam determinadas estruturas, para diagnóstico e caracterização do tumor. Constituem os exames de máxima certeza no estabelecimento do diagnóstico. Nos casos em que houver dúvida, ou para complementar o diagnóstico, poderão ser executados exames de imunohistoquímica que ampliam o grau de segurança no estabelecimento de diagnóstico histológico do tumor.

a) Citologia – Exame de células do organismo, obtida de secreções e líquidos orgânicos (líquor, derrame pleural, urina, líquido de ascite) ou por raspado de lesões superficiais. Também estão incluídos neste grupo, as punções aspirativas com agulha fina.

b) Histologia da metástase – Exame de tecido coletado de uma metástase, através de biópsia, removidos por cirurgia (peça cirúrgica), curetagem pós dilatação ou autópsia.

c) Histologia do tumor primário – Exame de tecido obtido por biópsia, pela remoção cirúrgica diretamente da massa tumoral, por curetagem pós dilatação ou por autópsia, no seu sítio primário. Também são considerados exames histológicos a biópsia e aspirado de medula óssea, e a confirmação hematológica da leucemia através do esfregaço de sangue periférico, posto que estes tecidos, por sua natureza são líquidos, não permitindo a retirada de fragmentos.

Para codificar esta informação, utiliza-se a correlação abaixo:

EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO

1	Exame clínico e patologia clínica
2	Exame por imagem
3	Endoscopia e cirurgia exploradora
4	Anatomia patológica
8	Não se aplica
9	Sem informação

Esta informação é coletada da folhas de anamnese, das folhas de evolução ou dos laudos de exames complementares.

ITEM 43 • LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL .

Este item só será preenchido quando o item 19 – Localização topográfica tiver sido preenchido com o código C80.9 (localização primária desconhecida). Caso contrário, permanecerá vazio.

A codificação deverá ser feita com os mesmos critérios adotados para classificar os tumores com localização topográfica conhecida – utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O-2ª VERSÃO) – a partir da hipótese mais provável da localização primária estabelecida pela histologia e pelo comportamento clínico do tumor ou de suas metástases.

Isto pode acontecer, por exemplo, quando uma paciente é atendida com fratura patológica de fêmur, em cuja investigação constatou-se a presença de múltiplas lesões líticas com aspecto metastático, de um provável tumor primário de mama. Nesta situação, marcar-se-ia o item com o código C50 – Mama.

Se não houver indícios que permitam estabelecer uma provável localização primária do tumor, preencher também este campo com C80.9.

A informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente, da Folha de Evolução e da Folha de Parecer, do laudo da anatomia-patológica, e na falta deste, de laudos ou relatórios médicos de outra instituição.

ITEM 44 • LATERALIDADE

LATERALIDADE

- 1. Direita
- 2. Esquerda
- 3. Bilateral
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

LATERALIDADE	
1	Direita
2	Esquerda
3	Bilateral
8	Não se aplica
9	Sem informação

Este item somente será preenchido para tumores de órgão par, com o objetivo de estudar se há maior frequência de um lado em relação ao outro.

Para tumores em órgãos únicos será preenchido com a opção 8 – Não se aplica.

Para os tumores cerebrais, considera-se para efeitos de lateralidade, cada um dos hemisférios cerebrais.

Esta informação será coletada a partir da Folha de Anamnese, Exame físico, Folhas de Evolução e Laudos de Exames.

PREENCHIMENTO DA FICHA DE REGISTRO DE TUMOR PARA OS CASOS NÃO ANALÍTICO

A Ficha de Cadastro de Tumor (anexo 1) é utilizada como instrumento de coleta e entrada de dados para os bancos de dados de casos “analítico” e casos “não analíticos”.

Para os casos “não analíticos”, o preenchimento da ficha é feito de modo parcial, uma vez que nem todos os itens da ficha são preenchidos.

Para uma compreensão do significado e conteúdo de cada item, recomenda-se ler atentamente, neste manual, as instruções de preenchimento da Ficha de Registro de Tumor dos Casos Analíticos (vide capítulo 8, página 22).

1 • ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Grupo de informações usado para identificar o paciente no conjunto da base de dados e para evitar as inclusões em duplicidade. São dados pessoais, intransferíveis, excludentes e de preenchimento obrigatório.

ITEM 01 • NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Todo paciente ao ser aceito para tratamento no Hospital, deve ser matriculado e para ele ser aberto um prontuário que recebe um número de matrícula, atribuído, em geral, de modo seqüencial em ordem crescente.

Este número deve ser único, pessoal e intransferível, devendo ser adotado para identificar o paciente em todos os serviços do Hospital.

A obtenção desta informação pelo registrador é feita da capa do prontuário ou da Folha de Matrícula ou da Folha de Identificação.

ITEM 02 • NÚMERO DE REGISTRO DO PACIENTE NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL DO CÂNCER

Nº DE REGISTRO NO RHC

O RHC destina um número de registro para cada paciente. Se um mesmo paciente tiver mais que um tumor primário (item 21), será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, pois o número de registro refere-se ao paciente, e não ao tumor.

Atenção para não confundir o número de matrícula no Hospital com o número de registro do paciente no RHC. Para o banco maligno não analíticos é atribuída pelo próprio RHC uma numeração seqüencial independente do número de registro da base principal (casos analíticos).

O último dígito corresponde à ordem cronológica de registro de diferentes tumores do mesmo paciente, cuja identificação será feita através da topografia (item 19), da histologia (item 20) e da data do diagnóstico do tumor (item 16).

A composição do número de registro será feita pelo agrupamento de informações expressa através de um conjunto de nove algarismos, a saber: os quatro primeiros algarismos representam o ano do registro do caso (não confundir com o ano de matrícula ou de diagnóstico); um número seqüencial com quatro algarismos, e que representa o número do paciente em relação ao ano de cadastro do caso (a cada ano, uma nova série seqüencial deverá ser aberta) e finalmente, no último dígito, será registrado o número do tumor primário em relação ao paciente.

Este número é atribuído pelo próprio RHC e anotado numa ficha índice para evitar duplicidade.

Quando da divulgação externa de dados do RHC, por exemplo, para elaboração de relatórios de várias instituições, deverá ser precedido do código de sete dígitos correspondentes ao cadastro do hospital junto ao SUS.

ITEM 03 – NOME COMPLETO DO PACIENTE

NOME

Deve ser anotado o nome completo do paciente, atentando para a grafia correta. Sempre que for possível, o nome deverá ser copiado diretamente do documento de identidade.

Obter a informação da capa do prontuário, da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame Físico ou de cópia de documento anexado ao prontuário.

2 • ITENS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS

Este grupo de informações será utilizado para traçar o perfil do paciente e identificar fatores de risco associados a ocorrência de determinados tipos de câncer. Seu preenchimento é obrigatório.

ITEM 04 • SEXO DO PACIENTE

1. MASCULINO 2. FEMININO 3. IGNORADO

A informação referente ao sexo do paciente deve ser sempre registrada por se constituir num dado de identificação do paciente e num campo de crítica de entrada de dados de determinadas topografias de tumor, como os tumores uterinos nas mulheres e de próstata nos homens.

Como deve estar disponível em todos os prontuários hospitalares, admite-se as opções masculino (1); feminino (2) e ignorado (3).

Se a informação não tiver disponível na Folha de Identificação, deverá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico ou de cópia de documento de identidade anexado ao prontuário.

Esta informação é muito importante para se caracterizar o sexo, em especial de pessoa que possuem nome que possa ser utilizado por pessoas de ambos os sexos, como Darci, Omar, Elair, Delci, entre outros.

ITEM 05 • IDADE DO PACIENTE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

IDADE

Refere-se a idade do paciente na data da primeira consulta neste Hospital.

Poderá ser obtida da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame físico ou calculada a partir da data de nascimento constante de cópia de documento de identidade anexado ao prontuário.

Se o sistema de processamento de dados calcular automaticamente a informação, não será necessário preencher esta informação.

O preenchimento deverá ser feito sempre com três dígitos, preenchendo as casas livres da esquerda com zero. Idade inferior a um ano será preenchido com 000 e quando a informação não estiver disponível, com 999.

ITEM 06 • DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

DATA DO NASCIMENTO

A data de nascimento é muito importante, pois esta informação pode ser utilizada na identificação do paciente, principalmente nos homônimos, e será obtida da Folha de identificação ou de cópias de documentos anexados ao prontuário.

A data deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 07 – LOCAL DE NASCIMENTO DO PACIENTE

LOCAL DE NASCIMENTO

O local de nascimento deve ser preenchido com a informação precisa, referente ao local de nascimento, se necessário, fazendo a conversão em relação à distribuição geográfica atual.

Obtém-se a informação da Folha de Identificação, da Folha de anamnese e Exame Físico ou de cópia do documento de identidade anexada ao prontuário.

Quando não houver a informação, que será obtida da Folha de Identificação ou da cópia xerográfica do documento de identidade, preencher com 99.

ITEM 08 • RAÇA / COR DA PELE DO PACIENTE

RAÇA / COR

1. Branca 4. Parda
 2. Preta 5. Indígena
 3. Amarela 9. Sem informação

Serão utilizadas as categorias empregadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

ITEM 09 • GRAU DE INSTRUÇÃO DO PACIENTE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

GRAU DE INSTRUÇÃO

1. Analfabeto 4. 2º Grau comp.
 2. 1º Grau incom. 5. Nível superior
 3. 1º Grau comp. 9. Sem informação

Será informado o mais alto grau de escolaridade do paciente.
Esta informação será obtida da Folha de Identificação ou da Folha de Anamnese e Exame Físico.

ITEM 10 • OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO PACIENTE

OCUPAÇÃO •••

A ocupação se refere à atividade na qual a pessoa trabalha. Para os aposentados ou desempregados, marcar a ocupação na qual atuou.

É desejável que a ocupação retrate não apenas a profissão, como também a ambiência na qual a mesma era ou é exercida, evitando-se registros genéricos como: militar, funcionário público, aposentado.

A informação deverá estar disponível na Folha de Identificação ou da Folha de Anamnese e Exame Físico.

ITEM 11 • PROCEDÊNCIA DO PACIENTE (CÓDIGO DO IBGE)

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

•••••Utiliza-se o Código de localidades do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE, do endereço permanente do paciente. Especial atenção deve ser dispensada àqueles pacientes de outras cidades que estão na cidade onde fica instalado o Hospital, apenas temporariamente para realizar o tratamento.

A informação será resgatada da Folha de Identificação.

3 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Estes itens devem obrigatoriamente serem preenchidos, pois são fundamentais para conhecimento dos tumores cadastrados.

ITEM 12 • CLÍNICA DE ENTRADA NO HOSPITAL

CLÍNICA DE ENTRADA

••Este item permite identificar a clínica responsável pela matrícula e atendimento inicial ao paciente no hospital onde está instalado o RHC.

Deve-se adotar uma codificação para clínicas com dois dígitos, que identifica também o grupamento ao qual pertence. Assim sugere-se a seguinte codificação de serviços:

A informação é resgatada da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame Físico, das Folhas de Evolução e das Folhas específicas das clínicas de atendimento.

ITEM 13 • CLÍNICA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL

CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO

••Este item possibilita a identificação da clínica onde efetivamente foi iniciado o tratamento antineoplásico do paciente no hospital do RHC.

Se o tratamento foi realizado por mais de uma clínica, deve-se registrar aquela que assumiu o papel primordial no tratamento. Assim, se o paciente foi atendido pela cirurgia torácica que solicitou uma radioterapia paliativa anti-hemorrágica para a seguir realizar a cirurgia proposta, deve-se anotar o código correspondente à cirurgia torácica.

Se a clínica do primeiro tratamento for a mesma de entrada, deve-se repetir o código.

A informação é resgatada das Folhas de Evolução, do sumário de alta ou das Folhas específicas das clínicas de atendimento.

ITEM 14 • REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL – RIC (CPF/CARTÃO DO SUS)

REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL

(CPF/CARTÃO SUS)

Deve-se anotar o Registro de Identidade Civil do Cartão SUS, uma vez regulamentado seu uso, e na sua falta, o Cadastro de Pessoa Física da Receita Federal – CPF.

Esta informação é um dos itens de identificação do paciente exigido pela Portaria Ministerial Nº 3.947- GM/MS.

ITEM 15 • DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

DATA DA 1ª CONSULTA

Considera-se como data da primeira consulta a data de atendimento do paciente pelo serviço responsável pelo seu tratamento. Esta data marca o primeiro contato do paciente com o médico que inicia seu processo diagnóstico ou terapêutico no hospital.

A informação está anotada na Folha de Identificação.

A data deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

ITEM 16 • DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO DIAGNÓSTICO

Considera-se como data do primeiro diagnóstico, de cada tumor, a data da confirmação anatomopatológica do tumor, quando se tem a certeza do diagnóstico. Na ausência de exame anatomopatológico, utiliza-se a data do diagnóstico clínico.

A possibilidade de obtenção desta informação a partir da consulta às Folhas de Evolução, dos Laudos da Anatomia Patológica ou da Patologia Clínica/Hematologia, são um importante dado de aferição da qualidade dos prontuários Hospitalares.

Quando o paciente já referido ao Hospital com diagnóstico estabelecido, utiliza-se a informação enviada através de laudo médico ou de cópia dos exames realizados em outra instituição.

O preenchimento da data deve ser feito no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 17 • DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

- 1. Sem Diag./Sem Trat.
- 2. Com Diag./Sem Trat.
- 3. Com Diag./Com Trat.
- 4. Outros
- 9. Sem informação

Este item permite avaliar a condição de chegada do paciente em relação ao diagnóstico do tumor.

A informação deve ser colhida da história clínica no Impresso Anamnese e Exame Físico, das folhas de Evolução ou de laudos médicos anexados ao prontuário.

A existência desta informação no prontuário também é um indicativo da qualidade das informações do prontuário.

ITEM 18 • BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

- 1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica
- 2. Exames por imagem
- 3. Endoscopia
- 4. Cirurgia Exploradora / Necropsia
- 5. Citologia ou Hematologia
- 6. Histologia da Metástase
- 7. Histologia do Tumor primário
- 9. Sem informação

Avalia-se neste item aquele exame que foi o mais importante para estabelecer o diagnóstico do tumor.

Não necessariamente, será o exame mais específico ou o mais preciso.

O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pela histologia do tumor primário de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem. Contudo, os casos sem diagnóstico citológico ou histológico não devem ser excluídos, pois perder-se-ia informações valiosas; daí a necessidade de considerar-se o diagnóstico de câncer em bases puramente clínicas, menos confiáveis que as patológicas.

Deve-se ressaltar, que este item deve ser atualizado, se informações posteriores indicam a realização de um novo exame que tenha contribuído para aumentar o grau de confirmação do diagnóstico.

Esta informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente, da Folha de Evolução e da Folha de Parecer.

4 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

Utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – a CID-O/2, que permite padronizar os tumores para viabilizar as tabulações e os estudos comparativos temporais e inter-institucionais – ressalvadas as devidas limitações deste tipo de estudo.

ITEM 19 • LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

(TOPOGRAFIA PELO CID-O/2)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

A especificação da localização topográfica do tumor é o item mais importante do conjunto de dados cadastrados pelo Registro Hospitalar de Câncer por constituir a principal base de tabulação dos dados dos RHCs.

Opcionalmente, para os tumores dos quais não seja possível estabelecer com certeza a localização topográfica do tumor primário, pode-se ter um item opcional (43). Nestes casos, o item 19 será preenchido com o código C80 – Localização Primária Desconhecida, e no item 43 – Localização primária provável, marca-se com a hipótese mais consistente, da provável localização primária, a partir da histologia e do comportamento clínico do tumor ou de suas metástases.

ITEM 20 • TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO

O Registro de Câncer coleta somente dados referentes a neoplasias malignas e in situ, isto é, com código de comportamento /3 ou /2. Os tumores são classificados por localização primária.

Os tumores com diagnóstico clínico, sem confirmação por exame citológico ou histológico, deve ser classificados M9990/3.

Esta informação é coletada diretamente do laudo da anatomia patológica, e na falta deste, de laudos ou relatórios médicos de outra instituição.

ITEM 21 • OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

1. Não 2. Sim 3. Duvidoso

No caso de tumor múltiplo (mais de um primário), deve ser feita uma ficha para cada tumor, sendo que todas as fichas de um mesmo paciente devem ter o mesmo número de registro, pois este número é único por paciente. O último dígito do número de registro, identifica o tumor, sendo atribuído de forma cronológica (-1, -2...) (vide item 02).

Na ficha correspondente ao primeiro tumor diagnosticado, o item 25 poderia estar assinalado como não (opção 1), se no momento do seu diagnóstico não era conhecido os outros tumores. Caso isso tenha acontecido, ao ser identificado um segundo tumor, este item deve ser atualizado, pois ele será a chave para a posterior identificação de tumores múltiplos, cruzado com o último dígito do número de registro do tumor que assinala a ordem cronológica de diagnóstico dos tumores múltiplos. Nas demais fichas deve-se marcar a opção 2 (sim). Idêntico procedimento deve ser adotado para os tumores sincrônico, ou seja, aqueles tumores primários que aparecem ao mesmo tempo.

Esta informação deverá ser coletada das Folha de Evolução, da Folha de Parecer e dos laudos da Anatomia Patológica.

ITEM 22.a • ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO

ESTADIAMENTO

Para fins de cadastro no Registro Hospitalar de Câncer, é utilizado o Estadiamento Clínico do tumor estabelecido antes do início do tratamento.

O preenchimento do campo deve ser feito com dois dígitos, usando-se para a primeira casa números com a grafia arábica, mesmo que o estadiamento original utilize a grafia romana. Na segunda posição, utiliza-se uma letra, que dependendo do tipo de tumor poderá ter significado diferente, relacionado com as manifestações clínicas e comportamento do tumor.

Quando o tumor não for estádiável, utilizar o código 88. Se não houver a informação, utilizar o código 99.

Esta informação será obtida da anamnese, das folhas de evolução e das folhas de exames especializados.

ITEM 22.b • OUTRO ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO (para menor de 18 anos)

ESTADIAMENTO

Exclusivamente para os pacientes com idade inferior a 18 anos, pode ser necessário empregar sistemas de classificação de estadiamento não compatíveis com o TNM. Assim sendo, foi previsto este campo para inclusão da informação correspondente.

ITEM 23 • TNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS

TNM

A codificação da extensão clínica do tumor é feita no Sistema TNM utilizando três letras: o T (representando a extensão do tumor); o N (representando a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais) e o M (a ausência ou presença de metástases a distância).

Esta informação deverá ser coletada da Folha de Anamnese e Exame Físico, da Folha de Evolução ou das Folhas Específicas dos Serviços.

Quando o tumor não for estadiável, utilizar o código 888. Se não houver a informação sobre TNM, utilizar o código 999.

ITEM 24 • pTNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS, PATOLÓGICO

p-TNM

No Sistema TNM, também está prevista a inclusão de informações anatomopatológica, desde que pré-tratamento.

A Classificação patológica, designada pTNM, tem por base as evidências obtidas antes do tratamento, suplementada ou modificada pela evidência adicional conseguida através da cirurgia e do exame histopatológico.

Para alguns tumores, como os tumores de próstata e de intestino, apenas estará disponível o pTNM. Nestes casos, se não é possível a avaliação clínica, no campo 23 – TNM, utiliza-se a notação X, indicando que o parâmetro não pode ser avaliado (TX – O tumor primário não pode ser avaliado; NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados. MX – A existência de metástases a distância não pode ser avaliada).

ITEM 25 • LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

Utiliza-se os mesmos parâmetros usados para codificação topográfica do tumor primário, para codificar as metástases.

Deve-se dar atenção especial à ocorrência de metástases para linfonodos a distância (C77), osso (C40-C41), fígado (C22), pulmão (C34)/ pleura (C38), cérebro (C71), ovário (C56) e pele (C44), por serem as mais significativas.

A presença de metástase de localização mal definidas ou desconhecida deve-se preencher com o código C76 (outras localizações e localizações mal definidas).

Na ocorrência de metástases disseminadas – assim entendido a ocorrência de mais de quatro metástase – por falta de um código mais apropriado, deve-se preencher a primeira casa do item com o código C76 e deixar as demais em branco.

Se não houver registro de metástases a distância, o item deverá ser deixado em branco.

Como a ocorrência de metástases pode acontecer a qualquer tempo, o registro desta informação poderá ser obtido na maioria dos impressos do prontuário, contudo, o registro mais freqüente é feito na Folha de Anamnese e Exame Físico, nas Folhas de Evolução, nos Relatórios Médicos de outras instituições ou profissionais, nos Laudos de Anatomia Patológica, de Radiologia e de Medicina Nuclear, nos Sumários de Alta e nas Folhas Específicas dos Serviços.

5 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO

O grupo de itens a seguir avalia o primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital e a resposta do tumor à terapêutica realizada.

Deve-se ficar atento a este grupo de itens, uma vez que alguns deles poderão ser assinados com a opção 8 – não se aplica.

As informações são referentes apenas ao primeiro tratamento antineoplásico, já que os demais tratamentos, mesmo que sejam realizados durante o primeiro ano de tratamento, serão avaliados através da ficha de seguimento de pacientes.

ITEM 26 • DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

Esta informação está relacionada ao tratamento antineoplásico, específico para o tumor que está sendo registrado e que tenha sido realizado no Hospital do Câncer.

Não devem ser considerados tratamentos realizados em outras instituições; tratamentos que não sejam diretamente relacionados à terapêutica do tumor em análise ou de suas metástases; e tratamentos anteriormente realizados no Hospital para outros tumores – no caso de tumor primário múltiplo.

Deve ser registrada a data de efetivo início do terapêutica.

O preenchimento desta informação deve ser feito no padrão DD/MM/AAAA, sempre com oito dígitos, sendo dois para o dia, dois para o mês e finalmente quatro para o ano, preenchendo as casas livres da esquerda com zero.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a data média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Se o paciente não tratou no hospital, preencher com 88/88/8888.

Esta informação deve ser coletada da Folha de Evolução. Nos casos de Quimioterapia também poderá estar registrado na Folha de Prescrição Médica ou de Enfermagem, nas Folhas do Serviço de Radioterapia, e nos casos cirúrgicos, na Ficha Operatória.

ITEM 27 • PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1 • Recusa do Tratamento
- 2 • Doença Avançada, falta de condições clínicas
- 3 • Outras Doenças Associadas
- 4 • Abandono do tratamento
- 5 • Complicações de Tratamento
- 6 • Óbito
- 7 • Outras
- 8 • Não se aplica
- 9 • Sem informação

Atenção – Este item refere-se ao tratamento antineoplásico, não deve ser aplicado para tratamento sintomático ou de co-morbidades que curse em paralelo com o tumor, mas que não são a ele diretamente relacionados (por exemplo, o tratamento de uma hipertensão arterial ou de diabetes mellitus).

Alguns pacientes, por motivos diversos, não chega a realizar tratamento no Hospital. Assinala-se neste item, o motivo da não realização do tratamento antineoplásico.

Esta informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo, também pode ser pesquisada na Folha de Anamnese e Exame físico, no Sumário de Alta e na Ficha de Anestesia.

ITEM 28 • PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1 • Nenhum
- 2 • Cirurgia
- 3 • Radioterapia
- 4 • Quimioterapia
- 5 • Hormonioterapia
- 6 • Transplante de Medula Óssea
- 7 • Imunoterapia
- 8 • Outras
- 9 • Sem informação

Para efeito deste item, deve-se considerar apenas o primeiro tratamento antineoplásico realizado no Hospital. Este tratamento inclui todas as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor.

Deve-se considerar apenas aqueles tratamentos realizados com o objetivo de tratar o tumor ou suas metástases. Os tratamentos sintomáticos, de co-morbidades ou de complicações do tumor, não devem ser incluídos.

À semelhança do item anterior, esta informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo, também poderá estar disponível no Sumário de Alta, na Folha de Prescrição médica e nas Folhas do Serviço de Radioterapia.

ITEM 29 – ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1 • Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
- 2 • Remissão Parcial
- 3 • Doença Estável
- 4 • Doença em Progressão
- 5 • Fora de Possibilidade Terapêutica
- 6 • Óbito
- 8 • Não se Aplica
- 9 • Sem informação

Neste item avalia-se a evolução da doença, sem levar em conta o bem estar ou a qualidade de vida do paciente.

As opções estão apresentadas em ordem decrescente de resposta ao tratamento efetuado.

Esta informação poderá ser coletada da Folha de Evolução ou da Folha de Parecer.

6 • ITENS DE SEGUIMENTO DO PACIENTE

O grupo de informações a seguir expressa as informações sobre o óbito e a investigação das causas do mesmo, naqueles pacientes que foram a óbito no período avaliado.

ITEM 30 • DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

DATA DO ÓBITO

--	--	--	--	--	--	--	--

Esta informação somente será preenchida nos casos de óbito, independente do local de ocorrência, se no Hospital do RHC, em outro hospital, na residência do paciente ou em via pública.

Esta informação é muito importante para o cálculo de sobrevivência do paciente.

O preenchimento deverá ser feito sempre com oito dígitos, no padrão DD/MM/AAAA, preenchendo as casas livres da esquerda com zero. Quando o óbito tiver ocorrido, contudo a data não estiver disponível, preencher com 99/99/9999.

Quando não se dispõe da data completa, deve-se usar a média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, da Solicitação de Internação, do Sumário de Alta, do Espelho da AIH ou ainda de qualquer carta ou informação proveniente de outra fonte, que contenha a informação.

ITEM 31 • CAUSA IMEDIATA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA IMEDIATA DA MORTE .

Neste item deve-se registrar a causa diretamente responsável pelo óbito do paciente (por exemplo: hemorragia, pneumonia, doença isquêmica do coração).

Esta informação será codificada pelo CID-10, utilizando-se a Lista Especial de Tabulação para Mortalidade e Morbidade.

Quando a causa morte for desconhecida, preencher com o código R99.X – Causas desconhecidas e não especificadas de mortalidade.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, da Solicitação de Internação, Sumário de Alta, Espelho da AIH e da Folha de Necropsia – quando esta tiver sido realizada, ou ainda de qualquer carta ou informação proveniente de outra fonte, que contenha a informação.

Se houver cópia do Atestado de óbito do paciente no prontuário, também servirá de fonte desta informação.

ITEM 32 • CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA BÁSICA DA MORTE .

••É uma complementação do item anterior. Deve ser registrado a doença básica do paciente, a partir da qual foram criadas as condições (ou surgiram as complicações) para que o paciente viesse a falecer (por exemplo: caquexia pela neoplasia, diabete mellitus, anemia, etc.).

A própria neoplasia maligna poderá ser a causa básica da morte do paciente.

Também neste item deve-se utilizar a CID-10 ao invés da CID-O-2ª VERSÃO.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, da Prescrição Médica ou de Enfermagem, da Solicitação de Internação, do Sumário de Alta, do Espelho da AIH e da Folha de Necropsia – quando esta tiver sido realizada. Também poderá ser usado cópia do Atestado de óbito se houver sido anexada ao prontuário.

Quando a causa básica da morte for desconhecida, preencher com o código R69.X – Causas desconhecidas e não especificadas de mortalidade.

ITEM 33 • INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

SEGUIMENTO

1. Sim 2. Não

Não será feito seguimento para os pacientes que tenham sido classificados como maligno não analítico.

Deve-se portanto marcar exclusivamente a opção 2 – não.

7 • ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

Este item identifica o registrador responsável pela coleta do dado. É uma informação relevante para o controle de qualidade e para evidenciar a necessidade de treinamento e de atualização dos manuais e de material de apoio.

ITEM 34 • CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DO REGISTRADOR

Identificar o registrador através de seu código numérico de dois dígitos.

ITEM 35 • DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

Corresponde à data na qual a ficha foi preenchida, no formato DD/MM/AAAA. Esta data não pode ser inferior à data de matrícula do paciente no hospital.

8 – ITENS OPCIONAIS

As informações classificadas como opcionais, também devem ser preenchidas, se a instituição optou por coletá-las nos casos analíticos.

ITEM 36 • ESTADO CONJUGAL ATUAL

ESTADO CONJUGAL ATUAL

1. Casado
 2. Solteiro
 3. Desquitado/separado/ divorciado
 4. Viúvo
 9. Sem informação

Esta informação não deve ser confundida com estado civil. O importante é tentar estabelecer um indicador da atividade sexual do paciente.

Esta informação poderá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico ou da Folha de Identificação.

ITEM 37 – DATA DA TRIAGEM

DATA DA TRIAGEM

A data da triagem corresponde à data do primeiro contato do paciente com o hospital, no formato DD/MM/AAAA.

Quando o paciente já estiver matriculado no hospital para tratamento de outro tumor ou patologia não neoplásica, esta data corresponde à data de encaminhamento para diagnóstico ou tratamento específico do tumor.

Será coletada da folha de triagem ou de matrícula.

ITEM 38 – HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

1. Sim 2. Não 9. Sem informação

Deve-se considerar para efeito deste item, exclusivamente, os parentes consangüíneos, ascendentes ou colaterais até segunda geração, ou seja: pais, avós, tios e irmãos.

A informação poderá ser coletada da Folha de Anamnese, das Folhas de exame especializado ou das Folhas de Evolução.

ITEM 39 – ALCOOLISMO

ALCOOLISMO

1. Sim 2. Não 9. Sem informação

A história de consumo de bebida alcoólica deverá retratar não apenas a situação atual, mas a ocorrência preponderante.

Deve-se considerar o consumo habitual (mais que três vezes por semana). Para as pessoas que bebem eventualmente, deverá ser marcado a opção 2 (não).

A informação deverá estar disponível na Folha de Anamnese e Exame Físico.

ITEM 40 – TABAGISMO

TABAGISMO

1. Sim 2. Não 9. Sem informação

À semelhança do alcoolismo, a avaliação do hábito tabágico deverá levar em consideração toda a vida do paciente, e não apenas a situação atual.

Também deverão ser avaliados todos os tipos de tabagismo (cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo e mascar).

O fumante eventual deverá ser marcado como não fumante.

Esta informação poderá ser coletada da folha de anamnese ou das folhas de exames especializados.

ITEM 41 – ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

1. SUS 2. Não SUS 3. Veio por conta própria 9. Sem informação

A informação refere-se a quem encaminhou o paciente ao Hospital. Deve ser resgatada da Folha de Identificação através da história clínica no Impresso Anamnese, das folhas de Evolução, de laudos médicos anexados ao prontuário ou serviço social.

Para codificar esta informação, utiliza-se a correlação abaixo:

ITEM 42 • EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1. Exame Clínico e Patologia Clínica
- 2. Exames por imagem
- 3. Endoscopia e Cirurgia Exploradora
- 4. Anatomia Patológica
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Este item não deve ser confundido com o item 18 – Base mais importante do diagnóstico.

Consideram-se exames relevantes, aqueles cuja realização permitiu obter uma informação que possibilitou o estabelecimento do diagnóstico do tumor; levou ao início do tratamento, ou ainda, se resultou na mudança no curso do tratamento.

Esta informação é coletada das folhas de anamnese, evolução ou dos laudos de exames complementares.

ITEM 43 • LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL .

•Este item só será preenchido quando o item 19 – Localização topográfica tiver sido preenchido com o código C80.9 (localização primária desconhecida). Caso contrário, permanecerá vazio.

A codificação deverá ser feita com os mesmos critérios adotados para classificar os tumores com localização topográfica conhecida – utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O-2ª VERSÃO) – a partir da hipótese mais provável da localização primária estabelecida pela histologia e pelo comportamento clínico do tumor ou de suas metástases.

Se não houver indícios que permitam estabelecer uma provável localização primária do tumor, preencher também este campo com C80.9.

A informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico, ou através de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente, da Folha de Evolução e da Folha de Parecer, do laudo da anatomia patológica, e na falta deste, de laudos ou relatórios médicos de outra instituição.

ITEM 44 • LATERALIDADE

LATERALIDADE

- 1. Direita
- 2. Esquerda
- 3. Bilateral
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Este item somente será preenchido para tumores de órgão par, com o objetivo de estudar se há maior frequência de um lado em relação ao outro.

Para tumores em órgãos únicos será preenchido com a opção 8 – Não se aplica.

Esta informação será coletada a partir da Folha de Anamnese, Exame físico, Folhas de Evolução e Laudos de Exames.

CONTEÚDO DA FICHA DE SEGUIMENTO DE TUMOR

Utiliza-se a Ficha de Registro de Tumores (anexo 1) para cadastro das informações referentes aos casos analíticos (casos codificados pela CID-O-2ª VERSÃO como /3 (maligno, localização primária), e para os tumores /0 (benignos) e /1 (incertos se benigno ou maligno), que tenham sido incluídos pela Comissão Assessora, na relação de tumores cadastráveis, por interesse científico) (Vide Cap. 6, pág. 18).

Para o acompanhamento temporal, destes casos, usa-se como documento para resgate das informações a Ficha de Seguimento de Tumor (anexo 2).

Na Ficha de Registro de Tumor são cadastradas as informações referentes ao paciente e sua doença – tanto dos casos analíticos quanto dos casos não analíticos, até completar um ano da data do primeiro diagnóstico do tumor (data do aniversário do tumor). A partir desta data, as informações exclusivamente referentes aos casos analíticos serão coletadas na Ficha de Seguimento. Não será feito seguimento para os casos analíticos que tenham falecido ao longo do primeiro ano de doença a contar da data do primeiro diagnóstico, e aqueles portadores de tumor de pele (exceto melanoma) e de tumores in situ, pela sua baixa letalidade e alto índice de cura.

O seguimento será realizado ao longo do tempo, de modo pontual, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano, tendo por base a data do diagnóstico. Em cada um destes momentos serão levantadas as informações desde a avaliação anterior até a realização da avaliação atual.

Para os tumores de mama, o hospital poderá, de modo opcional, fazer o seguimento também no vigésimo ano.

Se o paciente tiver mais de um tumor primário, terá tantas Fichas de Registro de Tumor quantos forem os tumores, e uma Ficha de Seguimento para cada tumor que preencha os critérios de elegibilidade para seguimento.

Cada tumor será seguido tendo por base a data do seu diagnóstico.

O conteúdo da ficha de Seguimento obedece às mesmas codificações estabelecidas para a Ficha de Registro de Tumor, que por sua vez estão em acordo com as necessidades de informações do Hospital e com as padronizações sugeridas pela Organização Mundial de Saúde através da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e a Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR).

Na elaboração da Ficha de Seguimento, deve-se ter a preocupação de que a mesma, além de ser instrumento de coleta de dados, seja também documento para entrada de dados para digitação. Assim sendo, os itens devem ser distribuídos em colunas, e as opções dentro de cada item padronizadas, sendo a opção 8 destinada a opção “não se aplica” e a opção 9 correspondente a “sem informação”. A numeração das opções em cada item é feita em ordem crescente, ficando vazio os números entre a última opção disponível e o dígito 9 (sem informação).

Para facilitar a operacionalização do seguimento anual, sempre que for possível, quando do seguimento de um determinado tumor, pode-se avaliar os demais tumores do mesmo paciente, atentando para a data de diagnóstico de cada tumor, especificamente.

Deve-se estar atento para a peculiaridade de que, apesar da avaliação da qualidade de vida do paciente ser a mesma para todos os tumores, pois retrata a condição do paciente no momento da avaliação, os dados referentes ao seguimento de cada tumor são específicos e independentes.

A seguir são apresentados em detalhe o conteúdo de cada item da ficha, com as respectivas instruções de preenchimento.

1 • ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Este grupo de informações será usado para identificar um determinado paciente no conjunto da base de dados e permitir a interligação com as informações constantes da Ficha de Registro de Tumor. São dados individuais, específicos, intransferíveis, excludentes e de preenchimento obrigatório.

O preenchimento das informações referentes ao número do prontuário hospitalar, número do registro no RHC e nome do paciente, para cada tumor com seguimento previsto, deverá ser feito no momento do cadastro do caso, ocasião em que é preenchida a Ficha de Registro de Tumor e atribuído o Número de Cadastro do paciente no RHC.

As informações referentes ao endereço e telefone serão preenchidas obrigatoriamente para pacientes atendidos em hospitais que não utilizem prontuário único.

Para hospitais com prontuário único, esta informação só terá necessidade de ser preenchida naqueles casos nos quais não houver a informação sobre o seguimento disponível no prontuário, sendo necessário realizar busca ativa do paciente. Nesta situação, o endereço e telefone mais atualizado será resgatado diretamente do prontuário.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Todo paciente ao ser aceito para tratamento no Hospital é matriculado na Instituição, recebendo um número de matrícula.

Esta informação é complementar à informação anterior (endereço), e deverá obedecer os mesmos critérios de preenchimento.

TELEFONE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A informação referente ao telefone de contato do paciente deverá ser obrigatoriamente preenchidos para pacientes atendidos em hospitais que não utilizem prontuário único.

Para hospitais com prontuário único, esta informação só terá necessidade de ser preenchida naqueles casos nos quais não houver a informação sobre o seguimento disponível no prontuário, sendo necessário realizar busca ativa do paciente.

O registro é feito incluindo o código de área, sem o código da operadora. Assim o telefone (0XX21) 5066320 referente ao Rio de Janeiro, será cadastrado como 021 5066320.

Deve-se buscar registrar o telefone permanente do paciente. Em pacientes proveniente de outras cidades, poderá ser registrado o telefone de contato na cidade onde está o Hospital, desde que através deste telefone seja possível manter um contato com o paciente ou um familiar. Caso contrário, deve-se registrar o telefone do paciente em seu local de residência, com o respectivo código DDD da localidade.

Sempre que for comunicado mudança no telefone, esta informação deverá ser atualizada.

Resgatar da folha de matrícula; de identificação do paciente ou do serviço social.

CEP (CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL)

--	--	--	--	--	--	--	--

Esta informação é complementar ao endereço, e deverá obedecer aos mesmos critérios de preenchimento.

2 • QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DE TUMORES MÚLTIPLOS

Este grupo de informações será usado para identificar o tumor referente ao qual está sendo realizado o seguimento, e os outros tumores do paciente, para avaliar-se a pertinência de proceder o seguimento para estes outros tumores.

O preenchimento das informações deste quadro deverão ser feitas no momento do cadastro do caso, ocasião em que é preenchida a Ficha de Registro de Tumor e atribuído o Número de Cadastro do paciente no RHC.

Neste quadro são anotados (em ordem cronológica de diagnóstico), todos os tumores primários do paciente, de modo que possa permitir a correlação com os outros tumores do paciente, diagnosticados em épocas diferente. Quando do diagnóstico de novos tumores primários, esta ficha deve ser atualizada.

Para cada tumor primário, a ser seguido, será feito um Ficha de Seguimento.

Na primeira linha do quadro, será obrigatoriamente anotado o tumor cujo seguimento será feito nesta ficha, com a respectiva ordem cronológica de diagnóstico. Os demais tumores serão anotados em ordem crescente da cronológica da data de diagnóstico, com a lacuna corresponde ao tumor já anotado na primeira linha. Nos demais cartões do mesmo paciente será adotado igual procedimento, de modo que o tumor a ser avaliado em cada Ficha de Seguimento será sempre identificado por estar na primeira linha, independente da sua ordem cronológica de diagnóstico.

Se o tumor for único haverá uma única ficha, se for múltiplo, haverá tantas fichas quanto forem os tumores primários (exceto os tumor de pele não melanoma e os tumores in situ).

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DE TUMORES MÚLTIPLOS

Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	TIPO HISTOLÓGICO
	• • • • •	• • • . •	• • • • / •
	• • • • •	• • • . •	• • • • / •
	• • • • •	• • • . •	• • • • / •
	• • • • •	• • • . •	• • • • / •
	• • • • •	• • • . •	• • • • / •

Em cada linha do quadro serão anotadas as seguintes informações:

NÚMERO DO TUMOR PRIMÁRIO

Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	TIPO HISTOLÓGICO

Anotar no campo Número do tumor, a informação corresponde à ordem cronológica do diagnóstico do tumor, sendo obrigatoriamente registrado na primeira linha o tumor ao qual esta ficha de seguimento se refere. Nas demais linhas a ordem de registro será seqüencial crescente.

Assim, se a ficha for referente ao segundo tumor diagnosticado e o paciente tiver um total de três tumores, a ordem será respectivamente: 2º tumor, 1º tumor e 3º tumor.

Esta informação será coletada da folha de anamnese ou das folhas de evolução ou sumário de alta.

DATA DO PRIMEIRO DIGNÓSTICO DO TUMOR

Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	TIPO HISTOLÓGICO
		
		
		
		
		

Neste campo deverá ser registrada a Data do 1º diagnóstico (data em que foi firmado o diagnóstico do tumor, coletada do item 16 – data do 1º diagnóstico – da Ficha de Registro de Tumor).

Utilizar o formato DD/MM/AAAA.

Esta data é a referencia para realização do seguimento, sendo considerada a “data de aniversário” do tumor.

A informação será coletada diretamente da Ficha de Registro de Tumor (item 16)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	TIPO HISTOLÓGICO
		
		
		
		
		

Para cada Tumor Primário, será anotada o código correspondente à localização do tumor, pela CID-O/2, resgatada do item 19 da Ficha de Registro de Tumor (Localização do Tumor Primário), ou item 43 – Localização Primária Provável.

TIPO HISTOLÓGICO

Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	TIPO HISTOLÓGICO
			••••/•
			••••/•
			••••/•
			••••/•
			••••/•

Finalmente, anota-se o Tipo Histológico correspondente ao tumor, coletado diretamente do item 20 (tipo histológico), da Ficha de Registro de Tumor.

3 • INFORMAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DO DOENTE E DO TUMOR

Na parte inferior da ficha de Seguimento existe um quadro no qual serão anotados os códigos correspondentes à fonte das informações, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente.

Cada linha corresponde à um momento preestabelecido de avaliação, correspondendo ao 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º e 15º anos posteriores à data do primeiro diagnóstico do tumor em seguimento. Para os tumores de mama, também é recomendado o seguimento no 20º ano de seguimento.

A codificação do tratamento é rigorosamente idêntica àquela empregada no item 28 (tratamento recebido no hospital), da Ficha de Registro de Tumor.

Para efeito de resgate da informação, utiliza-se os dados correspondentes a uma variação máxima de dois meses, para mais ou para menos, em relação a data de aniversário do tumor. Assim sendo, um tumor de mama que foi diagnosticado no dia 15 de abril de 1995, terá a avaliação do estado do paciente no primeiro ano, avaliada com base nas informações do período de 15/02/96 a 15/06/96.

Vale ressaltar que na ficha de cadastro de tumor, são registradas as informações referentes apenas ao primeiro tratamento do tumor (item 28). Os demais tratamentos realizados ao longo do primeiro ano de contato do paciente com o hospital, serão registrados no Ficha de Seguimento anual.

Assim, na Ficha de Registro de Tumor estão as informações apenas do primeiro tratamento. Na Ficha de Seguimento, além do primeiro tratamento, inclui-se todo e qualquer tratamento realizado ao longo do primeiro ano a contar da data do diagnóstico do tumor.

Portanto, deve-se estar atento ao fato de que as informações referentes ao primeiro ano de seguimento do tumor no Ficha de seguimento e aquelas referentes ao primeiro tratamento (item 28 da ficha de registro de tumor) correspondem a informações e períodos de tempo diferente.

No campo data da última informação, deverá ser anotada a data no padrão DD/MM/AAAA, do último registro em prontuário, correspondente ao período em avaliação.

O seguimento é realizado nos períodos preestabelecidos, e é concluído ao final do período de avaliação (15 anos) ou em caso de óbito do paciente.

Os tumores de mama deverão ter seguimento também após vinte anos do diagnóstico.

SEGUIMENTO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
3º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
4º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
5º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
7º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
10º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
15º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

CODIFICAÇÕES DAS INFORMAÇÕES:

As informações referentes ao seguimento anual do tumor serão codificadas segundo os padrões estabelecidos para a Ficha de Registro de Tumor, e correspondem ao intervalo de tempo transcorrido entre o seguimento anterior e aquele que está agora sendo realizado

DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

Deve ser anotada a data da informação mais próxima da data de aniversário do tumor (data do primeiro diagnóstico).

A informação está anotada no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero, assim, o dia primeiro deve ser anotado 01.

DATA DO RESGATE DA INFORMAÇÃO PELO REGISTRADOR

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

Corresponde à data calendário na qual a informação foi coletada do prontuário ou de uma das fontes acessórias de informação.

Esta informação está anotada no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero.

FONTE DA INFORMAÇÃO DO SEGUIMENTO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

Para codificação desta informação foram criadas alternativas, sendo as duas primeiras coletadas diretamente do prontuário.

Quando a informação for obtida por outro meio, deve-se registrar a opção correspondente, ou seja, se a informação for obtida através de uma carta respondida por um médico assistente de outra localidade, marca-se 3 (carta) e não a opção 1 (consulta médica).

Se a instituição possui coletador que faz visita domiciliar, marca-se a opção 5 (visita domiciliar). Contudo, se o médico, enfermeiro ou assistente social da instituição realizou visita domiciliar e anotou no prontuário, considera-se consulta domiciliar – opção 1.

FONTE DA INFORMAÇÃO

1. Consulta Médica
2. Consulta outro profissional da saúde
3. Carta ou telegrama
4. Telefonema
5. Visita domiciliar
6. Outro
9. Não especificado

Este código refere-se à fonte da informação que o RHC utilizou para fazer a avaliação do paciente e da doença, no momento do seguimento.

Prioritariamente, a informação deve ser buscada na Folha de Evolução do prontuário médico, no Sumário de Alta ou Espelho da AIH.

Caso não exista a informação no prontuário, deverá ser feita a busca ativa através de carta, telefonema ou visita domiciliar.

Na opção 6 – outro, são incluídas outras fontes de informações, tais como: cópia do atestado de óbito anexada ao prontuário; comunicações oriundas de outras instituições de saúde ou informação prestada de modo espontâneo por familiares.

A opção 9 – Não informado destina-se àqueles casos nos quais não é possível identificar a fonte da informação, como por exemplo a aposição do nome óbito na capa do prontuário sem outra informação.

ESTADO DA DOENÇA NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

ESTADO DA DOENÇA

1. Vivo, sem câncer
2. Vivo, com câncer
3. Vivo, SOE
4. Óbito, sem câncer
5. Óbito, com câncer
6. Óbito, SOE
9. Sem informação

Neste campo anota-se a avaliação do “status” vital do paciente e a informação da presença ou ausência da doença.

Na opção 3 (vivo, SOE), tem-se apenas a informação de que o paciente está vivo, sem avaliação de que a doença esteja presente ou ausente.

É comum esta opção, quando existe apenas a informação de que o paciente está vivo, porque, por exemplo, compareceu ao Hospital para pegar medicamento ou realizar um determinado exame, ou ainda, foi atendido na emergência, sabe-se, portanto, que o paciente está vivo, sem outra especificação (SOE).

Idêntica interpretação deve ser aplicada à opção 6 (óbito, SOE).

QUALIDADE DE SOBREVIDA NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIDA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

Esta informação refere-se ao paciente e seu estado de bem estar não se refere à evolução da doença.

QUALIDADE DE SOBREVIDA

1. Muito grave (acamado)
2. Severamente incapacitado
3. Alguma incapacidade
4. Ativo, com sintomas
5. Bem, sem queixas
8. Não se aplica
9. Sem informação

O paciente pode ter ou não sua qualidade de vida comprometida, independente da evolução da doença. São duas avaliações interdependentes, mas que não guardam uma relação direta de causa e efeito.

Neste item, pretende-se avaliar o bem estar do paciente, independente da doença estar ou não em atividade. Pretende-se avaliar os reflexos da doença no dia-a-dia do paciente.

As opções são apresentadas em ordem decrescente de severidade. Devendo ser marcada uma única alternativa.

A opção 1 (muito grave) deve ser assinalada para aqueles pacientes que estão acamados, por motivo diretamente relacionado à doença, independente da doença estar ou não sob controle. Não deve ser anotada nesta opção os pacientes acamados, por exemplo, por um acidente automobilístico ou por uma convalescência temporária.

Severamente incapacitados – são aqueles pacientes cuja doença ou respectiva terapêutica levou a uma incapacidade tal como: amputação de um membro ou déficit motor ou visual devido a uma neurocirurgia.

Como “alguma incapacidade” classificam-se os pacientes que apresentem seqüelas do tratamento ou problemas relacionados à progressão da doença, sem contudo incapacitá-los para a maioria das atividades diárias pessoais, familiares ou laborativas. Inclui-se nesta opção as amputações de seguimentos do aparelho digestivo com colocação de estomas e o edema de membro superior devido a mastectomia.

“Ativo, com sintomas”, deve ser utilizado para aqueles pacientes que estão desenvolvendo suas atividades diárias, contudo, apresentam algum sintoma, tais como dor, desconforto, dormência, limitação de movimentos ou dificuldade digestiva.

Na opção “bem, sem queixas”, devem ser incluídos os pacientes assintomáticos.

Para os casos de óbito, marcar a opção 8 – “não se aplica”.

Finalmente, quando a informação a respeito do estado geral do paciente não estiver disponível, marcar a opção 9 – “sem informação”.

TRATAMENTO REALIZADO NO PERÍODO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

São considerados apenas os tratamentos antineoplásico realizado no Hospital, no período em análise, incluindo-se todos as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor primário ou suas metástases.

Utiliza-se para codificação os mesmos critérios adotados no item 28 – Primeiro Tratamento Recebido no Hospital, da Ficha de Registro de Tumor. Assim, do primeiro ao quinto ano serão anotados os tratamentos realizados a cada ano, tendo por base a data de diagnóstico do tumor.

TRATAMENTO

1. Nenhum
2. Cirurgia
3. Radioterapia
4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia
6. Transplante de Medula Óssea
7. Imunoterapia
8. Outros
9. Sem informação

No primeiro ano, devem ser anotados o primeiro tratamento (item 28) e os demais tratamentos subsequentes realizados durante o primeiro ano.

Quando da avaliação do décimo ano, serão registrados todos os tratamentos realizados entre o sétimo e o décimo ano.

Os tratamentos sintomáticos, de co-morbidades ou de complicações do tumor, não devem ser incluídos.

Esta informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo, também poderá estar disponível no Sumário de Alta, na Folha de Prescrição médica e nas Folhas do Serviço de Radioterapia.

LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASES DO TUMOR DO QUAL ESTÁ SENDO FEITA O SEGUIMENTO

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

A informação sobre a ocorrência de metástases a distância, associadas ao tumor em seguimento, deve ser feita através do código de localização topográfica da CID-O-2ª VERSÃO, registrada em ordem cronológica do aparecimento.

O comprometimento de outros órgãos e tecidos através de invasão por contiguidade ou do envolvimento por comprometimento ganglionar regional é considerado metástase a distância.

Deve-se dar atenção especial à ocorrência de metástases para linfonodos a distância (C77), osso (C40-C41), fígado (C22), pulmão (C34) pleura (C38), cérebro (C71), ovário (C56) e pele (C44), por serem as mais significativas.

A presença de metástase de localização mal definidas ou desconhecida deve-se preencher com o código C76 (outras localizações e localizações mal definidas).

Na ocorrência de metástases disseminadas – assim entendido a ocorrência de mais de quatro metástase – por falta de um código mais apropriado, deve-se preencher com o código C76.

Se não houver registro de metástases a distância, o item deverá ser deixado em branco.

Como a ocorrência de metástases pode acontecer a qualquer tempo, o registro desta informação poderá ser obtido na maioria dos impressos do prontuário, contudo, o registro mais freqüente é feito na Folha de Anamnese e Exame Físico, nas Folhas de Evolução, nos Relatórios Médicos de outras instituições ou profissionais, nos Laudos de Anatomia Patológica, de Radiologia e de Medicina Nuclear, nos Sumários de Alta e nas Folhas Específicas dos Serviços.

DATA DA RECIDIVA DO TUMOR

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

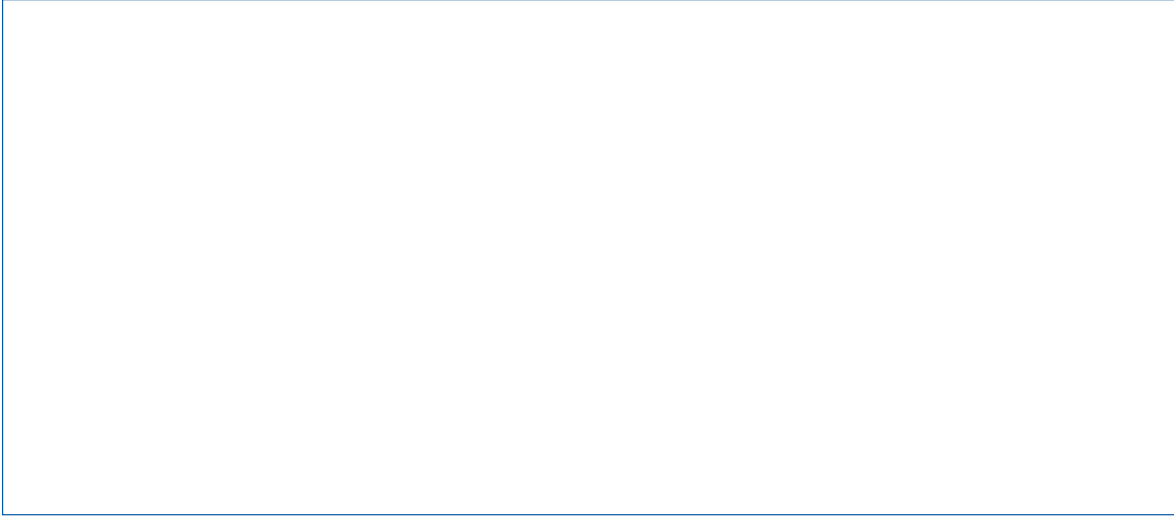
Considera-se como data da recidiva a data da consulta na qual foi detectada a recidiva do tumor.

OBSERVAÇÃO RELEVANTES ADICIONAIS

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
1º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
2º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								
20º ano	/ /	/ /						/ /
Observações:								

Este é um campo livre para que sejam anotadas informações julgadas relevantes e que não se enquadrem nos campos anteriores. Devem ser registrados neste campo a informação de que o paciente foi considerado como fora de possibilidade terapêutica atual – FPT ou que abandonou o tratamento, por exemplo.

OBSERVAÇÕES:

A large empty rectangular box with a thin blue border, intended for recording observations. It occupies the central portion of the page below the 'OBSERVAÇÕES:' label.

CORRELAÇÃO ENTRE TOPOGRAFIA E HISTOLOGIA

(MODIFICADO E AMPLIADO DE FLORIDA CANCER DATA SYSTEM)

Estas correlações tem por objetivo demonstrar as morfologias que são possíveis de ocorrer em cada topografia especificada.

Quando não houver a opção que se pesquisa, deve-se questionar se não é o caso de tumor metastático, ou erro na codificação. Verificadas estas duas hipóteses, permanecendo a dúvida, deve-se solicitar revisão de lâmina ao patologista.

O patologista emitirá parecer final. Quando confirmar um diagnóstico, mesmo que a correlação não esteja aqui registrada, deve ser aceita como definitiva e feito o cadastro do caso, com inclusão da correlação na topografia correspondente.

Propositadamente, alguns tumores raros não foram incluídos nesta correlação, para forçar a revisão do caso pelo patologista e a confirmação do diagnóstico histológico.

Os códigos em negrito correspondem às morfologias mais freqüentes naquela topografia.

C00 – C14 • LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE
C00 • LÁBIO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8430 * 8480 * 8481 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8940 * 8941 * 9140 *

C01 • BASE DA LÍNGUA
C02 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA LÍNGUA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8430 * 8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8720 * 8721 * 8722 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8940 * 8941 * 9140 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9688 * 9689 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C03 • GENGIVA
C04 • ASSOALHO DA BOCA
C05 • PALATO
C06 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA BOCA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8550 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8910 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9140 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C07 • GLÂNDULA PARÓTIDA
C08 • OUTRAS GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8050 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8147 * 8190 * 8200 * 8201 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8290 * 8310 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8500 * 8550 * 8560 * 8561 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8910 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9140 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C09 • AMÍGDALA
C10 • OROFARINGE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 *
8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8430 * 8480 * 8481 * 8720 *
8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8850 * 8851 *
8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9140 * 9590 *
9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 *
9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 *
9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C11 • NASOFARINGE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 *
8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 *
8430 * 8480 * 8481 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 *
8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9070 * 9071 *
9072 * 9140 * 9370 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C12 • SEIO PIRIFORME
C13 • HIPOFARINGE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 *
8143 * 8200 * 8201 * 8430 * 8802 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9140 * 9590 *
9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 *
9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 *
9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C14 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES, E AS MAL DEFINIDAS, DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8081 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8430 * 8890 *
8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9370 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 *
9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 *
9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 *
9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C15 • ESÔFAGO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 *
8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8430 * 8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 *
8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8980 * 8981 *

C16 • ESTÔMAGO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8142 *
8143 * 8144 * 8145 * 8210 * 8211 * 8220 * 8221 * 8230 * 8231 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8260 *
8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 *
8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8980 * 8981 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 *
9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 *
9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 *
9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9731 * 9732 *

C17 • INTESTINO DELGADO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 *
8052 * 8140 * 8141 * 8143 * 8153 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8480 *
8481 * 8490 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8710 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 *
8814 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8990 * 8991 *

C21 • ÂNUS E CANAL ANAL

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8210 * 8240 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8430 * 8480 * 8481 * 8500 * 8503 * 8504 * 8542 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8990 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C22 • FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS**C22.0 • FÍGADO**

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8140 * 8141 * 8143 * 8160 * 8161 * 8170 * 8171 * 8180 * 8190 * 8310 * 8480 * 8481 * 8500 * 8501 * 8502 * 8503 * 8504 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8970 * 8980 * 8981 * 8991 * 9120 * 9124 * 9130 * 9133 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C22.1 • VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8140 * 8141 * 8143 * 8160 * 8161 * 8162 * 8170 * 8180 * 8190 * 8310 * 8480 * 8481 * 8500 * 8501 * 8502 * 8503 * 8504 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8980 * 8981 * 9120 * 9130 * 9133 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C23 • VESÍCULA BILIAR**C24 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DAS VIAS BILIARES**

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 * 8211 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8480 * 8481 * 8490 * 8500 * 8501 * 8502 * 8503 * 8504 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8980 * 8981 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C25 • PÂNCREAS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 * 8150 * 8151 * 8152 * 8153 * 8154 * 8155 * 8210 * 8211 * 8230 * 8231 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8430 * 8440 * 8450 * 8470 * 8480 * 8481 * 8490 * 8500 * 8501 * 8503 * 8504 * 8510 * 8521 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8971 * 8980 * 8981 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C26 • OUTROS ÓRGÃOS DIGESTIVOS E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS DO APARELHO DIGESTIVO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8153 * 8190 * 8200 * 8201 * 8210 * 8211 * 8230 * 8231 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8251 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8290 * 8310 * 8320 * 8323 * 8380 * 8401 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8490 * 8503 * 8504 * 8510 * 8521 * 8542 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8693 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8840 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8940 * 8941 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9040 * 9041 * 9042 * 9043 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9100 * 9101 * 9110 * 9120 * 9130 * 9133 * 9140 * 9150 * 9170 * 9251 * 9370 * 9490 *

8244 * 8245 * 8246 * 8250 * 8251 * 8260 * 8310 * 8320 * 8323 * 8430 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8972 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9050 * 9051 * 9052 * 9053 * 9120 * 9140 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C37 • TIMO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8580 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C38 • CORAÇÃO, MEDIASTINO E PLEURA

C38.1 A C38.3 • MEDIASTINO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8680 * 8693 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8910 * 8990 * 8991 * 9060 * 9061 * 9062 * 9063 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9100 * 9101 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C38.4 • PLEURA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 9050 * 9051 * 9052 * 9053 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C38.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO CORAÇÃO, MEDIASTINO E PLEURA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8680 * 8693 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8910 * 8990 * 8991 * 9060 * 9061 * 9062 * 9063 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9100 * 9101 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C39 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E DOS ÓRGÃOS INTRATORÁCIOS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8230 * 8231 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8251 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8320 * 8323 * 8430 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9120 *

C40 • OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES DOS MEMBROS

C41 • NEOPLASIA MALIGNAS DOS OSSOS E DAS CARTILAGENS ARTICULARES DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES E DE LOCALIZAÇÕES NÃO ESPECIFICADAS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8812 * 8813 * 8814 * 8830 * 8840 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 9040 * 9041 * 9042 * 9043 * 9120 * 9130 * 9133 * 9180 * 9181 * 9182 * 9183 * 9184 * 9185 * 9190 * 9220 * 9221 * 9230 * 9231 * 9240 * 9250 * 9251 * 9260 * 9261 * 9270 * 9290 * 9310 * 9330 * 9370 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9731 * 9732 *

C42 • SISTEMA HEMATOPOÉTICO E RETICULOENDOTELIAL

C42.0 • SANGUE

C42.1 • MEDULA ÓSSEA

9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9720 * 9722 * 9723 * 9731 * 9732 * 9740 * 9741 * 9760 * 9761 * 9762 * 9763 * 9800 * 9801 * 9802 * 9803 * 9804 * 9820 * 9821 * 9822 * 9823 * 9824 * 9825 * 9826 * 9827 * 9830 * 9840 * 9841 * 9842 * 9850 * 9860 * 9861 * 9862 * 9863 * 9864 * 9866 * 9867 * 9868 * 9870 * 9880 * 9890 * 9891 * 9892 * 9893 * 9894 * 9900 * 9910 * 9930 * 9931 * 9932 * 9940 * 9941 *

C42.2 • BAÇO

9120 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C42.3 • SISTEMA RETICULOENDOTELIAL, SOE

9594 * 9720 * 9722 * 9723 * 9740 * 9741 *

C42.4 • SISTEMA HEMATOPOÉTICO, SOE

9590 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9720 * 9722 * 9723 * 9731 * 9732 * 9740 * 9741 * 9761 * 9800 * 9801 * 9802 * 9803 * 9804 * 9820 * 9821 * 9822 * 9823 * 9824 * 9825 * 9826 * 9827 * 9830 * 9840 * 9841 * 9842 * 9850 * 9860 * 9861 * 9862 * 9863 * 9864 * 9866 * 9867 * 9868 * 9870 * 9880 * 9890 * 9891 * 9892 * 9893 * 9894 * 9900 * 9910 * 9930 * 9931 * 9932 * 9940 * 9941 *

C44 • PELE

8010 * 8051 * 8070 * 8071 * 8081 * 8090 * 8091 * 8094 * 8095 * 8110 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8200 * 8201 * 8230 * 8231 * 8247 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8390 * 8400 * 8401 * 8402 * 8410 * 8420 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8542 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8723 * 8724 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8744 * 8745 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8780 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8832 * 8832 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8910 * 8940 * 8941 * 8980 * 8981 * 9120 * 9130 * 9133 * 9140 * 9150 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9632 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9700 * 9701 * 9701 * 9702 * 9703 * 9704 * 9705 * 9706 * 9707 * 9709 *

C47 • NERVOS PERIFÉRICOS E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8680 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8832 * 8840 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8990 * 8991 * 9040 * 9041 * 9042 * 9043 * 9044 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9120 * 9130 * 9133 * 9140 * 9150 * 9170 * 9240 * 9251 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9580 * 9581 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C48 • RETROPERITÔNIO E PERITÔNIO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8680 * 8693 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8840 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8990 * 8991 * 9050 * 9051 * 9052 * 9053 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9110 * 9120 * 9130 * 9133 * 9150 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9930 *

C49 • TECIDO CONJUNTIVO, SUBCUTÂNEO E OUTROS TECIDOS MOLES

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8680 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8821 * 8822 * 8830 * 8832 * 8840 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8990 * 8991 * 9040 * 9041 * 9042 * 9043 * 9044 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9120 * 9130 * 9133 * 9140 * 9150 * 9170 * 9240 * 9251 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9580 * 9581 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9714 *

C50 • MAMA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8200 * 8201 * 8211 * 8230 * 8231 * 8251 * 8260 * 8261 * 8310 * 8314 * 8315 * 8320 * 8323 * 8401 * 8440 * 8480 * 8481 * 8490 * 8500 * 8501 * 8502 * 8503 * 8504 * 8510 * 8512 * 8520 * 8521 * 8522 * 8530 * 8540 * 8541 * 8543 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8930 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9020 * 9120 * 9130 * 9133 * 9580 * 9581 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C51 • VULVA**C51.0 A C51.8 • GRANDES E PEQUENOS LÁBIOS, CLITÓRIS E LESÃO SOBREPOSTA DA VULVA**

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8077 * 8081 * 8082 * 8090 * 8091 * 8092 * 8093 * 8094 * 8095 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8380 * 8401 * 8480 * 8481 * 8542 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8832 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 9110 * 9540 *

C51.9 • VULVA, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8077 * 8081 * 8082 * 8090 * 8091 * 8092 * 8093 * 8094 * 8095 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8380 * 8390 * 8400 * 8401 * 8410 * 8420 * 8480 * 8481 * 8542 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8780 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8832 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 9110 * 9540 *

C52 • VAGINA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8077 * 8081 * 8082 * 8090 * 8091 * 8092 * 8093 * 8094 * 8095 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8380 * 8401 * 8480 * 8481 * 8542 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8832 * 8850 * 8051 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 9110 * 9540 *

C53 • COLO UTERINO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8077 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8430 * 8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9110 *

Obs.: Displasia intra-epitelial NIC III, SOE, deve ser classificada como neoplasia intra-epitelial in situ (8077/2).

C54 • CORPO DO ÚTERO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 *
8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8210 * 8211 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8320 * 8323 * 8380 *
8440 * 8460 * 8480 * 8481 * 8510 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 *
8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8930 * 8933 * 8950 *
8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9100 * 9110 *

C55 • ÚTERO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 *
8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8210 * 8211 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 *
8320 * 8323 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8510 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 *
8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8930 *
8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9110 *

C56 • OVÁRIO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 * 8230 * 8231 * 8240 *
8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8320 * 8323 * 8380 * 8381 * 8440 * 8441 * 8442 *
8450 * 8451 * 8460 * 8461 * 8462 * 8470 * 8471 * 8472 * 8473 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8560 * 8562 * 8570 *
8571 * 8572 * 8573 * 8590 * 8600 * 8620 * 8621 * 8630 * 8631 * 8632 * 8670 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 *
8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8840 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 9000 * 9060 *
9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9090 * 9100 * 9101 * 9110 * 9590 * 9591 *
9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 *
9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 *
9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C57 • OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS E OS NÃO ESPECIFICADOS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 *
8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8380 * 8440 *
8480 * 8481 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 *
8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 9110 *

C58 • PLACENTA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 9100 * 9101 *

C60 • PÊNIS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 *
8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8080 * 8081 * 8082 * 8090 * 8091 * 8092 * 8093 * 8094 * 8095 * 8120 * 8121 * 8122 *
8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8390 * 8400 * 8401 * 8410 * 8542 * 8570 * 8571 *
8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8761 * 8770 * 8771 * 8772 * 8780 * 8800 *
8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 *
8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 *
9140 *

C61 • PRÓSTATA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 *
8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8211 * 8251 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8310 * 8480 * 8481 * 8500 *
8503 * 8504 * 8510 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 *
8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8980 * 8981 *

C62 • TESTÍCULO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 * 8261 *
8262 * 8263 * 8630 * 8640 * 8650 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 9060 * 9061 *
9062 * 9063 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9100 * 9101 * 9102 * 9590 *
9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 *
9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 *

9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C63 • OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS
C63.0 • EPIDÍDIMO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 *
8261 * 8262 * 8263 * 8401 * 8542 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 *
8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 *
8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9140 *

C63.1 • CORDÃO ESPERMÁTICO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 *
8261 * 8262 * 8263 * 8401 * 8542 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 *
8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 *
8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9140 *

C63.2 • ESCROTO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8080 * 8081 * 8082 * 8090 * 8091 * 8092 * 8093 * 8094 * 8095 * 8120 *
8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8390 * 8400 * 8401 * 8410 *
8542 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8740 * 8741 * 8742 * 8743 * 8761 * 8770 *
8771 * 8772 * 8780 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 *
8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 *
8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9140 *

C63.7 • OUTROS ÓRGÃO GENITAIS MASCULINOS ESPECIFICADOS
C63.8 • LESÃO SOBREPOSTA DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS
C63.9 • ÓRGÃO GENITAL MASCULINO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8076 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8140 * 8141 * 8143 * 8260 *
8261 * 8262 * 8263 * 8401 * 8542 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 *
8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 *
8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9140 *

C64 • RIM

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 *
8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8211 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8310 * 8312 * 8320 *
8323 * 8440 * 8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 *
8830 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 *
8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8960 * 8963 * 8964 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 *
9504 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 *
9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 *
9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 *
9697 * 9698 *

C65 • PELVE RENAL
C66 • URETER

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 *
8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8211 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8310 * 8320 * 8323 *
8440 * 8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 *
8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 *
8910 * 8950 * 8951 * 8964 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9590 * 9591 *
9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 *
9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 *
9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C67 • BEXIGA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 *
8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8310 * 8320 * 8323 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8680 *
8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 *
8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8989 * 8990 * 8991 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 *
9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 *
9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 *
9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C68 • OUTROS ÓRGÃOS URINÁRIOS E OS NÃO ESPECIFICADOS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 *
8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 *
8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8230 * 8231 * 8260 * 8261 * 8262 * 6263 * 8310 * 8320 * 8323 * 8380 * 8440 *
8480 * 8481 * 8560 * 8562 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 *
8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 *
8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8950 * 8951 * 8964 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 *
9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9110 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 *
9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 *
9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 *
9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69 • OLHO E ANEXOS**C69.0 • CONJUNTIVA****C69.1 • CÓRNEA, SOE**

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 *
8143 * 8200 * 8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8773 * 8774 *
8800 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 *
8940 * 8941 * 8990 * 8991 * 9150 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 *
9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 *
9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 *
9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69.2 • RETINA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 *
8143 * 8200 * 8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8810 * 8811 *
8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8940 * 8941 * 8990 *
8991 * 9150 * 9510 * 9511 * 9512 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 *
9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 *
9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 *
9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69.3 • CORÓIDE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 *
8143 * 8200 * 8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8773 * 8774 *
8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8940 *
8941 * 8990 * 8991 * 9150 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 *
9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 *
9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 *
9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69.4 • CORPO CILIAR

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 *
8143 * 8200 * 8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8773 * 8774 *
8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8940 *

8941 * 8990 * 8991 * 9150 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 *
9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 *
9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 *
9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69.5 • GLÂNDULA LACRIMAL
C69.6 • ÓRBITA, SOE
C69.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO OLHO E ANEXOS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8042 * 8050 * 8051 * 8052 *
8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8081 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 *
8141 * 8143 * 8200 * 8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8773 *
8774 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 *
8940 * 8941 * 8990 * 8991 * 9150 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 *
9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 *
9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 *
9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C69.9 • OLHO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 *
8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8200 *
8201 * 8290 * 8430 * 8720 * 8721 * 8722 * 8730 * 8743 * 8770 * 8771 * 8772 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 *
8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8940 * 8941 * 8990 * 8991 * 9150 *
9510 * 9511 * 9512 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C70 • MENINGES (CEREBRAIS, ESPINHAIS E SOE)

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9530 * 9531 * 9532 * 9535 * 9536 *
9537 * 9538 * 9539 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C71 • CÉREBRO
C71.0 • CÉREBRO
C71.1 • LOBO FRONTAL
C71.2 • LOBO TEMPORAL
C71.3 • LOBO PARIETAL
C71.4 • LOBO OCCIPITAL

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9380 * 8381 * 9382 * 9391 *
9392 * 9400 * 9401 * 9410 * 9411 * 9420 * 9421 * 9422 * 9423 * 9424 * 9430 * 9440 * 9441 * 9442 * 9443 *
9450 * 9451 * 9460 * 9473 * 9480 * 9481 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9505 * 9530 * 9540 *
9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C71.5 • VENTRÍCULO CEREBRAL, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9380 * 8381 * 9382 * 9390 *
9391 * 9392 * 9400 * 9401 * 9410 * 9411 * 9420 * 9421 * 9422 * 9423 * 9424 * 9430 * 9440 * 9441 * 9442 *
9443 * 9450 * 9451 * 9460 * 9473 * 9480 * 9481 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9540 * 9560 *
9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 *
9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 *
9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 *
9696 * 9697 * 9698 *

C71.6 • CEREBELO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9380 * 9381 * 9382 * 9391 *
9392 * 9400 * 9401 * 9410 * 9411 * 9420 * 9421 * 9422 * 9423 * 9424 * 9430 * 9440 * 9441 * 9442 * 9443 *
9450 * 9451 * 9460 * 9470 * 9471 * 9472 * 9473 * 9480 * 9481 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *
9540 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 *

9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 *
9696 * 9697 * 9698 *

C71.7 • TRONCO CEREBRAL
C71.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO ENCÉFALO
C71.9 • ENCÉFALO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9380 * 9381 * 9382 * 9391 *
9392 * 9400 * 9401 * 9410 * 9411 * 9420 * 9421 * 9422 * 9423 * 9424 * 9430 * 9440 * 9441 * 9442 * 9443 *
9450 * 9451 * 9460 * 9473 * 9480 * 9481 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9505 * 9530 * 9540 *
9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C72 • MEDULA ESPINHAL, NERVOS CRANIANOS E OUTRAS PARTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
C72.0 • MEDULA ESPINHAL
C72.1 • CAUDA EQUINA
C72.2 • NERVO OLFATIVO
C72.3 • NERVO ÓPTICO
C72.4 • NERVO ACÚSTICO
C72.5 • NERVO CRANIANO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9380 * 8381 * 9382 * 9391 *
9392 * 9400 * 9401 * 9410 * 9411 * 9420 * 9421 * 9422 * 9423 * 9424 * 9430 * 9440 * 9441 * 9442 * 9443 *
9450 * 9451 * 9460 * 9473 * 9480 * 9481 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9505 * 9530 * 9540 *
9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 *
9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 *
9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 *
9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C72.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO ENCÉFALO E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
C72.9 • SISTEMA NERVOSO, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 *
9503 * 9504 * 9540 * 9560 * 9561 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9594 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 *
9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 *
9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 *
9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C73 • GLÂNDULA TIREÓIDE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 *
8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8140 * 8141 * 8143 * 8190 * 8230 *
8231 * 8351 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8290 * 8310 * 8330 * 8331 * 8332 * 8340 * 8350 * 8450 * 8510 *
8511 * 8550 * 8830 * 8980 * 8981 * 9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 *
9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 *
9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 *
9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 *

C74 • GLÂNDULA SUPRA-RENAL

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8290 *
8310 * 8320 * 8323 * 8370 * 8693 * 8700 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 *
9084 * 9085 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *

C75 • OUTRAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS E ESTRUTURAS RELACIONADAS
C75.0 • GLÂNDULA PARATIREÓIDE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8290 *
8310 * 8320 * 8322 * 8323 * 8680 * 8693 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 *
9084 * 9085 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *

C75.1 • GLÂNDULA HIPÓFISE
C75.2 • DUCTO CRANIOFARÍNGEO

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8270 *
8280 * 8281 * 8290 * 8300 * 8310 * 8320 * 8323 * 8680 * 8693 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 *
9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *

C75.3 • GLÂNDULA PINEAL

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8290 * 8310 * 8320 * 8323 * 8680 * 8693 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9360 * 9362 * 9364 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *

C75.4 • CORPO CAROTÍDEO

C75.5 • CORPO AÓRTICO E OUTROS PARAGÂNGLIOS

C75.8 • LESÃO SOBREPOSTA DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS E ESTRUTURAS RELACIONADAS

C75.9 • GLÂNDULA ENDÓCRINA, SOE

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8290 * 8310 * 8320 * 8323 * 8680 * 8691 * 8692 * 8693 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 *

C76 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8020 * 8021 * 8022 * 8140 * 8141 * 8143 * 8480 * 8481 * 9500 *

C77 • LINFONODOS

9590 * 9591 * 9592 * 9593 * 9595 * 9650 * 9652 * 9653 * 9654 * 9655 * 9657 * 9658 * 9659 * 9660 * 9661 * 9662 * 9663 * 9664 * 9665 * 9666 * 9667 * 9670 * 9671 * 9672 * 9673 * 9674 * 9675 * 9676 * 9677 * 9680 * 9681 * 9682 * 9683 * 9684 * 9685 * 9686 * 9687 * 9690 * 9691 * 9692 * 9693 * 9694 * 9695 * 9696 * 9697 * 9698 * 9702 * 9703 * 9704 * 9705 * 9706 * 9707 * 9711 * 9712 * 9713 * 9714 * 9723 * 9762 * 9763 *

C80 • LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA

8000 * 8001 * 8002 * 8003 * 8004 * 8010 * 8011 * 8012 * 8020 * 8021 * 8022 * 8030 * 8031 * 8032 * 8033 * 8034 * 8041 * 8043 * 8050 * 8051 * 8052 * 8070 * 8071 * 8072 * 8073 * 8074 * 8075 * 8082 * 8120 * 8121 * 8122 * 8123 * 8124 * 8130 * 8140 * 8141 * 8143 * 8153 * 8190 * 8200 * 8201 * 8210 * 8211 * 8230 * 8231 * 8240 * 8241 * 8244 * 8245 * 8246 * 8351 * 8260 * 8261 * 8262 * 8263 * 8290 * 8310 * 8320 * 8323 * 8380 * 8401 * 8430 * 8440 * 8480 * 8481 * 8490 * 8510 * 8521 * 8542 * 8550 * 8560 * 8562 * 8570 * 8571 * 8572 * 8573 * 8630 * 8650 * 8680 * 8693 * 8710 * 8720 * 8800 * 8801 * 8802 * 8803 * 8804 * 8810 * 8811 * 8813 * 8814 * 8830 * 8840 * 8850 * 8851 * 8852 * 8853 * 8854 * 8855 * 8858 * 8890 * 8891 * 8894 * 8895 * 8896 * 8900 * 8901 * 8902 * 8910 * 8920 * 8930 * 8940 * 8941 * 8950 * 8951 * 8980 * 8981 * 8990 * 8991 * 9040 * 9041 * 9042 * 9043 * 9060 * 9064 * 9070 * 9071 * 9072 * 9080 * 9081 * 9082 * 9083 * 9084 * 9085 * 9100 * 9101 * 9110 * 9120 * 9130 * 9133 * 9140 * 9150 * 9170 * 9310 * 9370 * 9490 * 9500 * 9501 * 9502 * 9503 * 9504 * 9520 * 9540 * 9560 * 9561 * 9580 * 9581 * 9594 * 9731 * 9732 *

CORRELAÇÃO ENTRE TOPOGRAFIA, ESTADIAMENTO CLÍNICO E MORFOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO

Existe uma correlação entre os diferentes estadiamentos clínicos, seja através do sistema TNM (ou de outros método), e a localização topográfica do tumor primário.

A definição dos critérios em relação ao tamanho do tumor, presença de comprometimento nodal e metástases é definido para cada tipo ou grupo de tumores, não sendo portanto um critério fixo.

Nesta correlação adotou-se como sistema preferencial de estadiamento, o TNM, contudo, procurou-se incluir outros critérios de estadiamento, quando amplamente utilizados.

À semelhança de outras classificações, os critérios de estadiamento são periodicamente revistos, tendo sido utilizado para fins desta correlação, a CID-O/2 (CID-10) e o TNM da UICC na sua 5ª edição.

Os parâmetros usados são os seguintes:

T • TUMOR PRIMÁRIO

TX – O tumor primário não pode ser avaliado

T0 – Não há evidência de tumor primário

Tis – Carcinoma in situ

T1, T2, T3 e T4 – Tamanhos em ordem crescente e/ou extensão do tumor primário.

Para compatibilizar a entrada de dados, os tumores in situ serão cadastrados apenas com a letra “i”.

Nos tumores ginecológicos serão cadastrados apenas o tamanho do tumor (X, 0, i, 1, 2, 3 e 4), não sendo cadastradas as informações adicionais. Assim, o tumor cujo T seja T1b1 será cadastrado apenas como T1.

N • LINFONODOS REGIONAIS

NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 – Ausência de metástases em linfonodos regionais

N1, N2, N3 – Comprometimento crescente dos linfonodos regionais.

M – METÁSTASE A DISTÂNCIA

MX – A presença de metástase a distância não pode ser avaliada

M0 – Ausência de metástase a distância

M1 – Metástase a distância.

CORRELAÇÃO ENTRE TOPOGRÁFICA, ESTADIAMENTO CLÍNICO E MORFOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Lábio e Cavidade Oral C00 C02 C03 C04 C05 C06	0	Tis N0 M0		
	I	T1 N0 M0		
	II	T2 N0 M0		
	III		T3 N0 M0	
			T1 N1 M0	
			T2 N1 M0	
			T3 N1 M0	
	IVA		T4 N0 M0	
			T4 N1 M0	
			Qualquer T N2 M0	
IVB	Qualquer T N3 M0			
IVC	Qualquer T Qualquer N M1			

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Faringe C01 C05.1 C05.2 C09 C10.0 C10.2 C10.3 C11 C12 C13	0	Tis N0 M0		
	I	T1 N0 M0		
	II	T2 N0 M0		
	III	T1 N1 M0		
		T2 N1 M0		
		T3 N0 M0		
	C10.2	T3 N1 M0		
		T3 N1 M0		
	C11	IVA	T4 N0 M0	
			T4 N1 M0	
C12	IVB	Qualquer T N2 M0		
		Qualquer T N3 M0		
C13	IVC	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Laringe C32.0 C32.1 C32.2 C10.1	0	Tis N0 M0		
	I	T1 N0 M0		
	II	T2 N0 M0		
	III	T1 N1 M0		
		T2 N1 M0		
		T3 N0 M0		
	C10.1	T3 N1 M0		
		IVA	T4 N0 M0	
	T4 N1 M0			
	C10.1	IVB	Qualquer T N2 M0	
Qualquer T N3 M0				
C10.1	IVC	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Seios Paranasais C31.0 C31.1	0	Tis N0 M0		
	I	T1 N0 M0		
	II	T2 N0 M0		
	III	T1 N1 M0		
		T2 N1 M0		
		T3 N0 M0		
	C31.1	T3 N1 M0		
		IVA	T4 N0 M0	
	T4 N1 M0			
	C31.1	IVB	Qualquer T N2 M0	
Qualquer T N3 M0				
C31.1	IVC	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Glândulas Salivares C07 C08	I	T1 N0 M0		
		T2 N0 M0		
	II	T3 N0 M0		
		III	T1 N1 M0	
	T2 N1 M0			
	T3 N1 M0			
	C08	IV	T4 N0 M0	
			T3 N1 M0	
T4 N1 M0				
C08	IV	Qualquer T N2 M0		
		Qualquer T N3 M0		
		Qualquer T Qualquer N M1		

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Glândula Tireóide C73 (Papilífero ou Folicular)	I (< 45 anos)	Qualquer T Qualquer N M0	
	I (> 45 anos)	T1 N0 M0	
	II (< 45 anos)	Qualquer T Qualquer N M1	
	II (> 45 anos)	T2 N0 M0 T3 N0 M0	
	III (> 45 anos)	T4 N0 M0 Qualquer T N1 M0	
	IV (> 45 anos)	Qualquer T Qualquer N M1	
	Medular	I	T1 N0 M0
II		T2 N0 M0 T3 N0 M0 T4 N0 M0	
III		Qualquer T N1 M0	
IV		Qualquer T Qualquer N M1	
Indiferenciado		IV	Todos os casos são estágio IV
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Esôfago C15	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	IIA	T2 N0 M0 T3 N0 M0	
	IIB	T1 N1 M0 T2 N1 M0	
	III	T3 N1 M0 T4 Qualquer N M0	
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	
	IVA	Qualquer T Qualquer N M1	
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Estômago C15	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T1 N1 M0 T2 N0 M0	
	II	T1 N2 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0	
	IIIA	T2 N2 M0 T3 N1 M0 T4 N0 M0	
	IIIB	T3 N2 M0	
	IV	T4 N1 M0 T4 N2 M0 T4 N3 M0 T1 N3 M0 T2 N3 M0 T3 N3 M0 Qualquer T Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Intestino Delgado C17	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
		T2 N0 M0	
	II	T3 N0 M0	
		T4 N0 M0	
III	Qualquer T N1 M0		
IV	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO*
Cólon e Reto C18 C20	0	Tis N0 M0	Dukes
	I	T1 N0 M0	A
		T2 N0 M0	
	II	T3 N0 M0	B
		T4 N0 M0	
III	Qualquer T N1 M0 Qualquer T N2 M0	C	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		

*O estadiamento de Mason é compatível com o "T" do TNM

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Canal anal C21.1 C21.2	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
		T2 N0 M0	
	II	T3 N0 M0	
		IIIA	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0 T4 N0 M0
	IIIB	T4 N1 M0 Qualquer T N2 M0 Qualquer T N3 M0	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Fígado C22	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	IIIA	T3 N0 M0	
	IIIB	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0	
		IVA	T4 Qualquer N M0
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Vesícula Biliar C23.0	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
		T2 N0 M0	
	II	T3 N0 M0	
		T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0	
	IVA	T4 N0 M0 T4 N1 M0	
		IVB	Qualquer T N2 M0 Qualquer T Qualquer N M1

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Ductos Biliares Extra-Hepáticos C24.0	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T1 N1 M0	
		T1 N2 M0	
		T2 N1 M0	
	T2 N2 M0		
IVA	T3 Qualquer N M0		
IVB	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Papila de Vater C24.1	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
		T3 N0 M0	
	III	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N1 M0	
IV	T4 Qualquer N M0		
	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Pâncreas C25.0 C25.1 C25.2 C25.8	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
		T2 N0 M0	
	II	T3 N0 M0	
		T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
	T3 N1 M0		
IVA	T4 Qualquer N M0		
IVB	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Pulmão* C34	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
	IIB	T3 N0 M0	
		T1 N2 M0	
		T2 N2 M0	
	T3 N1 M0		
	T3 N2 M0		
	IIIB	Qualquer T N3 M0	
T4 Qualquer N M0			
IV	Qualquer T Qualquer N M1		

*Carcinoma oculto TX N0 M0

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Mesotelioma Pleural C38.4	I	T1 N0 M0 T2 N0 M0	
	II	T1 N1 M0 T2 N1 M0	
	III	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0	
	IV	Qualquer T N3 M0 T4 Qualquer N M0 Qualquer T Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Ossos C40 C41	IA	T1 N0 M0 (G 1,2)*	
	IB	T2 N0 M0 (G 1,2)	
	IIA	T1 N0 M0 (G 3,4)	
	IIB	T2 N0 M0 (G 3,4)	
	III	Sem definição	
	IVA	Qualquer T N1 M0	
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	

*Gradação histopatológica (GX – não pode ser avaliado; G1 – bem diferenciado; G2 – moderadamente diferenciado; pouco diferenciado; e G4 – Indiferenciado).

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Partes Moles C38.1 C38.2 C47 C48 C49	IA	T1 N0 M0 (G 1,2)	
	IB	T2 (a) N0 M0 (G 1,2)	
	IIA	T2 (b) N0 M0 (G 1,2)	
	IIB	T1 N0 M0 (G 3,4)	
	IIC	T2 (a) N0 M0 (G 3,4)	
	III	T2 (b) N0 M0 (G 3,4)	
	IV	Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Carcinoma de Pele (exclui pálpebra, vulva e pênis) C44.0 C44.6 C44.2 C44.7 C44.3 C44.8 C44.4 C44.9 C44.5 C63.2	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0 T3 N0 M0	
	III	T4 N0 M0 Qualquer T N1 M0	
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Melanoma Maligno de Pele C44 C51.0 C60.9 C63.2	0	pTis N0 M0	
	I	pT1 N0 M0 pT2 N0 M0	
	II	pT3 N0 M0	
	III	pT4 N0 M0 Qualquer pT N1 M0 Qualquer pT N2 M0	
	IV	Qualquer pT Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Mama C50	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	IIA	T0 N1 M0	
		T1 N1 M0	
	IIB	T2 N0 M0	
		T2 N1 M0	
	IIIA	T3 N0 M0	
		T0 N2 M0	
		T1 N2 M0	
T2 N2 M0			
IIIB	T3 N1 M0		
	T3 N2 M0		
IV	T4 Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0		
IV	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Vulva C51 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	I	T1 N0 M0	I
	IA	T1 (a) N0 M0	IA
	IB	T1 (b) N0 M0	IB
	II	T2 N0 M0	II
	III	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N0 M0	
	IVA	T3 N1 M0	
T1 N2 M0			
IVB	T2 N2 M0		
	T3 N2 M0		
IVB	T4 Qualquer N M0 Qualquer T Qualquer N M1	IVB	
IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Vagina C52 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	I	T1 N0 M0	I
	II	T2 N0 M0	II
	III	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N0 M0	
	IVB	T3 N1 M0	
IVA	T4 Qualquer N M0	IVA	
IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Colo Uterino C53 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1 (a) N0 M0	IA
	IB	T1 (b) N0 M0	IB
	IIA	T2 (a) N0 M0	IIA
	IIB	T2 (b) N0 M0	IIB
	IIIA	T3 (a) N0 M0	IIIA
	IIIB	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 (a) N1 M0	
	IVB	T3 (b) Qualquer N M0	
IVA	T4 Qualquer N M0	IVA	
IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Corpo Uterino C54 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1 (a) N0 M0	IA
	IB	T1 (b) N0 M0	IB
	IC	T1 (c) N0 M0	IC
	IIA	T2 (a) N0 M0	IIA
	IIB	T2 (b) N0 M0	IIB
	IIIA	T3 (a) N0 M0	IIIA
	IIIB	T3 (b) N0 M0	IIIB
	IIIC	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0	IIIC
	IVA	T4 Qualquer N M0	IVA
IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Ovário C56 (compatível com a FIGO)	IA	T1 (a) N0 M0	IA
	IB	T1 (b) N0 M0	IB
	IC	T1 (c) N0 M0	IC
	IIA	T2 (a) N0 M0	IIA
	IIB	T2 (b) N0 M0	IIB
	IIC	T2 (c) N0 M0	IIC
	IIIA	T3 (a) N0 M0	IIIA
	IIIB	T3 (b) N0 M0	IIIB
	IIIC	T3 (c) N0 M0	IIIC
	IV	Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	IV
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Trompa de Falópio C57.0 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1 (a) N0 M0	IA
	IB	T1 (b) N0 M0	IB
	IC	T1 (c) N0 M0	IC
	IIA	T2 (a) N0 M0	IIA
	IIB	T2 (b) N0 M0	IIB
	IIC	T2 (c) N0 M0	IIC
	IIIA	T3 (a) N0 M0	IIIA
	IIIB	T3 (b) N0 M0	IIIB
	IIIC	T3 (c) N0 M0 Qualquer T N1 M0	IIIC
IV	Qualquer T Qualquer N M1	IV	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	FATOR DE RISCO*
Tumores Trofoblásticos Gestacionais C58.9 (compatível com a FIGO)	IA	T1 N8 M0	Sem
	IB	T1 N8 M0	Um
	IC	T1 N8 M0	Dois
	IIA	T2 N8 M0	Sem
	IIB	T2 N8 M0	Um
	IIC	T2 N8 M0	Dois
	IIIA	Qualquer T N8 M1	Sem
	IIIB	Qualquer T N8 M1	Um
	IIIC	Qualquer T N8 M1	Dois
	IVA	Qualquer T N8 M1	Sem
IVB	Qualquer T N8 M1	Um	
IVC	Qualquer T N8 M1	Dois	

*Existem dois grandes Fatores de Risco que podem alterar o prognóstico: β -HCG acima de 100.000 UI urina de 24 horas, e detecção de doença mais do que 6 meses após o término da gestação anterior. Para estes tumores não existe avaliação de N.

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO	
Pênis C60 (aplicável aos carcinomas)	0	Tis N0 M0 Ta N0 M0		
	I	T1 N0 M0		
	II	T1 N1 M0 T2 N0 M0 T2 N1 M0		
		III	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0	
	IV		T4 Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO		TNM 5ª EDIÇÃO	WHITMORE – JEWET
Próstata C61 (aplicável somente para adenocarcinomas)	I	T1 (a) N0 M0 (G1)*	A1 A2	
	II	T1 (a) N0 M0 (G 2, 3, 4) T1 (b,c) N0 M0 T1 N0 M0 T2 N0 M0	B1 B2	
		III	T3 N0 M0	C1 C2
		IV	T4 N0 M0 Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	D

*Graduação histopatológica (G1 – bem diferenciado / G2 – moderadamente diferenciado / G3 e G4 – pouco diferenciado/indiferenciado).

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Testículo C62 (aplica-se somente aos tumores de células germinativas)	0	pTis N0 M0	(S0, SX)**
	I	pT1 N0 M0	(SX)
		pT2 N0 M0	(SX)
		pT3 N0 M0	(SX)
		pT4 N0 M0	(SX)
	IA	pT1 N0 M0	(S0)
	IB	pT2 N0 M0	(S0)
		pT3 N0 M0	(S0)
		pT4 N0 M0	(S0)
	IS	Qualquer pT/TX N0 M0	(S1-3)
	II	Qualquer pT/TX N1 M0	(SX)
		Qualquer pT/TX N2 M0	(SX)
		Qualquer pT/TX N3 M0	(SX)
	IIA	Qualquer pT/TX N1 M0	(S0)
		Qualquer pT/TX N1 M0	(S1)
	IIB	Qualquer pT/TX N2 M0	(S0)
Qualquer pT/TX N2 M0		(S1)	
IIC	Qualquer pT/TX N3 M0	(S0)	
	Qualquer pT/TX N3 M0	(S1)	
III	Qualquer pT/TX Qualquer N M0	(SX)	
IIIA	Qualquer pT/TX Qualquer N M1	(S0, S1)	
IIIB	Qualquer pT/TX N1 M0	(S2)	
	Qualquer pT/TX N2 M0	(S2)	
	Qualquer pT/TX N3 M0	(S2)	
	Qualquer pT/TX Qualquer N M1	(S2)	
IIIC	Qualquer pT/TX N1 M0	(S3)	
	Qualquer pT/TX N2 M0	(S3)	
	Qualquer pT/TX N3 M0	(S3)	
	Qualquer pT/TX Qualquer N M 1	(qualquer S)	

*Graduação histopatológica (G1 – bem diferenciado).

**Marcadores Tumorais Séricos (DHI, hCG e AFP)

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Rim C64 (aplicável ao carcinoma de células renais)	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
		T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N0 M0	
	III	T3 N1 M0	
T4 N0 M0			
Qualquer T Qualquer N M0 Qualquer T Qualquer N M1			
IV			
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Pelve Renal e Ureter C65 C66 (aplica-se somente para carcinomas)	0a	Ta N0 M0	
	0is	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0	
	IV	T4 N0 M0	
		Qualquer T N1 M0 Qualquer T N2 M0 Qualquer T N3 M0 Qualquer T Qualquer N M1	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Bexiga C67 (aplicável somente para carcinoma)	0a	Ta N0 M0	
	0is	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0 T4 N0 M0	
	IV	T4 N0 M0 Qualquer T N1 M0 Qualquer T N2 M0 Qualquer T N3 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Uretra C68.0 (carcinoma) C61 (carcinoma de células transicionais de próstata e uretra prostática)	0a	Ta N0 M0	
	0is	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0	
	IV	T4 N0 M0 T4 N1 M0 Qualquer T N2 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Carcinoma de Pálpebra C44.1 Carcinoma de Conjuntiva C69.0 Melanoma maligno da conjuntiva C69.0	Não existe	Qualquer T Qualquer N Qualquer M	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Melanoma maligno de Úvea C69.3 C69.4 (Íris e corpo ciliar)	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0	
	IVA	T4 N0 M0	
	IVB	Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Melanoma maligno de Úvea C69.3 C69.4 (Coroíde)	IA	T1 N0 M0	
	IB	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0	
	IVA	T4 N0 M0	
	IVB	Qualquer T N1 M0	

CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Retino- Blastoma C69.2	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T3 N0 M0	
	IIB	T3 N0 M0	
	IIC	T3 N0 M0	
	IIIA	T4 N0 M0	
	IIIB	T4 N0 M0	
	IV	Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Sarcoma de Órbita C69.6 Carcinoma de Glândula Lacrimal C69.5	Não existe	Qualquer T Qualquer N Qualquer M	
CID-0/2	ESTADIAMENTO	TNM 5ª EDIÇÃO	OUTRO
Doença de Hodgkin	I (I ou I _E)	Não existe T8 N8 M8	IA
			IB
	II (II ou II _E)		IIA
			IIB
			IIIA
III (III, III _E , III _S ou III _E +s)	IIIB		
IV	IVA		
Não Hodgkin			IVB

No momento, não foi considerado prático propor-se uma classificação TNM para linfomas, desde que nenhum outro sistema de estadiamento convincente e testado está disponível. A classificação de Ann Arbor é recomendada com modificações.

ESTÁDIO I – Comprometimento de uma única cadeia linfonodal (I), ou comprometimento de um único órgão ou localização extralinfática (I_E)

ESTÁDIO II – Comprometimento de duas ou mais cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (II), ou comprometimento localizado de um único órgão ou local extralinfático e seu(s) linfonodo(s) regional(ais), com ou sem comprometimento de outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (II_E).

ESTÁDIO III – Comprometimento de cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma (III), que pode também ser acompanhado pelo comprometimento localizado de um órgão ou local extralinfático (III_E), ou comprometimento do baço (III_S), ou de ambos (III_E + s).

ESTÁDIO IV – Comprometimento difuso (multifocal) de um ou mais órgãos extralinfáticos, com ou sem comprometimento linfonodal associado; ou comprometimento isolado de um órgão extralinfático, com comprometimento linfonodal a distância (não regional).

A – Ausência de sintoma

B – Presença de perda inexplicável de mais de 10% do peso corporal habitual, nos seis meses anteriores ao primeiro atendimento. Febre inexplicável, com temperatura acima de 38° C ou sudorese noturna.

13 EMISSÃO DE RELATÓRIOS

O objetivo final do Registro Hospitalar de Câncer – RHC é disponibilizar à comunidade hospitalar um conjunto de informações relacionadas às características dos pacientes atendidos, dos recursos utilizados no diagnóstico e tratamento destes pacientes e a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente.

Para a divulgação dos dados coletados pelo RHC utiliza-se um conjunto de relatórios:

– O Relatório Anual de Casos Novos, que é o principal e mais completo instrumento de divulgação dos dados coletados pelo RHC. Nestes relatórios estão as informações referentes ao primeiro ano de contato dos pacientes com o hospital. Estão incluídos todos os casos novos cadastrados (analíticos e não analíticos).

– O Relatório de Seguimento com as informações referentes ao acompanhamento temporal dos casos analíticos.

– Os Relatórios Especiais que são elaborados a partir de solicitações não programadas nos relatórios anteriores.

A seguir estão descritas algumas saídas de informações, que devem ser avaliadas por cada registro, para definir o elenco de informações que comporá seus relatórios.

Deve-se definir criteriosamente o conteúdo de informações dos relatórios, para não correr o risco de desperdiçar energia na geração de informações que não serão utilizadas, ou por outro lado, deixar de produzir uma informação relevante a partir dos dados do RHC.

1 • RELATÓRIO ANUAL

O relatório anual é emitido ao final do processo de cadastro de casos novos de neoplasia maligna atendidos na instituição (casos analíticos e não analíticos), referentes às matrículas abertas no hospital, em um determinado ano calendário.

Como foi visto no capítulo 4, a cada ano, os prontuários dos pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna matriculados no hospital, são analisados pela equipe do RHC. Ao final do processo de cadastro, de cada ano, emite-se o relatório.

Este relatório é composto de várias seções, nas quais as informações são agrupadas e tabuladas em diferentes grupos, para facilitar o acesso e a compreensão.

O conteúdo do relatório é mutável, aperfeiçoável e adaptável às potencialidades e disponibilidade de geração de informações pelo RHC e em função da necessidade de dados dos usuários.

A apresentação dos dados é feita através de gráficos, tabelas, quadros, figuras, dados descritivos e analíticos, para facilitar sua interpretação.

A seguir, estão apresentadas sugestões de informações a serem incluídas nos relatórios.

1.1 • CONJUNTO DE PACIENTES ATENDIDOS

A parte inicial do relatório aborda o conjunto de pacientes matriculados no Hospital no qual está instalado o RHC, que tiveram diagnóstico confirmado de neoplasia maligna (casos incidentes), no ano em referência, obtido através da totalizando dos dois bancos de dados do RHC (analítico e não analítico).

O objetivo principal desta seção é dar uma informação a respeito da magnitude e características da clientela assistida.

Inicialmente apresenta-se os dados referentes ao percentual de pacientes com câncer no conjunto de pacientes atendidos no hospital. Num quadro – Distribuição dos prontuários novos, por tipo de diagnóstico, mostra-se a distribuição dos pacientes atendidos no hospital, segundo o diagnóstico do paciente: casos confirmados de câncer; aqueles com patologia benigna; e os com diagnóstico incerto.

Em um gráfico, são apresentadas as séries temporais. Distribuição dos pacientes matriculados no Hospital, segundo, segundo tipo de diagnóstico, por ano de matrícula, para uma melhor visualização da tendência temporal.

A seguir podem ser apresentados alguns cruzamentos que possibilitarão ter uma idéia geral dos pacientes atendidos e dos recursos hospitalares envolvidos, são eles:

Gráfico – Distribuição dos pacientes matriculados no Hospital, segundo o sexo (gênero), por ano de matrícula, para compor séries temporais;

Tabela – Distribuição do total de neoplasias malignas matriculados, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento, para avaliar a participação de cada clínica como porta de entrada de pacientes novos no hospital.

Tabela – Distribuição do total de casos de câncer matriculados no Hospital, por localização topográfica, segundo o sexo. Esta é a principal tabela deste conjunto de dados, onde se evidencia a frequência de cada topografia e sua ocorrência em cada sexo.

Tabela – Distribuição do total de casos de câncer por estadiamento clínico. Através desta tabela, tem-se uma idéia do quão avançada é a doença no momento da chegada do paciente ao hospital. É desejável recebê-los em fase inicial.

Para avaliar a produção de relatórios e levantamentos não sistematizados pelo RHC, apresenta-se na Tabela – Distribuição das solicitações mensais de levantamentos a partir dos bancos de dados do registro de câncer para atender demandas não sistemáticas, o total das solicitações de informações ao RHC. Para complementar, em outra Tabela – Distribuição das solicitações de levantamentos a partir dos bancos de dados do registro de câncer segundo o solicitante. Nesta tabela, procura-se demonstrar quais serviços tem utilizado as informações do RHC e em qual frequência.

1.2 • CASOS ANALÍTICOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS.

A segunda parte do relatório apresenta as informações referentes aos casos novos de neoplasia maligno classificados como analítico, ou seja, aqueles casos que chegam a instituição sem tratamento antineoplásico específico para o tumor cadastrado, tivessem ou não o diagnóstico de câncer já estabelecido.

Este grupo de pacientes constituem o alvo prioritário da atenção do RHC, e correspondem apenas às informações do banco de dados “analítico” do RHC.

Esta parte do relatório é dividida em subseções para agrupar informações e facilitar o processo de pesquisas futuras.

1.2.1 • CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES

No conjunto de tabelas a seguir apresentadas, é traçado um perfil deste grupo de pacientes, classificados como casos analíticos.

Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo o sexo, apresenta a distribuição dos casos de neoplasia maligna segundo o sexo do paciente

Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas, segundo o estado conjugal apresenta os casos de câncer, distribuídos em função do estado conjugal do paciente.

A clássica distribuição dos pacientes em relação a raça/cor da pele está na Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo a raça/cor da pele.

A origem dos pacientes é avaliada na Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas, segundo o local de nascimento, considerando-se para tal o estado da federação onde o paciente nasceu. Os estrangeiros, pelo seu reduzido número, são agrupados numa única categoria.

O grau de instrução do paciente, como potencial avaliador da condição socioeconômica da paciente está na Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas, segundo o nível de instrução.

Para conhecer o fluxo do paciente até sua chegada ao hospital, é importante conhecer as fontes de referência de pacientes ao hospital, incluídos na Tabela – Pacientes com neoplasias malignas segundo a fonte de encaminhamento para o Hospital do RHC.

1.2.2 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS NEOPLASIAS TUMORAIS MALIGNAS ATENDIDAS

No conjunto de tabelas anteriores, procura-se traçar o perfil do paciente. A seguir, são apresentadas as informações referentes aos tumor, e ao atendimento do paciente no hospital.

Como estima-se que em torno de 5% dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, existe mais de um tumor, é importante conhecer a ocorrência de tumores múltiplos no conjunto de pacientes atendidos, para isso, sugere-se a inclusão da Tabela – Distribuição das neoplasias malignas cadastradas segundo o número de tumores primários.

Algumas clínicas, do hospital, são importantes como porta de entrada na instituição, enquanto outras se destacam no tratamento antineoplásico dos pacientes. Na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no Hospital, estima-se a importância das diversas clínicas na avaliação inicial do paciente.

Na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo faixa etária e sexo, estão distribuídos para cada sexo, o número de tumores em cada faixa etária, agrupados por faixa de cinco anos. Em um Gráfico – Distribuição das neoplasias malignas segundo faixa etária, pode-se apresentar a mesma informação, para facilitando sua visualização.

Também é relevante conhecer a situação dos pacientes ao chegarem em cada clínica, quando do primeiro contato com o hospital, em relação a diagnósticos e tratamentos já realizados, o que é apresentado na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a realização de diagnóstico e tratamento anterior à chegada ao Hospital, por clínica responsável pela matrícula

Seria desejável receber os pacientes com doença inicial, onde as reais chances de cura são maiores. Na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo o estadiamento clínico, apresenta-se a distribuição dos pacientes em relação ao estadiamento clínico da doença antes de iniciar o tratamento no hospital.

Nas Tabelas – Distribuição das neoplasias malignas por estadiamento clínico, segundo a assistência prévia e Distribuição das neoplasias malignas por assistência prévia, segundo o estadiamento clínico, respectivamente, associa-se as informações de estadiamento e assistência prévia, no conjunto de pacientes, sem discriminar o serviço de contato.

Para subsidiar o processo gerencial do hospital, três intervalos de tempo são usualmente utilizados como indicador da demora no atendimento ao paciente que chega ao hospital. São eles, o tempo de diagnóstico – que corresponde ao intervalo de tempo transcorrido entre a matrícula no hospital e o estabelecimento do diagnóstico; o tempo para início do tratamento – que é o intervalo de tempo do diagnóstico ao início do tratamento específico para o tumor, não sendo aí considerado o tratamento sintomático e, finalmente, o tempo entre matrícula e tratamento que corresponde ao total de tempo gasto entre a matrícula e o início do tratamento do tumor. Na Tabela – Indicadores referentes ao intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre matrícula e o diagnóstico; diagnóstico e início do tratamento e matrícula e início do tratamento no Hospital, apresenta-se o tempo mínimo, tempo máximo, média, mediana, moda, primeiro e terceiro quartil de cada um dos intervalos, para o conjunto de pacientes avaliados. Na Tabela – Mediana do intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre matrícula, diagnóstico e início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no Hospital, apresenta-se para as diferentes clínicas, as medianas dos três intervalos estudados, e na Tabela – Intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre matrícula e diagnóstico, e diagnóstico e início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no Hospital, apresenta-se também separado por clínica, os intervalos mínimo, máximo e a respectiva mediana, para os intervalos de tempo entre matrícula/diagnóstico e diagnóstico/início do tratamento.

Um dos mais significativos indicadores de qualidade dos dados do Registro Hospitalar de Câncer diz respeito à cobertura de pacientes com confirmação histopatológica do diagnóstico do tumor. Deste modo, na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a base mais importante do diagnóstico, evidencia-se a participação de vários procedimentos como base mais importante do diagnóstico.

Num tabelão que apresenta o cruzamento das informações – Distribuição dos casos de câncer por topografia do tumor, segundo o sexo, estão a frequência das diferentes topografias de tumor, em relação ao conjunto de pacientes e a cada sexo em particular.

Pode-se então selecionar deste conjunto as dez topografias mais frequentes, e montar a Tabela – Distribuição das patologias mais frequentes, segundo o sexo do paciente e o Gráfico – Distribuição percentual das neoplasias mais frequentes, atendidas no Hospital.

Também pode-se fazer a seleção das topografias mais frequentes, em cada sexo e, em crianças, respectivamente, Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes em homens, segundo a topografia do tumor, Gráfico – Distribuição percentual das neoplasias mais frequentes, no sexo masculino, atendidas no Hospital, e Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes em mulheres, segundo topografia, no Gráfico mostra a – Distribuição percentual das neoplasias mais frequentes, no sexo feminino, atendidas no Hospital.

Para os Hospitais que também atendem pediatria, pode-se gerar tabelas e gráficos específicos.

Numa Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes em crianças (idade inferior a 15 anos), segundo a topografia do tumor e no Gráfico – Distribuição percentual das neoplasias mais frequentes, em crianças atendidas no Hospital, estes dados específicos podem ser apresentados.

Nas Tabelas – Distribuição das neoplasias malignas por topografias mais frequentes, segundo o estadiamento clínico e Tabela – Distribuição das neoplasias malignas por estadiamento clínico, segundo as topografias mais frequentes, mostra-se a correlação entre as topografias mais frequentes e o estadiamento clínico da doença antes de iniciar o tratamento antineoplásico específico, no hospital.

Na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas tratadas no Hospital, segundo o primeiro tratamento realizado, mostra-se a frequência com que cada modalidade ou esquema terapêutico é utilizado no hospital.

Nem sempre o tratamento planejado pode ser executado. Na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas cujo tratamento inicial não pode ser realizado, segundo o motivo que interferiu no tratamento, estão os motivos da não realização do tratamento programado.

A avaliação do estado da doença ao final do primeiro tratamento estará na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas tratadas no Hospital, segundo o estado da doença ao final do primeiro tratamento.

A avaliação dos locais de ocorrência da primeira metástases estarão na Tabela – Distribuição das neoplasias malignas, segundo a localização da primeira metástase.

Devido às características peculiares de diagnóstico e tratamento, os linfomas e leucemias merecem abordagem específica, na Tabela – Distribuição dos linfomas e leucemias, segundo a morfologia, por sexo.

1.3 • TUMORES PEDIÁTRICOS

Nos hospitais com serviço de pediatria oncológica, merecem um tratamento diferenciado e específico para este grupo de paciente.

Inicialmente a instituição deverá estabelecer a faixa etária que será utilizada para selecionar os casos de tumores pediátricos. Em geral, considera-se como tal, para fins de agrupamento, aqueles que acometem pacientes com idade inferior a 15 anos.

Estes tumores são analisados, destacados dos demais, devido às peculiaridades destes tumores, que os diferenciam em vários aspectos daqueles que acometem os adultos.

O conjunto de tabelas é derivado daquele referente aos casos analíticos anteriormente apresentado, no qual foi analisado o conjunto de paciente atendidos no hospital, inclusive as crianças.

A seguir são listadas as sugestões de tabelas e gráficos para compor este módulo do relatório.

Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a fonte de encaminhamento para o Hospital.
Tabela – Distribuição do total de neoplasias malignas matriculados no Hospital, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas cadastradas segundo o número de tumores primários.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a base mais importante do diagnóstico.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas, por assistência prévia, segundo a faixa etária.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas por faixa etária, segundo a assistência prévia.
Tabela – Distribuição dos casos de câncer por topografia, segundo o sexo.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas, tratadas no hospital, segundo o primeiro tratamento realizado.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas, tratadas no hospital, segundo o estado da doença ao final do primeiro tratamento.

Os linfomas são relevantes no conjunto de neoplasias malignas que acometem as crianças, daí sua avaliação com maior riqueza de detalhes nas três tabelas a seguir.

Tabela – Distribuição dos linfomas e leucemias segundo a morfologia, por sexo.
Tabela – Distribuição dos linfomas e leucemias por morfologia, segundo a faixa etária dos pacientes.
Tabela – Distribuição dos linfomas e leucemias por faixa etária, segundo a morfologia.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes, por faixa etária, segundo a topografia.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes, por topografia, segundo faixa etária.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes, por faixa etária, segundo o tipo morfológico.
Tabela – Distribuição das neoplasias malignas mais frequentes, tipo morfológico, segundo faixa etária.

1.4 • TOPOGRAFIAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

Nesta parte do relatório, apresenta-se um quadro, no qual para cada topografia, é apresentada a frequência de tumores por sexo e faixa etária. Distribuição das neoplasias malignas segundo sexo e faixa etária.

1.5 • TOPOGRAFIA POR MORFOLOGIA E SEXO

Na quinta parte, temos um tabelão no qual, para cada topografia, são apresentadas as frequências de distribuição por morfologia e por sexo. Distribuição dos casos cadastrados de neoplasias malignas por topografia e morfologia, segundo o sexo no Hospital.

1.6 • TEMA DO ANO

Sugere-se, para completar o relatório, a cada ano, escolher um tema central, sobre o qual procede-se uma análise detalhada.

Esta parte do relatório, além de despertar a atenção para a potencialidade dos dados do RHC, é um importante instrumento de reflexão e discussão sobre um tema relevante para a instituição hospitalar.

2 • RELATÓRIO DE SEGUIMENTO

A efetividade da assistência prestada ao paciente será aferida através do seguimento temporal dos pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna tratados na instituição, sendo, portanto, o grande aferidos da qualidade da assistência prestada.

O seguimento será realizado exclusivamente nos tumores classificados como caso analítico.

Os dados de seguimento serão apresentados através de uma tábua de sobrevida, sendo os pacientes acompanhados no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º e 15º anos a partir da data do diagnóstico.

As informações relativas ao seguimento serão buscadas inicialmente no prontuário do paciente, resgatando-se o dado existente desde a última avaliação. Finda esta etapa, caso haja disponibilidade, um importante procedimento é o cruzamento do banco de dados do RHC com a base de dados de Registros Estadual de Óbitos, obtida junto à Secretaria Estadual da Saúde. Finalmente, faz-se busca ativa dos casos sem informação, para reduzir o número de casos sem seguimento.

De cada topografia será avaliado: o tempo médio de sobrevida (com e sem evidência de doença residual); intervalo livre de doença; percentual de pacientes vivos, o número de óbitos ocorridos no período e o percentual de perdas de seguimento.

Também serão avaliados:

- a fonte de informação;
- o tratamento realizado;
- o estado da doença;
- a qualidade de sobrevida do paciente; e
- a ocorrência de recidiva e de metástases a distância.

As informações do seguimento anual de pacientes também serão utilizadas para construção de tábuas de vida dos casos analíticos de neoplasia maligna, e para subsidiar trabalhos de seguimento.

3 • ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS ESPECIAIS

O conjunto de dados das bases de dados do Registro Hospitalar de Câncer permitem uma série de cruzamentos e saídas personalizadas, de acordo com a necessidade dos usuários.

Os relatórios anuais e de seguimento são elaborados rotineiramente, e tem por finalidade divulgar as principais informações coletadas pelo RHC e que são de interesse geral.

As saídas especiais são elaboradas para subsidiar estudos, para dar apoio a decisões gerenciais, para elaboração de trabalhos científicos ou para atender a solicitações diferenciadas dos profissionais ou gerência da instituição.

As informações do RHC poderão ainda ser associadas a outras bases de dados ou a Registros de outras instituições, para fins específicos.

Recomenda-se que a instituição crie normas rígidas para liberação de informações a partir das base de informação do RHC, para garantir o sigilo profissional, a privacidade dos pacientes; as normas de produção científica e os aspectos éticos envolvidos. (vide capítulo seguinte).

14 CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

O Registro Hospitalar de Câncer – RHC disponibiliza suas informações através da emissão de relatórios anuais, de publicação específicas ou de saídas especialmente desenhadas para atender solicitações diferenciadas.

O atendimento hospitalar ao paciente com neoplasia maligna é multiprofissional, sendo, portanto, os dados coletados pelo RHC de interesse de profissionais envolvidos em atividades administrativas, assistencial e de pesquisa.

O prontuário médico – principal fonte de dados do RHC – além de ser utilizado como veículo de comunicação pela equipe de saúde e como registro de procedimentos realizados no paciente, também constitui em instrumento para fins legais e para estudos científicos, estando o médico e demais profissionais que o utilizam obrigados a respeitar o sigilo das informações, garantido por instrumentos legais (Código Penal art. 154) e ético (Código de Ética Médica art. 102, 104, 105, 106, 107 e 108).

O sigilo das informações também é assegurado pela Constituição Brasileira de 1988 no seu Título II – Dos Direitos Individuais e Garantias Fundamentais, Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, garante: “– São invioláveis a vida privada, a honra e a imagem das pessoas assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”; “É assegurado a todos o acesso a informação e resguardado o sigilo da fonte quando necessário ao exercício profissional”, e pelo Código de Ética Médica que define no seu artigo 11: “– O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções”. Exceto nos casos em que o silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do paciente, de terceiros ou da comunidade.

Deste modo, existem duas classes de informações que podem ser obtidas através do RHC, aquelas de caráter geral relativas a determinado grupo de pacientes, e aquelas individualizadas que se referem a um paciente em particular.

Nos hospitais públicos ou nos privados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS, onde o vínculo de prestação se dá entre o paciente e a instituição, sem nenhum contrato direto de prestação de serviço entre paciente e profissional, o prontuário do paciente e suas respectivas informações são de propriedade da instituição que deverá zelar por sua guarda e sigilo.

Contudo, vale ressaltar que, além das informações a respeito dos achados clínicos e dos resultados de exames complementares, estão registrados no prontuário informações e impressões dos profissionais que assistem ao paciente, assim como instruções de conduta a ser seguida pela equipe responsável pelo paciente. O prontuário é mais que um simples arquivo de resultados do atendimento ao paciente, é o fruto de um trabalho intelectual e do registro de impressões, orientações e sugestões dos profissionais, algumas das quais para benefício do próprio paciente ou do seu relacionamento com o profissional.

Mesmo que o profissional de saúde e a direção do Hospital não sejam proprietários e únicos usuários das informações contidas no prontuário, cabe a eles decidir sobre qual informação pode ser divulgada, a quem, através de qual meio, e em que circunstâncias. Para resguardar os interesses do paciente, dos profissionais e da própria instituição, garantido não haver dano para o paciente ou ao seu tratamento.

O mesmo procedimento deve ser aplicado às outras fontes de informações e bases de dados referentes aos pacientes da instituição, do mesmo modo que as normas de sigilo médico devem ser estendidas a todas as pessoas e categorias profissionais que por força de sua atividade profissional tenham acesso e conhecimento de dados e fatos sobre os pacientes e seus tratamentos.

As solicitações de levantamento de dados das bases do RHC devem ser feitas sempre por escrito, em formulário próprio (anexo 4), com especificação da solicitação, período a ser pesquisado, identificação do solicitante e serviço ao qual está vinculado.

Para residentes, estagiários e pessoas com vínculo temporário ao Hospital, deverá ser apostado na solicitação a autorização do Chefe da Clínica, do Diretor Clínico ou do Diretor Geral do Hospital, liberando o uso da informação, para assegurar o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

Por ocasião da entrega do levantamento respectivo solicitante, será exigido a assinatura do Termo de Compromisso, no qual estão explícitas as limitações no uso das informações e a obrigatoriedade de citação da fonte dos dados.

Deve-se ainda estar atento para a necessidade de atender as rotinas estabelecidas pelas Comissões de Ética, Científica e de Prontuário de cada hospital.

1 • SAÍDAS ROTINEIRAS

Ao final do processo de cadastro de casos novos referentes a um determinado ano de matrícula no hospital, e após os respectivos procedimentos de validação dos bancos de dados, é emitido um relatório anual (capítulo 13), que conterà significativo número de informações dos casos cadastrados.

Estas informações são de domínio público, podendo ser utilizadas desde que identificada a origem dos dados. Caso haja possibilidade, estas informações também poderão ser disponibilizadas através da internet. Idêntico procedimento é adotado para os dados de seguimento do paciente.

2 • SAÍDAS ESPECIAIS

As saídas especiais são elaboradas a partir de solicitações específicas que não possam ser atendidas através dos dados divulgados através das saídas de rotina, ou por iniciativa do próprio Registro Hospitalar de Câncer, para divulgar informações sobre um tumor em particular ou um determinado grupo de pacientes.

Estes relatórios uma vez preparados, poderão ser divulgados e tornados de domínio público, ou serem encaminhados ao solicitante que determinará o destino do mesmo, desde que assegurado a identificação da fonte dos dados.

Se as solicitações especiais motivarem publicações, os dados destes relatórios, por terem sido publicados, são considerados de domínio público, podendo ser liberados desde que assegurado a identificação da fonte dos dados.

2.1 • PARA A INSTITUIÇÃO E SEUS PROFISSIONAIS

As solicitações provenientes das chefias formais – em nome dos respectivos serviços, ou feitas por profissionais do quadro de pessoal da instituição, assim como as saídas sistemáticas de informações já autorizadas pela direção, serão liberadas pelo registro mediante solicitação por escrito em formulário próprio disponível no registro ou através de memorando interno.

Para residentes, estagiários e pessoas vinculadas temporariamente ao Hospital, deverá ser apostado na solicitação a autorização do Chefe da Clínica ou do Diretor do Hospital, liberando o uso da informação, para assegurar o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

Para atender a demanda de informações de solicitações de trabalhos cooperativos inter-institucionais, as solicitações deverão ser sempre encaminhada através do representante do Hospital no projeto, que será responsável pelo uso adequado dos dados e pela identificação da fonte dos mesmos.

2.2 • PARA INSTITUIÇÕES EXTERNAS AO HOSPITAL OU PROFISSIONAIS EXTERNOS

Para funcionários cedidos a outras instituições, ex-residentes e ex-estagiários do Hospital, as solicitações deverão ser encaminhadas ao RHC através da Direção do Hospital ou pela chefia de um de seus serviços – se diretamente envolvido na produção do dado primário – com a respectiva autorização de liberação dos dados, para que sejam resguardados os interesses do Hospital, o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

A solicitação feitas por instituições ou profissionais sem vínculo atual ou anterior com o Hospital deverão ter sempre a autorização da direção do Hospital, que se julgar necessário, ouvirá a chefia dos serviços responsáveis pela geração dos dados primários.

2.3 • PARA A IMPRENSA

Qualquer solicitação de informações para a imprensa, mesmo que seja de dados publicados, só será aceito e liberado através da Assessoria de Comunicação do Hospital ou pela Direção Geral.

2.4 • OUTRAS SITUAÇÕES E AS NÃO PREVISTAS

Em qualquer situação, se o supervisor do RHC julgar necessário, condicionará a liberação dos dados à autorização do Diretor do Hospital.

Os casos não enquadrados nestes critérios serão avaliados diretamente pelo supervisor do RHC que, quando julgar necessário, encaminhará à Comissão de Ética, Direção do Hospital ou a quem for pertinente.

15 SELEÇÃO E FORMAÇÃO DO REGISTRADOR

O trabalho do registrador é uma atividade especializada e que deve ser realizado com rigor e dedicação, já que as informações por ele cadastradas deverão reproduzir a realidade da assistência institucional ao paciente com câncer.

A padronização, cobertura, validação e qualidade das informações é fundamental para a credibilidade da Registro Hospitalar de Câncer – RHC no âmbito do hospital.

Por ser uma atividade repetitiva, monótona e especializada, requer atenção e poder de concentração e conhecimento específico. Por ser diferenciada a cada caso, deverá ser realizada por profissional com bom conhecimento técnico, para que possa discernir cada situação e como enquadrá-la.

Por outro lado, a atividade do registrador não é apenas a de resgatar a informação existente, contudo, ao recuperar informações do prontuário, deverá ater-se à informação ali registrada, sem interpretação ou aferição indireta de dados, daí ser desejável que o registrador não possua conhecimentos ou formação profissional na área de saúde, além daqueles especificamente necessários ao desempenho de sua atividade como registrador, deverá ater-se à recuperação da informação.

Todavia, cada instituição deverá definir o perfil do seu registrador, não sendo a formação na área da saúde um fator de impedimento para o bom desempenho da função.

Um bom registrador se faz ao longo do tempo, num processo de aperfeiçoamento continuado. Com supervisão contínua e especial atenção para que não ocorram erros sistemático (viéses), na coleta de informações. Por amostragem, o coordenador do RHC deverá periodicamente revisar casos cadastrados para identificar falhas no processo de resgate da informação e respectivo cadastro nas fichas de registro e de seguimento, assim como identificar necessidade de treinamento ou atualização do manual.

A própria rotina e o conjunto de informações a serem coletadas deverá ser periodicamente revistos (cap. 2.4).

1 • SELEÇÃO DE CANDIDATOS A REGISTRADOR

A escolha do profissional certo para o trabalho no RHC é uma etapa importante para o sucesso do registro.

Pela complexidade das atividades a serem desenvolvidas, será exigido como escolaridade mínima o segundo grau completo.

Será desejável, como característica individuais de personalidade, ter poder de concentração, capacidade de desempenhar atividades monótonas e repetitivas, boa caligrafia e organização.

2 • TREINAMENTO

Concluído o processo de seleção, o candidato a registrador deverá receber treinamento específico que o capacitará a resgatar as informações existentes para cadastro dos casos de neoplasias malignas e a desenvolver as atividades complementares existentes no âmbito do RHC.

2.1 • CAPACITAÇÃO PARA CADASTRO DE TUMORES

O candidato a registrador deverá ser treinado para identificar os casos de neoplasia maligna, classificá-los como casos analíticos ou não analíticos, e para o correto preenchimento da Ficha de Cadastro de Tumor (anexo 1) e de seguimento (anexo 2).

2.1.1 • FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta etapa do treinamento, o registrador deverá ser capacitado a:

- Identificar os casos de neoplasia maligna atendidos no hospital e que preencham os critérios de inclusão no RHC (casos notificáveis);
- Classificar os casos notificáveis em analíticos e não analíticos;
- Utilizar corretamente o prontuário médico dos casos notificáveis, identificando os diferentes formulários que serão fonte de informação para o cadastro do caso de neoplasia maligna;
- Ter o conhecimento detalhado de cada item da ficha, com o significado de cada opção e a respectiva fonte da informação;
- Conhecer e saber utilizar corretamente a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, sua adaptação para uso em oncologia, a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O, a Classificação dos Tumores Malignos – TNM da UICC e a Classificação de Ocupações do IBGE;
- Identificar casos com indicação de realização de Seguimento Anual.

Ao final do treinamento teórico – que poderá ser feito através de curso regularmente oferecido pelo INCA – CONPREV ou diretamente no próprio RHC, com recursos próprios ou de terceiros, deverá ser iniciado o treinamento prático sob supervisão.

2.1.2 • TREINAMENTO PRÁTICO

Após o curso teórico, será iniciado treinamento prático com prontuários selecionados, com supervisão direta.

A seguir, o candidato a registrador será liberado para cadastrar os casos que serão revistos integralmente num primeiro momento, e em função do número de falhas, por amostragem. Finalmente, será liberado para o cadastro de casos novos a serem incluídos nas bases de dados, ficando o supervisor do registro constantemente disponível para dirimir dúvidas.

Em todo este processo é muito importante a consulta direta ao Manual do Registro, para esclarecimento de dúvidas e uniformidade de consultas. A discussão com outros registradores é um rico processo de capacitação dos novos registradores.

2.2 • ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Para complementar o treinamento do registrador, ele também deverá receber treinamento nas atividades administrativas e de rotina do RHC, na solicitação de prontuários ao arquivo médico, no arquivamento de fichas, na inclusão de casos nos bancos de dados, no resgate de informações, sendo também necessário o treinamento básico em informática e o conhecimento das rotinas administrativas do hospital.

Também é desejável que o registrador tenha participação ativa na elaboração dos relatórios anuais do RHC.

2.3 • ATIVIDADES DE SEGUIMENTO

Depois de dominar o cadastro de casos novos, o registrador estará apto a ser treinado para realizar o seguimento anual dos casos analítico. Para esta atividade será importante o domínio do cadastro de casos novos.

Para o seguimento haverá um treinamento específico para identificação das informações no prontuário, e a critério de cada instituição, realizar também o cruzamento com as bases de dados de óbitos das secretarias estaduais de saúde.

Caso não obtenha as informações necessárias, de acordo com a rotina do hospital, procederá a busca ativa ou encaminhará o caso a quem de direito para realizar a respectiva busca de informações.

3 • ATUALIZAÇÃO

Periodicamente, os registradores deverão ser submetido a treinamento de atualização, em especial, quando houver mudança no conteúdo das fichas ou em qualquer das classificações ou material de apoio, incluindo programas de computador.

A utilização dos registradores no treinamento de novos registradores ou na revisão de manuais e rotinas, constitui uma excelente oportunidade de atualização e questionamento das rotinas estabelecidas.

INDICADORES DE DESEMPENHO DO REGISTRO HOSPITALAR

As atividades do Registro Hospitalar de Câncer – RHC devem ser monitoradas através de indicadores de produção, produtividade e de qualidade.

Através destes indicadores será possível acompanhar as atividades do RHC e identificar a necessidade de intervenção nos processos de coleta, armazenamento e divulgação de dados, assim como no treinamento de pessoal.

1 • INDICADORES DE PRODUÇÃO

Estes indicadores retratam e estão diretamente relacionados à quantificação das atividades desenvolvidas pelo RHC.

Número de casos cadastrados • Expressa o número absoluto de casos cadastrados no período de avaliação.

$\text{Número de casos cadastrados} = \dot{Y} \text{ de casos cadastrados no período}$

Número de solicitações de informações atendidas • Expressa o número absoluto de solicitações de dados do RHC que foram atendidos, no período.

$\text{Número de solicitações atendidas} = \dot{Y} \text{ de solicitações atendidas no período}$

Número de publicações realizadas • Expressa o número absoluto de publicações com dados do RHC realizadas no período.

$\text{Número de publicações} = \dot{Y} \text{ de publicações realizadas no período}$

2 • INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

Estes indicadores retratam o rendimento do trabalho realizado no RHC.

Intervalo de tempo entre matrícula e cadastro • O Registro de câncer necessita que um conjunto de informações esteja incluída no prontuário para que o caso possa ser cadastrado.

Este intervalo de tempo deve ser longo o suficiente para que as informações sobre diagnóstico e primeiro tratamento estejam disponíveis, sem, no entanto, ser demasiado longo para provocar uma defasagem entre os casos completos e seu resgate pelo RHC.

$\text{Intervalo de tempo matrícula/cadastro} = \text{Data de cadastro} - \text{Data da matrícula}$

Percentual de casos notificáveis • Relação entre o número de pacientes matriculados no período e o número de casos de tumor que preenchem os critérios para inclusão nas bases de dados do RHC.

$\text{Percentual de casos notificáveis} = \frac{\text{Número de casos cadastrados} \times 100}{\text{Número de matrículas}}$

Percentual de casos analítico • Relação entre o número de casos novos de neoplasia maligna classificados como casos analíticos em determinado período de tempo, e o número total de casos novos de neoplasia maligna (analíticos e não analíticos) no mesmo período.

$\text{Percentual de casos analíticos} = \frac{\text{Número de casos analíticos} \times 100}{\text{Número de casos novos de neoplasia maligna}}$

3 • INDICADORES DE QUALIDADE

A qualidade dos dados do RHC é assegurada através de um conjunto de procedimento executados nas diferentes etapas do processo de coleta, tabulação, análise e divulgação dos dados, com o objetivo prioritário de fazer a validação interna e externa dos dados do RHC, e garantir que os mesmos reproduzem o universo de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos no hospital.

Os indicadores podem refletir a atuação do hospital como referência para o atendimento ao paciente com câncer (Percentual de casos com patologia maligna), a qualidade do atendimento ao paciente (Percentual de confirmação histopatológica e percentual de perda de seguimento em cinco anos) ou a qualidade das informações do RHC (Percentual de cobertura, percentual de casos analíticos com seguimento, percentual de perda de seguimento em cinco anos).

Percentual de Cobertura • O percentual de cobertura expressa o número de casos avaliados pelo RHC, em relação ao número de prontuários novos no período (matrículas). É desejável, que todos os casos de neoplasia maligna atendidos no hospital fossem incluídos nas bases de dados do RHC.

$\text{Percentual de cobertura} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos avaliados pelo RHC} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de casos matriculados}}$

Percentual de casos com confirmação histopatológica • O grau máximo de certeza do diagnóstico é dado pela confirmação através de citologia ou da histologia do tumor. Quanto maior o percentual de informação, maior a qualidade das informações.

$\text{Percentual de confirmação} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos com histologia/citologia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de casos cadastrados}}$

Percentual de casos analíticos com seguimento • Os tumores de pele (não melanoma), os carcinomas in situ, os óbitos e os pacientes considerados Fora de Possibilidades Terapêuticas atuais, cujos casos foram classificados como analíticos, não devem fazer seguimento temporal. O percentual de casos analíticos dos quais será feito seguimento, será utilizado principalmente em associação com o indicador seguinte: Percentual de perda de seguimento, que avaliarão o grau de interesse da instituição em manter-se vigilante em relação ao paciente, e o grau de aderência do paciente à instituição e ao tratamento.

$$\text{Percentual de seguimento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos analítico com seguimento} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de casos analíticos}}$$

Percentual de perda de seguimento em cinco anos • Daqueles casos com previsão de seguimento em períodos pré-determinados, há uma perda anual de seguimento. Pretende-se avaliar a perda após cinco anos, intervalo de tempo considerado para a maioria dos tumores como suficiente para avaliar a ocorrência de metástases ou recidiva.

$$\text{Percentual de perda de seguimento em cinco anos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com previsão de seguimento} - \text{N}^\circ \text{ pacientes com seguimento no 5}^\circ \text{ ano} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de óbitos dos pacientes com previsão de seguimento} + \text{N}^\circ \text{ das perdas no período}}$$

Percentual de óbitos no primeiro ano • Número de óbitos ocorridos no primeiro ano (tendo por base a data do diagnóstico), em relação ao número total de pacientes com diagnóstico de câncer no período.

$$\text{Percentual de óbitos no primeiro ano} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com óbito no primeiro ano} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com diagnóstico de câncer no período}}$$

Estes são alguns indicadores, que podem ser utilizados para avaliar e monitorar o desempenho do RHC, contudo, existem muitos outros indicadores que poderão ser obtidos através do cruzamento dos dados do RHC, que poderão ser instituídos a qualquer momento.

INDICADOR	PARÂMETRO
Número de casos cadastrados	Nº de casos de câncer
Intervalo de tempo matrícula/cadastro	de seis meses a um ano
Percentual de casos com patologia maligna	> 80%
Percentual de cobertura	> 95%
Percentual de casos com confirmação cito/histológica	> 95%
Relação casos analíticos/casos não analíticos	> 1/1
Percentual de casos analíticos com seguimento	> 80%
Percentual de perda de seguimento em cinco anos	< 20%
% de óbito no primeiro ano	< 50%

ATENÇÃO

Este glossário foi elaborado com o fim específico de ajudar os registradores no processo de coleta de informações e cadastro de casos novos e no seguimento dos casos de neoplasia maligna cadastrados no hospital. Não deve ser utilizado para outros fins, sem uma criteriosa análise prévia.

O objetivo primordial deste glossário é fazer com que o registrador saiba o significado da palavra no contexto do RHC. Não deve ser confundido com coletânea de definições ou terminologia técnica.

Não se trata de uma compilação de termos médicos, nem tem a pretensão de esgotar todos os significados ou representação das palavras ou expressões abaixo listadas.

Como o trabalho do registrador envolve um número muito grande de termos médicos, houve a necessidade de incluí-los neste glossário, o que resultou num significativo aumento de volume do mesmo.

Para os termos apresentados, o significado diz respeito ao contexto no qual é usado nos Registro Hospitalares de Câncer – RHC, podendo não corresponder exatamente ao seu significado lato sensu.

Com vistas a padronizar a pesquisa nesta lista, os termos são apresentados no singular, assim deve ser procurado tumor múltiplo ao invés de tumores múltiplos.

Existe a referencia cruzada, ou seja, quando se apresenta um determinado termo, pode aparecer entre parênteses sinônimos que constem deste glossário.

NUMÉRICOS

5-HIA (vide Ácido hidróxi-indolacético)

/0 – Comportamento biológico referente a tumor benigno.

/1 – Comportamento biológico referente a tumor incerto se benigno ou maligno; malignidade limítrofe (“borderline”).

/2 – Comportamento biológico referente a carcinoma “in situ” (intra-epitelial; não-infiltrativo; não-invasivo)

/3 – Comportamento biológico referente a tumor maligno, localização primária.

/6 – Comportamento biológico referente a tumor maligno, localização metastática.

/9 – Comportamento biológico referente a tumor maligno, incerto se primário ou metastático.

ALFABÉTICOS**A**

Abandono do tratamento – Quando o paciente houver iniciado o tratamento específico para o tumor, e sem a concordância do médico assistente, por conta própria, interrompe seu tratamento de modo definitivo.

Acelerador linear – Modalidade de tratamento antineoplásico com radiação ionizante de megavoltagem, que utiliza como fonte de radiação, a radiação eletromagnética de um acelerador de partículas nucleares ao invés de substância radioativa

Ácido hidróxi-indolacético (5-HIA) – utilizado como marcador tumoral para tumores carcinóides.

Ácido vanil-mandélico (VMA) – usado como marcador tumoral para tumor de Wilms (renal); tumores endócrinos e neuroblastomas.

Acompanhamento temporal – (vide seguimento anual).

Acre (AC) – estado situado na região norte.

Adenocarcinoma ductal da mama – histopatologia mais comum dos tumores de mama.

Adenocarcinomas – tumores malignos que se desenvolvem nos tecidos glandulares.

Adenomas – tumores benignos que se desenvolvem nos tecidos glandulares.

Adolescente – indivíduo com idade entre quinze e dezoito anos (dezoito anos, onze meses e trinta dias).

ADN – Adenovírus – Vírus a respeito do qual existe evidência epidemiológica de estar associado a determinados tipos de câncer.

Adulto- indivíduo com idade superior a dezoito anos (dezoito anos, onze meses e trinta dias).

AFP – (vide Alfa-fetoproteína)

Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer – IARC (International Agency for Research on Cancer) – Agência internacional fundada em 1965, pela assembleia mundial de saúde, como uma organização financeiramente independente, dentro dos estatutos da Organização Mundial da Saúde, com sede em Lyon, França.

Aglutinação por látex – Técnica laboratorial utilizada para identificação de antígenos, inclusive de rotavírus.

Alagoas (AL) – estado situado na região nordeste.

Alfa-fetoproteína (AFP ou aFP+n) – Marcador tumoral para tumores de fígado, testículo e de células germinativas.

Alguma incapacidade – Classe usada na avaliação dos pacientes com neoplasia maligna. Classifica-se como portadores de alguma incapacidade, quando apresentam seqüelas do tratamento ou problemas relacionados à progressão da doença, que não levam à incapacitação para a maioria das atividades diárias pessoais, familiares ou laborativas. Inclui-se nesta categoria as amputações de seguimentos do aparelho digestivo com colocação de estomas e o edema de membro superior devido a mastectomia.

Alvo prioritário do Registro Hospitalar de Câncer – é o paciente com patologia neoplásica maligna com confirmação do diagnóstico e tratado na instituição.

Amapá (AP) – estado situado na região norte, antigo território federal com o mesmo nome.

Amazonas (AM) – estado situado na região norte.

Ambulatório – unidade do hospital dedicada ao atendimento de pacientes que comparecem provenientes de sua residência e a ela retornam após o atendimento.

Amputação – cirurgia para retirada de parte de um órgão, membro ou segmento corporal.

Analítico – (vide caso analítico)

Anamnese – Conjunto de informações colhidas pelo médico, em entrevista com o paciente – quando da primeira consulta – a respeito da identificação, queixas, sinais e sintomas do paciente, com vistas a conhecer a história do paciente e formular linhas de conduta e hipótese diagnóstica.

Anamnese e exame físico – (vide Folha de anamnese e exame físico).

Anastomose – união cirúrgica de duas extremidades. Usada para restabelecer o trajeto após uma ressecção de segmento do aparelho digestivo ou vascular.

Anatomia patológica – Modalidade de exame realizada através do estudo macroscópico e microscópico de líquidos orgânicos e tecidos, que permite identificar a morfologia (tipo de célula) do tumor, estabelecendo assim o diagnóstico.

Anexectomia – cirurgia ginecológica para retirada de ovário e trompa uterina.

Ano de cadastro do caso – corresponde ao ano de cadastro do tumor no RHC, e poderá ser diferente do ano de matrícula no Hospital, e do ano de diagnóstico, já que o Registro necessita de um intervalo de tempo entre a matrícula e o cadastro do caso – não inferior a seis meses – para que possam estar disponíveis as informações sobre o diagnóstico e o primeiro tratamento do paciente. Assim, um paciente matriculado no Hospital em dezembro de 1993, que teve seu diagnóstico estabelecido em fevereiro de 1994, e seu caso cadastrado no RHC em janeiro de 1995, receberá como dígitos iniciais do número de registro no RHC 95.

Ano de inscrição no RHC – (vide ano de cadastro do caso).

Ano de matrícula – Corresponde ao ano em que foi aberta a matrícula do paciente no hospital. As bases de dados do RHC são montadas em função do ano de matrícula do paciente.

Ano de registro – (vide ano de matrícula)

Antígeno – Substância capaz de produzir reação imunológica no organismo, participando da resposta imune através dos complexos antígeno-anticorpo, onde o organismo reconhece o antígeno como estranho ao mesmo.

Antígeno carcino-embriogênico ou antígeno carcino-embriônico (CEA) – marcador tumoral para câncer de pulmão, estômago, fígado, reto, canal anal, mama, ovário, útero, placenta e carcinomas de um modo geral.

Antígeno específico – substâncias cuja concentração aumentada no organismo está diretamente relacionada ao aparecimento ou evolução de determinados tumores. Podem ser usados para diagnóstico ou na avaliação da evolução da doença. Não devem ser analisados isoladamente.

Antígeno prostático específico – (vide PSA).

Antígenos tumorais – substâncias cuja concentração aumentada no organismo tem relação direta com determinados tipos de câncer. Há a necessidade de conhecer os valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

Antígenos virais – são usados para identificar a presença de vírus para os quais existe evidência epidemiológica da associação entre a presença destes vírus no organismo e a ocorrência de determinados tipos de câncer ou a ocorrência de câncer em determinadas topografias.

Antineoplásico – (vide tratamento antineoplásico).

Aparelho cardiovascular – responsável pela circulação sanguínea através da qual as substâncias são distribuídas pelo organismo, sendo composto pelo coração, artérias e veias.

Aparelho digestivo – responsável pelo processo digestivo, é composto de: boca (lábios, língua, gengivas, assoalho da boca, palato e bochechas), orofaringe, esôfago, estômago, intestino (duodeno, delgado, grosso e anus) além do fígado, vesícula biliar, pâncreas e apêndice cecal.

Aparelho genital feminino – aparelho reprodutor da mulher, formado pelos ovários, trompas uterinas, útero, vagina e vulva.

Aparelho genital masculino – aparelho reprodutor do homem, formado pelos testículos, canal deferente, vesículas seminais, próstata, uretra e pênis. Tem íntima ligação com o aparelho reprodutor.

Aparelho genito-urinário – pela íntima relação entre os aparelhos genitais e urinários, que possuem inclusive várias partes em comum, em algumas situações, estes dois aparelhos são considerados como único.

Aparelho respiratório – responsável pelo processo de oxigenação do sangue e eliminação do gás carbônico do organismo, sendo composto pelas seguintes estruturas: rinofaringe (nariz e cavum), traquéia, brônquios e pulmões.

Aparelho urinário – responsável pela filtração sanguínea e formação da urina através da qual são eliminadas várias substâncias do organismo, sendo composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Tem íntima ligação com o aparelho reprodutor.

Apêndice cecal – estrutura do aparelho digestivo anexa à porção inicial do cólon ascendente.

Aplicação de quimioterapia – (vide quimioterapia).

Aplicação de radioterapia – (vide radioterapia).

Arquivo médico – serviço do hospital dedicado à guarda, preservação e disponibilização dos prontuários de saúde dos pacientes para assistência e pesquisa.

Ascite – presença de líquido no interior da cavidade abdominal, que pode ser secundário ao comprometimento do tumor ou de suas metástases.

Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR) – Organismo internacional que congrega os registros de câncer (populacionais e hospitalares), com o objetivo de padronizar condutas, disseminar material técnico e promover congressos.

Aster Coler – estadiamento aplicado a tumores de cólon.

Atendimento hospitalar – qualquer modalidade de assistência prestada diretamente ao paciente com neoplasia maligna, em regime ambulatorial ou de internação, por qualquer dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

Atestado de óbito – documento emitido quando do falecimento das pessoas que identifica o falecido e a causa direta da morte e a doença de base. É uma importante fonte de informação a respeito de mortalidade.

Atividade do registrador – não é apenas a de resgatar a informação existente, contudo, ao recuperar informações do prontuário, deverá ater-se à informação ali registrada, sem interpretação ou aferição indireta de dados.

Ato cirúrgico – procedimento médico realizado no paciente, com o objetivo de retirar tecidos, colher material para exame ou corrigir problemas.

Atribuição da Comissão Assessora – (vide Comissão Assessora do RHC).

Autorização para liberar dados – os dados do registro de câncer são divulgados sistematicamente e colocados à disposição dos interessados. As solicitações especiais estão previamente liberadas para os profissionais do quadro de pessoal do hospital do câncer, em atividade. Para residentes, estagiários e pessoas não vinculadas ao hospital, deverá ser apostado na solicitação a autorização do chefe da clínica ou do diretor do hospital, liberando o uso da informação, para assegurar o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

Avaliação da doença – ato de avaliar as informações, exame clínico e exames complementares do paciente, para determinar seu estado de bem estar, qualidade de vida ou evolução da doença e sua relação direta com o tratamento realizado.

Avaliação no primeiro ano – para efeito do seguimento temporal, deve-se considerar os tratamentos efetuados durante o primeiro ano, a contar da data do 1º diagnóstico de câncer.

B

b-HCG – Gonadotrofina coriônica humana – Fração beta – marcador tumoral para neoplasia de testículo, placenta e tumores germinativos.

Baço – órgão que participa do processo de produção e distribuição das células do sangue, estando localizado no terço superior esquerdo do abdômen, próximo ao estômago que pode ser acometido nos casos de linfoma.

Bahia (BA) – estado situado na região nordeste, que já pertenceu à região sudeste.

Banco de dados – Conjunto de informações sobre um determinado assunto, em geral, guardados em computador.

Banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer – conjunto de informações sobre os pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos no hospital, construído a partir da Ficha de Registro de Tumor, que coleta as informações a partir dos prontuários dos pacientes.

Base acessória – base de dados complementar à base de dados principal.

Base de dados – (vide banco de dados).

Base de dados acessória do RHC – construída com os casos não analíticos de neoplasias malignas, com o objetivo de não perder aqueles casos, que mesmo não constituindo interesse prioritário do RHC são atendidos no hospital, consumindo tempo e recursos. Por outro lado, o somatório destas duas bases permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna, que procura a instituição, e sua condição de chegada.

Base de dados principal do RHC – constituída pelos casos de neoplasias malignas classificados como casos analíticos.

Base mais importante do diagnóstico (item 18) – representa o exame sobre o qual foi estabelecido, com maior grau de certeza, o diagnóstico de câncer do paciente.

Basocelular (neoplasia) – tumor epiteliais que são provenientes das células basais (camada mais profunda da pele) ou de estruturas que derivam das mesmas.

Benigno – (vide neoplasia benigna).

Beta-HCG – Gonadotrofina coriônica humana – Fração beta – marcador tumoral para neoplasia de testículo, placenta e tumores germinativos.

Beta-2 microglobulina (b2 micro) – marcador tumoral usado para mielomas, linfomas não-Hodgkin e tumores do sistema hematopoético.

Betaterapia – modalidade de radiação ionizante de baixa voltagem usada para o tratamento de lesões superficiais da pele e esclera ocular.

Biópsia – retirada de tecido, por punção ou cirurgia, para exame microscópico com a finalidade de estabelecer diagnóstico morfológico.

Bioquímico – relativo às reações químicas que se processam no organismo.

Blástica – sufixo referente às lesões onde há formação tecidual.

Blastoma (tumor) – lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

Boca – parte inicial do aparelho digestivo responsável pelo processo de mastigação dos alimentos, e composto de: lábios, língua, gengivas, assoalho da boca, palato e bochechas.

Boca anastomótica – orifício artificial feito através de cirurgia para unir órgão oco à pele, para desvio do trajeto normal de seguimento do aparelho respiratório ou digestivo.

Braquiterapia – modalidade de tratamento radioterápico que utiliza implantes intersticiais, moldes, sementes, agulhas ou aplicadores intracavitários de materiais radioativos, tais como césum, radium, radon ou ouro radioativo, para tratamento na intimidade do tumor ou sua vizinhança.

Breslow – estadiamento para melanomas de pele.

Burkitt – (vide tumor de Burkitt).

C

CA – usado como abreviatura de câncer.

CA 125 – marcador tumoral para neoplasias de ovário e útero.

CA 15.3 – marcador tumoral para câncer de mama.

CA 19.9 – marcador tumoral para neoplasias malignas de estômago, pâncreas, vias biliares, cólon e pulmão.

CA 242 – marcador tumoral para tumores de cólon e pâncreas.

CA 50 – marcador tumoral para neoplasia gástrica, de cólon e pâncreas.

CA 72.4 ou TAG 72.4 – marcador tumoral para estômago, tubo digestivo, ovário e útero.

Cadastro de casos malignos não analíticos – serão cadastrados na ficha de registro de tumor (mesma ficha utilizada para os casos analíticos), porém com um número menor de itens preenchidos e incluídos em banco de dados acessório específico.

Cadastro de tumores – base de dados que reúne o conjunto de casos cadastrados no RHC.

Cadastro do tumor – para os tumores primários únicos haverá apenas uma ficha, se for tumor múltiplo, haverão tantas fichas de registro de tumor quanto forem os tumores primários, e uma ficha de seguimento para cada tumor que preencha os critérios de elegibilidade para seguimento (caso analítico, exceto portadores de tumor de pele não melanoma e tumores in situ).

Cadastro do tumor múltiplo – (vide cadastro de tumor).

Cadastro do tumor único – (vide cadastro de tumor).

Calcitonina (CT) – marcador tumoral para câncer de tireóide.

Campo com restrição na entrada de dados – utilização de recursos de informática para limitar a entrada de dados em determinado campo apenas às opções previamente definidas.

Campo de preenchimento obrigatório – (vide preenchimento obrigatório).

Canal anal – porção terminal do intestino, localizada junto ao anus.

Câncer (neoplasia maligna) – patologia tumoral caracterizada por proliferação celular desordenada.

Câncer de pele – neoplasia maligna localizada na pele, em qualquer parte do corpo, cujo prognóstico,

exceto os melanomas, é bom. Dependendo da camada de células comprometida, é classificado em basocelular e epidermóide (camada profunda e superficial respectivamente).

Caracterização do diagnóstico – conjunto de informações relacionadas ao diagnóstico, que demonstraram os recursos utilizados, seu grau de complexidade e grau de certeza do diagnóstico.

Caracterização do tumor – conjunto de informações relacionadas ao tumor, que caracterizam a localização, tipo histológico e extensão do tumor. Para efeito de emissão de relatórios os pesquisadores nas bases de dados, os tumores são caracterizados a partir da associação do código topográfico com o código referente ao tipo histológico do tumor.

Carcinoma – câncer de origem epitelial. Sufixo relativo a neoplasia maligna (ex.: adenocarcinoma)

Carcinoma basocelular – (vide basocelular).

Carcinoma in situ – tumor localizado na camada superficial do tecido, sem ramificações, envolvimento local, regional ou a distância.

Carcinoma de células transitórias – tumores localizados em regiões de transição de um tecido para outra linhagem tecidual a ela justaposta.

Casado – estado conjugal do paciente que viva maritalmente com pessoa do outro sexo, sejam casados ou não. Esta opção do item 36 se refere a estado conjugal e não a estado civil.

Caso de câncer – diagnóstico de neoplasia maligna que se enquadre nos critérios da classificação internacional de doenças para oncologia.

Caso analítico – casos de neoplasia maligna cujo planejamento e tratamento antineoplásico foi realizado no hospital. Constituem o alvo prioritário do RHC, por serem os casos nos quais o hospital interferiu diretamente sobre a evolução da doença, por isso, são incluídos no relatório anual do hospital, em tabulações que tentam avaliar a eficiência da instituição no que diz respeito a cuidados com o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna.

Caso incoerente – ao final do cadastro dos casos de neoplasia maligna nas bases de dados do RHC são feitas verificações através do cruzamento de dados – e se necessário comparação entre o dado coletado na ficha de registro de tumor e consulta direta ao prontuário do paciente – para identificar incompatibilidade entre as informações. Quando isto for detectado, o caso é considerado incoerente, e separado para verificação e posterior correção no banco de dados.

Caso não analítico – casos de neoplasia maligna que chegam ao hospital para complementação terapêutica ou com doença avançada sem possibilidade de se beneficiar da terapêutica específica para o tumor, recebendo apenas tratamento sintomático ou paliativo. As informações referentes a estes casos são menos completas que as dos casos analíticos, e são excluídos de quase todas as tabulações, especialmente as do cálculo de sobrevivência, mas podem ser incluídas em tabulações que tentem avaliar a magnitude que os casos de câncer representa para o hospital, o número de pacientes atendidos durante o ano, entre outras.

Caso não notificável – pacientes com diagnóstico de neoplasia benigna que não conste da lista de tumores notificáveis; pacientes cujos prontuários tenham sido abertos indevidamente; ou aqueles pacientes cujos prontuários não dispõem de informações que permitam identificar o diagnóstico da doença do paciente.

Caso notificável – caso com diagnóstico incluído na relação de tumores notificáveis elaborada pela comissão assessora do RHC. Tratam-se dos casos que foram diagnosticados e tratados no hospital; ou casos diagnosticados em outras instituições e que iniciam o tratamento antineoplásico específico no hospital do RHC; ou ainda, os casos que diagnosticados ou não no hospital do RHC iniciam seu tratamento em outra instituição (segundo planejamento do hospital de câncer) e que retornam ao hospital para complementação terapêutica e acompanhamento.

Categoria de três caracteres – as localizações topográficas dos tumores na CID-O-2ª versão são definidas através de um código alfa-numérico de três caracteres, onde o primeiro caracter é a letra C, seguido de dois números.

Causa adicional de morte – outras doenças que o paciente apresentem, que sem serem as causadoras do óbito, tiveram participação na estado geral de saúde do paciente.

Causa básica (do Óbito) – doença de base que levou o paciente ao óbito em decorrência de seu agravamento ou complicações.

Causa básica da morte desconhecida – quando as causas do óbito forem desconhecidas ou não especificadas, preencher com o código R69.X.

Causa básica da morte – (vide causa básica do óbito).

Causa da morte (Causa mortis) – doença ou complicação diretamente responsável pela morte do paciente.

Causa desconhecida da morte – preencher com o código R99.X – Causas desconhecidas e não especificadas de mortalidade.

Causa imediata da morte – (vide causa da morte).

Cauterização – modalidade de tratamento realizada através de queimadura química, pelo frio ou calor, usado em lesões superficiais.

Cavidade bucal (oral) – (vide boca).

Cavidade oral (bucal) – (vide boca).

CEA – (vide Antígeno carcino-embriogênico).

Ceará (CE) – estado situado na região nordeste.

Células Escamosas – estruturas presentes em epitélio que recobrem os órgãos ou na pele.

Células germinativas – estas células são provenientes das células primitivas da gônada embrionária (órgão precursor do ovário ou testículo) sexualmente indiferenciada.

CEP do município (procedência do paciente) – código de endereçamento postal utilizado para identificar local de residência do paciente. Campo da Ficha de seguimento.

Cérebro – parte do sistema nervoso responsável pelo controle da maior parte das funções do organismo. Está alojado no crânio e faz parte do sistema nervoso central juntamente com o cerebelo, tronco cerebral e a glândula pineal.

Ciclo de Quimioterapia – o tratamento com drogas (quimioterápicos) é realizado através de aplicações fracionadas e repetidas de medicamento. E o conjunto de medicamento que corresponde a uma fração do tratamento é denominado ciclo. Estes ciclos poderão ser compostos de um ou múltiplos medicamentos e terem a duração de um ou vários dias.

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Esta classificação é elaborada pela Organização Mundial da Saúde e se destina-se à codificação de diagnósticos, sendo utilizada pelos RHC para codificação de causa morte e co-morbidade.

CID-10 – décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (vide CID).

CID-9 – Classificação Internacional de Doenças – nona revisão. Esta classificação foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde e se destina-se à codificação de diagnósticos. Já foi substituída pela CID-10.

CID-O – classificação internacional de doenças para oncologia – primeira edição. Esta classificação é elaborada pela Organização Mundial da Saúde, a partir da classificação internacional de doenças, para uso em oncologia, e tem por finalidade classificar a topografia, morfologia e comportamento biológico das neoplasias.

CID-O/2ª edição – classificação internacional de doenças para oncologia – segunda edição, elaborada a partir da CID-10. (vide CID-O).

CID-O/1 – classificação internacional de doenças para oncologia – primeira edição. Já foi substituída pela CID-O/2 (vide CID-O).

Cintigrafia (cintilografia) – exame de imagem realizado através da captação do nível de radiação no organismo, ossos, rins, cérebro, tireóide, etc, proveniente de substância radioativa utilizada como contraste. Estes exames são genericamente chamados de exame de medicina nuclear.

Cirurgia – técnica utilizada para retirar total ou parcialmente tecidos cancerosos do organismo do paciente através da incisão dos tecidos.

Cirurgia a laser – técnica cirúrgica que, ao invés do uso tradicional do bisturi, faz uso do calor originado por fonte de radiação laser.

Cirurgia alargada – ato cirúrgico no qual, além da retirada do tecido tumoral, se procede à retirada de tecidos adjacentes e de gânglios com possibilidade de acometimento tumoral.

Cirurgia combinada – cirurgia na qual são empregadas em um único ato cirúrgico técnicas preconizadas para mais de um procedimento cirúrgico. Esta situação é relativamente freqüente em cancerologia, onde as cirurgias muitas vezes tem de ressecar tumor que atingem mais de um órgão, ou mais de um sítio anatômico.

Cirurgia cutânea – procedimento cirúrgico realizado na pele.

Cirurgia da metástase – cirurgia realizada com a finalidade de retirar tecidos cancerosos das metástases do tumor, ou para coletar material tecidual tumoral para exame.

Cirurgia do tumor – cirurgia realizada com a finalidade de retirar tecido tumoral total ou parcialmente.

Cirurgia exploradora – ato cirúrgico realizado com o objetivo de visualizar o local onde há indícios de ocorrer alguma anormalidade, com fins diagnósticos ou terapêuticos.

Cirurgia para retirada de massa tumoral – (vide cirurgia do tumor).

Cirurgia para retirada de tecido metastático – (cirurgia da metástase).

Citogenética – técnica laboratorial utilizada para confirmação de diagnóstico laboratorial ou patológico.

Citologia – estudo das células para estabelecer sua linhagem histológica e a ocorrência de anormalidades (vide exame de anatomia patológica).

Citologia vaginal (Papanicolau) – exame citológico realizado em material coletado do colo do útero para exame preventivo de câncer.

Citomegalovírus (CMV) – Vírus associado ao câncer.

Citoquímica – técnica laboratorial utilizada para confirmação de diagnóstico laboratorial ou patológico.

Classificação de comportamento biológico – (vide comportamento biológico).

Classificação de Ocupações do IBGE – Classificação que permite agrupar as diversas ocupações para fins estatísticos.

Classificação dos casos notificáveis – (vide caso notificável).

Classificação dos Tumores Malignos – TNM da UICC – (vide TNM e UICC).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 – (vide CID-10).

Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O-2ª VERSÃO) – (vide CID-O/2ª edição).

Clínica de entrada (item 12) – serviço através do qual o paciente é admitido na instituição (porta de entrada).

Clínica do primeiro atendimento (item 13) – serviço médico especializado, responsável pelo atendimento ao paciente com fins diagnósticos ou terapêuticos.

Clinicamente tumor maligno – Quando no estabelecimento do diagnóstico do tumor não for possível realizar a caracterização definitiva (exame microscópico), considera-se o tumor como maligno, desde que o médico – com base em exame clínico, laboratorial ou por imagem – tenha considerado os dados existentes sobre o caso como suficientes para firmar o diagnóstico clínico de tumor maligno. Os tumores com diagnóstico de malignidade estabelecido em bases clínicas, ou por exame de imagem, devem ser classificados morfológicamente com o código M8000/3.

CMV – (vide citomegalovírus).

Cobalto (supervoltagem) – modalidade de radioterapia que utiliza como fonte de radiação um aparelho com uma pastilha de cobalto, para tratamento externo.

Cobertura – (vide percentual de cobertura).

Cobre sérico (Cu sérico) – marcador tumoral para doença de Hodgkin.

Codificação do tumor – feita através da associação do código topográfico com o código referente ao tipo histológico do tumor.

Codificação dos itens – para fins estatísticos, a maioria dos itens da ficha de registro de tumor é preenchido com uso de código numérico. Padronizou-se que a opção 8 corresponde a não se aplica, e a opção 9 a sem informação.

Código de comportamento biológico (vide código de morfologia) – a CID-O/2 permite através do uso de um dígito agregado ao código da morfologia do tumor identificar o comportamento biológico do mesmo, nas seguintes categorias: Neoplasia maligna primária (código de comportamento /3); Neoplasia in situ (Intra-epitelial, Não infiltrativo e Não invasivo – código de comportamento /2); Comportamento incerto (Malignidade limítrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno com código de comportamento/1 e benigna /0).

Código de morfologia – código numérico da CID-O, que identifica o tipo morfológico do tumor e seu comportamento biológico (item 20).

Código de topografia – código numérico da CID-O, que identifica a localização topográfica do tumor em relação aos segmentos corporais e órgãos (item 19).

Código do registrador – identificação numérica do registrado de câncer (item 34).

Código morfológico – (vide código de morfologia).

Código topográfico – (vide código de topografia).

Códigos de C00 a C75 – correspondem na CID-10 às neoplasias malignas primárias de localização especificadas, exceto aquelas dos tecidos linfóides, hematopoéticos e tecidos afins (C81 – C96).

Códigos de C81 a C96 – são utilizados na CID-10 para expressar em um mesmo código o diagnóstico topográfico e morfológico. Estes códigos não são utilizados pelos RHC, que usam a CID-O para esta finalidade através dos códigos de topografia e morfologia.

Colo do útero (Colo uterino) – porção inferior do útero que se comunica com a vagina, no qual é coletado material para realização de citologia para exame preventivo (Papanicolau).

Cólon (intestino grosso) – faz parte do aparelho digestivo (intestino grosso), sendo composto de três porções, o cólon ascendente, o transverso e o descendente.

Cólon ascendente (intestino grosso) – parte inicial do intestino grosso, localizado do lado direito do abdômen, comunicando-se na sua porção inferior com o intestino delgado, e na porção superior com cólon transverso. Na sua porção inferior está localizado o apêndice cecal.

Cólon descendente (intestino grosso) – parte final do intestino grosso, localizado do lado esquerdo do abdômen, comunicando-se na sua porção superior com o cólon transverso, e na porção inferior com o reto.

Cólon transverso (intestino grosso) – parte inicial do intestino grosso, localizado na parte superior do abdômen, comunicando-se à direita com o cólon ascendente, e à esquerda com o descendente.

Colostomia – colocação de boca anastomótica unindo parte do cólon à pele, para desvio do trajeto intestinal através da parte terminal do intestino grosso.

Comando list do Epi-Info – comando do programa Epi-Info para emissão de listagem dos campos selecionados.

Comando select do Epi-Info – comando do programa Epi-Info para seleção de variáveis.

Comando tables do Epi-Info – comando do programa Epi-Info para geração de tabelas.

Comissão assessora – comissão de apoio, para dirimir dúvidas e referendar condutas do RHC, composta por profissionais que representem as diversas especialidades envolvidas no atendimento ao paciente com câncer.

Complicação do Tratamento – Considera-se complicações do tratamento aquelas que ocorrerem diretamente relacionadas à terapêutica empregada. São exemplos desta situação as estenoses e queimaduras secundárias à radioterapia, as complicações cardíacas secundárias ao uso de determinados quimioterápicos, ou as complicações pós-operatórias. Podem ser agudas (durante o tratamento) ou tardias (após o tratamento).

Comportamento biológico (do tumor) – (vide código de comportamento biológico).

Comportamento incerto (malignidade limitrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno) – são as neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido, classificadas na CID-O-2ª VERSÃO com código de comportamento/1 (e as benignas /0) desde que tenham sido consideradas pelo patologista como tendo comportamento in situ ou maligno.

Compressão raquídea – redução do canal medular por compressão extrínseca (externa), causando síndrome clínica.

Comprometimento a distância – (vide metástase a distância).

Comprometimento bilateral – quando em órgão duplo existir comprometimento dos dois com tumor de um mesmo tipo histológico, deve ser considerado um único primário, independente do intervalo de tempo entre os diagnósticos, do mesmo modo que os retinoblastomas e tumor de Wilms bilaterais, que sempre devem ser considerados um único primário, mesmo que não sejam simultâneos.

Comprometimento de áreas contíguas – a neoplasia que comprometa dois ou mais locais contíguos dentro de uma determinada categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado, deve ser codificada sob a subcategoria .8 (lesão invasiva) a menos que a combinação de localização esteja especificamente classificada em outra parte.

Comprometimento de outros órgãos e tecidos – crescimento tumoral em locais diferentes daquele do tumor primário, por contiguidade ou metástases a distância.

Comprometimento ganglionar regional – acometimento tumoral da cadeia ganglionar responsável pela drenagem linfática do local de aparecimento do tumor primário.

Comprometimento simultâneo – tumores que aparecem ao mesmo tempo, independente do tipo histológico.

Comprovação citológica – diagnóstico confirmado através do exame microscópico de células tumorais (primário ou metastático).

Comprovação histológica – diagnóstico confirmado através do exame microscópico de tecidos tumorais (primário ou metastático).

Condroma – (vide Neoplasia Óssea e Condromatosa).

Confirmação de diagnóstico – procedimentos realizados no hospital para validar diagnósticos realizados em outras instituições ou diagnóstico anteriormente estabelecido em bases clínicas.

Conização do colo uterino – técnica cirúrgica de retirada do colo de útero em forma de cone, preservando o corpo uterino, utilizada no carcinoma do colo uterino (in situ e microinvasor).

Conização uterina – (vide conização do colo uterino)

Conjunto de dados – agrupamento de dados de um paciente, grupo de pacientes ou de determinado tumor incluídos numa das bases de dados do Registro Hospitalar de Câncer.

Conjunto de pacientes atendidos – somatório de todos os pacientes atendidos e incluídos nas bases de dados.

Consulta médica – entrevista e exame clínico realizado por médico, com diagnóstico, avaliação ou acompanhamento de tratamento.

Consulta por outro profissional de Saúde (exceto médico) – entrevista realizado por profissional de saúde, com o objetivo de auxiliar no processo terapêutico do paciente.

Controle de qualidade – procedimentos realizados com o intuito de assegurar que as informações coletadas, tabuladas, incluídas nos bancos de dados ou divulgadas retratem fielmente o conjunto do qual foram retiradas.

Controle de solicitação de prontuários – procedimentos envolvido na solicitação, controle de movimentação e devolução dos prontuários ao arquivo médico.

Cor da Pele – dado de identificação (item 08) que também é usado para fins demográficos e como parâmetro para formação de grupos de pacientes.

Corpo do relatório – conjunto de informações que compõem o relatório, apresentadas sobre a forma de textos, tabelas, quadros, gráficos e figuras.

Correção do banco de dados – quando da conclusão do processo de registro e antes da emissão dos relatórios anuais consolidados, os bancos de dados devem ser submetidos a um processo de validação. Se surgirem dúvidas em relação aos dados, deverão as fichas serem revistas, se necessário os próprios prontuários serão consultados, e se confirmados os erros, o banco deverá ser corrigido.

CMV – (vide citomegalovírus)

Craniotomia – cirurgia exploratória da cavidade craniana.

Credibilidade – Para que os dados do Registro Hospitalar de Câncer – RHC tenham a confiança dos seus usuários, é necessário que eles retratem a realidade da assistência hospitalar ao paciente com diagnóstico de neoplasia maligna.

Crenças – valores intrínsecos ao indivíduo que influenciam significativamente seu modo de ser (religião, ética, etc.).

Crianças – para efeitos do Registro Hospitalar de Câncer, são considerados como crianças os pacientes com idade inferior a quinze anos (até quatorze anos e onze meses).

Criocirurgia – técnica que emprega a congelação como técnica para retirada de tecidos.

Critério – princípio ou parâmetro que permite julgamento ou separação em grupos.

Crítérios de exclusão – parâmetro a ser usado para selecionar os casos que serão excluídos daqueles que serão incluídos nas bases de dados (vide caso notificável).

Crítérios de seleção – são estabelecidos (e periodicamente revistos) pela Comissão Assessora, para selecionar os pacientes cujo diagnóstico preenche os requisitos para cadastro e inclusão nas bases de dados do RHC (vide caso notificável).

Crítérios para inclusão – padrões estabelecidos para selecionar os pacientes cujo diagnóstico preenche os requisitos para cadastro e inclusão nas bases de dados do RHC (vide caso notificável).

Crítérios para liberação de informações – normas a serem seguidas para divulgação dos dados coletados e armazenados pelo RHC, com os necessários cuidados de sigilo médico.

Críticas na entrada de dados – recursos de informática utilizados para impedir a entrada de informações em desacordo com os critérios estabelecidos.

Cruzamentos de informações – associação entre duas ou mais variáveis para identificar ou quantificar os casos que atendem ou não aqueles requisitos, ou para gerar quadros, tabelas e gráficos.

CT – (vide calcitonina ou tomografia computadorizada).

Curetagem – raspagem de tecidos de lesões superficiais para fins de diagnóstico ou tratamento. Muito usado em lesões de pele e do útero.

Curetagem semiótica – raspagem de tecido para retirada de tecido com o objetivo de estabelecer diagnóstico.

CYFRA 21-1 – (vide Fragmentos de citoqueratina 19).

D

Dados coletados – cada registro, de acordo com as necessidades do hospital e com sua capacidade de obtenção das informações, cadastra as informações que lhes são necessárias, atentando para a obediência às nomenclaturas e definições referentes a cada informação, que devem ser padronizadas em todos os registros.

Dados de seguimento – (vide seguimento anual).

Dados demográficos e culturais – dizem respeito à identificação e características individuais do paciente (vide demografia).

Dados do prontuário – informações referentes ao paciente e sua doença, coletados ao longo da assistência prestada no hospital.

Dados publicados – os relatórios anuais são publicados e as informações neles contidas são considerados de domínio público, podendo ser liberados desde que assegurado a identificação da fonte dos dados.

Data – deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA, com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano. Os campos vazios à esquerda deverão ser preenchidos com zero. Se a data não for de todo conhecida, deve-se usar o correspondente à data média do período. Assim, para dia não conhecido usar 15. Para dia e mês usar 30/06. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Data da abertura do prontuário – esta data marca a aceitação do paciente para tratamento no hospital. O prontuário, dependendo da instituição, pode ser aberto na data da triagem ou na data da primeira consulta.

Data da primeira consulta (item 15) – dia em que o paciente compareceu ao hospital para consulta médica pela primeira vez.

Data da triagem (item 37) – corresponde a data do primeiro contato do paciente com o hospital. A primeira consulta pode ocorrer neste mesmo dia, ou posteriormente.

Data da última informação – data da última consulta ou informação, referente ao paciente, utilizada para fins de seguimento anual do paciente.

Data de “aniversário” do tumor – é a data (dia e mês) na qual foi definido o diagnóstico de câncer para o paciente. Esta data é utilizada como parâmetro para o seguimento anual dos casos analíticos.

Data de nascimento (item 06) – informação sobre a data do nascimento. Esta informação pode ser utilizada na identificação do paciente, principalmente nos homônimos, quando não se dispõe de outra fonte específica de identificação como a filiação.

Data do diagnóstico (de câncer) (item 16) – data na qual foi firmado, pela primeira vez, o diagnóstico do tumor. Esta data é fundamental para a realização do seguimento anual e para o cálculo de vários indicadores, tais como: os intervalos de tempo entre matrícula/diagnóstico e diagnóstico/início do tratamento. Também é usada no cálculo do tempo de sobrevida.

Data do início do tratamento (específico para o tumor) (item 26) – data em que foi iniciado o tratamento para o tumor primário ou suas metástases.

Data do óbito (item 30) – corresponde à data do falecimento do paciente.

Data do primeiro diagnóstico (de câncer) – (vide data do diagnóstico).

DD/MM/AAAA – padrão a ser usado no preenchimento dos campo tipo data.

Dehidrogenase láctica (DHL) – marcador tumoral para linfoma não Hodgkin, testículo, mieloma e outros tumores.

Demografia – descrição de características referentes aos indivíduos, tais como cor, sexo, idade, local de nascimento e escolaridade.

Dependente – trata-se de pessoa que economicamente depende de outro.

Derrame pleural – presença de líquido na cavidade pleural (entre os pulmões e o gradil costal), que pode ser secundário a presença de tumor primário ou metastático.

Desarticulação – retirada de um seguimento ósseo a partir de uma articulação proximal.

Desquitado – pacientes que sejam desquitados deverão ter o item estado conjugal atual (item 36) preenchido com a opção 3 – desquitado/separado/divorciado.

DHL – (vide Dehidrogenase láctica)

Diafragma – membrana muscular que separa a cavidade torácica da cavidade abdominal.

Diagnóstico – conhecimento ou determinação de uma doença pelos seus sintomas, sinais ou alterações detectadas através de exames complementares de diagnóstico.

Diagnóstico diferencial – refere-se a outras doenças, cujos sinais e sintomas, por serem semelhantes àqueles do câncer, poderiam levar erradamente ao diagnóstico de câncer. A certeza do correto diagnóstico é fundamental para estabelecer uma estratégia para o tratamento.

Diagnóstico e tratamento anterior (item 17) – diz respeito ao estabelecimento de diagnóstico e de medidas terapêuticas específicas para o tumor, realizadas antes do paciente chegar ao hospital

Diagnóstico incerto – refere-se àqueles pacientes cujas informações disponíveis no prontuário não permitem estabelecer com segurança se a patologia tumoral do paciente é maligna ou benigna.

Diagnóstico incompleto – refere-se àqueles pacientes cujas informações disponíveis no prontuário não permitem estabelecer com segurança o diagnóstico de patologia tumoral e da condição de malignidade.

Diagnóstico morfológico – definição do tipo de tecido (célula) que constitui o tumor do paciente.

Diferenciação celular – identificação do padrão histológico e das características das células que compõem o tecido tumoral, em comparação com o tecido normal.

Difusos – diz-se de uma doença que está disseminada.

Dilatação – procedimento usado para aumentar a luz de uma abertura ou estrutura tubular, seja natural ou artificial, para diagnóstico, melhorar o fluxo ou dar acesso a próteses e equipamentos.

Disgerminoma – equivalente ovariano do seminoma testicular, são tumores das células que são provenientes das células germinativas primordiais das gonodas embrionárias sexualmente indiferenciadas (em testículo e ovário).

Dissecção – liberação de tecidos das estruturas ou tecidos a eles justapostos.

Distal – porção de um seguimento do corpo. Extremidade mais distante do corpo.

Distrito Federal (DF) – região onde está localizada Brasília, sede do governo federal, situado no estado de Goiás.

Divulgação de informações – é feita de modo sistemático pelo RHC. As saídas especiais (não sistemáticas) estão previamente liberadas para os profissionais do quadro do Hospital do Câncer. Para funcionários cedidos a outras instituições, ex-residentes e ex-estagiários do INCA, as solicitações deverão ser encaminhadas ao RHC através da Direção do Hospital do Câncer ou pela chefia de um de seus serviços – se diretamente envolvido na produção do dado primário – com a respectiva autorização de liberação dos dados, para que sejam resguardados os interesses do INCA, o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

Documentação médica – conjunto de registros contendo informações sobre o paciente, sua doença, tratamentos efetuados, laudos de exames complementares e resultados de avaliações dos profissionais de saúde a respeito do paciente e de sua doença, que são preservados, individualizados, no prontuário de saúde do paciente.

Documento de entrada de dados – ficha de coleta de dados que também serve como documento para entrada de dados para digitação. Assim sendo, os itens devem ser distribuídos em colunas, e as opções dentro de cada item padronizadas, sendo a opção 9 definida como correspondente a: “sem informação”. A numeração das opções em cada item é feita em ordem crescente, ficando vazio os números entre a última opção e o dígito 9 (sem informação).

Doença Avançada – doença em estágio avançado de evolução, aí incluídos os pacientes fora de possibilidade terapêutica atual (vide FPT) ou em repouso, hidratação e dieta (RHD).

Doença de Hodgkin – (M965 – M966) Tipo de linfoma, com classificação específica, em função da morfologia. Foram feitas mudanças na ordem de apresentação dos códigos, e incluído código para Doença de Hodgkin, predominância Linfocítica, difusa (M9658/3) e predominância linfocítica, nodular (M9659/3). Idêntico procedimento foi adotado para Doença de Hodgkin, esclerose nodular, predominância linfocítica (M9665/3); celularidade mista (M9666/3); e depleção linfocítica (M9667/3).

Doença de Paget – tipo de neoplasia maligna que acomete a mama ou o osso.

Doença em Progressão – diz respeito àqueles casos nos quais, apesar do tratamento realizado, o tumor continua em atividade, não tendo respondido satisfatoriamente ao tratamento.

Doença em remissão – doença que respondeu ao tratamento ministrado. Mesmo não se podendo assegurar que houve a cura, não há evidências de que a doença continue em atividade.

Doença Estável – são aqueles casos nos quais o paciente ao receber o tratamento teve sua doença estacionada, ou seja, não progrediu nem regrediu.

Doença isquêmica do coração – doença do coração devido a obstrução transitória ou permanente dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco. São classificadas como doença isquêmica a angina e o infarto agudo do miocárdio.

Doença maligna que atende os critérios para cadastro – (vide casos notificáveis).

Doença neoplásica benigna ou doença não tumoral – (vide neoplasia benigna).

Doenças Imunoproliferativas – são aqueles que acometem as células que participam da defesa imunológica do nosso organismo, em especial os linfócitos.

Dorso – região posterior do corpo, costas.

E

EAS (elementos anormais e sedimento urinário) – exame sumário de urina.

ECG (eletrocardiograma) – traçado gráfico que representa a condução do estímulo elétrico no coração, usado para avaliar o funcionamento do coração.

Ectomia – radical que apostado como terminação ao nome de cirurgias, indica retirada.

Efetividade da assistência prestada – avalia os resultados positivos do tratamento realizado para o tumor, cuja aferição, dentre outras maneiras, poderá ser feita através do seguimento temporal dos pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna tratados na instituição.

Eficácia – produção de um efeito desejado quando se realiza o tratamento do paciente.

Eficiência – ação de produzir um efeito quando da realização do tratamento.

Elegíveis para cadastro – (vide caso notificável).

Elementos anormais e sedimento urinário – (vide EAS).

Eletro(foto)coagulação – técnica que emprega corrente elétrica ou fonte de luz para tratamento de lesões superficiais ou coagulação de vasos sanguíneos.

Eletrocardiograma – (vide ECG).

Emia – sufixo relativo ao sangue.

Emissão de relatórios – ao final do cadastro anual de casos, o Registro Hospitalar de Câncer emite um relatório descritivo, condensado, com as principais informações coletadas. Por solicitação, relatórios especiais podem ser emitidos.

Empregado – pessoa com vínculo empregatício com o hospital, pelo regime CLT; os empregados de fundação de apoio, pessoas cedidas, aposentados, residentes, e por extensão, os estagiários e voluntários.

Endocérvice – porção central e interna do colo uterino, de onde é coletado material para realização do exame preventivo ginecológico.

Endoscopia – exame realizado através da introdução no organismo (por orifício natural ou artificial), de aparelho com orifício no seu interior ou empregando fibra óptica, com o objetivo de visualizar estruturas internas; coletar material ou fazer biópsia. Atualmente estes aparelhos podem ser conectados a câmaras de vídeo e são utilizados na realização de procedimentos cirúrgico através da endoscopia.

Enolase neuro específica (NSE) – marcador tumoral para pulmão, supra-renal e tubo digestivo.

Ensino fundamental – nova denominação do primeiro grau (primeira a oitava série).

Ensino infantil – nova denominação da pré-escola (maternal, jardim, alfabetização)

Ensino intermediário – nova denominação do segundo grau (antigo científico)

Ensino superior – curso de graduação na faculdade.

Entrada de dados nos bancos de dados – é feita utilizando as Fichas de Cadastro de Tumor como documento de entrada de dados para digitação no programa RHCFC.H.REC desenvolvido especialmente para esta finalidade a partir do EPI-INFO.

Entrada de informações nos bancos de dados – (vide entrada de dados nos bancos de dados).

Envolvimento ganglionar – comprometimento dos gânglios responsáveis pela drenagem linfática na região onde o tumor está localizado, sendo considerado metástase a distância.

Epi-Info – programa de computador desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos Estados Unidos, para uso pelas instituições de saúde no manuseio e tratamento estatístico de informações. O programa – cuja versão mais atualizada é a de número 6, também permite a criação de questionários e seu correspondente banco de dados.

Epidemiologia – estudo da ocorrência e distribuição das doenças na população e dos fatores associados a estas doenças.

Epidermóide – tumor que acomete os tecidos da pele.

Escolaridade – (vide grau de instrução do paciente).

Esofagectomia – cirurgia para retirada do esôfago (esofagectomia total) ou de parte dele (esofagectomia parcial).

Esôfago – estrutura tubular que liga a boca ao estômago através do tórax, passando entre os pulmões, por trás da traquéia e à frente do coração.

Especificidade – característica dos exames que está relacionado à capacidade de indicar como positivo um exame quando a doença está presente.

Espinocelular – tumor de pele que acomete a camada superficial da pele.

Espírito Santo (ES) – estado situado na região sudeste.

Estadiamento – avaliação da extensão da neoplasia maligna, para planejamento da terapêutica e elaboração de prognóstico de evolução da doença.

Estadiamento clínico (item 22) – avaliação da extensão da doença, tendo por base as informações clínicas (não cirúrgicas) a respeito do tamanho do tumor, da existência de comprometimento ganglionar e da ocorrência de metástases. O termo *in situ* é considerado estágio 0 (zero); tumor localizado é estágio 1; envolvimento regional por extensão direta – 2; envolvimento regional de linfonodos – 3. Quando há metástase a distância, estágio 4.

Estadiamento clínico do tumor antes do tratamento – tem por base as informações clínicas a respeito do tamanho do tumor, da existência de comprometimento ganglionar e da ocorrência de metástases. É usado para planejamento da terapêutica a ser empregada e para estabelecimento de prognóstico.

Estadiamento dos tumores *in situ* – o estadiamento dos tumores *in situ* corresponde a 0 (estádio zero) e é estabelecido com base em exame microscópico.

Estadiamento dos tumores primários (exceto os de linfonodos e tecido linfóide) (vide estadiamento clínico).

Estadiamento patológico (pTNM) – (item 24) é estabelecido tendo por base, além da avaliação clínica, as informações provenientes do exame microscópico do material coletado do tumor primário, gânglios e metástases.

Estado Conjugal Atual (item 36) – diz respeito ao estado marital do paciente preponderante nos últimos cinco anos e não ao seu estado civil atual, já que esta informação será útil para avaliar a influência da atividade sexual na ocorrência de determinados tumores.

Estado da doença – refere-se a avaliação da doença, se o paciente está sem evidência da doença, se teve remissão parcial, se a doença está estável, se houve progressão, ou se o paciente foi considerado fora de possibilidades terapêuticas.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento (item 29) – é uma avaliação da doença quando terminou o primeiro tratamento específico para o tumor. Não deve ser levado em consideração o bem estar do paciente.

Estado da doença no momento da avaliação – quando se realiza o seguimento temporal do paciente, são feitas avaliações pontuais, levando-se em consideração apenas o resultado da avaliação daquele momento.

Estágio terminal – pacientes que chegam ou estão no hospital com doença em estágio muito avançado, aos quais julga-se não haver benefício caso sejam aplicados os recursos terapêuticos atualmente disponíveis para o tratamento do tumor, sendo ministrado apenas tratamento paliativo ou sintomático (vide FPT).

Estômago – órgão do aparelho digestivo (responsável pelo processo de homogeneização dos alimentos) que está localizado no lado esquerdo da parte superior do abdômen, abaixo do diafragma, junto ao baço, pâncreas e fígado. O estômago que é composto de três partes: fundo, corpo e antro, está unido ao esôfago e ao duodeno.

Estomas – aberturas artificiais em órgãos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário, com a finalidade de abrir passagem com o ambiente exterior e restabelecer o fluxo no interior destes sistemas.

Estrangeiro (EX) – pessoas não nascidas no Brasil, independente de serem ou não naturalizados.

Estrutura do banco de dados – os bancos de dados informatizados possuem uma definição para cada campo, onde está estabelecido o número e tipo de caracteres que serão aceitos, se existe alguma restrição ou associação com outros campos, tendo como objetivo uma maior qualidade das informações.

Esvaziamento axilar – retirada da cadeia ganglionar da região da axila.

Esvaziamento cervical – retirada de cadeia ganglionar da região do pescoço.

Esvaziamento ganglionar – retirada de cadeia ganglionar com finalidade de investigar comprometimento ganglionar ou para prevenção de disseminação da doença.

Evolução da doença – refere-se a avaliação da doença, se o paciente está sem evidência da doença, se teve remissão parcial, se a doença está estável, se houve progressão, ou se o paciente foi considerado fora de possibilidades terapêuticas, sem levar em conta o bem estar do paciente.

Exame auxiliares de diagnóstico – recursos utilizados para auxílio no diagnóstico e tratamento realizados empregando diferentes técnicas e com grau diferenciado de complexidade, a histologia do tumor primário o exame de máxima certeza para o diagnóstico de câncer.

Exame citológico – exame das células do organismo, obtida de secreções e líquidos orgânicos (líquor, derrame pleural, urina, líquido de ascite) ou por raspado de lesões superficiais. Também estão incluídos neste grupo, as punções aspirativas com agulha fina e o Papanicolau.

Exame Clínico – exames realizados pelo médico usando seus sentidos e o auxílio de equipamentos simples como o estetoscópio, aparelho de pressão, abaixador de língua entre outros.

Exame de anatomia patológica – é executado através da visualização de células ou tecidos coletados do tumor ou do organismo do paciente, à fresco, ou empregando corantes que realçam determinadas estruturas, para diagnóstico e caracterização do tumor. Constituem os exames de máxima certeza no estabelecimento do diagnóstico. A necropsia com seus desmembramentos faz parte dos exames de anatomia patológica.

Exame de cintigrafia (cintilografia) – exames por imagem que utilizam como contraste substâncias radioativas cuja captação é realizada por uma sonda cintigráfica, ou através de uma gama-câmara. São realizados em serviços de medicina nuclear.

Exame de laboratório – (vide exame de patologia clínica).

Exame de medicina nuclear – exame que utilizam substâncias radioativas como contraste ou marcador, cuja captação é realizada por um captador de radiação ionizante ou através de uma gama-câmara.

Exame de patologia clínica – conhecidos popularmente como exames de laboratório – são realizados em material biológico como sangue, fezes, urina ou secreções. Poderão em alguns casos ser suficientes para estabelecer o diagnóstico, como, por exemplo, um hemograma para diagnosticar leucemia. Em outros casos, podem subsidiar o direcionamento a ser adotado na pesquisa do diagnóstico, como, por exemplo, a constatação de sangue na urina como indício de um tumor de bexiga.

Exame de Ultra-som (ultra-sonografia) – exames de imagem realizados com o emprego de equipamentos de ultra-som, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente freqüente na avaliação da cavidade abdominal.

Exame de urina – (vide EAS).

Exame endoscópico – exame realizado através da introdução no organismo (por orifício natural ou artificial), de aparelho com orifício no seu interior ou empregando fibra óptica, com o objetivo de visualizar estruturas internas; coletar material ou fazer biópsia. Atualmente estes aparelhos podem ser conectados a câmeras de vídeo e são utilizados na realização de procedimentos cirúrgico através da endoscopia.

Exame Físico – exame clínico a que é submetido o paciente, com base nos dados da anamnese e de observações pessoais (vide folha de anamnese e exame físico).

Exame histológico – exame de tecido (inclusive do tumor primário e metástases), obtido através de biópsia, removidos por cirurgia (peça cirúrgica ou congelação), curetagem pós-dilatação ou autópsia (vide exame de anatomia patológica).

Exame por imagem – são agrupados sob esta denominação os exames cujo resultado, em função da técnica empregada e do tipo de equipamento, é apresentado sob a forma de imagem (radiologia, medicina nuclear, ultra-som, ressonância magnética, tomografia computadorizada).

Exame radiográfico (radiológico) – exame realizado com a utilização de equipamentos, que quando energizados emitem radiação ionizante do tipo X. São classificados como radiologia simples aqueles que são realizados pelo técnico, com ou sem uso de contraste, e os exames de radiologia intervencionista que necessitam para sua execução da intervenção do médico radiologista ou cirurgia para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte deste grupo: radiografia estereotáxica, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

Exames pré-operatórios – exame clínico complementado por exames laboratoriais e eletrocardiograma para avaliar a condição clínica do paciente com vistas a realização da cirurgia proposta.

Exame radiológico – (vide exame radiográfico).

Exame relevante (item 42) – são aqueles exames cuja realização permitiu obter uma informação que possibilitou o estabelecimento do diagnóstico do tumor; levou ao início do tratamento, ou ainda, se resultou na mudança no curso do tratamento.

Excisão – retirada de tecido ou lesão através de cirurgia ou cauterização (a quente, a frio, elétrica ou química)

Excisão local de tecido canceroso – retirada de pequenas lesões por cirurgia (inclusive biópsia excisional), ou cauterização (a quente, a frio, elétrica ou química).

Extensão clínica da doença – avaliação da extensão da doença, tendo por base o exame clínico do paciente, antes do início da terapêutica específica para o tumor.

Extensão clínica do tumor – avaliação da extensão do tumor antes do início da terapêutica antineoplásica, tendo por base o exame clínico, sem levar em conta as metástases e o envolvimento ganglionar.

Extensão direta – crescimento local do tumor, podendo envolver as estruturas e órgãos vizinhos. Quando se constata a existência de dois tumores de mesma histologia em órgãos contíguos, deve-se sempre procurar afastar a hipótese de um único tumor com extensão direta.

Extensão do tumor pelo TNM – a avaliação da extensão do tumor pode ser expressa pelo sistema TNM, que indica o tamanho do tumor (T), o envolvimento ganglionar (N) e a presença de metástases (M). Como trata-se de uma condição dinâmica (extensão da doença), retrata a avaliação de um determinado momento do tempo (antes do início do tratamento antineoplásico específico para o tumor).

F

FA – (vide fosfatase alcalina).

Faixa etária – são agrupamento de idade, em geral com períodos de cinco anos, realizado com o objetivo de evidenciar se existe diferença na ocorrência e gravidade da doença em relação à idade do paciente. Considera-se criança aquelas cuja faixa etária vai do zero aos quinze anos.

Falta de Condições Clínicas – corresponde à circunstância na qual o paciente, mesmo sem ter uma outra patologia grave além da neoplasia, tem seu estado geral comprometido, tornando-o muito debilitado para a agressividade do tratamento neoplásico, resultando no cancelamento ou modificação do mesmo.

FAP – (vide fosfatase ácida prostática)

FAS – (vide fosfatase ácida sérica)

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – (vide FIGO)

Ficha de Cadastro de Tumor – (vide Ficha de Registro de Tumor).

Ficha de Registro de Tumor – é utilizada no processo de coleta de informações, a partir do prontuário médico, referentes ao primeiro ano de acompanhamento do paciente no hospital (tendo como referência a data do primeiro diagnóstico do tumor) e como documento de entrada de dados no processo de alimentação dos bancos de dados. As informações dos anos subseqüentes serão anotadas no correspondente cartão de seguimento anual.

Ficha de Seguimento – instrumento utilizado para coleta de dados relacionados à evolução do paciente e da doença, que obedece às mesmas codificações estabelecidas para a Ficha de Registro de Tumor, que por sua vez estão em acordo com as necessidades de informações do Hospital e com as padronizações estabelecidas.

Ficha Operatório – formulário utilizado para descrição do ato cirúrgico.

Fichas de coleta de dados – o registro utiliza no processo de coleta de dados a ficha de registro de tumor e a ficha de seguimento.

Fígado – órgão do aparelho digestivo onde são processadas a maioria das reação bioquímicas do organismo, estando localizado na parte superior do abdômen, à direita, logo abaixo do diafragma e junto do estômago, pâncreas e intestino.

FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) – associação internacional responsável pelo estabelecimento de estadiamento utilizado para os tumores ginecológico.

Figura – desenhos e fotos incluídas nos relatórios que são identificados por esta denominação genérica.

Final do primeiro tratamento no hospital – considera-se como primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital, aquele que inclui todas as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor, sendo que nem sempre é fácil determinar qual é e quando está concluído este primeiro tratamento na instituição. Se não houver expressamente registrado no prontuário, considera-se como primeiro tratamento aquele realizado no período de quatro meses a contar da data do início do tratamento, sendo que para as leucemias este prazo é de dois meses.

Fisiológico – relativo ao funcionamento normal do organismo.

Folha de anamnese e exame físico – formulário preenchido no momento da primeira consulta, com os dados de identificação do paciente, sua história e achados do exame médico clínico.

Folha de evolução – formulário utilizado para registrar: as consultas, os resultados de avaliações, impressão clínica, condutas, respostas do paciente ao tratamento e demais dados significativos sobre a assistência ao paciente.

Fonte das informações – o registro hospitalar de câncer trabalha como informações sobre o paciente, sua doença e a assistência prestada a ele no hospital. Estes dados são coletados por terceiros e transcrito para o prontuário ou outros formulários e bases de dados, os quais constituem as fontes de informações do registro. Por outro lado, o RHC é uma fonte de dados sobre os pacientes com câncer atendidos no hospital.

Fora de possibilidade terapêutica (atual) – **FPT** – pacientes com doença em estágio muito avançado, e que o médico assistente julga não haver, no momento, recursos terapêuticos indicados para o tratamento do tumor, devendo o paciente receber apenas tratamento paliativo ou sintomático.

Fornecimento de informações para o registro de base populacional – o Registro Hospitalar de Câncer é uma das fontes de dados dos registros de câncer de base populacional, pois cadastra os casos de câncer atendidos no hospital, com coleta contínua e sistemática de informações, a partir de várias fontes de dados, sendo o prontuário médico a principal delas.

Fosfatase ácida prostática (FAP ou PAP) – marcador tumoral para tumor de próstata.

Fosfatase ácida sérica (FAS ou SAP) – é usada para monitorar a resposta à terapêutica nos tumores de próstata.

Fosfatase alcalina (FA) – marcador tumoral para metástases para fígado e osso.

FPT – (vide fora de possibilidade terapêutica).

Fragmentos de citoqueratina 19 (CYFRA 21-1) – marcador tumoral para pulmão.

Fulguração – retirada de lesão, por cauterização, feitas com uso de corrente elétrica.

Funcionário – pessoa com vínculo empregatício com o serviço público. (vide também empregado).

G

Gamagrafia – técnica utilizada pela medicina nuclear para captação de emissões de substâncias ionizantes usadas como contraste em exames de imagem.

Gânglios linfáticos – os nódulos linfáticos funcionam como filtro no sistema de drenagem linfática, motivo pelo qual são sede de lesões metastáticas regionais. A avaliação do comprometimento ganglionar é muito importante no estadiamento clínico da doença.

Gastrectomia – retirada cirúrgica do estômago ou de parte dele (gastrectomia parcial).

Gástrico – relativo ao estômago.

Gastrostomia – abertura do estômago para a pele, feita por cirurgia, quando obstrução do esôfago impede a chegada de alimentos ao estômago.

Gênero (sexo) – refere-se aos gêneros masculino e feminino. Usa-se o termo sexo como sinônimo.

Germe oportunista – infecção que se estabelece em pacientes imunodeprimidos.

Germinativos (tumores) – se desenvolvem a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos) sexualmente indiferenciada.

Glicemia – dosagem da concentração de açúcar (glicose) no sangue, com o paciente em jejum.

Gliomas – tipo de tumores que acometem o sistema nervoso central (glia).

Glossário – vocabulário no qual se explica o significado de palavras obscura, com o objetivo de padronizar a terminologia.

Goiás (GO) – estado situado na região centro-oeste, do qual foi retirado parte para criação do estado de Tocantins.

Gonadotrofina coriônica humana – fração beta – (vide b-HCG).

Gráfico – representação utilizada para apresentação visual de uma seqüência de números ou tabelas.

Grau de instrução (item 09) – refere-se à escolaridade do paciente, sendo utilizado como avaliador indireto da condição socioeconômica da paciente.

Grau máximo de certeza do diagnóstico do tumor – é dado pelo exame anatomopatológico (histologia) do tumor primário coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem. Contudo, nem sempre isto é possível, e num grau decrescente de acerto se pode chegar a um diagnóstico pela utilização de outro(s) recurso(s) auxiliar(es) de diagnóstico, de modo isolado ou em associação. Nos casos sem diagnóstico citológico ou histológico considerar-se o diagnóstico de câncer em bases puramente clínicas, menos confiáveis que as patológicas.

Grupo de informações – usado para agrupar os dados referentes a determinadas características comuns, tais como: identificação do paciente; diagnóstico, tratamento e evolução

Grupos étnicos – representam a etnia do paciente. Em nosso meio, devido a miscigenação racial, não é possível classificar as pessoas através do grupo étnico, utilizando-se para esta finalidade a cor da pele.

H

Halsted – técnica aplicada para o tratamento cirúrgico dos tumores de mama, mastectomia.

HCG – fração b – (vide b-HCG)

Hemangioma – tumor dos vasos sanguíneos.

Hematopoético – relacionado à formação do sangue.

Hemograma – exame que determina a contagem e aspecto global do sangue periférico.

Hemorragia – perda de sangue do organismo através do rompimento de vasos sanguíneos (veias ou artérias).

Hepatectomia – cirurgia para retirada de parte do fígado.

Hepático – referente ao fígado (órgão do aparelho digestivo onde são processadas a maioria das reação bioquímicas do organismo, estando localizado na parte superior do abdômen, à direita, logo abaixo do diafragma e junto do estômago, pâncreas e intestino).

Herpes simples (HS) – vírus associado à ocorrência de alguns tipos de câncer.

Histerectomia – cirurgia para retirada do útero.

Histologia (item 20) – identificação e determinação das características de um tecido através de exame microscópico. Exame usado para identificar o tipo de célula do qual é composto um determinado tumor.

Histologia da metástase – exame anatomopatológico (histologia) da metástase tumoral através de exame microscópico de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem.

Histologia do tumor primário – exame microscópico de anatomopatologia (histologia) do tumor primário coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem.

Hormonioterapia – diz respeito aos tratamentos realizados com agentes capazes de interferir nos mecanismos hormonais e anti-hormonais. Podem ser realizados através da administração de hormônios, da retirada cirúrgica de glândulas ou de sua destruição por ação da radioterapia (casos nos quais o tratamento deverá ser considerado como hormonioterapia e não cirurgia ou radioterapia respectivamente). No caso de ministração de um hormônio já presente no organismo, é denominada hormonioterapia aditiva, e se é um hormônio antagônico – terapia anti-hormonal. A hormonioterapia através de cirurgia ablativa ou radiação é realizada para tumores de mama (ooforectomia, adrenalectomia e hipofisectomia) e de próstata (orquiectomia, adrenalectomia e hipofisectomia).

Hospital de apoio – unidade hospitalar de menor complexidade, que recebe os pacientes que necessitem apenas de suporte clínico.

Hospital especializado em câncer – hospitais especializados exclusivamente no atendimento a pacientes com neoplasias malignas ou hospitais gerais com serviços de oncologia.

Hospital privado – hospitais não públicos, que prestam serviços privados, podendo também atender através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Hospital público – hospitais próprios do governo federal, estadual ou municipal, onde o vínculo de prestação se dá entre o paciente e a instituição, sem cobrança pelo atendimento e sem nenhum contrato direto de prestação de serviço entre paciente e profissional.

Hospital de referência – unidade terciária no atendimento ao paciente com patologia neoplásica maligna, devendo receber os pacientes de outras unidades de menor complexidade e capacidade instalada, já com diagnóstico estabelecido ou para confirmação diagnóstica.

Hospital do Câncer – unidade própria do Ministério da Saúde que faz parte da estrutura do INCA, sendo um hospital de referência, e a unidade de maior complexidade dedicada ao atendimento a pacientes com neoplasia maligna confirmada ou sob suspeita clínica. Denominação genérica empregada aos hospitais especializados no tratamento de câncer.

Hospital especializado – unidades que atuam como unidade hospitalar quaternária (máxima complexidade), no contexto do sistema de saúde, devido a sua especialização e complexidade.

HS – (vide Herpes simples).

IACR – (vide International Association of Cancer Registries).

IAM – (vide Infarto agudo do miocárdio).

IARC – International Agency for Research on Cancer – (vide Agencia Internacional de Pesquisa em Câncer).

Idade (item 05) – corresponde à idade do paciente quando da primeira consulta no Hospital.

Identificação de casos – (vide caso notificável).

Identificação de casos no Hospital do Câncer – a identificação dos casos a serem cadastrados é feita a partir da verificação de todos os prontuários abertos no hospital pelo serviço de matrícula, que fornece ao RHC uma relação diária com nome, matrícula e clínica de cada paciente aceito para tratamento.

Identificação do paciente – é feita através do número de matrícula no hospital ou de documento de identidade pública (carteira de identidade, carteira profissional, certidão de nascimento, título de eleitor ou certidão de casamento).

Impresso do Prontuário – folha padronizada que foi elaborada com o objetivo de ser anexada ao prontuário do paciente.

Imuno-histoquímica – técnica laboratorial utilizada para confirmação de diagnóstico laboratorial ou patológico.

Imunoterapia – modalidade terapêutica empregada no tratamento antineoplásico, cujo objetivo é aumentar a resposta imune do paciente.

In situ – tumor numa fase inicial, circunscrito ao local de surgimento do tumor, sem invasão aos tecidos vizinhos.

INCA (Instituto Nacional do Câncer) – órgão da estrutura do Ministério da Saúde responsável pela gestão da política de câncer no país, e que possui unidades hospitalares destinadas ao atendimento do paciente com câncer, entre elas o Hospital do Câncer.

Incompleto – refere-se ao prontuário que não apresenta as informações necessárias à identificação ou ao cadastro do caso de neoplasia.

Indicador gerencial – informação usada para subsidiar o processo gerencial do hospital, o registro de câncer pode em geral ter três intervalos de tempo, que são usualmente utilizados como indicador da demora no atendimento ao paciente que chega ao hospital. São eles, o tempo de diagnóstico – que corresponde ao intervalo

de tempo transcorrido entre a matrícula no hospital e o estabelecimento do diagnóstico; o tempo para início do tratamento – que é o intervalo de tempo do diagnóstico ao início do tratamento específico para o tumor, não sendo aí considerado o tratamento sintomático e, finalmente, o tempo entre matrícula e o tratamento que corresponde ao total de tempo gasto entre a matrícula e o início do tratamento do tumor.

Indicadores de desempenho – refletem a produtividade do hospital no atendimento do paciente com câncer.

Indicadores de produção – refletem a quantidade de serviço prestado no atendimento ao paciente com câncer.

Indicadores de produtividade – refletem a efetividade do atendimento prestado ao paciente com câncer.

Indicadores de qualidade – refletem a atuação do hospital como referência para o atendimento ao paciente com câncer.

Índice de cura – relação entre o número de pacientes com câncer, tratados no hospital, que são considerados curados e o número total de pacientes com câncer atendidos.

Infarto agudo do miocárdio (IAM) – doença do coração devido a obstrução dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco. Constitui uma das principais causas de morte na população.

Infecção oportunista – germe normalmente não patogênico ou de baixa virulência, que está presente em pacientes com imunossupressão.

Informação – dado sobre algo ou alguém.

Informações analíticas – informação sobre um conjunto de dados a respeito do qual se fez uma análise em relação a parâmetros estabelecidos, com esta finalidade.

Informações sobre a evolução do doente – dados relacionados ao bem estar e a qualidade de vida do paciente.

Informações sobre a evolução do tumor – dados relacionados à evolução do tumor, independente do bem estar do paciente.

Informações sobre o óbito – expressa os dados sobre a morte do paciente e a investigação das causas do mesmo.

Informações sobre o primeiro tratamento – dados sobre o tratamento anti-neoplásico inicial, realizado no hospital, e a resposta do tumor a esta terapêutica realizada.

Informações sobre seguimento – dizem respeito à evolução da doença do paciente, e em conjunto com os dados da cartão de seguimento, possibilitarão avaliar o que sucedeu ao paciente ao longo do tempo, propiciando à instituição avaliar a efetividade do tratamento realizado. Este grupo de informações só será preenchido para os pacientes cujo caso foi classificado como analítico.

Instituto Nacional de Câncer – (vide INCA)

Intercorrência (clínica) do tratamento – (vide complicação do tratamento)

Interesse científico – perspectiva de benefício pelo uso da informação em trabalhos científicos, na assistência ou na administração da unidade hospitalar.

International Agency for Research on Cancer – IARC – (vide Agencia Internacional de Pesquisa em Câncer).

International Association of Cancer Registries (IACR) – (vide Associação Internacional de Registros de Câncer).

Intervalo de tempo entre matrícula e cadastro – tempo transcorrido entre a matrícula do paciente no hospital e o cadastro do seu caso no registro hospitalar de câncer. Este intervalo deve ser superior há seis meses e é desejável que seja inferior há um ano.

Intervenção cirúrgica – procedimento cirúrgico realizado com fins de diagnóstico, tratamento ou restituição do estado de saúde do paciente.

Intestino grosso (cólon) – faz parte do aparelho digestivo (intestino grosso), sendo composto de três porções, o cólon ascendente, o transverso e o descendente.

Invasão por contiguidade – crescimento do tumor com envolvimento das estruturas vizinhas.

Invasivo – tumor que cresce atingindo as estruturas justapostas ou contíguas.

Ite – sufixo relativo a processo inflamatório.

Item – cada um dos dados avaliados pelo registro de câncer.

Item de caracterização do diagnóstico – dados referentes aos recursos utilizados para estabelecer o diagnóstico; identificação da base mais importante do diagnóstico.

Item de caracterização do tratamento – dados referentes à terapêutica antineoplásica específica.

Item de caracterização do tumor – dados de identificação da localização, morfologia e extensão do tumor.

Item de identificação do paciente – dados de caracterização do paciente que possibilita sua individualização no conjunto das bases de dados.

Item de seguimento do paciente – dados referentes ao acompanhamento temporal do doente e da doença.

Item demográfico e cultural – dados de caracterização do paciente que possibilitam traçar perfil e fatores de risco.

Item obrigatório – item da ficha que deve ser preenchido obrigatoriamente por todos os registros de câncer.
Item opcional – item da ficha de registro de tumor que será preenchido de forma opcional, em função das necessidades do hospital e da disponibilidade da fonte primária do dado.

J

JEC – (vide junção escamo-colunar).
Jejuno – segunda porção do intestino delgado, localizado entre o duodeno e o íleo.
Junção escamo-colunar (JEC) – encontro de duas linhagens celulares diferentes do epitélio de revestimento.

L

Laparotomia – cirurgia exploradora da cavidade abdominal.
Laudo médico – documento firmado pelo médico a respeito de diagnóstico e procedimentos realizados em determinado paciente.
Leiômio – relativo à musculatura lisa.
Lesão blástica – é aquela na qual existe formação de tecido.
Lesão lítica – refere-se às lesões nas quais há destruição do tecido.
Lesão sobreposta – massa tumoral que envolvendo diferentes topografias, sem que se possa determinar o local de origem. Deve-se codificar como CXX.8 (lesão sobreposta do lábio, cavidade oral e faringe).
Lesão única – o tumor solitário em topografia única ou aquele que acomete mais de uma topografia deste que tenha um mesmo tipo histológico, é considerado tumor único, mesmo que a lesão ultrapasse os limites do sítio primário. Uma lesão única, mesmo que apresente áreas de diferenciação celular, pode ser considerada como tumor único.
Lesão múltipla simultânea – lesões tumorais de uma mesma histologia, ocorrendo em diferentes topografias, são consideradas tumores primários distintos, desde que a hipótese de metástase tenha sido descartada.
Lesão pré-cancerosa – lesões que apesar de não apresentarem as características histológicas de neoplasias, constituem uma etapa intermediária no processo de transformação celular para malignidade.
Letalidade – potencialidade da doença em causar a morte do paciente. É calculada pela relação entre os pacientes que morrem em decorrência da doença e o total de pacientes que tiveram a doença. É utilizado como avaliador da gravidade da doença.
Leucemias – conjunto de doenças neoplásicas do sangue que se caracterizam por intensas alterações no processo de formação das células do sangue, e que são genericamente denominadas leucemias. Constituem um grupo especial de neoplasias com características peculiares que as diferenciam das outras neoplasias.
Levantamento de dados – as bases de dados do Registro de Câncer possibilitam a realização de inúmeros levantamentos para fins de estudo, planejamento e assistência, devendo ser feitos sempre por escrito, em formulário próprio, com especificação da solicitação, período a ser pesquisado, identificação do solicitante e serviço ao qual está vinculado.
Liberação de informações – (vide divulgação de informações).
Linfangioma – tumores dos vasos linfáticos.
Linfomas – denominação genérica das doenças neoplásicas primárias que acometem o tecido linfático, e que possuem características peculiares.
Linfomas de Hodgkin – tipo específico de linfoma e que constitui agrupamento para classificação dos linfomas.
Linfomas não-Hodgkin – linfomas não classificados como do tipo Hodgkin.
Linfonodos – os gânglios linfáticos (nódulos linfáticos) funcionam como filtro no sistema de drenagem linfática, motivo pelo qual são sede de lesões metastáticas regionais. A avaliação do comprometimento ganglionar é muito importante no estadiamento clínico da doença.
Lipidograma – dosagem da concentração de gorduras (lipídios, dentre eles o colesterol e os triglicerídios) no sangue, com o paciente em jejum.
Lista de tumores notificáveis – uma série de parâmetros é utilizada, pela Comissão Assessora do RHC, para elaborar uma relação de diagnósticos e condições clínicas que serão usados para definir os casos que serão incluídos nas bases de dados do RHC.
Lista Especial de Tabulação para Mortalidade e Morbidade – a CID-10 apresenta a partir da página. 1213 uma lista de diagnósticos para facilitar a codificação de causas de mortalidade e morbidade.

Lítica – sufixo indicativo de destruição tecidual.

Lobectomia – cirurgia para retirada parcial do pulmão (lóbulo pulmonar).

Local de nascimento (item 07) – esta informação é usada para identificação do paciente, devendo ser preenchida com o dado preciso, referente ao local de nascimento. Como pode haver reestruturação geográfica, ao longo dos anos, com mudança na composição dos Estados da Federação, o que já aconteceu com o antigo Estado da Guanabara que foi incorporado ao Rio de Janeiro, o Mato Grosso dividido em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, a criação do estado de Tocantins a partir de parte do território dos estados de Goiás e Maranhão, o local de nascimento deve fazer a identificação atual, por Estado, usando a sigla correspondente composta por dois algarismos. Para estrangeiros utiliza-se a sigla EX para não confundir com ES referente ao Espírito Santo. Este dado também fornece informação sobre a migração do paciente, para avaliar a utilização do Hospital como centro de referência ou ainda, como indicio sobre a etiologia do câncer.

Local de origem do tumor – (vide localização anatômica do tumor primário)

Localização anatômica do tumor primário (item 19) – utiliza-se a CID-O-2ª VERSÃO para codificar a topografia do tumor. Deve-se considerar a localização inicial do tumor, mesmo que se estenda às estruturas vizinhas ou distantes. Quando acomete topografias justapostas sem que se possa identificar a origem, usa-se a subcategoria .8. Se não há especificação da localização usa-se .9.

Para localização primária desconhecida utiliza-se o código C80. As localizações mal definidas correspondem aos códigos C76 (neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas); C77 (neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos); C78 (neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos) e C79 (neoplasia maligna secundária de outras localizações) (vide topografia).

Localização de metástases a distância – através do acometimento da corrente sanguínea ou linfática, o tumor pode se disseminar a locais distantes do sítio primário. São as lesões secundárias ou metastáticas.

Localização primária desconhecida – quando o diagnóstico é feito através de metástase, ou não se estabelece o diagnóstico histológico, diz-se que a localização primária é desconhecida, e registra-se o tumor com o código C80 – localização primária desconhecida – C80. Os Registros de Câncer não utilizam os códigos de comportamento (/6, maligno, localização metastática, ou /9, maligno, incerto se a localização é primária ou metastática) para caracterizar primário desconhecido, pois usam sempre o código de maligno (/3), independente do local onde foi obtido o espécime do tumor e da presença de metástases.

Localização primária provável (item 43) – mesmo que não se tenha segurança para definir o sítio primário do tumor, pode haver fortes evidências no sentido de se definir uma localização como provável primário. Este item só será preenchido quando o item 19 – localização topográfica tiver sido preenchido com o código C80.9 (localização primária desconhecida). Caso contrário, permanecerá vazio.

Localização provável do tumor primário – (vide localização primária provável).

Localização Topografia (vide topografia).

Localização mal definidas – quando o diagnóstico é feito através de metástase, ou não se estabelece o diagnóstico histológico, pode-se ter dúvidas em relação à localização topográfica do tumor primário, registrando-se como localização primária desconhecida – C80.

Localização múltipla independente – é a ocorrência de lesões múltiplas, simultâneas e sem contiguidade. Pode tratar-se de tumor multicêntrico ou de tumor primário múltiplo.

Localização primária múltipla independente – (vide localização múltipla independente).

M

M (ocorrência de metástases) – no sistema TNM o M representa a existência de metástase a distância, e pode ser representado por: M0 (ausência de metástase), M1 (presença de metástase a distância) e MX (dúvida se existe ou não metástase).

Maden – cirurgia para câncer de mama.

Maligno analítico – caso de neoplasia maligna que preenche os critérios para inclusão no banco de dados de casos analítico (casos de interesse prioritário do Registro de Câncer). Estes casos serão submetidos a seguimento anual.

Maligno não analítico – caso de neoplasia maligna que chega ao hospital com tratamento antineoplásico já realizado, ou fora de possibilidade terapêutica, sendo cadastradas apenas as informações gerais do caso, do qual não será feito seguimento temporal.

Mama – corresponde à região mamária, que é sítio mais freqüente de neoplasias malignas em mulheres (código topográfico C50).

Manual de procedimentos – conjunto de instruções no qual devem estar claramente definidos o significado de cada informação; as rotinas usadas na sua coleta; o uso de cada dado; as codificações utilizadas; e os procedimentos em caso de dúvida, serão fundamentais para a homogeneidade do processo ao longo do tempo, e

como instrumento de treinamento e consulta, uma vez que, em geral, existem várias pessoas envolvidas no processo que é realizado em diferentes momentos do tempo.

Maranhão (MA) – estado situado na região nordeste, do qual foi retirado parte para criação do estado do Tocantins.

Marcadores (celulares ou tumorais) – são substâncias biológicas ou bioquímicas, produzidas pelas células tumorais, que são excretadas na circulação sanguínea, e cuja detecção, dependendo da sua concentração, poderão ser evidência da presença do tumor, ou de atividade da doença, sendo, portanto, usados para diagnóstico, pesquisa de metástases, para avaliar a evolução da doença e da resposta ao tratamento.

Margem de segurança – na realização de cirurgia para ressecção de massa tumoral (primária ou metastática), o cirurgião, em geral, retira em bloco também o tecido circunvizinho para aumentar a segurança do procedimento no sentido de evitar recidivas ou lesões residuais. Algumas vezes é indicado um segundo tempo cirúrgico com o objetivo de retirar mais tecido sadio justaposto à lesão tumoral previamente ressecada para aumentar a possibilidade de cura.

Mastectomia – retirada cirúrgica da mama.

Mastectomia parcial – retirada cirúrgica de parte da mama.

Mastectomia radical – retirada cirúrgica de todo o tecido mamário e dos gânglios regionais.

Mastectomia total – retirada cirúrgica de todo o tecido mamário.

Mato Grosso (MT) – estado situado na região centro-oeste, do qual foi retirado parte para criação do estado do Mato Grosso do Sul.

Mato Grosso do Sul (MS) – estado situado na região centro-oeste, que foi criado a partir do desmembramento do estado do Mato Grosso.

Matrícula – todo paciente ao ser aceito para tratamento num hospital, deve ter um prontuário, que recebe um número pessoal de matrícula, atribuído de modo seqüencial em ordem crescente.

Matrícula cancelada – se o prontuário foi aberto indevidamente, por não estar em acordo com os critérios de aceitação de pacientes novos, a matrícula é cancelada e o número de matrícula permanecerá vazio.

Mediastino – espaço localizado entre os pulmões, onde fica o coração, brônquios fonte, timo e gânglios mediastinais.

Mediastinoscopia – exame endoscópico do mediastino para fins diagnósticos.

Mediastinostomia – cirurgia de abertura do mediastino com finalidade de diagnóstico ou tratamento.

Medula óssea – matriz geradora do tecido sanguíneo, que pode estar acometida nos casos de leucemia e de outras patologias primárias ou secundárias, sendo avaliada através dos exames de mielograma e biópsia de medula.

Melanoma – tumor das células que elaboram melanina, com grande capacidade de metastatizar. Quando localizado na pele deve ser feito seguimento.

Melanoma maligno – neoplasia de alto grau de malignidade e poder de metastatização da pele. Quando acomete a pele, deve ser submetido a seguimento temporal.

Meningiomas – tumor que acomete as meninges (membrana que recobre o tecido nervoso central).

Mesotelioma – tumor que acomete a pleura, e que está relacionado à exposição ocupacional a fibras de amianto (asbesto).

Metástase – ocorrência de tumor secundário por implante de tecido proveniente do tumor primário através do sangue, linfa, líquido ascítico, líquido pleural, líquido céfalo-raquídeo ou por contiguidade.

Metástase cerebral – comprometimento cerebral secundário de tumor primário extra-cerebral. O cérebro é sede de implantação metastática de tumores de várias topografias e histologias.

Metástase de localização mal definidas ou desconhecida – diz respeito a ocorrência de metástase da qual não se consegue definir com exatidão a localização topográfica (usa-se o código C76 – outras localizações e localizações mal definidas).

Metástase ganglionar – comprometimento secundário dos gânglios linfáticos responsáveis pela drenagem da área do tumor, sendo sua ocorrência relativamente freqüente, e constitui um dos parâmetros de avaliação para estadiamento do tumor

Metástase hepática – comprometimento secundário do fígado por tumor de outra localização. O fígado, por sua intensa atividade metabólica é sede de implantação metastática de tumores de várias topografias e histologias.

Metástase óssea – comprometimento ósseo secundário de tumor primário extra-ósseo. Os tumores de mama e próstata freqüentemente apresentam metástase por osso.

Metástase pulmonar – comprometimento pulmonar secundário de tumor primário extra-pulmonar. O pulmão pode ser sede de múltiplas metástases de um mesmo tumor primário.

Metástases a distância – comprometimento secundário, envolvendo tecidos ou gânglios, não contíguos ao tumor primário.

Metástases disseminadas – assim entendido a ocorrência, em um mesmo paciente, de mais de quatro metástase – por falta de um código mais apropriado, deve-se preencher a primeira casa do item 26 (localização de metástase a distância, com o código C76 e deixar as demais em branco).

Microinvasor – crescimento tumoral inicial, envolvendo os tecidos justapostos ao local de surgimento do tumor, identificado apenas através do exame microscópico.

Mieloma múltiplo (plasmocitoma) – tumor de células plasmática que acomete simultaneamente vários ossos. Quando o exame histopatológico é realizado sem as informações clínicas do acometimento ósseo, é denominado plasmocitoma. Por sua natureza tem aparecimento multicêntrico. Na CID-O/1 era codificado com 9730/3, agora foi codificado (CID-O/2) sob o número 9732/3 e amarrada ao código topográfico C42.1.

Minas Gerais (MG) – estado situado na região sudeste.

Miscigenação – cerca de 35% da população brasileira é fruto do cruzamento racial, sendo muito difícil estabelecer grupos étnicos no país. Assim sendo, trabalha-se com a identificação da cor da pele, apesar das dificuldades na codificação da informação, já que mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos e outros oferecem diferentes possibilidades de estudos epidemiológicos e são, em geral, cadastrados como morenos ou pardos.

Missão – razão de ser da instituição ou serviço.

Missão do Registro Hospitalar de Câncer – contribuir para a redução da morbidade e mortalidade do câncer pela disponibilização à comunidade hospitalar – para planejamento, assistência e pesquisa – um conjunto de informações relacionadas às características dos pacientes atendidos, dos recursos utilizados no diagnóstico e tratamento destes pacientes e a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente.

Morfologia – Especificação do tipo de célula do tumor, diferenciação celular e comportamento biológico. Pode ser expresso através de código numérico da CID-O.

Morfologia com áreas de diferenciação celular distintas – o exame histológico do tumor poderá evidenciar numa mesma peça, áreas diferentes de diferenciação de uma mesma linhagem celular. Quando isto ocorrer, deve-se codificar pelo código que seja numericamente mais alto (um carcinoma ductal infiltrante com áreas de comedocarcinoma, deve ser codificado com M8501/3 – comedocarcinoma SOE).

Motivo para não realização do tratamento (vide principal razão para não realização do 1º tratamento).

Muito grave (acamado) – refere-se à avaliação do estado de bem estar do paciente, e deve ser assinalado para aqueles pacientes que estão acamados, por motivo diretamente relacionado à doença, independente da doença estar ou não sob controle. Não deve ser anotada nesta opção os pacientes acamados, por exemplo, por um acidente automobilístico ou por uma convalescência temporária.

MX – código do sistema TNM a ser empregado na avaliação de metástase, quando a presença da mesma a distância não pode ser avaliada.

N

N (comprometimento ganglionar) – parâmetro utilizado no sistema TNM para avaliar o comprometimento de cadeias ganglionares pelo tumor, para estabelecimento do estadiamento da doença. Podem ser empregadas as seguintes opções: N0, N1, N2, N3 e NX

N0 – não existe evidência de comprometimento ganglionar.

N1 – evidência de comprometimento pequeno de cadeias ganglionares, estabelecido para cada localização de tumor.

N2 – evidência de comprometimento médio de cadeias ganglionares, estabelecido para cada localização de tumor.

N3 – Comprometimento grande dos linfonodos regionais, com parâmetro estabelecido para cada localização de tumor.

Não analítico – (vide caso não analítico)

Não se aplica – esta opção é usada quando o paciente ou tumor avaliado não se enquadra em nenhuma das outras opções, sendo que para efeito de padronização utiliza-se sempre o número oito para definir esta opção, exceto no item 28 (tratamento recebido no hospital), porque existe uma opção nenhum.

National Cancer Institute (NCI) – Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos da América

NCI – (vide National Cancer Institute).

Necropsia – refere-se ao exame pós-morte do paciente com o objetivo de estabelecer diagnóstico ou definir a causa do falecimento.

Neoplasia (tumor) – lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

Neoplasia benigna – lesão tumoral cujo aspecto morfológico não foi classificado como câncer.

Neoplasia de comportamento incerto – lesão tumoral cujo comportamento biológico não pode ser definido como benigno ou maligno.

Neoplasia *in situ* (Intra-epitelial, Não infiltrativo e Não invasivo) – neoplasia malignas iniciais, cujo comportamento biológico é definido em exame histopatológico com o código /2. Destes tumores não é realizado seguimento, mesmo sendo considerados casos analíticos.

Neoplasia intra-epitelial – tumor *in situ* de colo uterino, vulva ou vagina.

Neoplasia maligna (câncer) – patologia caracterizada pela proliferação celular desordenada, e que recebem o código morfológico de comportamento biológico /3.

Neoplasia maligna primária – são assim denominados os diagnósticos morfológicos incluídos na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-2ª VERSÃO) com código de comportamento /3.

Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes – considera-se como lesões primárias múltiplas independentes, a ocorrência simultânea de mais de um tumor primário, em topografias independentes, sendo classificadas com o código C97 da CID-O-2ª VERSÃO.

Neoplasia Óssea e Condromatosa – aquelas lesões tumorais que acometem os ossos e tecidos moles das articulações (aí incluídas cartilagens, ligamentos e cápsulas).

Neoplasma (tumor) – lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

Neoplasma basocelular – tumor epiteliais que são provenientes das células basais (camada mais profunda), ou de estruturas que derivam das mesmas.

Neoplasma maligno secundário – o mesmo que tumor metastático.

Neoplasmas císticos, mucinosos e serosos – tumores que acometem os tecidos glandulares.

Neoplasmas condromatosos – tumores que acometem os tecidos cartilagosos.

Neoplasmas de células germinativas – tumores que se desenvolvem a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos) sexualmente indiferenciada.

Neoplasmas dos anexos e apêndices cutâneos – tumores que se desenvolvem nas glândulas sudoríparas, folículo piloso e outras estruturas anexas e apêndices da pele.

Neoplasmas ductais, lobulares e medulares – tumores que acometem as estruturas das glandulares.

Neoplasmas epiteliais – tumores que acometem a pele.

Neoplasmas epiteliais complexos – tumores mistos que acometem estruturas localizadas na pele.

Neoplasmas especiais das gônadas – tumores localizado nas estruturas ligadas à produção de espermatozoides e óvulos.

Neoplasmas fibroepiteliais – tumores mistos de estruturas musculares e da pele.

Neoplasmas fibromatosas – tumores da musculatura estriada.

Neoplasmas lipomatosos – tumores do tecido gorduroso.

Neoplasmas Mixomatosos – tumor de partes moles (tecido conectivo).

Neoplasmas Papilares – tumores de estruturas glandulares.

Neoplasmas Sinoviais – tumores das estruturas fibrosas das cápsulas das articulações (sinóvia).

Neoplasmas SOE – tumor sem outra especificação que melhor o caracterize. Usado quando o diagnóstico é estabelecido em bases clínicas (M8000).

Nódulos linfáticos – os gânglios linfáticos (nódulos linfáticos) funcionam como filtro no sistema de drenagem linfática, motivo pelo qual são sede de lesões metastáticas regionais. A avaliação do comprometimento ganglionar é muito importante no estadiamento clínico da doença.

Nome (item 03) – para as pessoas casadas, desquitadas ou divorciadas deve ser questionado sobre o nome atual, pois pode ter havido alteração em relação ao nome constante do documento de identidade apresentado, pela inclusão ou exclusão de sobrenomes. Para as pessoas casadas, desquitadas ou divorciadas que tenham alterado o nome, deve-se manter o nome antigo ou trocar nas duas fichas.

Núcleo da CID-10 – é composto por três volumes, sendo o primeiro dedicado as principais classificações e os anexos; o volume 2, é o manual de instruções para a utilização da CID; e o volume 3, é o índice alfabético do qual derivam as demais classificações, inclusive a CID-O-2ª VERSÃO.

Número de casos cadastrados – expressa o número absoluto de casos cadastrados no período de avaliação.

Número de matrículas no Hospital – expressa o número absoluto de matrículas novas no período.

Número de publicações realizadas – expressa o número absoluto de publicações com dados do RHC realizadas no período.

Número de Registro (item 2) – a composição do número de registro é feita pelo agrupamento de informações expressa através de um conjunto de nove algarismos, a saber: os quatro primeiros algarismos representam o ano do registro do caso (não confundir com o ano de matrícula ou de diagnóstico); a seguir, um número seqüencial com quatro algarismos, e que representa o número do paciente em relação ao ano de cadastro do caso (a cada ano, uma nova série seqüencial deverá ser aberta) e finalmente, no último dígito, será registrado o número do tumor primário em relação ao paciente.

Número de registro do paciente – este número será a chave de acesso a todos os documentos do paciente no âmbito do RHC. Se um mesmo paciente tiver mais que um tumor primário (item 19), será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, pois o número de registro refere-se ao paciente, e não ao tumor.

Número de solicitações de informações atendidas – expressa o número absoluto de solicitações de dados do RHC que foram atendidos, no período.

Número de tumores primários – refere-se ao número de tumores independentes de um mesmo paciente, sendo definido pelo médico assistente, com base no sitio de origem, data do diagnóstico, tipo histológico, comportamento do tumor e lateralidade.

Número do prontuário hospitalar – corresponde à matrícula do paciente no hospital, sendo único, pessoal e intransferível.

Número do tumor – quando o paciente tiver tumor primário múltiplo, o número do tumor corresponde à ordem cronológica do diagnóstico do tumor.

Número matrícula – identificação do paciente no hospital, sendo único para cada paciente matriculado, atribuído de modo seqüencial em ordem crescente, corresponde ao número do prontuário do paciente.

NSE – (vide enolase neuro específica)

NX – representa no sistema TNM de estadiamento de tumores, a informação de que não é possível estabelecer se existe comprometimento ganglionar.



Óbito – morte do paciente.

Objetivo do Registro Hospitalar de Câncer – RHC – disponibilizar à comunidade hospitalar um conjunto de informações relacionadas às características dos pacientes atendidos, dos recursos utilizados no diagnóstico e tratamento destes pacientes e a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente.

Observação – informação não prevista para coleta sistemática, no processo de seguimento do paciente, e que foram julgadas como de interesse, pelo registrador, sendo anotadas em campo livre do formulário, estabelecido para este fim.

Ocupação – retrata o trabalho preponderante do(a) paciente e não apenas a que ele(a) exerce no momento da matrícula. Quando o(a) paciente exercer mais de uma atividade ou que tenha exercido atividades laborativas diferentes ao longo do tempo, deve-se registrar aquela que foi exercida por mais tempo, desde que não exista intervalo de tempo superior a dez anos entre o encerramento da referida atividade e a data atual ou da aposentadoria – no caso de inativos.

Para codificar as profissões, utiliza-se os códigos – no nível de agregação de quatro dígitos – da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho, e que foi adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Censo Populacional de 1980. Para facilitar o manuseio da mesma, usa-se a relação por ordem alfabética.

Ocupação principal – (vide ocupação).

Oma – sufixo relativo a tumor, em geral benigno.

OMS – (vide Organização Mundial de Saúde).

Oncologia Cirúrgica – modalidade de tratamento antineoplásico, utilizando técnicas cirúrgicas.

Oncologia Clínica – modalidade de tratamento antineoplásico, realizado por meio de aplicações de substâncias químicas medicamentosas (quimioterápicos), hormônios e estimulantes do sistema imunológico (imunoterapia).

Oncológico – relativo ao câncer.

Ooforectomia – cirurgia para retirada do ovário.

Opção – escolha, alternativa dentro de um item de avaliação.

Ordem cronológica – seqüência estabelecida em função do tempo, ou seja, do que aconteceu primeiro para o último, ou vice-versa.

Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization – WHO) – organismo internacional da Organização das Nações Unidas – ONU, com sede em Genebra e que se dedica ao estudo global das questões relacionadas à saúde.

Órgão par – quando existe dois exemplares do mesmo órgão no corpo (olhos, ouvidos, pulmões, rins, ovários e testículos e seus anexos). Se um tipo histológico for descrito em um órgão par e um tipo histológico diferente for descrito no outro órgão par, considera-se como dois primários, se não existir evidência em contrário.

Origem do encaminhamento (item 41) – refere-se ao profissional ou tipo de instituição que referendou o paciente ao Hospital do Câncer.

Orofaringe – estruturas situadas na parte posterior da boca, onde estão as amígdalas, as cordas vocais, a epiglote e os pilares amigdalianos.

Osteomas – tumores benignos, que acometem o tecido ósseo.

Osteossarcomas – tumores malignos, que acometem o tecido ósseo.

Outras Doenças Associadas (opção 3 do item 27) – quando o paciente tem concomitante com o câncer, uma outra doença que não permite a realização do tratamento proposto.

Outras terapias (opção 7 do item 27) – devem ser incluídos sob esta denominação qualquer tipo de tratamento antineoplásico que não se enquadre nas quatro modalidades clássicas (cirurgia, quimioterapia, radioterapia imunoterapia), aí incluídos os protocolos clínico duplo-cego; as terapias alternativas e a embolização hepática.

Outro – esta opção é incluída em alguns itens para dar a alternativa de registrar eventos não contemplados nas outras opções.

Ovário – órgão do aparelho reprodutor feminino responsável pela produção dos óvulos e dos hormônios sexuais femininos.

P

Paciente – Indivíduo com problema de saúde ou sob cuidados médicos que procura o hospital para orientação, diagnóstico ou tratamento.

Paciente com diagnóstico (opções 2 e 3 do item 17) – paciente que chega ao hospital com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna podendo ou não ter recebido o primeiro tratamento antineoplásico.

Paciente com doença avançada (opção 2 do item 27) – paciente que não se beneficiaria do tratamento antineoplásico específico, por estar com doença em estágio muito avançado (FPT).

Paciente FPT – aqueles portadores de doença em estágio muito avançado, e que não se beneficiariam ou não apresentam condições clínicas de serem submetidos ao tratamento antineoplásico específico.

Paciente já incluídos no RHC de outra unidade – são aqueles pacientes provenientes das outras unidades hospitalares, e que são encaminhados ao hospital onde está instalado o RHC para realizar terapias de maior complexidade não disponíveis naquelas unidades, para tratamento temporário ou para suprir deficiência de recursos escassos no hospital de origem. Não deve ser feito novo cadastro no RHC.

Palato – parte superior da boca, composta pelo palato duro e posteriormente o palato mole.

Pâncreas – órgão do aparelho digestivo, localizado entre o estômago e o fígado, responsável pela produção de insulina e de enzimas para o processo digestivo.

Pancreatectomia – cirurgia para retirada do pâncreas.

Pan-histerectomia – cirurgia ginecológica para retirada do útero e anexos (ovários e trompas).

PAP – (vide fosfatase ácida prostática).

Papanicolau (citologia vaginal) – exame citológico realizado em material coletado do colo do útero para exame preventivo de câncer.

Papilomas – tumor que acomete tecidos glandulares.

Pará (PA) – estado situado na região norte.

Parada cardíaca – paralisação da função contrátil do músculo cardíaco, provocando uma parada na circulação sanguínea, dando com conseqüência uma falta de oxigenação dos tecidos que dependendo da intensidade e do tempo pode resultar na morte do paciente.

Parada cardio-respiratória – paralisação da função contrátil do músculo cardíaco, ou da função ventilatória dos pulmões, devido a problema diretamente nestes órgãos ou no sistema nervoso central, provocando uma parada na circulação e oxigenação sanguínea, dando como conseqüência uma falta de oxigenação dos tecidos que dependendo da intensidade e do tempo pode resultar na morte do paciente.

Parada respiratória – paralisação da função ventilatória dos pulmões, provocando uma parada na oxigenação sanguínea, dando com conseqüência uma falta de oxigenação dos tecidos que dependendo da intensidade e do tempo pode resultar na morte do paciente.

Paraíba (PB) – estado situado na região nordeste.

Parâmetro – padrão utilizado como referência de comparação.

Parâmetros de avaliação do TNM – o sistema TNM de avaliação da extensão da doença utiliza três parâmetros que avaliam o tumor (T), o comprometimento ganglionar (N) e a presença de metástases (M).

Paraná (PR) – estado situado na região sul.

Patey – tipo de cirurgia empregada para retirada da mama.

Patologia Clínica – realiza exames popularmente conhecidos como exames de laboratório – são realizados em material biológico, como sangue, fezes, urina ou secreções. Atualmente existe uma variada gama de técnicas, das mais simples às mais sofisticadas, entre elas aquelas empregadas para a identificação e quantificação dos marcadores tumorais.

Peça cirúrgica – amostra de tecido obtido por remoção cirúrgica, de tecido normal ou tumoral, para exame anatomopatológico macroscópico e microscópico, com finalidade diagnóstica ou de estabelecimento de extensão da doença.

Pele – tecido que recobre toda a superfície corporal, sendo composto por três camadas (epiderme, derme e hipoderme) e por anexos (foliculo piloso, glândulas sudoríparas e estruturas vasculares e nervosas).

Percentual de casos analítico – relação entre o número de casos novos de neoplasia maligna classificados como casos analíticos em determinado período de tempo, e o número total de casos novos de neoplasia maligna (analíticos e não analíticos) no mesmo período.

Percentual de casos analíticos com seguimento – relação entre o número de casos analíticos que realizaram seguimento e o número total de casos analíticos de neoplasia maligna com previsão de seguimento.

Percentual de casos com confirmação histopatológica – relação entre o número de casos de neoplasia maligna com confirmação histológica e o número total de casos de neoplasia maligna.

Percentual de casos notificáveis – proporção do número de casos de tumor que preenchem os critérios para inclusão no RHC, em relação ao número de pacientes matriculados no período.

Percentual de cobertura – número de casos cadastrados pelo RHC, em relação ao número total de casos existentes no hospital.

Percentual de perda de seguimento em cinco anos – percentual de casos com previsão de seguimento que não realizaram seguimento, e o número total de casos com previsão de seguimento, no período de cinco anos.

Perfil do pacientes – avaliação do grupo de pacientes assistidos, evidenciando características comuns.

Período de seguimento – o seguimento é realizado nos períodos preestabelecidos, e é concluído ao final do período de avaliação (15 anos, exceto para mama que a critério da instituição pode ser seguido até 20 anos), ou em caso de óbito do paciente. Em cada um dos momentos de seguimento, serão levantadas as informações desde a avaliação anterior até a realização da avaliação atual.

Pernambuco (PE) – estado situado na região nordeste, do qual faz parte o antigo território de Fernando de Noronha.

Pesquisa de Antígenos – métodos laboratoriais para identificação de antígenos.

Piauí (PI) – estado situado na região nordeste.

Placenta – estrutura intra-uterina ligada ao cordão umbilical do feto que é responsável pela troca de nutrientes entre mãe e filho no período da gravidez.

Planejamento do primeiro curso de tratamento – o primeiro tratamento antineoplásico ministrado ao paciente e a resposta do paciente a este tratamento são fundamentais para a definição do prognóstico do paciente. Se não estiver explícito o esquema terapêutico a ser seguido, ou que o tratamento inicial será realizado por período superior a quatro meses, será considerado como primeiro tratamento aquele realizado no período de quatro meses a contar da data do início do tratamento. Para leucemias considera-se o período de dois meses.

Planejamento do tratamento – em função da topografia, histologia, estadiamento das doenças e do estado clínico do paciente, o médico estabelece a programação de tratamento a ser ministrada ao paciente.

Plasmocitoma (vide mieloma múltiplo) – tumor de células plasmática definido através do exame histológico. Se houver informação clínica de que acomete simultaneamente vários ossos, é denominado mieloma múltiplo.

PNET (tumor neuroectodérmico periférico) – tumor embrionário de tecido nervoso periférico. Quando estiver localizado no cérebro, utilizar o código M-9473/3. Se tiver localizado em tecido (LOC C49), empregar o código M-8803/3. Para as demais localizações (LOC C40 e C41), código M-9364/3.

Pneumectomia – cirurgia para retirada total ou parcial do pulmão (pneumectomia parcial).

Pneumonia – processo infeccioso localizado nos pulmões.

Pneumotórax – presença de ar entre os pulmões e o gradil costal.

Pós-cirúrgico – relativo ao período imediatamente após à realização da cirurgia.

Precisão – exatidão de um resultado laboratorial. Quando o exame é preciso, o valor evidenciado pelo exame corresponde exatamente ao nível existente no organismo.

Preenchimento dos campos – o preenchimento dos campos deve ser feito de forma precisa para que não haja dúvida em relação à informação, não podendo os campos obrigatórios ficarem vazios. Campos alfabéticos devem ser preenchidos com letra legível. Quando for campo numérico, deverá ser feito sempre preenchendo as casas livres da esquerda com zero. Para idade inferior a um ano será preenchido com 000. Quando a opção não se aplicar ao item avaliado, preencher com 8. Se a informação não estiver disponível, preencher com 9.

Preenchimento obrigatório – os campos definidos como de preenchimento obrigatório devem ser obrigatoriamente preenchidos, se a informação não estiver disponível deverá ser usado o número 9 (sem informação).

Preenchimento opcional – campos cujo preenchimento é condicionado a decisão da instituição em coletar a informação.

Prescrição de enfermagem – formulário no qual é transcrito o conjunto de procedimentos a serem executados pela enfermagem, para cuidados direto ao paciente, e as medicações a serem ministradas ao mesmo.

Prescrição médica – formulário no qual é transcrito o conjunto de orientações médicas, inclusive administração de medicamentos, a serem seguidos no cuidado direto ao paciente.

Presença de metástase (item 25 e seguimento) – a ocorrência de metástase deve ser assinalada, utilizando-se os três dígitos do código topográfico. Se a localização da metástase for mal definidas ou desconhecida, deve-se preencher com o código C76 (outras localizações e localizações mal definidas).

Preservação do prontuário – os prontuários dos pacientes, devido ao seu valor legal e científico, devem ser preservado por tempo ilimitado no Serviço de Arquivo Médico.

Primário (escolaridade) – corresponde ao antigo primário (1ª a 5ª séries), e aos atuais quatro anos do ensino fundamental (antigo primeiro grau). Se a pessoa tiver concluído apenas o antigo primário ou não tiver concluído os oito anos do atual ensino fundamental (primeiro grau), marcar a opção 2 (1º grau incompleto) no item 10.

Primário (tumor) – corresponde à localização topográfica onde o tumor teve início. Um mesmo paciente poderá ter mais de um tumor primário, ou ter metástases (tumor secundário) do tumor primário.

Primário desconhecido (tumor) – em alguns pacientes não é possível determinar com precisão o local onde o tumor iniciou, usa-se C80.9 (localização primária desconhecida).

Primeiro ano de seguimento – conjunto de informações referentes ao primeiro ano de acompanhamento do tumor no cartão de seguimento, tendo como parâmetro base a data do diagnóstico do tumor (item 15). Estas

informações contêm aquelas referentes ao primeiro tratamento (item 29 da ficha de registro de tumor) e a outros tratamentos realizados no transcurso do primeiro ano. Também são avaliados o estado da doença e do paciente.

Primeiro grau (escolaridade) – é constituído pelos oito anos do curso básico e que correspondem aos antigos primário e ginásio. O segundo grau é composto de três anos, e corresponde aos antigos colegial, clássico e normal.

Primeiro tratamento no hospital (item 28) – considera-se como primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital, aquele que inclui todas as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor, sendo que, nem sempre é fácil determinar qual é e quando está concluído este primeiro tratamento na instituição. Se não houver expressamente registrado no prontuário, considera-se como primeiro tratamento aquele realizado no período de quatro meses a contar da data do início do tratamento, sendo que para as leucemias este prazo é de dois meses.

Principal razão para não realização do tratamento (item 27) – refere-se ao motivo que impediu a realização do tratamento antineoplásico programado para o paciente, podendo ser de causa diversa, que vão de recusa ao óbito.

Procedência do pacientes (item 11) – refere-se ao município de onde provem o paciente, registrando-se o código de localidades do IBGE.

Procedimento cirúrgico – ato cirúrgico realizado com o objetivo de estabelecer diagnóstico de doença cujos exames realizados não possibilitaram chegar a um diagnóstico (laparotomia exploradora, a toracotomia exploradora, a mediastinotomia exploradora e a craniotomia exploradora), para retirada de tecido tumoral, restabelecer funções ou mapear doença.

Procedimento cirúrgico para o câncer – ato cirúrgico realizado para retirada de tecido canceroso ou para tratar complicações diretamente relacionadas à evolução da doença.

Procedimento complementar – recursos utilizados como auxiliares no diagnóstico ou no tratamento do paciente.

Procedimento para validação dos bancos de dados – conjunto de verificações e cruzamento de dados utilizados para assegurar que as informações incluídas no banco de dados estão corretas e são coerentes entre si e com os pacientes aos quais se referem.

Processamento de dados – técnicas empregadas para armazenamento, seleção, recuperação, tabulação e tratamento estatístico das informações referentes a um grupo de pacientes. Atualmente, o uso de recursos eletrônicos (computador), facilita muito este trabalho.

Profissão – (vide ocupação).

Prognóstico – juízo médico sobre a evolução, duração e desfecho de uma doença.

Programa de computador EPI-INFO – (vide Epi-Info).

Programa de críticas – recurso de grande auxílio na manutenção da qualidade das informações do RHC, incorporado ao programa de entrada de dados no computador, procedendo a verificação da coerência interna entre os itens das fichas e que só permitam a entrada de dados compatíveis com as opções previstas para cada item.

Programa RHC_VALI.PGM – programa de computador desenvolvido a partir do Epi-Info, para validar as informações armazenadas pelo programa RHC.FCH.REC, representando significativa economia de tempo, redução de falhas e permite a emissão do conjunto de listagens a serem conferidas, através de um único comando (run RHC_VALI.PGM).

Programa de computador – conjunto de comandos, previamente definidos, que o computador executa, em bloco, para uma determinada finalidade.

Promulgação da CID-10 – a Organização Mundial da Saúde realizou, em Genebra, de 26 de setembro a 2 de outubro de 1989, uma Conferência Internacional para aprovação da décima revisão da CID que passou a ser denominada Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, tendo sido autorizado sua adoção a partir de janeiro de 1993.

Prontuário – conjunto de documentos a respeito do atendimento hospitalar ao paciente, que constitui a principal fonte de informações sobre o paciente e sua doença.

Prontuário de funcionário – prontuário aberto para atendimento de funcionário ou seu dependente, não deve ser considerado como parte do conjunto de pacientes com neoplasia maligna atendidos no Hospital, exceto quando se trata de caso de câncer.

Prontuário do paciente – conjunto de documentos, sobre a assistência ambulatorial e nas internações, deste a matrícula até o óbito ou alta definitiva, contendo as anotações de todos os membros da equipe de saúde e os resultados das avaliações dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. Principal fonte de dados do RHC – além de ser utilizado como veículo de comunicação pela equipe de saúde e como registro de procedimentos realizados no paciente, também constitui em instrumento para fins legais e para estudos científicos, estando o médico e demais profissionais que o utilizam obrigados a respeitar o sigilo das informações, garantido por instrumentos legais (Código Penal art. 154) e ético (Código de Ética Médica art. 102, 104, 105, 106, 107 e 108).

Prontuário múltiplo – quando são abertos vários prontuários para um mesmo paciente, durante seu tratamento no hospital. Pode ser aberto um prontuário para atendimento ambulatorial em cada clínica, e também um para cada internação.

Prontuário não disponível – são assim classificados os prontuários que constantes das solicitações do

RHC ao arquivo médico não estejam disponíveis no momento da solicitação, e que assim permanecem após cinco solicitações sucessivas, sendo considerado “não localizado” e retirado da lista de prontuários não disponíveis a serem solicitados.

Prontuário único – quando um mesmo prontuário é utilizado para guardar as informações referentes ao tratamento ambulatorial e nas internações, desde a matrícula até o óbito ou alta definitiva do paciente.

Prontuário vazio – prontuário que após a abertura não foi utilizado, permanecendo apenas com os formulários de identificação do paciente.

Propósito do Registro Hospitalar – atender às necessidades da administração do hospital, ao programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, a assistência ao paciente, individualmente. A implantação de registros de câncer em cada hospital tem por base a convicção de que os pacientes serão melhor atendidos se o hospital contar com um registro, já que este servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento.

Próstata – glândula localizada na parte inferior do abdômen, abaixo da bexiga e à frente do reto (intestino terminal), que faz parte do sistema genito-urinário masculino, sendo responsável pela produção do fluido seminal.

Prostatectomia – cirurgia para ressecção da próstata.

Protocolo clínico duplo-cego – modalidade de investigação clínica na qual é utilizada um determinado procedimento que se quer estudar, e um procedimento “falso” que é muito parecido com o verdadeiro, mas sem qualquer efeito sobre o organismo. Assim, ambos os procedimentos são aplicados de modo aleatório sem que paciente e profissional de saúde saibam a quem está sendo ministrado o verdadeiro, para deste modo evitar o sugestionamento sobre os resultados obtidos.

Proximal – extremidade mais próxima do centro do corpo humano (umbigo) quando a pessoa está de braços e pernas abertas.

PSA (Antígeno Prostático Específico) – antígeno tumoral usado como marcador específico para câncer de próstata.

Pulmão – órgão par, localizado na região torácica, tendo o coração localizado entre eles. É a sede das trocas do oxigênio necessário ao organismo, pelo dióxido de carbono (CO₂), originado do metabolismo do organismo e que deve ser eliminado no processo de trocas gasosas da respiração.

Q

Quadrante – corresponde a 1/4 da área total da mama, sendo denominados respectivamente: quadrantes superiores interno e externo e quadrantes inferiores externo e interno.

Quadro – tabela de dupla entrada no qual são associadas duas variáveis.

Quadro de acompanhamento de tumores múltiplos – quadro existente na ficha de seguimento, onde são identificados todos os tumores que o paciente possui, quando é portador de tumor primário múltiplo.

Quadro sumário do seguimento temporal do tumor – quadro existente na parte inferior do cartão de seguimento, onde são cadastradas as informações referentes ao seguimento de um determinado caso de neoplasia maligna (caso analítico), no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto anos em relação à data do diagnóstico do tumor.

Qualidade da sobrevida – avaliação do bem estar do paciente, independente da evolução do tumor.

Qualidade das informações – refere-se à fidedignidade e coerência interna e externa dos dados.

Qualidade de vida do paciente – avalia-se o bem estar do paciente (sem considerar a doença), que pode ter sua qualidade de vida comprometida pela doença.

Quimioterapia – é o tratamento com drogas (quimioterápicos), realizado através de aplicações fracionadas e repetidas de medicamento. O tratamento é efetuado através de ciclos, que correspondem ao conjunto de medicamento que compõem um módulo do tratamento. Estes ciclos poderão ser composto de um ou múltiplos medicamento e ter a duração de um ou vários dias.

R

Raça – (vide cor da pele).

Radiação X (orthovoltagem) – modalidade de tratamento antineoplásico que utiliza radiação ionizante.

Radiocirurgia estereotáxica – tratamento antineoplásico realizado através da radiação ionizante direcionada a uma pequena área, em alta dose e requerendo complexo sistema de planejamento. Geralmente utilizado em tumores do cérebro e algumas afecções benignas.

Radiografia (radiologia) – exame realizado com a utilização de equipamentos que quando energizados emitem radiação ionizante do tipo X. São classificados como radiologia simples aqueles que são realizados pelo

técnico, com ou sem uso de contraste, e os exames de radiologia intervencionista que necessitam para sua execução da intervenção do médico radiologista ou cirurgião para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte deste grupo: radiografia estereotáxicas, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

Radiologia convencional (R-X) – exame realizado por técnico em radiologia, com a utilização de equipamentos que quando energizados emitem radiação ionizante do tipo X, com ou sem uso de contraste oral ou venoso, no qual não foram necessários procedimentos de intervenção do radiologista ou cirurgião. Fazem parte deste grupo os exames de radiografia simples, as seriografias esôfago-gastroduodenal, a urografia excretora, a mamografia, o clister opaco e as colecistografias.

Radiologia intervencionista – exame realizado com a utilização de equipamentos que quando energizados emitem radiação ionizante do tipo X, com ou sem uso de contraste, e que necessitam para sua execução da intervenção do médico radiologista ou cirurgião para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte deste grupo: radiografia estereotáxicas, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

Radioterapia – modalidade de tratamento utilizada para o tratamento antineoplásico, utilizando radiação ionizante através de fontes radioativas ou de aparelhos que quando energizados emitem radiação. O tratamento é feito de modo fracionado, e cada dose é considerada como uma aplicação de radioterapia

Realização de seguimento – os tumores malignos classificados como analíticos deverão ter seguimento ao longo do tempo, para avaliar a doença e o doente, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano em relação à data do diagnóstico.

Recidiva – reaparecimento da doença tempos após ter sido considerada como curada.

Recurso de diagnóstico – emprego de técnicas auxiliares laboratoriais, ou por imagem, usadas para estabelecer ou confirmar o diagnóstico.

Recusa do Paciente – ação consciente do paciente no sentido de não permitir a realização de um determinado exame ou procedimento terapêutico, indicado pelo médico.

Região dorsal – região superior das costas, correspondente à parte posterior do tórax.

Região lombar – região inferior das costas, correspondente à parte posterior do abdômen.

Registrado por interesse científico – excepcionalmente, alguns tumores com classificação morfológica de benigno (/1) são incluídos na relação de tumores a serem cadastrados devidos à raridade do caso, ao comportamento da doença e ao tipo de tratamento realizado, constituindo assim interesse científico.

Registrador – profissional, com treinamento específico, capacitado a diferenciar cada caso atendido no hospital, identificando os casos de neoplasia maligna (analítico e não analítico), tendo conhecimento técnico, para que possa discernir cada situação, resgatar e cadastrar as informações pertinentes, e posteriormente elaborar saídas com base nos dados incluídos nas bases de dados.

Registro – ato de gerar anotação sobre determinado fato, pessoa ou evento. Também utilizado para identificar um conjunto de informações sobre pessoas, doenças ou coisas.

Registro de câncer – conjunto de informações, coletadas de modo sistemático, a respeito da patologia câncer em uma população (registro populacional), ou em um hospital (registro hospitalar).

Registro Hospitalar de Câncer – RHC – conjunto de informações coletadas de modo sistemático, a respeito das características demográficas, do diagnóstico, tratamento e evolução da doença, dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, atendidos em um determinado hospital.

Relatório – documento contendo informações detalhadas a respeito de determinado assunto, durante um intervalo de tempo estabelecido.

Relatório anual – ao final do processo de cadastro de casos referentes a um determinado ano de matrícula, o Registro Hospitalar de Câncer – RHC disponibiliza, de modo sistemático e padronizado, as informações referentes ao conjunto de pacientes através da emissão de relatório.

Relatórios de seguimento – documento emitido pelo RHC com as informações referentes ao seguimento anual dos casos analíticos. Este documento tem por finalidade divulgar as principais informações a respeito da qualidade da assistência prestada no hospital.

Relatório especial – conjunto de informações elaboradas a partir de solicitações não programadas (relatórios anuais e de seguimento).

Remissão parcial (opção 2 do item 29) – corresponde àqueles casos nos quais houve resposta do tumor ao tratamento antineoplásico, sem contudo obter a cura do tumor.

Repouso, hidratação e dieta – (vide RHD).

Resgate das informações – os registradores do RHC não fazem coleta primária de dados, eles resgatam dos prontuários as informações previamente colhidas por outros profissionais.

Resposta do tumor ao tratamento – ao se indicar uma modalidade terapêutica ou um conjunto delas para tratar um câncer, tem-se a expectativa de obter a cura ou a redução do tumor, contudo, em alguns pacientes, a resposta não é satisfatória, havendo a necessidade de mudança no curso do tratamento, com substituição de drogas, mudança de dose e inclusão ou exclusão de modalidades terapêuticas nos tratamentos combinados.

Ressecção – retirada de tecido ou órgão através de cirurgia.

Ressecção de tecidos cancerosos – remoção através de cirurgia do tumor primário ou de suas metástases.

Ressecção total da lesão – retirada total da lesão tumoral através de cirurgia.

Ressecção transuretral – (vide RTU).

Ressecção transuretral de próstata (RTU) – cirurgia endoscópica de uretra, próstata ou bexiga urinária, que tem como via de acesso a uretra.

Ressonância magnética nuclear (RMN) – exame de imagem que utiliza a geração de um campo magnético para estimular as células do organismo, cuja resposta a este estímulo é captada e utilizada como meio para gerar uma imagem tridimensional.

Reto (intestino grosso) – porção final do cólon descendente, terminando no ânus.

Retroperitônio – parte posterior do abdômen onde estão localizados os rins e as supra-renais.

Revisão de casos selecionados – caso haja dúvida sobre um determinado procedimento adotado na coleta dos casos, pode haver a necessidade de fazer uma revisão específica, direcionada apenas aos casos nos quais possa ter havido erro.

Revisão de lâmina – nova leitura da lâmina pelo serviço de anatomia patológica, para confirmação do laudo anterior, ou para dirimir dúvidas.

Revisão do caso – quando existir dúvida sobre um determinado caso registrado, deve-se solicitar outra vez o prontuário e confirmar as informações contidas na ficha de registro de tumor.

Revisão específica no banco de dados – no processo de verificação das informações do banco de dados para sua liberação, são processadas revisões específicas com o objetivo de verificar a coerência interna e externa das informações.

Revisão geral do banco de dados – ao final do processo de coleta referente a um determinado ano de matrícula, deve-se proceder a uma revisão geral do banco de dados antes de sua liberação para elaboração do relatório anual e para consultas.

Revisão quinqüenal – a cada cinco anos deve ser feita uma revisão geral do conteúdo das fichas do RHC e dos respectivos manuais.

RHD (repouso, hidratação e dieta) – estado do paciente com câncer, cujo estado avançado da doença não apresenta possibilidades de resposta à terapêutica específica para o tumor, recebendo apenas tratamento de suporte clínico.

RHC_VALI.PGM – programa de computador, usado no RHC do Hospital do Câncer, no processo de validação dos dados. O programa foi desenvolvido pelo RHC do Hospital do Câncer em parceria com o Pro-Onco, tendo como plataforma o programa Epi-Info 6 Versão 6.02 desenvolvido pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos Estados Unidos em conjunto com a Organização Mundial da Saúde.

RHCFCH.REC – programa de computador desenvolvido no próprio RHC do Hospital, tendo como plataforma o programa Epi-Info 6 Versão 6.02 do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos Estados Unidos, desenvolvido em conjunto com a Organização Mundial da Saúde. Este programa possui críticas, e obrigatoriedade de preenchimento de determinados itens, o que por si já assegura a consistência de alguns dos dados.

Rim – órgão par, localizado na parte superior e posterior do abdômen (região lombar), que faz parte do sistema urinário, sendo sede do tumor de Wilms, freqüente em crianças.

Rinofaringe – parte superior da árvore respiratória, que se comunica com a orofaringe.

Rio de Janeiro (RJ) – estado situado na região sudeste, formado pela união do antigo distrito federal com o antigo estado do Rio de Janeiro.

Rio Grande do Norte (RN) – estado situado na região nordeste.

Rio Grande do Sul (RS) – estado situado na região sul.

Risco cirúrgico – exame clínico complementado por exames laboratoriais e eletrocardiograma para avaliar a condição clínica do paciente com vistas a realização da cirurgia proposta.

Rondônia (RD) – estado situado na região norte, que corresponde ao antigo território de mesmo nome.

Roraima (RO) – estado situado na região norte, que corresponde ao antigo território de mesmo nome.

Rotavírus – tipo de vírus associado a doenças em humanos.

RTU – (vide ressecção transuretral de próstata).

S

Saída especial – relatórios e informações não programadas, elaboradas a partir de solicitação específica, para elaboração de trabalhos científicos ou para atender a solicitações diferenciadas dos profissionais ou gerência da instituição.

Saída personalizada – saída especial elaborada por solicitação individual de acordo com a necessidade do usuário.

Saída rotineira – saída sistemática, programada, com informações a respeito dos casos novos cadastrados ou do seguimento anual de pacientes.

Santa Catarina (SC) – estado situado na região sul.

São Paulo (SP) – estado situado na região sudeste.

SAP – (vide fosfatase ácida sérica).

Segmentectomia – técnica cirúrgica na qual retira-se apenas um seguimento do órgão atingido, preservando o restante do órgão, quer por não ter sido atingido, quer seja pela necessidade de manter operante (mesmo que comprometido), órgão vital para o organismo humano.

Seguimento anual – os casos de neoplasia maligna analíticos e que se enquadre nos critérios de seguimento deverão ser avaliados ao longo do tempo, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano, tendo por base a data do diagnóstico (item 15).

Seguimento anual de tumor múltiplo – sempre que for possível, quando do seguimento de um determinado tumor, pode-se avaliar os demais tumores do mesmo paciente, atentando para a data de diagnóstico de cada tumor.

Seguimento do tumor de pele – mesmo que localizados na pele, os tumores de genitália (C52.9 – Vagina; C51.0 – Grandes lábios; C51.1 – Pequenos lábios; C51.2 – Clitóris; C51.8 – C51.9 – Vulva; C60.0 – Prepúcio; C60.9 – Pênis e C63.2 – Escroto), são passíveis de seguimento, desde que sejam considerados casos analíticos.

Segundo grau (escolaridade) – corresponde aos antigos cursos científico e normal. Atualmente é denominado ensino intermediário. Quando o paciente tiver cursado apenas parte do 2º grau, considera-se para efeitos da avaliação da escolaridade como tendo o primeiro grau completo.

Seleção de casos – o registrador deverá através da avaliação do prontuário de cada paciente matriculado, identificar os casos de neoplasia maligna, e dentre destes os casos analíticos e não analíticos.

Sem diagnóstico – refere-se àqueles pacientes cujas informações disponíveis no prontuário não permitem estabelecer o diagnóstico da doença do paciente.

Sem evidência da doença – corresponde àqueles casos de neoplasia maligna, que na avaliação realizada não apresentem sinais da doença (primária e secundária), mesmo que no futuro venham a apresentar metástases ou outra complicação.

Sem Informação (opção 9) – convencionou-se que quando a informação a respeito de um determinado item não estiver disponível, utilizar-se-á o número 9 (sem informação).

Seminoma (tumor) – se desenvolve a partir das células germinativas primitivas do testículo, que são células provenientes das células primitivas da gônada embrionária (órgão precursor do ovário ou testículo) sexualmente indiferenciada. É o equivalente testicular (masculino) do tumor de células germinativas (feminino).

Sensibilidade – característica dos exames que está relacionado à capacidade de indicar como negativo, quando a doença não está presente.

Separado – (opção 3 do item 36) pacientes que tiveram vida marital por um período de tempo e que sejam desquitados, separados ou divorciados deverão ter o item estado conjugal atual preenchido com esta opção. Não confundir com solteiro, ou com estado civil.

Sergipe (SE) – estado situado na região nordeste.

Serviços de documentação médica – conjunto de atividades hospitalares, das quais faz parte o registro hospitalar de câncer, dedicadas à matrícula, identificação, coleta e preservação da documentação de saúde do paciente e elaboração de estatísticas e informações a respeito dos pacientes assistidos. Em geral, existe nos hospitais os serviços de: matrícula, arquivo médico e de estatística.

Severamente incapacitados – diz respeito ao estado do paciente, podendo ser decorrência da doença ou a uma incapacidade decorrente do tratamento efetivado, tal como: amputação de um membro, ou déficit motor, ou visual devido a uma neurocirurgia.

Sexo (item 04) – conformação particular que distingue o macho da fêmea, atribuindo-lhes um papel determinado na reprodução. O sexo do paciente deve ser sempre registrada por se constituir num dado de identificação do paciente e num campo de crítica de entrada de dados de determinadas topografias de tumor, como os tumores uterinos nas mulheres e de próstata nos homens, aceita apenas as opções 1, 2. As topografias C60, C61, C62 e C63 serão obrigatoriamente sexo masculino (1), enquanto as topografias C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57 e C58 serão obrigatoriamente do sexo feminino (2).

Sigilo das informações – também é assegurado pela Constituição Brasileira de 1988 no seu Título II – Dos Direitos Individuais e Garantias Fundamentais, Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, garante: “– São invioláveis a vida privada, a honra e a imagem das pessoas assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”; “É assegurado a todos o acesso a informação e resguardado o sigilo da fonte quando necessário ao exercício profissional”, e pelo Código de Ética Médica que define no seu artigo 11: “– O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções”. Exceto nos casos em que o silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do paciente, de terceiros ou da comunidade.

Sigilo médico – as normas de sigilo médico devem ser estendidas a todas as pessoas e categorias profissionais que por força de sua atividade profissional tenham acesso e conhecimento de dados e fatos sobre os pacientes e seus tratamentos, inclusive as fontes de informações e bases de dados referentes aos pacientes da instituição da qual faz parte o RHC.

Sigla – reunião das letras iniciais dos vocábulos ou das sílabas fundamentais de uma denominação ou título, usada para identificação simplificada.

Siglas dos estados brasileiros – abreviaturas padronizadas correspondentes às denominação dos estados e distrito federal.

Sinal – indício, vestígio, mancha ou alteração que serve de advertência, ou possibilita conhecer ou prever algo.

Sinal clínico – indício, vestígio, mancha ou alteração, detectável ao exame clínico do paciente, que chama à atenção para a possibilidade de estar associado a uma determinada doença.

Síndrome – grupo de sintomas e sinais de funcionamento alterado do corpo humano, relacionados por uma peculiaridade anatômica, fisiológica ou bioquímica.

Síndrome mielodisplásica – alteração ocorrida na medula óssea, que pode ou não estar associada a neoplasia maligna.

Sinônimos – utilização de um termo, referente à morfologia do tumor, em substituição do termos preferencial com mesmo significado.

Sintoma – qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo, provocando uma sensação que é percebida pela pessoa.

Sintoma de doença – qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo por uma doença, e que percebidos pelo paciente permitem estabelecer ou levar à suspeita de um diagnóstico.

Sintoma do paciente – manifestação do paciente em relação à percepção de qualquer fenômeno ou mudança provocada no seu organismo por uma doença.

Sistema Hematopoético – sistema relacionado à formação e diferenciação das linhagens celulares que compõem o sangue.

Sistema nervoso central – é responsável pelo comando da maioria das funções do organismo humano, sendo composto pelo cérebro, tronco cerebral e medula espinhal.

Sistema nervoso periférico – responsável pelas respostas motora e sensitiva periférica através das ramificações nervosas, a partir do sistema nervoso central.

Sistema reticulo-endotelial – sistema relacionado à formação e diferenciação das linhagens celulares que compõem o tecido linfático.

Sistema TNM – utilizado para codificar o estadiamento da maioria dos tumores malignos através de três letras: o T (representando a extensão do tumor); o N (representando a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais) e o M (a ausência ou presença de metástases a distância).

Sobrevida do paciente – corresponde ao tempo transcorrido entre o diagnóstico do tumor e o óbito do paciente, sendo também denominado sobrevivência do paciente. Para efeito da maioria dos estudos, considera-se o período de cinco anos em relação ao primeiro diagnóstico de câncer.

Sobrevida livre de doença – intervalo de tempo transcorrido entre a cura do paciente e o seu falecimento por outra causa.

SOE – sigla cujo significado é: Sem Outra Especificação. Muito utilizada em tumores cujo diagnóstico é genérico.

Solicitação de informações – as informações do RHC que não estejam publicadas nos relatórios anuais e de seguimento (sendo, portanto, de domínio público), só poderão ser liberadas através de solicitação formal e atendendo às rotinas de liberação de dados. O supervisor do RHC, se julgar necessário, condicionará a liberação dos dados à autorização do Diretor do Hospital do Câncer.

Solteiro (opção 2 do item 36) – pacientes que nunca tiveram vida marital regular por um período de tempo, mesmo que mantenham atividade sexual regular. O que se pretende avaliar é a estabilidade da relação e seu aspecto emocional na vida do paciente. Não confundir com desquitados, separados e divorciados ou com estado civil.

Sonda – tubo de borracha, silicone ou outro material flexível, que é colocado através de orifício natural ou artificial para comunicar órgão interno com o meio exterior (sonda vesical – bexiga; sonda naso-gástrica – estômago, etc).

Status vital do paciente – é a informação da qualidade de vida do paciente associada à informação da evolução da doença.

Supra renal – glândula localizada sobre os rins e responsável pela produção dos corticóides no organismo.

T

T (tamanho do tumor) – representa no sistema TNM o tumor ou extensão local do tumor primário, segundo as seguintes opções: T0, T1, T2, T3, T4, TX e Tis.

Tabela – forma usual de apresentação de dados. Quadro de dupla entrada em que são apresentados nas células internas os dados referentes ao cruzamento das variáveis apresentadas na horizontal e vertical.

TAG 72.4 ou CA 72.4 – marcador tumoral para estômago, tubo digestivo, ovário e útero.

TC – (vide tomografia computadorizada).

Tecido – forma abreviada de referir-se ao tecido ósseo-conectivo.

Tecido ósseo-conectivo (tecido ósseo-conjuntivo) – refere-se aos tecidos conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles, incluindo: aponeurose, artérias, bolsa sinovial, fâscia, ligamentos, linfáticos, músculo, sinóvia, tendão, bainha do tendão, tecido adiposo, conectivo, fibroso, gorduroso e subcutâneo, vasos sanguíneos e veias.

Tema do ano – anualmente, por ocasião da elaboração do relatório anual, deve ser escolhido um determinado tema, sobre o qual será feita análise mais detalhada.

Terapêutico – relativo a tratamento.

Terapias alternativas – modalidades de tratamento não convencionais que são utilizadas com finalidade de tratamento associadas ou não às terapias clássicas. Fazem parte deste grupo a fitoterapia (uso de ervas), acupuntura (uso de agulhas) e os florais de Bach (ervas).

Terceiro grau (curso superior) – para efeito de escolaridade, marca-se esta opção quando o paciente fez curso de graduação (faculdade) mesmo que incompleto. As pessoas que fizeram pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado) também serão incluídas nesta opção.

Terminologia técnica – linguagem comum a determinado campo de conhecimento, com significado específico para os termos usados, que devem ser utilizados com critério, principalmente se houver palavra da linguagem corrente cujo significado possa gerar confusão.

Testes piloto – quando um determinado processo ou procedimento tiver sido estabelecido, antes da sua implantação definitiva, deve ser exaustivamente testado em escala reduzida (teste piloto), para detectar e corrigir falhas não previstas.

Testículo – órgão do aparelho genital masculino, localizado na bolsa escrotal, e responsável pela produção das células reprodutoras masculinas, os espermatozoides.

TG – (vide tireoglobulina)

Tipo histológico – caracterização da estrutura celular do tumor através de exame microscópico.

Tipo morfológico do tumor – caracterização da estrutura celular do tumor através de exame microscópico de tecido do tumor primário ou de suas metástases.

Tireoglobulina (TG) – marcador tumoral para câncer de tireóide.

Tireóide – glândula localizada na face anterior e inferior do pescoço, responsável pela produção dos hormônios tireoidianos.

Tis – usado no sistema TNM para especificar o Carcinoma in situ.

TMO – (vide transplante de medula óssea).

TNM – Classificação dos Tumores Malignos (itens 23 e 24) – Classificação utilizada para estabelecer o grau de evolução da doença (estadiamento), levando-se em consideração o tamanho do tumor primário (T), o comprometimento ganglionar (N) e a ocorrência de metástases (M).

Tocantins (TO) – estado situado na região centro-oeste.

Tomografia computadorizada (TC) – exame executado com ou sem contraste, realizado no tomógrafo computadorizado, tipo especial de aparelho de Raio-X, que gera um conjunto de imagens que são integradas através de um programa de computador, gerando a imagem final. É muito usado para diagnóstico e acompanhamento dos tumores de sistema nervoso central.

Topografia (localização) – Localização topográfica do tumor em relação aos órgãos e sistemas do corpo humano, utilizando os códigos da CID-O. A informação é anotada no item 19 – Localização Topográfica, ou item 43 – Localização Primária Provável, da Ficha de Registro de Tumor, especificação da localização do tumor em relação aos seguimentos corporais ou órgãos. Pode ser expressa através de código numérico da CID-O.

Toracocentese – punção de tórax, por agulha, para esvaziamento de derrame pleural ou para coleta de material para exame.

Toracotomia – cirurgia exploratória da cavidade torácica.

Transplante de medula óssea (TMO) – modalidade terapêutica empregada no tratamento de neoplasias que acometem a medula óssea que é destruída e substituída por outra obtida de doador compatível. Apesar da baixa frequência, constitui um grupo especial de tratamento na instituição que necessita de complexa infraestrutura e que por sua relevância merece destaque.

Traqueostomia – abertura na parte anterior e inferior do pescoço, comunicando a traquéia com o meio externo, para restabelecer a respiração após obstrução total ou parcial do trato respiratório superior.

Tratamento – recursos utilizados para a cura, redução de seqüelas ou melhoria de sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Tratamento anterior à vinda ao hospital – refere-se ao tratamento antineoplásico, específico para o tumor, que foi realizado antes da chegada do paciente ao hospital.

Tratamento antineoplásico – é o tratamento ministrado com o objetivo de cura ou redução do tumor primário ou de suas metástases. Não são considerados os tratamentos sintomáticos, das complicações do tratamento, de co-morbidades ou de complicações do próprio tumor.

Tratamento específico – tratamento direcionado ao tumor ou suas metástases com finalidade curativa total ou parcial.

Tratamento inicial – primeiro tratamento antineoplásico realizado. Se não houver especificação, considera-se para os tumores sólidos aquele tratamento realizado no período de quatro meses a contar da data do diagnóstico. Para as leucemias o período básico de tempo é de dois meses, admitindo-se como exceção se a remissão completa ou parcial é obtida no primeiro curso de quimioterapia, ou se o tratamento foi continuado porque nenhuma resposta foi obtida.

Tratamento paliativo – tratamento realizado sem intenção de cura, apenas para avaliar o sofrimento ou prolongar a vida.

Tratamento planejado – esquema terapêutico programado para o paciente em função do tipo histológico do tumor, de sua localização, da extensão da doença e do estado geral do paciente.

Tratamento quimioterápico – aquele realizado como uso de medicamentos, cuja classificação farmacológica – com base no mecanismo de ação, seja assim denominado. Em geral, está escrito no prontuário a indicação do tratamento e os respectivos nomes e dosagens das drogas. Os casos de dúvida, deverão ser questionados junto ao serviço de oncologia clínica, pediatria, hematologia ou de farmácia.

Tratamento realizado – terapêutica efetivamente ministrada ao paciente, em função do que havia sido programado e da resposta do paciente.

Tratamento recebido – tipo de tratamento que efetivamente foi ministrado ao paciente, desde o diagnóstico da doença.

Tratamento recebido no hospital – conjunto de terapêuticas específicas para o tratamento do câncer, que foram ministradas ao paciente desde sua chegada ao hospital, sem serem considerados os tratamentos realizados em outras instituições, ou em consultórios particulares.

Tratamento sintomático – tratamento realizado para minorar ou extinguir algum sintoma, sem objetivo de cura. Se foi realizado procedimento para retiradas de apenas algumas células neoplásicas como no caso da paracentese e biópsia de massa tumoral, o procedimento não deve ser considerado como tratamento antineoplásico específico, pois apesar de ter removido células malignas, não atacou o sítio ou a proliferação de tais células, sendo, portanto, sintomático.

Tratamento subsequente – são assim considerados os tratamentos antineoplásicos realizados após aquele que foi considerado como primeiro tratamento, sendo acompanhados através do Cartão de Seguimento.

Treinamento do registrador – deverá constar do treinamento o domínio das atividades administrativas e de rotina do RHC, a solicitação de prontuários ao arquivo médico, o arquivamento de fichas, a inclusão de casos nos bancos de dados, o resgate de informações, sendo também necessário o treinamento básico em informática e o conhecimento das rotinas administrativas do hospital.

Tubo digestivo – os órgãos do aparelho digestivo por onde passa o alimento são oscos, e formam um conjunto composto de boca, esôfago, estômago e intestino, denominado de tubo digestivo.

Tumor (blastoma) – lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

Tumor assincrônico – tumores múltiplos que aparecem em momentos diferentes.

Tumor benigno – lesão tumoral não classificada como maligna (câncer).

Tumor carcinóide – tumor maligno de tecido glandular.

Tumor classificado como malignos analíticos – são aqueles cujos pacientes chegam ao hospital com possibilidades terapêuticas, e cujo tratamento inicial para o tumor é feito no hospital.

Tumor classificado como malignos não analíticos – são aqueles cujos pacientes chegam ao hospital com o tratamento antineoplásico realizado; que comparecem apenas para complementação do tratamento com alguma modalidade não disponível no hospital de origem, ou como a doença em estado avançado sendo submetidos apenas a tratamento sintomático ou paliativo sem a intenção de curá-lo da enfermidade.

Tumor com áreas de diferenciação celular – quando temos em um mesmo tumor áreas que sejam classificadas em códigos morfológicos numericamente diferentes, deve-se usar o código numericamente superior, por ser mais específico, para classificar o tumor.

Tumor com diagnóstico clínico – tumores sem confirmação por exame citológico ou histológico, e que foram considerados malignos com base no exame clínico, devendo ser classificados em relação à morfologia no código M9990/3.

Tumor de Burkitt – tipo especial de linfoma.

Tumor de Wilms – tumor renal muito comum em crianças.

Tumor do adolescente – aquele que acomete pacientes que à data do diagnóstico tem idade entre quinze e dezoito anos (dezoito anos, onze meses e trinta dias).

Tumor germinativo – se desenvolve a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos) sexualmente indiferenciados.

Tumor maligno “analítico” – casos de neoplasia maligna cujo tratamento antineoplásico inicial foi realizado no hospital, e cujas informações são cadastradas no banco de dados de forma completa, inclusive com seguimento temporal.

Tumor maligno “não analíticos” – casos de neoplasias malignas que chegam ao hospital com tratamento inicial já realizado ou sem possibilidades terapêuticas, dos quais são incluídas, nas bases de dados, apenas as informações referentes a identificação do paciente e do seu tumor.

Tumor maligno (câncer) – patologia tumoral caracterizada pela proliferação celular descontrolada.

Tumor metastático – tumor secundário ao tumor primário, cuja disseminação se fez por via sanguínea, linfática ou implante.

Tumor multicêntrico – tumor, com tipo morfológico único, que por sua natureza tem aparecimento simultâneo em vários locais do organismo.

Tumor multifocal – são tumores distintos, separados, aparentemente sem continuidade com outros tumores primários originários da mesma localização primária ou tecido. São considerados tumores primários múltiplos.

Tumor múltiplo (mais de um primário) – ocorrência simultânea ou não, de tumores considerados primários independentes. Deve ser feita uma ficha para cada tumor, sendo que todas as fichas de um mesmo paciente devem ter o mesmo número de registro, pois este número é único por paciente. O último dígito do número de registro identifica o tumor, sendo atribuído de forma cronológica (-1, -2...). Se os tipos histológicos são diferentes nos três primeiros dígitos do código de morfologia, considera-se tumor primário múltiplo, exceto para tumores hematopoéticos e linfáticos.

Tumor múltiplo duvidoso – quando o tumor primário for desconhecido, ou se houver dúvida sobre a existência de mais de um tumor primário.

Tumor não estadiável – diz-se dos tumores malignos para os quais não existe estadiamento definido pelo sistema TNM, ou outro específico.

Tumor neuro ectodérmico periférico – (vide PNET).

Tumor notificável – caso de neoplasia maligna que preenche os critérios para inclusão nas bases de dados do RHC.

Tumor pediátrico – aquele que acomete paciente, que à data do diagnóstico tem idade inferior a quinze anos (quatorze anos, onze meses e 29 dias).

Tumor primário – corresponde à localização topográfica onde o tumor teve início. Um mesmo paciente poderá ter mais de um tumor primário, ou ter metástases (tumor secundário) do tumor primário. Se um tumor de mesma histologia for diagnosticado no mesmo sítio no período de até dois meses, considera-se como sendo o mesmo tumor. Se o novo caso de mesma histologia for diagnosticado após dois meses, considera-se um novo tumor, se afastadas as possibilidades de metástase ou recidiva local. Constitui exceção a esta orientação, o câncer de bexiga com tipo histológico carcinoma de células transicionais, SOE (M-8120); Carcinoma schneideriano (M-8121); Carcinoma de células transicionais fusiformes (M-8122) e o Carcinoma papilar de células transicionais (M-8130). Também deve ser considerado como único primário, o diagnóstico de carcinoma in situ e câncer invasor, em mesma topografia, mesmo que os diagnósticos tenham intervalo superior a dois meses – considera-se recidiva.

Tumor primário desconhecido – em alguns pacientes não é possível determinar com precisão o local onde o tumor iniciou, usa-se C80.9 (localização primária desconhecida).

Tumor primário múltiplo – mais de um tumor podem ocorrer, simultaneamente ou não, em diferentes localizações de um mesmo órgão ou em diferentes órgãos, com a mesma histologia ou não.

Tumor sem exame microscópico – tumor cujo diagnóstico foi feito em bases clínicas, devendo ser codificado para morfologia com o código M9990/3.

Tumor com exame microscópico desconhecido – tumor com diagnóstico estabelecido por exame histopatológico, cujo laudo com especificação da morfologia é desconhecido, deve ser codificado com M8000/3 para morfologia.

Tumor simultâneo (sincrônicos) – assim considerados aqueles que aparecem ao mesmo tempo, sendo diagnosticados com intervalo de até dois meses.

Tumor sincrônicos – (vide tumor simultâneos).

Tumorectomia – cirurgia para retirada de massa tumoral.

TX – sigla usada no sistema TNM para avaliar o tamanho do tumor, quando o tumor primário não pode ser avaliado.

U

UICC – União Internacional Contra o Câncer – organismo internacional vinculada à organização mundial da saúde responsável pela elaboração do sistema TNM para estadiamento de tumores.

Ultra-sonografia (exame de ultra-som) – exames de imagem realizados com o emprego de equipamentos de ultra-som, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente freqüente na avaliação da cavidade abdominal.

União Internacional Contra o Câncer – (vide UICC).

União livre – pacientes que vivam maritalmente, sem mudança no estado civil. Registrar a opção 1 no item 36).

Unidade de internações – parte do hospital dedicada ao atendimento de pacientes que necessitam permanecer no hospital sob constante observação, não podendo retornar ao seu domicílio.

úria – sufixo relativo à urina.

US – (vide ultra-sonografia).

Uso de codificações – deve ser feito com a finalidade de uniformizar os procedimentos e possibilitar o resgate e a comparação de dados, deve-se adotar as codificações e as orientações aceitas internacionalmente, feitas as devidas adaptações à realidade do Hospital.

Útero – órgão do aparelho reprodutor feminino, localizado na parte inferior e central do abdômen, entre a bexiga e o reto, tendo sua parte inferior – o colo – se comunicando com o exterior através da vagina.

V

Validação – tornar válido, assegurar que são verdadeiros.

Validação do banco de dados – complementada a etapa de cadastro de casos e inclusão nos bancos de dados, realiza-se uma série de verificações com o objetivo de reduzindo substancialmente a possibilidade de erros e assegurar que os dados são verdadeiros e que podem ser liberados para consultas.

Valor normal – (vide valor de referência).

Valores – são os pontos positivos de um grupo de pessoas ou serviço, que devem ser reforçados.

Valores de referência (valor normal) – são os valores encontrados na população sadia, que não apresenta a doença em estudo, quando se testa um determinado exame. Antigamente era chama do valor normal.

Verificação dos dados – ao concluir a entrada de informações no banco de dados, deverão ser executados uma série de verificações destes dados para garantir que todas as fichas foram cadastradas, que não há cadastro em duplicidade, e que as informações do banco de dados estão corretas.

Vias biliares – condutos intra-hepáticos responsáveis pelo transporte da bile para a vesícula biliar.

Visão estratégica – cenário que se acredita será verdadeiro num prazo de cinco anos.

Viúvo – aqueles pacientes que após a morte do parceiro (casado ou união livre) tenha permanecido sozinho, sem assumir novo estado marital, deverão ter o estado conjugal atual preenchido com a opção viúvo (opção 4 do item 36), pois o item se refere a estado conjugal e não a estado civil.

Vivo, com câncer – esta opção é utilizada na avaliação do estado da doença para fins de seguimento dos casos analíticos, quando se dispõe o paciente está vivo e continua com a doença, independente do grau de evolução da mesma.

Vivo, sem câncer – marca-se esta opção quando na avaliação do estado da doença, para fins de seguimento dos casos analíticos, dispõe da informação que o paciente está vivo e sem evidência de presença da doença.

Vivo, SOE – utiliza-se esta opção na avaliação do estado da doença para fins de seguimento dos casos analíticos, quando se dispõe apenas da informação de que o paciente está vivo, sem avaliação de que a doença esteja presente ou ausente.

VMA – (vide Ácido vanil-mandélico).

X

X – usado para preencher o campo da CID, CID-O e TNM, quando não se dispõe da informação.

W

Whitmore-Jewett – classificação para estadiamento dos tumores de próstata.

Wilms (tumor de) – (vide Tumor de Wilms).

Work formulation – classificação para estadiamento das leucemias.

Z

Zetoplastia – técnica cirúrgica empregada em cirurgia plástica e dermatológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anelli, A. Gimenes, D.L. Ayala, S.R. Rocha, A.A.P. – *Marcadores Tumoriais – A Visão Prática do Oncologista Brasileiro*. *Acta Oncológica Brasileira*. 17 (4) Ago/Dez 152-156. São Paulo, SP. 1997.
2. Beeson, P.B. McDermott, W. *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. Interamericana. Rio de Janeiro, 1977. 2 volumes. 2431p.
3. Dean, A.G. Dean, J.A. Burton, H.A. Dicker, R.C. *Epi Info, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA. 1990. 367p.
4. Florida Department of Health and Rehabilitative Services. *Florida Cancer Data System – Data Acquisition Manual*. Miami, USA. 1995.
5. Goss, C.M.G. *Anatomia de Henry Gray*. 29ª edição. Guanabara-Koogan. 1977. 1147p.
6. IARC (Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer); IACR (Associação Internacional de Registros de Câncer) e SIOP (Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica). *Classificação Internacional do Câncer na Infância (IARC – Relatório Técnico Nº 29)*. Instituto Nacional de Câncer. 48p Rio de Janeiro, 1999.
7. International Agency for Research on Cancer – *Publicação científica nº21. Cancer Registration and Its Techniques*. Lyon. 1978.
8. Instituto Nacional de Câncer. *Manual de Procedimentos do Registro Hospitalar de Câncer*. 3ª Edição. Revisado e ampliado, a partir da Versão original de janeiro/83. Elaborado por Rebelo, P.A.P. Lima, R.G.M. Rebelo, M.S. 1998. 188p.
9. Kramárová, E. et alii. *Classificação Internacional do Câncer na Infância – 1966*. IARC – Relatório Técnico Nº 29. Lion 1996. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, 1999 48p.
10. Organização Mundial de Saúde/Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer-IARC / Associação Internacional de Registros de Câncer-IARC. *Registro de Câncer: Princípios e Métodos*. Publicação Científica Nº 95. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer. 1995. 304p
11. Organização Mundial da Saúde. *CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia*. Organização Pan-Americana da Saúde. 98p. 1978
12. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Doenças – Revisão 1975*. Volume 1. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da USP. 815p 3ª impressão. São Paulo 1985
13. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Doenças – Revisão 1975*. Volume 2 – Índice alfabético. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da USP. 296-321. São Paulo 1980
14. Organização Mundial da Saúde. *CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – Segunda Edição*. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Fundação Oncocentro de São Paulo. 102p. São Paulo 1996.
15. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão*. Volume 1 – Índice alfabético. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. 1247p. São Paulo 1993.
16. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão*. Volume 2 – Manual de Instruções. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. 168p. São Paulo 1994.
17. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão*. Volume 3 – Índice alfabético. Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. 999p. São Paulo 1995.
18. Rebelo, P.A.P. Lima, R.G.M. Rebelo, M.S. *Contribuição ao Uso da CID-10 e CID-O/2 em Substituição às CID-9 e CID-O*. *Acta Médica Oncológica*. Abril/Maio 1997; 17(2)53-61.

19. Rebelo, PAP. Rebelo, MS. Lima, RGM. Comentários sobre a segunda revisão da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O/2) e o Capítulo II (neoplasias) da CID-10. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 1996;42(4)227-234.

20. Robbins, S.L. *Patologia Estrutural y Funcional*. Interamericana. México, 1975. 1516p.

21. União Internacional Contra o Câncer. *Manual de Oncologia Clínica*. 5ª edição. Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo. 1989. 399p.

22. União Internacional Contra o Câncer. *TNM – Classificação dos Tumores Malignos*. 4ª edição – 1ª reimpressão. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer. 1995. 119p.

23. US Department of Health and Human Services. *ICD-9 to ICD-10. Neoplasms*. National Institute of Health. 128p. July 1995.

ANEXOS

ANEXO Nº 1 • FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

ANEXO Nº 2 • FICHA DE SEGUIMENTO DE TUMOR

ANEXO Nº 3 • ESTADIAMENTOS COMPLEMENTARES AO TNM

ANEXO Nº 4 • SOLICITAÇÕES DE INFORMAÇÕES AO RHC

CASO ANALÍTICO

1. Sim 2. Não

ITENS OBRIGATÓRIOS

01. Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

02. Nº DE REGISTRO NO RHC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

04. SEXO

1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado

--	--	--

06. DATA DE NASCIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

07. LOCAL DE NASCIMENTO

--	--

08. RAÇA / COR

1. Branca 4. Parda
 2. Preta 5. Indígena
 3. Amarela 9. Sem Informação

09. GRAU DE INSTRUÇÃO

1. Analfabeto 4. 2º Grau comp.
 2. 1º Grau incomp. 5. Nível superior
 3. 1º Grau comp. 9. Sem informação

10. OCUPAÇÃO

--	--	--	--	--	--

11. PROCEDÊNCIA

--	--	--	--	--	--

12. CLÍNICA DE ENTRADA

--	--

13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO

--	--

14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL
CPF / CARTÃO DO SUS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. DATA DA 1º CONSULTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. DATA DO DIAGNÓSTICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

1. Sem Diag. / Sem Trat.
 2. Com Diag. / Sem Trat.
 3. Com Diag. / Com Trat.
 4. Outros
 5. Sem Informação

18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

1. Exame Clínico e /ou Patologia Clínica
 2. Exames por Imagem
 3. Endoscopia
 4. Cirurgia Exploradora/ Necrópsia
 5. Citologia ou Hematologia
 6. Histologia da Metástase
 7. Histologia do Tumor primário
 9. Sem Informação

19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. TIPO HISTOLÓGICO

--	--	--	--	--	--	--	--

21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

1. Não 2. Sim 3. Duvidoso

22.(a) ESTADIAMENTO

--	--

22.(b) OUTRO ESTADIAMENTO
(para <18 anos)

--	--

23. TNM

--	--	--	--

24. pTNM

--	--	--	--

25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA

26. DATA DE INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27. PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

1. Recusa do Tratamento
 2. Doenças Avançadas, falta de condições clínicas
 3. Outras Doenças Associadas
 4. Abandono de Tratamento
 5. Complicações do Tratamento
 6. Óbito
 7. Outras
 8. Não se aplica
 9. Sem Informação

28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

1. Nenhum
 2. Cirurgia
 3. Radioterapia
 4. Quimioterapia
 5. Hormonioterapia
 6. Transplante de Medula Óssea
 7. Imunoterapia
 8. Outros
 9. Sem Informação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

1. Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
 2. Remissão Parcial
 3. Doença Estável
 4. Doença em Progressão
 5. Fora de Possibilidade Terapêutica
 6. Óbito
 8. Não se Aplica
 9. Sem Informação

30. DATA DO ÓBITO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE

--	--	--	--	--	--

32. CAUSA BÁSICA DA MORTE

--	--	--	--	--	--

33. SEGUIMENTO

1. Sim 2. Não

34. CÓDIGO DO REGISTRADOR

--	--

35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificação do Paciente

Informações sobre: a Doença, Tratamento, Óbito e Registro Hospitalar

ITENS OPCIONAIS

36. ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1. Casado
- 2. Solteiro
- 3. Desquitado/separado/divorciado
- 4. Viúvo
- 9. Sem Informação

37. DATA DA TRIAGEM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

38. HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Sem Informação

39. ALCOOLISMO

- 1. Sim
- 2. Não
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

40. TABAGISMO

- 1. Sim
- 2. Não
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

Informações sobre Doença

41. ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1. SUS
- 2. Não SUS
- 3. Veio por conta própria
- 9. Sem informação

42. EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1. Exame Clínico e Patologia Clínica
- 2. Exames por Imagem
- 3. Endoscopia e Cirurgia Exploradora
- 4. Anatomia Patológica
- 9. Sem Informação

43. LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44. LATERALIDADE

- 1. Direita
- 2. Esquerda
- 3. Bilateral
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

CODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:

FONTE DA INFORMAÇÃO

1. Consulta Médica
2. Consulta outro profissional da saúde
3. Carta ou telegrama
4. Telefonema
5. Visita domiciliar
6. Outro
9. Sem informação

ESTADO DA DOENÇA

1. Vivo, sem câncer
2. Vivo, com câncer
3. Vivo, SOE
4. Óbito, sem câncer
5. Óbito, com câncer
6. Óbito, SOE
9. Sem informação

QUALIDADE DE SOBREVIDA

1. Muito grave (acamado)
2. Severamente incapacitado
3. Alguma incapacidade
4. Ativo, com sintomas
5. Bem, sem queixas
8. Não se aplica
9. Sem informação

TRATAMENTO

1. Nenhum
2. Cirurgia
3. Radioterapia
4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia
6. Transplante de Medula Óssea
7. Imunoterapia
8. Outros
9. Sem informação

ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIDA	TRATAMENTO	METÁSTASE À DISTÂNCIA	DATA DA RECIDIVA
7º ANO	/ /	/ /					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /
OBSERVAÇÕES:								
10º ANO	/ /	/ /					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /
OBSERVAÇÕES:								
15º ANO	/ /	/ /					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /
OBSERVAÇÕES:								
20º ANO	/ /	/ /					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /
OBSERVAÇÕES:								

ANEXO N° 3

ESTADIAMENTOS COMPLEMENTARES

Os Registros Hospitalares de Câncer coletam informações a respeito do estadiamento clínico e patológico do tumor, no momento do diagnóstico.

Aconselha-se o uso do TNM da UICC, contudo, algumas instituições empregam outros sistema de estadiamento, que devem ser cadastrados, para que não se perca a informação.

Na última edição do TNM (5ª edição), foram incorporadas várias regras de compatibilização entre outros estadiamentos e o TNM.

LINFOMAS DE HODGKIN ANN ARBOR

É utilizada tanto para o estadiamento dos Linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

ESTÁDIO I Comprometimento de uma única cadeia linfonodal (I), ou comprometimento de um único órgão ou local extralinfático (I_e).

ESTÁDIO II Comprometimento de duas ou mais cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (II), ou comprometimento localizado de um único órgão, ou local extralinfático, e uma ou mais cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (II_e).

ESTÁDIO III Comprometimento de cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma (III), que pode ser acompanhado por comprometimento localizado de um único órgão ou local extralinfático (III_e), ou comprometimento do baço (III_s), ou comprometimento em ambos (III_{s+E}).

ESTÁDIO IV Comprometimento difuso (multifocal) de um ou mais órgãos extralinfáticos, com ou sem comprometimento linfonodal; ou comprometimento isolado de um órgão extralinfático com comprometimento linfonodal a distância (não-regional).

SINTOMAS Cada estágio deve ser dividido em A ou B, de acordo com a ausência ou presença dos seguintes sintomas:

- Perda de peso de mais de 10%, de causa inexplicável, nos seis meses anteriores ao primeiro atendimento.
- Febre inexplicável, com temperatura acima de 38° C.
- Sudorese noturna.

Comprometimento hepático é sempre considerado como doença extralinfática difusa (Estádio IV).

Comprometimento pulmonar quando limitado a um lobo ou extensão peri-hilar associada com linfadenopatia homolateral, ou derrame pleural unilateral com ou sem comprometimento pulmonar, porém com linfadenopatia hilar, são considerados como doença extralinfática localizada.

LINFOMAS NÃO HODGKIN ESTADIAMENTO DE MURPHY (St.JUDE)

ESTÁDIO I Um único tumor extranodal ou uma única área anatômica nodal, excluindo o mediastino e o abdômen.

ESTÁDIO II Um único tumor extranodal com comprometimento nodal regional.

- Tumor primário intestinal ressecado completamente (macroscopicamente), com ou sem envolvimento de linfonodos mesentéricos associados.
- No mesmo lado do diafragma:

A Duas ou mais áreas nodais.

B Dois tumores extranodais com ou sem envolvimento linfonodal regional.

ESTÁDIO III Ambos os lados do diafragma:

A Dois tumores extranodais.

B Duas ou mais áreas nodais.

- Todos os tumores intratorácicos (mediastinal, pleural, tímico).
- Tumor primário abdominal disseminado.
- Qualquer tumor paraespinal ou epidural.

ESTÁDIO IV Qualquer tumor com comprometimento inicial de Sistema Nervoso Central ou Medula Óssea (< 25% de infiltração).

LINFOMAS NÃO HODGKIN WORKING FORMULATION (WF)

BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE

A *Linfoma linfocítico de linfócitos pequenos*

Compatível com leucemia linfóide crônica

Plasmocitóide

B *Linfoma folicular predominantemente de pequenas células clivadas*

Com áreas difusas ou com esclerose

C *Linfoma folicular misto de pequenas células clivadas e grandes células*

Com áreas difusas ou com esclerose

GRAU INTERMEDIÁRIO DE MALIGNIDADE

D *Linfoma folicular predominantemente de grandes células*

Com áreas difusas ou com esclerose

E *Linfoma difuso de pequenas células clivadas*

Com esclerose

F *Linfoma difuso misto, de pequenas e grandes células*

Com esclerose, ou com componente de células epitelióides

G *Linfoma difuso de grandes células*

De células clivadas, de células não-clivadas, ou com esclerose

ALTO GRAU DE MALIGNIDADE

H *Linfoma de grandes células, imunoblástico*

Plasmocitóide, de células claras, polimorfo e com componente de células epitelióides

I *Linfoma linfoblástico*

De células convolutas, de células não-convolutas

J *Linfoma de pequenas células não-clivadas tipo Burkitt, ou com áreas foliculares*

MISCELÂNEA

Composto

Micose fungóide

Histiocítico verdadeiro

Plasmocitoma extramedular

Não-classificado

Outros

NEUROBLASTOMAS SISTEMA DE EVANS & D'ANGIO

ESTÁDIO I *Tumor limitado ao órgão ou estrutura de origem.*

ESTÁDIO I_{vs} *Pacientes que seriam classificados nos estádios I ou II, com metástases limitadas a um ou mais dos seguintes locais: fígado; pele ou medula óssea (sem evidência de metástase óssea), em pacientes menores de um ano de idade.*

ESTÁDIO II *Tumores que se estendem além do órgão ou estrutura de origem, sem cruzar a linha mediana. Os linfonodos homolaterais podem estar comprometidos.*

Observação Os tumores que apresentam extensão intra-espinhal são considerados estágio II, a não ser que a porção paravertebral cruze a linha mediana, quando então o estágio será o III.

ESTÁDIO III – *Tumores que se estendem em continuidade, além da linha mediana, podendo haver comprometimento de linfonodos regionais bilateralmente.*

ESTÁDIO IV *Metástases comprometendo esqueleto, medula óssea, órgãos, tecidos moles ou linfonodos a distância.*

PRÓSTATA WHITMORE • JEWET

ESTÁDIO A1 *Tumor achado incidentalmente em uma Ressecção Transuretral de Próstata (RTU), correspondendo a < 5% do tecido ressecado.*

ESTÁDIO B0 *Tumor não palpável, identificado por meio da elevação dos valores do PSA sérico.*

ESTÁDIO B1 *Tumor envolvendo metade do lobo ou menos; envolvendo mais que metade do lobo, desde que acometendo um único lobo.*

ESTÁDIO B2 *Tumor envolvendo ambos os lobos.*

ESTÁDIO C1 *Extensão extracapsular unilateral; extensão extracapsular bilateral ou tumor invadindo uma ou ambas as vesículas seminais.*

ESTÁDIO D *Envolvimento regional ou disseminado.*

COLO DE ÚTERO

FIGO • FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

- ESTÁDIO 0 *Carcinoma in situ; carcinoma intra-epitelial.*
- ESTÁDIO I *Carcinoma confinado ao colo.*
- ESTÁDIO IA *Carcinoma invasivo, identificado, apenas pela microscopia.*
- ESTÁDIO IB *Lesão clínica confinada ao colo ou lesão pré-clínica maior que IA.*
- ESTÁDIO II *Carcinoma estendendo-se abaixo do colo, mas sem extensão pela parede pélvica.*
- ESTÁDIO IIA *Sem envolvimento parametrial.*
- ESTÁDIO IIB *Envolvimento parametrial evidente.*
- ESTÁDIO III *Carcinoma estendendo a parede pélvica.*
- ESTÁDIO IIIA *Sem extensão da parede pélvica, mas envolvendo o 1/3 inferior da vagina.*
- ESTÁDIO IIIB *Extensão na parede pélvica, ou hidronefrose, ou rim não funcionando.*
- ESTÁDIO IV *Carcinoma envolvendo abaixo da pelve verdadeira, ou com envolvimento clínico da mucosa da bexiga ou reto.*
- ESTÁDIO IVA *Envolvimento e crescimento nos órgãos adjacentes.*
- ESTÁDIO IVB *Envolvimento a órgãos distantes.*

ANEXO N° 4

SOLICITAÇÕES DE INFORMAÇÕES AO RHC

As solicitações de levantamento de dados das bases do RHC devem ser feitas sempre por escrito, em formulário próprio, com especificação da solicitação, critérios de seleção dos casos, período a ser pesquisado, identificação do solicitante e serviço ou instituição à qual está vinculado.

Para residentes, estagiários e pessoas com vínculo temporário ao Hospital, deverá ser aposto na solicitação a autorização do Chefe da Clínica, do Diretor Clínico ou do Diretor Geral do Hospital, liberando o uso da informação, para assegurar o uso adequado da informação e a citação da fonte de dados.

Por ocasião da entrega do levantamento respectivo solicitante, será exigido a assinatura do Termo de Compromisso, no qual estão explícitas as limitações no uso das informações e a obrigatoriedade de citação da fonte dos dados.

Deve-se, ainda, estar atento para a necessidade de atender as rotinas estabelecidas pelas Comissões de Ética, Científica e de Prontuário de cada hospital.

HOSPITAL _____

REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES POR FUNCIONÁRIOS

Solicitação N^o _____ /200 _____

Solicito informações a respeito dos pacientes cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer.

PERÍODO SOLICITADO (anos): _____ a _____.

TOPOGRAFIA: _____.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE CASOS (descrever os aspectos desejados ou indesejáveis para seleção dos casos):

TRABALHO A SER REALIZADO:

SOLICITANTE: _____.

SERVIÇO: _____.

CIDADE, _____ de _____ de 200 _____.

Assinatura e identificação do solicitante

Observação: A citação da fonte deverá ser feita da seguinte maneira:

Fonte: Registro de Câncer do Hospital _____

HOSPITAL _____
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES POR RESIDENTES E ESTAGIÁRIOS

Solicitação N^o _____ /200 _____

Solicito informações a respeito dos pacientes cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer.

PERÍODO SOLICITADO (anos): _____ a _____.

TOPOGRAFIA: _____.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE CASOS (*descrever os aspectos desejados ou indesejáveis para seleção dos casos*):

TRABALHO A SER REALIZADO:

SOLICITANTE: _____.

SERVIÇO: _____.

CIDADE, _____ de _____ de 200 _____.

Assinatura e identificação do solicitante

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Autorizo a liberação das informações correspondentes à solicitação acima.

CIDADE, _____ de _____ de 200 _____.

Chefe do Serviço de

Observação: A citação da fonte deverá ser feita da seguinte maneira:

Fonte: Registro de Câncer do Hospital _____

HOSPITAL _____
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES FUNCIONÁRIOS CEDIDOS, APOSENTADOS
E PROFISSIONAIS EXTERNOS AO HOSPITAL

Solicitação N° _____ /200 _____

Solicito informações a respeito dos pacientes cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer.

PERÍODO SOLICITADO: _____ a _____.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE CASOS (*descrever os aspectos desejados ou indesejáveis para seleção dos casos*):

UTILIZAÇÃO A SER DADA ÀS INFORMAÇÕES:

SOLICITANTE: _____.

ORIGEM: _____.

CIDADE, _____ de _____ de 200 _____.

Assinatura e identificação do solicitante

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Autorizo a liberação das informações correspondentes à solicitação acima.

CIDADE, _____ de _____ de 200 _____.

Diretor do Hospital

Observação: A citação da fonte deverá ser feita da seguinte maneira:

Fonte: Registro de Câncer do Hospital _____

TERMO DE COMPROMISSO

Referência: Solicitação N° _____ /200_____

Estou ciente de que as informações que estou recebendo do Registro Hospitalar de Câncer pertencem ao acervo do Hospital _____, e devem ser utilizadas em acordo com os critérios de pesquisa científica, de sigilo médico e éticos, resguardados o sigilo e os direitos dos pacientes.

Os dados provenientes de relatórios deverão ter a correspondente citação nas referências bibliográficas, nos padrões estabelecidos pela ABNT, cujo exemplo está abaixo:

Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Registro Hospitalar de Câncer: Dados das Unidades Hospitalares do INCA – 1992. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1994. 77p.

Para as informações liberadas diretamente pelo Registro de Câncer, a citação deve ser:

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital _____.

A publicação de dados por profissionais externos ao Hospital _____ só poderá ser feita mediante autorização expressa da direção do Hospital _____.

CIDADE, _____ de _____ de 200_____.

assinatura _____ matrícula / identidade _____

