

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer

REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER

PLANEJAMENTO E GESTÃO

2ª edição revista e atualizada

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER

Planejamento e Gestão

2ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro, RJ
2010

© 2010 Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)

Rua dos Inválidos, 212 – 3º andar – Centro

20231-048 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (0xx21) 3970-7474

E-mail: conprev@inca.gov.br

www.inca.gov.br

Equipe de Elaboração

Paulo Antonio de Paiva Rebelo

Rosyane Garcês Moreira Lima

Elisângela Siqueira Costa Cabral

Marise Souto Rebelo

Consultoria Técnica em Anatomia Patológica

Ana Lúcia Amaral Eisenberg

Edição

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO (CEDC)

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20230-092 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3970-7818

Supervisão editorial: Letícia Casado

Edição e Produção Editorial: Taís Facina

Revisão: Parecer Consultoria de Idiomas

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação: g-dés

Ficha catalográfica: Esther Rocha

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Flama

I59r Instituto Nacional de Câncer.

Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

536 p.

ISBN 978-85-7318-165-4

1. Registros Hospitalares. 2. Neoplasias. 3. Institutos de Câncer. 4. Planejamento Hospitalar. 5. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD 614.59990285

Catálogo na fonte – Seção de Bibliotecas/ Coordenação de Educação

Títulos para indexação:

Em espanhol: *Registros Hospitalarios de Câncer – Planificación y Gestión*

Em inglês: *Hospital-based Cancer Registry – Planning and management*

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da Oficina de Trabalho promovida pela Coordenadoria Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para discutir o conteúdo das Fichas de Cadastro de Tumor e da Ficha de Seguimento.

Aos Coordenadores de Registros Hospitalares de Câncer, que enviaram suas contribuições e sugestões para o aprimoramento técnico deste manual.

Às equipes do INCA que trabalham no Registro Hospitalar do Hospital do Câncer I e da Divisão de Informações da Conprev que colaboraram na elaboração deste Manual.

APRESENTAÇÃO

A publicação dos *Registros Hospitalares de Câncer* – 2ª edição é importante passo para a consolidação e permanente atualização dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), e para o cumprimento da atribuição delegada ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), no contexto da Política Nacional de Assistência Oncológica do Ministério da Saúde.

É fruto do árduo trabalho de um grupo de especialistas do INCA, que acumulam 25 anos de experiência no trabalho com RHC, e das contribuições oriundas da constante troca de informações com os profissionais das diferentes regiões do Brasil, em treinamentos, participação em eventos científicos e consultoria.

Este Manual dá suporte à implantação da quinta versão da Ficha de Registro de Tumores dos RHC e orienta os registradores na sua atividade diária, cujo trabalho realizado com dedicação, persistência e competência, tem contribuído de modo relevante para a construção do sistema integrado de informações sobre câncer no Brasil.

Os dados oriundos dos RHC têm sido usados para aprimorar a assistência prestada aos pacientes com neoplasia maligna, pois traçam o perfil da clientela, evidenciam aspectos demográficos, mostram os recursos que são usados no diagnóstico e tratamento, acompanham a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo.

Os Registros de Câncer também se constituem em importante instrumento de apoio à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, ao planejamento de saúde, à avaliação da qualidade da atividade assistencial e como subsídio para a elaboração de pesquisa clínica e trabalhos científicos.

Ao completar 25 anos de atividade ininterrupta, desde 1983, quando foi implantado no INCA o primeiro RHC brasileiro, tendo por base as orientações e padronizações preconizadas pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e pelo Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) do Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América, foi acumulada experiência, que tornou possível as adaptações, adequação e evolução dos Registros de Câncer no Brasil, cuja integração e estabelecimento de diretrizes fica a cargo do INCA, com colaboração e apoio das Secretarias Estaduais de Saúde.

Desde 1993, o funcionamento dos RHC no Brasil é amparado por consistente base legal, inicialmente com base na Portaria nº 171 do Ministério da Saúde, que classificou os hospitais de atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), considerando imperativa a existência de RHC nesses hospitais para melhorar a qualidade da informação hospitalar.

Em 1998, a Portaria MS nº 3.535, que regulamentou os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), evidenciou a necessidade dos RHC, nestas instituições, reforçando o papel dos RHC nas instituições de atendimento a pacientes com câncer.

Em 2005, a questão dos RHC foi reafirmada e fortalecida, pela Portaria MS nº 741 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), que redefiniu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON), suas aptidões e qualidades, reafirmando, em seu Anexo I, que as Unidades e Centros devem dispor e manter em funcionamento o RHC informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo INCA. Em seu Artigo 5º, estabelece que as Unidades e Centros implantem, em 12 meses, a partir da publicação da portaria, o RHC informatizado, se inexistente no hospital; em seu Parágrafo Único, estabelece que arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados deverão, no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, ser encaminhados para o INCA, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica.

Partindo desta base legal e tendo o Programa Estadual de Vigilância do Câncer (PAV) como principal eixo estruturante destas ações nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), os RHC se expandiram rapidamente no país, alcançando hoje grande número das unidades da rede de alta complexidade em oncologia do SUS. As padronizações das rotinas e procedimentos dos RHC foram estabelecidas pelo INCA por meio da realização de oficinas de consenso com especialistas, em 1999, e publicadas na primeira edição deste manual, no ano 2000. O aplicativo informatizado SisRHC, desenvolvido pelo MS, por intermédio do INCA, em 2002, tem sido permanentemente aprimorado, atualizado pela incorporação de sugestões dos usuários e gestores do sistema, que é distribuído gratuitamente para as SES, que o disponibiliza aos hospitais, possibilitando e garantindo a padronização necessária do processamento dos dados de acordo com as normas técnico-operacionais preconizadas.

Em maio de 2007, o INCA realizou a segunda oficina de consenso para revisão e atualização das informações para adaptação dos instrumentos de coleta à incorporação de novas técnicas pela assistência hospitalar aos pacientes com câncer, melhorias das rotinas e padronizações técnicas de condutas dos RHC, com participação de diversos profissionais de notória experiência nessa área, representantes do MS, SES, universidades, instituições de pesquisa, associações de especialidades e hospitais de câncer. Como desdobramento desta oficina foram atualizadas as fichas de coleta e seguimento, bem como este manual de orientações referentes às rotinas e procedimentos e as correspondentes adaptações do SisRHC. Essas atualizações estão previstas para serem implementadas nos casos matriculados a partir de janeiro de 2009.

Como órgão do Ministério da Saúde responsável pela prevenção e controle do câncer no Brasil, o INCA vem desenvolvendo um conjunto de ações no sentido de padronizar, garantir apoio técnico e divulgar os dados dos RHC. Com isso priorizou-se nos últimos cinco anos a implantação e consolidação desses centros de coleta nas unidades hospitalares, entendendo seu enorme potencial gerador de informações para o corpo clínico, para os gestores das próprias unidades, dos municípios e dos estados. Contudo, ainda são necessárias ações para que se possa dispor de informações consolidadas, nos níveis municipais, estadual e nacional, sobre as características dos casos de câncer cadastrados pelos registros hospitalares.

Assim sendo, o INCA desenvolveu e implantou um sistema informatizado via internet, para o envio, a consolidação, o acompanhamento e a análise dos dados nacionais dos RHC brasileiros - Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC). O complexo formado pelo módulo integrador e o SisRHC é o RHC Brasil. Esse sistema abrange desde a captação de dados

dos RHC utilizando o SisRHC, a consolidação das informações no Integrador RHC; e por fim, tornar disponíveis esses dados para análise, pesquisa, tabulações e exportações.

As principais razões na utilização de um sistema web centralizado para consolidação dos dados é: facilidade e rapidez para transmissão de dados; utilização de dados padronizados; criação de um banco de dados nacional; amplo acesso na divulgação; e armazenamento central em local seguro.

Com a atualização deste manual, o Instituto Nacional de Câncer quer garantir o cumprimento das normas e dos padrões de qualidade dos Registros Hospitalares de Câncer, qualquer que seja seu estágio de desenvolvimento de suas atividades, oferecendo os meios para capacitação e orientação daqueles que trabalham nos RHC.

Direção Geral do Instituto Nacional de Câncer

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	17
PLANEJAMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER NO HOSPITAL	23
Decisão de implantar o Registro	25
Indicação do responsável	26
Avaliação da infraestrutura	26
Instalações	27
Pessoal	27
Prontuário de saúde	30
Planejamento da implantação	32
Estabelecimento de rotinas e procedimentos	33
Treinamento da equipe	33
Realização do teste piloto	33
Início das atividades	34
Conteúdo das fichas de coleta de dados	34
Elaboração do manual do Registro de Câncer	35
O Sistema Informatizado de Apoio aos RHC – SisRHC	36
Revisões futuras da ficha, do manual e do programa de computador	37
Livro de ocorrências	37
COMISSÃO ASSESSORA	39
CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE CASOS A SEREM CADASTRADOS NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER E SUA CLASSIFICAÇÃO PARA ANÁLISE POSTERIOR . . .	41
Estratégias para identificação dos casos novos de câncer	41
Maligno	42
Benigno	42
Incerto	43
Sem diagnóstico	43
Incompleto	43
Matrícula cancelada / prontuário vazio	43
Outros	43
Controle de solicitação de prontuários para identificação e cadastro de casos . .	44
Critério 1 – Diagnóstico Morfológico de Câncer	45
Critério 2 – Clinicamente tumor maligno	45
Critério 3 – Cadastro por interesse do hospital	46
Casos analíticos e não analíticos	47

PREENCHIMENTO DA FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	51
Número de identificação do paciente no registro hospitalar de câncer do hospital	52
Itens de preenchimento obrigatório	53
1 • Itens de identificação do paciente	53
2 • Itens demográficos e culturais	57
3 • Itens de localização do paciente	64
4 • Itens de caracterização do diagnóstico	66
5 • Itens de caracterização do tumor	77
6 • Itens de caracterização do 1º tratamento	93
7 • Item de seleção do tumor para seguimento	108
8 • Item de identificação do registrador	110
Data da digitação da ficha	111
Itens opcionais	111
Itens complementares	132
CORRELAÇÃO ENTRE LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA) E O TIPO HISTOLÓGICO DO TECIDO TUMORAL (HISTOLOGIA) PELA CID-O/3 ...	135
TNM – Classificação de tumores malignos	201
Regras gerais do sistema TNM	203
TNM clínico	204
pTNM – TNM patológico	204
Estadiamento clínico e patológico	205
TNM e estadiamento clínico	208
RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS – TNM / 6ª EDIÇÃO PARA TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO	213
SEGUIMENTO DE TUMORES	283
SELEÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER ELEGÍVEIS PARA SEGUIMENTO	285
DIMENSIONAMENTO DO SEGUIMENTO	287
ACESSO AOS PRONTUÁRIOS	293
Identificação das informações no prontuário	294
Anotações nos prontuários de informações não disponíveis	296
Arquivo inativo e intermediário	296
Cuidados com documentos velhos e mal conservados	297
Prontuário eletrônico	297
A FICHA DE SEGUIMENTO DE TUMOR	299
Fontes de informações para o seguimento	300
Busca em outras fontes de informações no próprio hospital	300
Busca no sistema de mortalidade	301

Outras fontes externas	303
Busca ativa	304
Itens de identificação do paciente	304
Número do prontuário hospitalar	305
Nome completo do paciente	305
Itens de identificação do tumor	306
Acompanhamento de tumores	306
Número do tumor	307
Data do primeiro diagnóstico do tumor	307
Localização do tumor primário (topografia na CID-O/3)	307
Tipo histológico do tumor primário	308
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE	309
FICHA DE SEGUIMENTO	311
Data da identificação do evento	312
Data da última informação sobre o paciente	313
Fonte da informação	313
Estado da doença	315
Qualidade de sobrevivência (Índice de Zubrod ou Karnofsky)	317
Tratamento subsequente	319
Tipo de recidiva	320
Novas metástases a distância	321
Data de aparecimento da recidiva/metástase	322
Código de identificação do registrador	322
Observação relevante relacionada ao seguimento do paciente	322
RECOMENDO INFORMAÇÕES DE SEGUIMENTO	323
Data da identificação do evento	324
Data da última informação sobre o paciente	324
Fonte da informação	324
Estado da doença	324
Qualidade de sobrevivência (Índice de Zubrod ou Karnofsky)	325
Tratamento	326
Tipo de recidiva	326
Novas metástases a distância	326
Data de aparecimento da recidiva/metástase	326
Observações relevantes relacionadas ao seguimento do paciente	327
Código de identificação do registrador	327
Perda de seguimento	327
Crítica entre os itens da ficha de seguimento	327

VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS ANUAL E SUA LIBERAÇÃO	333
INCLUSÃO DOS CASOS NA BASE DE DADOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER	335
VALIDAÇÃO DA BASE DE DADOS NO REGISTRO DE CÂNCER PELO COORDENADOR DO RHC	337
Crítica nos itens obrigatórios da Ficha de Registro de Tumor	339
Crítica nos itens opcionais da Ficha de Registro de Tumor	341
Crítica nos itens da ficha de seguimento	345
Validação dos casos no SisRHC	346
Crítica a partir dos relatórios padronizados do SisRHC	347
Lições aprendidas	348
EMISSÃO DE RELATÓRIOS	349
Relatório anual	352
Conjunto de pacientes atendidos	352
Casos analíticos de neoplasias malignas	353
Características dos pacientes	354
Considerações sobre a caracterização das neoplasias tumorais malignas atendidas	355
Considerações sobre as características da assistência aos pacientes com neoplasias tumorais malignas	356
Avaliação do óbito do paciente	358
Tumores pediátricos	358
Itens complementares	359
Topografias por sexo e faixa etária	360
Topografia por morfologia e sexo	360
Relatório de seguimento	360
Relatório geral para planejamento do seguimento	361
Relatório para acompanhamento da realização do seguimento	362
Relatórios descritivos	362
Perfil do seguimento	362
Resultado do seguimento	363
Elaboração de relatórios especiais	363
COMPATIBILIZAÇÃO DAS FICHAS DE REGISTRO DE TUMOR (VERSÕES ATUAL E ANTERIOR)	365
Itens de preenchimento obrigatório	366
Itens de identificação do paciente	366
Itens demográficos e culturais	368
Itens de localização do paciente	371
Itens de caracterização do diagnóstico	373
Itens de caracterização do tumor	374
Itens de caracterização do primeiro tratamento	376

Itens de seleção do paciente para seguimento.	379
Item de identificação do registrador	379
Itens opcionais.	380
Itens complementares.	385
COMPATIBILIZAÇÃO DAS FICHAS DE SEGUIMENTO DE TUMOR (VERSÕES ATUAL E ANTERIOR)	387
Itens de identificação do paciente	388
Número do prontuário hospitalar	388
Nome completo do paciente.	388
Itens de identificação do tumor	389
Quadro de acompanhamento de tumores	389
Número do tumor.	389
Data do primeiro diagnóstico do tumor.	389
Localização do tumor primário (topografia na CID-O/3).	390
Tipo histológico do tumor primário	390
Informações sobre a doença, o doente, o tratamento e o óbito do paciente.	390
Data da identificação do evento	390
Data da última informação sobre o paciente	390
Fonte da informação.	391
Estado da doença.	391
Qualidade de sobrevivência (Índice de Zubrod ou Karnofsky).	392
Tratamento subsequente.	392
Tipo de recidiva	392
Novas metástases a distância	393
Data de aparecimento da recidiva/metástase	393
Código de identificação do registrador	393
Observação relevante relacionada ao seguimento do paciente.	393
INDICADORES DE DESEMPENHO DO REGISTRO HOSPITALAR	395
Indicadores de processo	396
Indicadores de produtividade	400
Indicadores de qualidade	402
ESTUDOS TEMPORAIS	407
Informações sobre a doença, o paciente, o tratamento realizado e o óbito do paciente com câncer.	409
Perda de seguimento.	411
CrITÉRIOS para liberação de informações.	412
Saídas não rotineiras.	414
Para a instituição e seus profissionais.	414
Para instituições externas ao hospital ou profissionais externos.	415
Para a imprensa.	415

Outras situações e as não previstas	415
SELEÇÃO E FORMAÇÃO DO REGISTRADOR	417
Seleção de candidatos a registrador	420
Treinamento	420
Atividades complementares	421
Atividades de seguimento	421
Atualização profissional	422
GLOSSÁRIO	423
ANEXOS	479
ANEXO 1 - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	481
Número de identificação do paciente no registro hospitalar de câncer do hospital	481
Itens de preenchimento obrigatório	481
ANEXO 2 - FICHA DE SEGUIMENTO	485
Itens de identificação do tumor	485
Acompanhamento de tumores	485
Informações sobre a doença, o doente, o tratamento e o óbito do paciente	486
Ficha de seguimento	487
ANEXO 3 - PORTARIA GM/MS Nº 2.439, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005	489
ANEXO 4 - PORTARIA MS Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005	493
ANEXO 5 - PRINCIPAIS MUDANÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS, 7ª EDIÇÃO (TNM-7), EM RELAÇÃO AO TNM-6	517
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA LEITURA COMPLEMENTAR	529
ANOTAÇÕES IMPORTANTES	532

INTRODUÇÃO

Os Registros Hospitalares de Câncer – RHC são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições, sejam públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias.

A implantação de registros de câncer em cada hospital tem por base a convicção de que os pacientes serão mais bem atendidos se o hospital contar com um registro que, entre outros benefícios, terá disponíveis informações, melhoria de processos administrativos e da documentação referentes à assistência ao paciente e também servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento.

O propósito de um Registro Hospitalar é o de atender às necessidades da administração do hospital, do programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, do paciente em particular.

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

Ao conjunto de dados padronizados e obrigatórios que são coletados por cada registro, de acordo com as necessidades do hospital, podem ser acrescentados outros em função de sua capacidade de obtenção dessas informações, sejam a partir de listas pré-estabelecidas (itens opcionais) ou dados específicos de cada instituição (itens complementares).

Como parte da padronização de informações, todos os registros utilizam classificações e codificações de uso nacional e padrões internacionais para identificar características pessoais dos pacientes com câncer, informações clínicas e da doença.

Os casos novos de câncer poderão ser localizados a partir da verificação de todos os prontuários abertos no hospital, pela busca ativa em setores selecionados – que incluem anatomia patológica e serviços especializados – ou ainda por meio do recebimento de notificação oriunda dos diversos serviços ao RHC a cada novo diagnóstico de câncer firmado.

Identificado um novo caso de câncer, o RHC faz o cadastro do caso, coletando e consolidando os dados, a partir de fontes variadas (prontuários, atestados de óbitos, bases de dados informatizadas dos hospitais etc.) com a finalidade de melhor conhecer e dar suporte às atividades de planejamento e gestão hospitalar, de diagnóstico, tratamento e seguimento, e da avaliação da qualidade da atenção médica. O RHC oferece as seguintes vantagens:

1) Aumento da eficiência do seguimento do paciente por meio de coleta periódica e padronização de dados relacionados à evolução da enfermidade (por exemplo: seguimento nº 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos após o primeiro diagnóstico do tumor).

2) Facilidade na condução de atividades de auditoria médica, pois constam em suas bases de dados as informações relacionadas ao tipo e à qualidade da atenção recebida e do seguimento dos pacientes. Exemplos de tais atividades incluem a monitoração de procedimentos recebidos para se chegar ao diagnóstico ou o tempo transcorrido desde a primeira visita (ou hospitalização) e o diagnóstico. A disponibilidade desses 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) Auxílio às 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-epidemiológico, 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 têm como objetivo a investigação de hipóteses com base em casos identificados no banco 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 RHC, 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 populacional atribuível, 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) Aumento de qualidade dos Registros de Câncer de Base Populacional - RCBP, pois os RHC passam a ser 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 o conteúdo das informações e as respectivas fichas de coleta de dados, revistos a cada cinco anos.

Realizou-se no Rio de Janeiro, nos dias 30 e 31 de maio de 2007, a 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 nos casos novos a partir de janeiro de 2010. Os participantes do encontro (composto de especialistas com representatividade das principais instituições públicas filantrópicas e privadas e dos registros de câncer do Brasil) aprovaram as fichas.

Tendo por base as conclusões e recomendações da Oficina de Trabalho, as equipes do INCA que atuam no Registro Hospitalar do Hospital do Câncer I e da Divisão de Informações da Conprev elaboraram este Manual, para padronizar o uso das fichas e auxiliar no treinamento de novos registradores, o qual contou com a colaboração de 25 profissionais, com diferentes formações e experiências, que atuam em instituições representativas dos governos federal e estaduais, e também de instituições públicas e privadas, que ofereceram valorosas contribuições, utilizadas para estabelecer conceitos e subsidiar a elaboração do texto deste manual. A eles somos muito gratos.

Ana Lúcia A. Eisenberg (Divisão de Anatomia Patológica – INCA/MS)
Josefa Ângela P Aquino (SES/PB – Vig. Câncer/RHC e SIM)
Berenice Navarro Antoniazzi (SES/MG – Vig. Câncer/RHC e ABRC)
Carlos Anselmo Lima (RHC do Hospital Dr. João Alves – SE)
Cláudio Noronha (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Dermeval Nunes (RHC do Hospital Aristides Maltez – BA)
Eduardo Macário (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS)
Elisângela Cabral (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Elmando Sampaio Silva (RHC do Hospital Aristides Maltez – BA)
João Luiz Vianna (COAE/Divisão de Tecnologia da Informação – INCA/MS)
José Antonio Marques (SES/FOSP/Diretor Científico – SP)
Júlio Fernando P. Oliveira (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Marceli Oliveira Santos (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Maria do Carmo Esteves da Costa (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Fátima Sueli Neto Ribeiro (Conprev/Div. Câncer Ocupacional e Ambiental – INCA/MS)
Marise Souto Rebelo (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Paola A Pedruzzi (RHC do Hospital Erasto Gaertner – PR)
Paulo Antonio de Paiva Rebelo (RHC do Hospital do Câncer I – RJ – INCA/MS)
Regina Célia A Silva (RHC do Hospital Erasto Gaertner – PR)
Rejane Goldfarb (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Rejane Reis (Conprev/Divisão de Informação – INCA/MS)
Ruth Maria M Capra (RHC do Hospital Amaral Carvalho – Jaú/SP)

Ubirani Otero (Conprev/Divisão de Câncer Ocupacional e Ambiental – INCA/MS)

Valéria L Tonetti (SES/FOSP/Núcleo de RHC – SP)

Zina Reis Pinheiro (COAE/Divisão de Tecnologia da Informação – INCA/MS)

Em relação à versão anterior, este manual não é apenas uma simples atualização ou ampliação. O manual foi reescrito para adotar as modificações decorrentes de inclusões, modificações e exclusões nos itens das fichas de registro de tumor e de seguimento e na sua ordem de apresentação. Também foram implantadas melhorias, inclusão de novos capítulos, revisão, ampliação e atualização dos capítulos existentes e, principalmente, reforço e esclarecimento da base conceitual e significado das informações a serem coletadas em cada item das fichas. Assim, mesmo para os profissionais experientes, será necessário fazer um treinamento de atualização nas fichas e no conteúdo do novo manual. O conteúdo geral foi ampliado, seja pela inclusão de novos capítulos ou de novas informações naqueles já existentes, fruto das colaborações recebidas dos registros, visando adequar o manual às diferentes situações que representam as diversas realidades dos RHC e também às observações e comentários que foram captados durante os inúmeros treinamentos ministrados entre a publicação anterior e a elaboração do novo manual que agora está sendo publicado.

Vale ressaltar a absoluta necessidade de padronização nos conceitos, no uso correto das fichas e no emprego das classificações, no trabalho realizado em cada Registro Hospitalar de Câncer. Contudo, também é recomendado que cada RHC adapte este manual às características que são peculiares ao seu hospital, tais como o perfil da clientela, a estratégia de identificação de casos novos, o sistema de contratação e remuneração de pessoal, a constituição da comissão assessora, os fluxos de movimentação de prontuários e o acesso a sistemas informatizados em cada instituição, desde que não modifique a essência das orientações e a necessária rigidez conceitual e de padronização.

Cada hospital, se necessário, deve complementar o manual com as adaptações às suas características e rotinas de trabalho, devendo incluir o registro e a justificativa dessas adaptações e modificações no seu respectivo livro de ocorrência.

Fica, também, a critério de cada instituição, estabelecer sua lista de tumores notificáveis, assim como informar a maneira mais adequada de identificar os casos de câncer a serem cadastrados.

Todos os casos de câncer cadastrados pelo RHC são incluídos no relatório anual do registro de câncer, em tabulações que serão usadas para avaliar a efetividade da instituição no que diz respeito a cuidados com o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna.

Este manual tem por objetivo orientar e padronizar as condutas e procedimentos em todas as etapas do trabalho do RHC, desde o planejamento para sua implantação até a divulgação de estudos analíticos, com base nos bancos de dados do registro de câncer.

É instrumento de consulta frequente e deve permanecer ao alcance do registrador, devendo as dúvidas e propostas de alterações ou melhorias serem encaminhadas à divisão de Informação do INCA/CONPREV, pelo e-mail dica@inca.gov.br.

Este manual também representa uma homenagem dos autores a todos os gestores que, ao definir políticas de câncer, criaram as condições para a implantação dos Registros Hospitalares de Câncer e apoiaram o surgimento da atividade profissional de Registrador de Câncer no Brasil. A todos que a ela têm se dedicado, com esmero e competência, em especial nosso reconhecimento à Telma Ruth Silveira, que liderou a implantação do registro pioneiro do INCA e à Alba Lúcia Maya, consultora da OPAS, que treinou os primeiros registradores do Brasil, no início dos anos 1980, sob a chancela inovadora do INCA, e foi incentivadora para a criação da Associação Brasileira de Registros de Câncer – ABRC.

Paulo Antonio de Paiva Rebelo
Elisângela Siqueira Costa Cabral
Rosyane Garcês Moreira Lima
Marise Souto Rebelo

PLANEJAMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER NO HOSPITAL

Na área da Saúde, a existência de sistemas de coleta sistemática de informações a respeito de adoecimento e mortalidade de populações é prática estabelecida há dois séculos, com destaque para algumas doenças, entre elas o câncer.

Classicamente, existem dois tipos de registros de câncer, os populacionais - RCBP, referentes a áreas geográficas estabelecidas, para conhecer o impacto da doença na população, por meio da avaliação de incidência e mortalidade, e os registros hospitalares - RHC, implantados em hospitais que atendem pacientes com câncer, com o objetivo de conhecer o perfil da população assistida na instituição, os recursos utilizados e a efetividade dos tratamentos oferecidos.

No Brasil, a partir de 1980, por iniciativa do Instituto Nacional de Câncer, foram desenvolvidas ações para fomentar a implantação de RHC, seguindo orientações padronizadas em nível nacional e a oferta de apoio técnico, incluindo a capacitação de pessoas, com a convicção de que assim estaria colaborando para a melhoria da gestão hospitalar, da assistência ao paciente com câncer e do apoio ao desenvolvimento da pesquisa clínica.

Aos poucos, alguns hospitais especializados no atendimento de pacientes com câncer e hospitais gerais com serviços de oncologia vislumbraram ter no Registro Hospitalar de Câncer – RHC uma importante fonte de informações para apoio aos seus processos administrativos, técnicos e científicos.

Contudo, para o sucesso na implantação do RHC, torna-se indispensável a realização de criterioso planejamento das etapas de coleta, armazenamento, tabulação, análise e divulgação de dados a respeito dos pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas atendidos no hospital.

Para padronizar procedimentos e possibilitar o resgate dos dados e a análise das informações, devem-se adotar as rotinas, os padrões e as orientações validadas e aceitas internacionalmente, com as devidas adaptações à realidade do país e do hospital.

Como referência, utilizamos o 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 por meio da Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer do Instituto Nacional de Câncer – Pro-Onco.

Devido à importância dos RHC como fonte de informação, o Ministério da Saúde, em 02 de setembro de 1998, publicou a Portaria Nº 3535/GM que ao estabelecer critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, torna obrigatório *“dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde”* (item 2.3 da Portaria 3.535).

Em 2005, devido à necessidade de organizar a rede de atenção oncológica, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecendo regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia, que dentre outras exigências, mantém a obrigatoriedade de existência dos Registros Hospitalares de Câncer e define parâmetros para sua implantação e funcionamento.

No seu Artigo 5º, a Portaria MS/SAS Nº 741 de 19/12/2005 – anexo 4 estabelece que as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia *“implantem, em doze meses a partir da publicação dessa Portaria, o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado, se inexistente no hospital”*.

Determina ainda no Parágrafo Único do referido artigo, que *“Arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados deverão, no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, ser encaminhados para o Instituto Nacional de Câncer, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica”*.

Para manter as necessárias atualizações do conjunto de informações a serem coletas pelo RHC, acompanhar as incorporações científicas e técnicas do atendimento ao paciente com câncer e as orientações normativas da Política Nacional de Atenção Oncológica, o INCA tem promovido revisões periódicas das fichas do RHC aproveitando a experiência acumulada nos últimos 25 anos de existências de RHC no Brasil.

Na revisão, os itens da ficha de registro de tumor foram classificados em três categorias:

- a) As informações classificadas como obrigatórias que devem ser coletadas em sua totalidade, uma vez que foram consideradas essenciais a qualquer hospital que se proponha a implantar um Registro Hospitalar de Câncer – RHC.
- b) Os itens opcionais, que constituem um novo grupo de informações, cuja decisão de coletá-los ficará a cargo de cada hospital, de modo que, se feita a opção de coletá-las, seu preenchimento torna-se integral e obrigatório para todos os casos cadastrados.
- c) Itens complementares, que serão definidos por cada hospital, para atender a necessidades específicas da instituição.

Cada hospital deve avaliar se existe a capacidade de gerar as informações propostas, de onde e quando resgatá-las, e os meios a serem usados para armazená-las, promover análises e como fazer para divulgá-las.

Para funcionar adequadamente, o RHC depende da estrutura hospitalar, em especial daquela relacionada aos prontuários de saúde, de informática e de infraestrutura, que deve ser avaliada em relação às demandas e impactos que a implantação do RHC acarretará em suas respectivas rotinas.

Certamente, algum tipo de melhoria e de adaptação será necessário, e o trabalho junto aos responsáveis pela coleta primária das informações e o correspondente treinamento do pessoal envolvido em todas as etapas do processo devem ser providenciados.

DECISÃO DE IMPLANTAR O REGISTRO

Atualmente, a principal motivação para implantação dos RHC tem sido a exigência da Portaria MS/SAS Nº 741 de 19/12/2005. Entretanto, para que o RHC funcione adequadamente e cumpra integralmente suas atribuições, depende do apoio institucional da alta gerência e do corpo técnico do hospital para garantir as condições de instalação, manutenção e capacitação que são indispensáveis ao seu pleno funcionamento.

Os gestores deverão estar cientes dos benefícios advindos do RHC e da possibilidade de uso das informações geradas por ele para subsidiar a área de planejamento institucional e a administração hospitalar, pois só assim compreenderão que é fundamental oferecer as condições de trabalho para a equipe do RHC.

O corpo clínico também deve ser mobilizado e engajado na geração de informações referentes à assistência ao paciente e ao correto e completo fornecimento de dados. Essa importante atuação retornará como informações a respeito da efetividade dos tratamentos aplicados.

Os pesquisadores deverão ser informados que terão no RHC a mais completa base de dados do hospital para identificar casos, escolher grupos de pacientes com características pré-selecionadas e fornecer informações para seus trabalhos científicos.

E, finalmente, a administração deverá compreender que o RHC é uma atividade importante para a instituição e merecedora de atenção em igualdade de condições com os demais serviços do Hospital, devendo receber local de trabalho e recursos adequados à realização de sua atividade.

INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

O trabalho de implantação do RHC deve ser desenvolvido por profissional que conheça o funcionamento do hospital e também a dinâmica de trabalho do RHC, de modo que possa identificar todos os pontos críticos no processo, proponha soluções e dimensione os recursos necessários.

Também é importante que seja um bom articulador para trabalhar as interfaces com os demais serviços e promover o novo produto no interior da instituição a todos os potenciais usuários.

Deverá ter acesso à direção do hospital para apresentar o projeto de implantação do RHC e garantir os recursos necessários, entre eles espaço físico e pessoal com dedicação exclusiva ao RHC.

Esse profissional deverá, internamente, persuadir os colegas a participarem da comissão assessora do RHC, deixando evidente a importância de sua participação para o sucesso do RHC e dos seus decorrentes resultados para a instituição.

Será o responsável pela definição e seleção da equipe que trabalhará no RHC e pelo respectivo treinamento de capacitação nas atividades técnicas do RHC e nos procedimentos e rotinas do hospital.

Externamente, deverá manter contato com os gestores do Programa de Câncer da Secretaria Estadual da Saúde, pois são eles os interlocutores com o INCA e com a rede hospitalar no estado.

Ao final do processo de implantação, deverá coordenar a realização do piloto de funcionamento do RHC e, caso não venha a assumir a coordenação do RHC em sua fase operacional, identificar o profissional capacitado a coordenar o RHC e as pessoas que serão capacitadas para trabalhar como membros da equipe do RHC.

O profissional que implantará e coordenará o RHC deverá ser selecionado, indicado e remunerado de acordo com as políticas e sistemáticas de cada hospital. Também deverá ser definida a carga horária que dedicará ao RHC, estabelecida em função do número de casos cadastrados e da composição e do número de pessoas da equipe do Registro.

AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA

Três pontos são básicos na infraestrutura de apoio ao funcionamento do RHC. São eles:

- a) As instalações.
- b) A equipe.
- c) O prontuário de saúde.

Instalações

Como em qualquer outra nova atividade a ser implantada, para funcionar, o RHC dependerá de pessoas para executar atividades de competência do próprio setor, de espaço físico adequado, de mobiliário e equipamentos e também de infraestrutura.

Uma falha muito comum tem sido considerar o RHC como apêndice do arquivo médico e delegar à equipe do arquivo essa nova atividade, como mais uma rotina de trabalho. São atividades que têm no prontuário de saúde do paciente seu principal material de trabalho, mas com objetivos e métodos diferentes.

O trabalho no RHC é técnico, especializado e específico, necessitando de profissionais capacitados e com dedicação à função. Se no arquivo existir o profissional com o perfil exigido para o RHC, deve ser realocado para compor a equipe do RHC.

Portanto, é indispensável dispor de espaço físico com característica de trabalho na área administrativa, com mesa, arquivo para fichas, armário para guarda de materiais, computador e linha telefônica. O ambiente deve ser reservado e silencioso, para que nele seja desenvolvida a atividade que demanda concentração e atenção ao que se está fazendo.

Materiais de escritório e suprimentos devem ser disponibilizados sempre que necessário.

Outro ponto importante é a proximidade com o arquivo de prontuário, para facilitar o acesso e restringir o fluxo dessa documentação pelo hospital.

Pessoal

Pela complexidade das atividades desenvolvidas no RHC, existe a necessidade de características individuais e treinamento específico para atuação como registrador, recomendando-se como nível mínimo de escolaridade, o ensino médio completo (vide capítulo Seleção e Formação do Registrador).

A atividade profissional no RHC exige, além da escolaridade e da capacitação específica, - no curso de formação de registrador de câncer - o domínio de conhecimentos e ferramentas que possibilitem a otimização no desempenho da atividade com qualidade. Por isso, esse profissional, se possível, também deverá saber operar com destreza o microcomputador.

Em função do número de casos novos e da quantidade de pacientes a serem seguidos, será estabelecido o número de profissionais que trabalharão na equipe do RHC e a carga horária que devem dedicar. Sugere-se o cumprimento de carga horária semanal de 40 horas. Contudo, é preciso considerar características locais e institucionais quanto à formalização de contratos de trabalho. É recomendado que os registradores não tenham outras atividades na instituição, a não ser naqueles casos em que é evidente que o profissional está ocioso durante grande parte de sua carga horária de trabalho. Nessa situação deve ser considerado se não é melhor ter um profissional com contrato

em tempo parcial, pois a experiência tem evidenciado que, quando o profissional atua em diferentes áreas, é comum ocorrer descontinuidade do trabalho no RHC.

Faz parte da formação do registrador: 1) o conhecimento básico de anatomia, terminologia de saúde, do conteúdo do prontuário de saúde do paciente e do fluxo dos pacientes na instituição; 2) o conhecimento detalhado do Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC, onde estão descritas as codificações de todos os itens da ficha de registro de tumor; 3) a correta utilização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – terceira edição (CID-O-3ª-edição), que deriva da décima revisão da CID-10, a Classificação de Tumores Malignos – TNM 6ª edição, a Classificação Internacional de Tumores Classificação Internacional do Câncer na Infância – CICI e os códigos de identificação dos municípios brasileiros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Todos esses conhecimentos são repassados nos treinamentos específicos para Registradores de Câncer.

No decorrer dos 25 anos de existência de Registros Hospitalares de Câncer, no Brasil, muitas mudanças ocorreram nas instituições de saúde, seja pela incorporação de recursos tecnológicos, pela profissionalização da gestão hospitalar ou pela utilização intensa de recursos de informática.

Portanto, a cada revisão ou atualização do conjunto de itens que compõem as fichas de registro de tumor e da ficha de seguimento, ou em decorrência da publicação de novas edições das classificações utilizadas, torna-se obrigatório o retreinamento do Registrador. Isto sem falar das constantes mudanças em consequência da introdução de novos protocolos de tratamento, incorporação de novos recursos técnicos de diagnóstico e tratamento ou mesmo de mudanças no perfil do hospital ou de sua clientela.

O bom registrador se forma com o acúmulo de experiência e aquisição de novos conhecimentos. Ele, aos poucos, vai tornando-se a memória viva da instituição, da sua evolução, dos seus erros e acertos no âmbito do RHC, de como se chegou à situação atual e quais as peculiaridades em cada etapa vivenciada. Não pode ser substituído por procedimentos mecanizados ou pela lógica binária dos processos de informatização na sua atividade especializada de identificação, seleção, coleta e associação de informações integradas, referentes aos casos de câncer.

No relacionamento do RHC com as clínicas e a administração do hospital, os Registradores são a interface para decodificar as informações das bases de dados do RHC e personalizá-las por meio de relatório, de acordo com a solicitação e demanda dos usuários. Também esclarecem dúvidas e auxiliam na correta e otimizada seleção de casos para estudos.

Importante aliado de pesquisadores, sejam eles da instituição ou externos, o Registrador deverá conhecer o objeto do estudo científico para auxiliar na melhor seleção de casos para a realização de estudos, clínicos e epidemiológicos.

O Registrador tem múltiplos papéis no RHC e também frente ao corpo clínico e à administração do Hospital, havendo a necessidade de tempo e estudo para adquirir essa experiência e habilidade que, com o tempo, só se consolidam e aprimoram.

Acima de tudo, o Registrador de câncer é um profissional que pode, com sua experiência, identificar mudanças no perfil dos pacientes, na assistência e na evolução dos casos de câncer tratados na instituição. Poderá colaborar no treinamento da equipe de saúde para a correta utilização das classificações utilizadas no RHC do hospital, na identificação de casos atípicos e na busca de informações dos pacientes por ocasião da realização do seguimento de tumores.

Assim, o registrador de câncer é profissional indispensável ao hospital que mantém o RHC em atividade, naquilo que é o mais nobre de sua atividade, o registro de informações com qualidade, a elaboração de relatórios personalizados, a realização de análises críticas e a proposição de planos de ação e também no relacionamento com outros profissionais da instituição. Ele é necessário, insubstituível e essencial.

O coordenador do RHC é o profissional-chave para o sucesso na implantação e manutenção do Registro no Hospital. Ele é o interlocutor natural com o corpo clínico e a direção do Hospital, além de desenvolver o importante papel de validação técnica dos dados do RHC e de supervisão da equipe de registradores.

Em função da necessidade de conhecimento técnico na área de câncer e de análise de dados, deve ser, preferencialmente, médico ou profissional da área da saúde com complementação técnica em epidemiologia.

Dentre suas atividades, além das acima descritas, deverá avaliar o conteúdo deste manual e propor as adaptações que se coadunem às características do hospital; elaborar o livro de ocorrências local; coordenar as atividades da comissão assessora; supervisionar o trabalho dos registradores e dirimir dúvidas da equipe; solicitar a revisão de casos junto às clínicas e serviços do hospital, em casos de dúvida; interagir com os profissionais das diversas clínicas e serviços para conhecer os protocolos, rotinas e procedimentos específicos de cada uma delas no atendimento ao paciente com câncer e assim poder orientar os registradores; validar casos que apresentem críticas por ocasião da inclusão no banco de dados; fazer a análise crítica dos bancos de dados ao final da coleta de um determinado ano de matrícula e liberar o banco para consultas; estabelecer rotinas para liberação de informações; auxiliar o corpo clínico e os profissionais do hospital, na melhor utilização dos dados do RHC; identificar a necessidade de treinamento da equipe; articular-se com o gestor da Secretaria de Saúde do seu respectivo Estado, para obter informações, participar de treinamentos, ter acesso a bancos de dados de mortalidade e outras atividades inerentes ao RHC; enviar os bancos de dados para consolidação em nível estadual; divulgar e dar visibilidade às atividades do RHC no âmbito do hospital e realizar outras atividades que sejam pertinentes à sua atividade de coordenador, como aquelas relacionadas a atividades científicas e administrativas.

A carga horária e a dedicação exclusiva ao RHC devem ser consideradas em cada hospital; entretanto, sugere-se, no mínimo, dedicar 12 horas semanais, divididas em 3 dias por semana.

Prontuário de saúde

O prontuário de saúde do paciente tem passado por muitas mudanças nas últimas décadas. As principais foram sua transformação de prontuário médico em prontuário de saúde e são utilizados por todos os profissionais da equipe de saúde para fazer anotações e anexar informações referentes à assistência ao paciente. A outra modificação foi na forma, pela incorporação de recursos de informática, em graus variados, dependendo da instituição.

Assim, a organização, a apresentação, o conteúdo e a forma do prontuário de saúde do paciente são diversificados e não existe padronização, apesar de seu conteúdo mínimo, composto de dados referentes à identificação do paciente, sua queixa principal, os diagnósticos, a anamnese, o exame físico e os resultados. Esses dados são comuns a todas as instituições de saúde, independente do porte e tipo de clientela.

Em relação ao tipo de apresentação, pode ser em papel, eletrônico ou misto, do mesmo modo que seu acesso pode ser restrito ou amplo, respeitados o sigilo e a segurança das informações nele contidas.

Em geral, os prontuários se enquadram em uma das seguintes categorias: por atendimento, por local (ambulatório ou internação), por tipo de convênio, por hospital (o prontuário único) ou por paciente, cada um deles com vantagens, desvantagens e características próprias.

Os prontuários por atendimento são muito usados nos serviços de urgência e restringem-se, geralmente, a um único atendimento.

Os prontuários por clínica ou serviço são geralmente adotados em serviços independentes ou em hospitais em que não existe grande integração entre os serviços. Têm como vantagem, manter disponível no serviço todas as informações referentes ao paciente ali atendido e o uso de formulários específicos. Por outro lado, dá uma visão parcial e segmentada da assistência ao paciente. Esses prontuários nem sempre são adequadamente guardados e preservados, por falta de estrutura específica e seu acesso, em geral, é restrito à equipe da própria clínica.

No prontuário por local (de ambulatório e internações) estão os registros do conjunto de atendimentos ao paciente no ambulatório ou a cada internação deste. Esse tipo de prontuário facilita muito as atividades administrativas de auditoria e de cobrança por reunir as informações do paciente, no ambulatório ou naquela internação, em particular. Contudo, continua sendo uma visão fragmentada da assistência ao paciente.

Para a implantação do RHC é exigido que o hospital adote o prontuário único. Nele estão reunidas todas as informações do paciente, desde sua matrícula até a alta definitiva ou óbito do paciente, em todas as clínicas e serviços, no ambulatório e internações. Existe a centralização da informação, adequado sistema de armazenamento, acesso e controle de movimentação, por intermédio do arquivo geral do hospital ou de sistemas informatizados e, para tanto, são necessárias a padronização, a organização e a infraestrutura.

Mais recentemente, pelo uso de recursos de informática, tem sido vislumbrada a possibilidade de disponibilizar o prontuário (de saúde) do paciente, no qual estariam armazenadas todas as suas informações de saúde, inclusive seus atendimentos em diferentes hospitais, cujo acesso se fará por meio de mídias magnéticas ou de acesso à rede mundial de computadores (internet).

No futuro, espera-se que haja uso crescente de recursos de informática, interligação de bases de dados, sejam elas do hospital ou externas, com troca automática de informações e implantação de rotinas pré-estabelecidas de convocação e acompanhamento de pacientes, para controle de doenças crônicas e seguimento. Tudo isto com segurança de acesso, preservação das informações e redução das áreas físicas dos arquivos de prontuários.

Entretanto, independentemente de suas características, o prontuário de saúde do paciente sempre será necessário e deverá apresentar informações bem organizadas, claramente descritas e de fácil acesso.

Para o funcionamento do RHC é fundamental dispor de prontuário único, em que se tenha acesso ao conjunto de informações sobre o paciente, incluindo os dados de identificação, os referentes ao diagnóstico, os de caracterização do tumor, aqueles referentes ao tratamento, à evolução do paciente e os dados relativos ao óbito.

A Portaria MS/SAS N° 741 de 19 de dezembro de 2005 determina a necessidade dos hospitais e serviços de oncologia disporem de

prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação - de rotina e de urgência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de Arquivo Médico.

Um anexo da portaria detalha o conteúdo mínimo do prontuário, sua organização em formulários específicos devidamente assinados pelos respectivos profissionais responsáveis, a saber:

- 1) identificação do paciente;
- 2) histórico clínico e exame físico;
- 3) exames complementares;
- 4) diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação;
- 5) estadiamento pelo Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos/UICC ou, no caso de neoplasia maligna não incluída neste, por outro sistema de classificação.
- 6) planejamento terapêutico global;
- 7) indicação de procedimento cirúrgico diagnóstico;
- 8) ficha anestésica;
- 9) descrição de ato cirúrgico, em ficha específica contendo: identificação da equipe, descrição cirúrgica e os materiais usados;

- 10) descrição da evolução do caso;
- 11) sumário(s) de alta(s) hospitalar(es);
- 12) ficha de registro de infecção hospitalar;
- 13) evolução e seguimento ambulatorial;
- 14) documentos de referência e contrarreferência;
- 15) o plano de cuidados paliativos repassados, quando do encaminhamento de doentes para esses cuidados em outros estabelecimentos de saúde; orientações técnicas dadas a distância; e atendimentos a doentes contrarreferidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e
- 16) cópia do laudo de emissão de Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da APAC-formulário e cópia do laudo de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da AIH-formulário.

PLANEJAMENTO DA IMPLANTAÇÃO

Identificada a necessidade de implantar o RHC no Hospital, a Direção Superior deverá ser informada a respeito da importância do RHC para a instituição e dos recursos que deverão ser alocados para sua implantação e funcionamento.

O passo inicial é a formalização da indicação do responsável pela implantação do RHC, que será o interlocutor com a Direção.

Dois serão os desafios iniciais: conhecer o número de casos novos de câncer atendidos anualmente no hospital e saber como identificá-los.

A partir dessas duas informações será possível quantificar a atividade do RHC e definir a infraestrutura necessária, incluindo alocação de pessoas, capacitação específica de pessoal, instalações, equipamentos e rotinas de trabalho.

Paralelamente, deverá ser feito um trabalho de *endomarketing* para demonstrar à comunidade hospitalar a necessidade e a importância do RHC, assim como a participação de cada setor na geração de informações básicas a serem incluídas nas bases de dados do RHC e os benefícios futuros para a gestão, assistência e pesquisa no hospital.

Externamente, deverá ser estabelecido contato com as áreas de câncer da Secretaria Estadual de Saúde para identificar o calendário de treinamento para registradores de câncer e o apoio para implantação do SisRHC, para armazenamento e tabulação de dados produzidos no hospital.

Internamente, devem ser estabelecidas e aprovadas as rotinas de trabalho e interface com outras áreas de trabalho do hospital.

Estabelecimento de rotinas e procedimentos

A implantação do RHC pressupõe seu funcionamento de modo contínuo e sistemático, razão pela qual deve estar amparado em rotinas e procedimentos bem definidos e explicitados.

Também é fundamental a elaboração da lista de casos notificáveis (vide pág. 21), a partir da qual serão selecionados os casos a serem cadastrados.

Este manual tem por objetivo estabelecer os procedimentos gerais de funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil, devendo cada hospital complementá-lo de acordo com características e peculiaridades específicas de cada instituição, que devem ser anotadas no livro de ocorrências do RHC do hospital.

Em particular, merece atenção: a identificação de casos novos, o fluxo de prontuários, as fontes de informações para o seguimento de pacientes e a definição das atribuições daqueles que trabalham diretamente no RHC.

Treinamento da equipe

Deve ser elaborado treinamento para os registradores, que abordará, além da capacitação técnica para a atividade – o que deverá ser feito nos cursos promovidos pelas Secretarias de Saúde, de acordo com a metodologia e o conteúdo preconizados pelo INCA - o treinamento específico relacionado às rotinas e ao fluxo de trabalho no hospital, com ênfase nas rotinas de identificação de casos, no fluxo e conteúdo dos prontuários de saúde e na utilização de sistemas informatizados de informações disponíveis no hospital.

Realização do teste piloto

Concluído o treinamento da equipe e elaboradas as propostas de rotinas e procedimentos a serem adotados no hospital, chega o momento de realizar o teste piloto para a verificação da adequação do planejamento à realidade da instituição e para validação das rotinas e do procedimento.

Deverá ser escolhido um período de tempo que reflita as condições de trabalho atuais.

Concluído o teste piloto e corrigidas as falhas detectadas, o hospital está pronto para iniciar as atividades do seu RHC.

Início das atividades

A data de início das atividades do RHC pode ser em qualquer época do ano, mas é importante que se estabeleça como parâmetro de início de coleta o início de ano-calendário, atentando para a necessidade mínima de seis meses entre a matrícula do paciente no hospital e a data de resgate das informações pelo RHC, pois esse é o período necessário para que estejam disponíveis no prontuário as informações sobre o diagnóstico e tratamento inicial do paciente.

Também é desaconselhável iniciar as atividades com retrocesso muito grande em relação à data de matrícula, o que acarretará cobrança na redução desse período e na atualização dos dados. Assim, instituições que desejem levantar também os casos antigos deverão num segundo momento estabelecer um cronograma de recuperação de casos.

CONTEÚDO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS

Atualmente, a elaboração das fichas de coleta de dados é realizada periodicamente, com intervalo mínimo de cinco anos, em reunião de consenso, coordenada pelo INCA, com representante de registros populacionais e hospitalares com representativos das várias regiões do país e dos diferentes tipos de hospitais (gerais, especializados, públicos, privados, filantrópicos e universitários), além de representantes dos órgãos de governo em nível federal e estadual que, em conjunto com epidemiologistas, gestores, cancerologistas e representantes da área de tecnologia da informação, fazem a revisão do modelo em uso e propõem modificações para adequar a coleta de dados à necessidade de informações, à época da revisão, e às novas técnicas incorporadas ao diagnóstico e ao tratamento de pacientes com câncer.

A partir de 1995, as fichas têm sido elaboradas com três conjuntos de itens, os obrigatórios (a serem coletados por todos os RHC), os opcionais (que são adotados a critério de cada hospital e, no entanto, são de preenchimento obrigatório, se for feita a opção pela sua coleta) e os itens complementares, definidos por cada instituição para atender a demandas específicas.

Desse modo, mantêm-se a uniformidade e a padronização de coleta de dados, ao mesmo tempo em que se permite que cada hospital acrescente informações para atender a suas demandas específicas.

Também é elaborada uma ficha para o seguimento dos casos analíticos, cujo conteúdo é padronizado. Entretanto, ela contém o campo de observação que pode ser usado para incluir informações consideradas relevantes pela equipe do hospital.

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

Elaboração do manual do Registro de Câncer

O 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 para minimizar qualquer possibilidade de erro em qualquer etapa do processo.

Assim, a elaboração de um manual de rotinas e procedimentos em que 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.

Este manual também será valioso instrumento no treinamento e para consulta, uma vez que podem surgir dúvidas nas pessoas envolvidas com o RHC.

Cada hospital efetuará as modificações necessárias à adaptação deste Manual às suas necessidades e peculiaridades, fazendo a correspondente anotação no livro de ocorrência do RHC.

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

A linguagem é técnica, mas ao mesmo tempo buscou-se a simplicidade e o uso de termos claros e precisos e o mais próximo possível da linguagem corrente.

Especial atenção deve ser dada ao significado de termos técnicos, pois pode haver homônimos na linguagem coloquial, cujo significado pode gerar confusão.

Toda nova modificação, adoção de conduta ou informação adicional na rotina do RHC deve ser acompanhada da(s) correspondente(s) atualização(ões) no manual, obedecendo aos critérios de atualização, de modo que não existam cópias desatualizadas.

A cada revisão do conteúdo da ficha, o Manual do RHC será atualizado e, se necessário, reescrito.

Nele são claramente descritas as classificações e as codificações que serão usadas e, para cada item, o significado de cada opção. Desse modo, não haverá dúvidas por ocasião da coleta e posterior análise das informações.

Muitas vezes, nessa etapa, são identificadas falhas no processo de geração primária dos dados e de sua correspondente transcrição para o prontuário de saúde do paciente. Quando isso ocorrer, se for realmente relevante para a coleta do dado, deve-se fomentar a implantação das modificações necessárias para que tal dado passe a estar disponível de forma correta.

Também é incluída a orientação referente às prováveis fontes de informação para cada dado, pois 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.

Cada hospital utilizará o livro de ocorrências para anotar as modificações que necessite fazer ou as condutas a serem adotadas.

Também são feitas as atualizações no programa de computador para que seja possível utilizar a nova ficha, sem descontinuidade da atividade do RHC e sem perda das informações já coletadas.

O Sistema Informatizado de Apoio aos RHC – SisRHC

Em virtude do 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 e que as fichas de cadastro e seguimento sejam concebidas também com a preocupação de que venham a ser utilizadas pelos registradores como documento de entrada de dados, para digitação.

Essas fichas também serão usadas como auxílio de críticas. Por ocasião da entrada e da gravação do caso na base de dados, façam a verificação da coerência interna entre os itens das fichas e 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 sejam 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.

O INCA tem disponibilizado, como parte do pacote de facilidades 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.

Nesse contexto, surge o SisRHC, um programa desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo INCA para ser usado especificamente no processamento eletrônico de dados pelos Registros Hospitalares de Câncer. Esse programa possui importantes características básicas que o habilitam a ser utilizado em larga escala: simplicidade na entrada de dados; inclusão de tabelas no sistema (CID-02, CID-03, CID-10, CBO, Municípios e clínicas de atendimento), o que facilita a entrada de dados e minimiza erros; críticas internas para verificação da consistência dos dados; emissão de relatórios padronizados e possibilidade de exportação do banco de dados de forma integral ou apenas de variáveis e períodos selecionados (para Excel; Epi-Info; DBF; SisBasepop; TabNet e IntegradorRHC).

Uma nova versão do programa foi elaborada para incorporar as novas variáveis, as versões atualizadas das classificações utilizadas pelos RHC e as críticas de acordo com o conteúdo da nova

ficha, para a qual também foi elaborado este manual. Todavia, essa nova atualização do sistema preservará as bases de dados das versões anteriores do SisRHC em cada hospital.

Revisões futuras da ficha, do manual e do programa de computador

Como todo processo dinâmico está sujeito a melhorias, ao longo do tempo serão necessárias revisões periódicas dos instrumentos de coleta de dados, dos respectivos manuais e dos programas de computador para acompanhar a evolução do conhecimento científico e tecnológico e as demandas institucionais de informações.

Assim, cada falha detectada, cada oportunidade de melhoria ou de correção deve ser anotada e comunicada ao INCA, para avaliar o momento mais adequado para implantar a mudança. As Comissões Assessoras dos RHC possuem importante papel na validação dessas proposições.

Nos vinte e cinco anos de existência dos RHC no Brasil, foram incorporados vários recursos de diagnóstico e tratamento que mudaram radicalmente a assistência ao paciente com câncer e seu prognóstico.

LIVRO DE OCORRÊNCIAS

Deverá ser aberto um livro destinado exclusivamente ao registro de informações importantes sobre o funcionamento e as condutas adotadas pelo Registro Hospitalar de Câncer.

Nele devem estar as informações a respeito da data de início das atividades do RHC, pessoas que nele trabalham com os respectivos períodos de chegada e desligamento, data do início de coleta para cada modelo de ficha, com as correspondentes classificações utilizadas, mudanças significativas na instituição, como a abertura de novos serviços, aquisição de novos equipamentos ou mudança no perfil da clientela.

Deverão ser feitas anotações de todas as condutas e orientações adotadas pela equipe de registradores e que não constam do Manual do RHC.

Também devem ser registradas as propostas de revisão a serem apresentadas nas próximas revisões da Ficha de Registro de Tumor e da Ficha de Seguimento, com as correspondentes justificativas.

COMISSÃO ASSESSORA

O papel da Comissão Assessora do Registro Hospitalar de Câncer é eminentemente técnico e fundamental para o aprimoramento da equipe do RHC. Atua, para a instituição, na validação das condutas do Registro Hospitalar de Câncer, na elucidação de dúvidas a respeito de condutas e rotinas de diagnóstico e terapêutica, na interface com as clínicas, na análise de casos duvidosos e na divulgação dos resultados do RHC.

Deve ser composta por profissionais de reconhecida capacitação profissional e com visibilidade na instituição. É necessário que tenham conhecimentos básicos sobre os objetivos do RHC e o papel que desempenham como membro da Comissão. Também é desejável que saibam como são os processos operacionais do RHC.

Os critérios de escolha, o tempo de mandato e a decisão sobre a remuneração ou não pelo desempenho da atividade como membro da Comissão devem ser definidos por cada hospital, em função de sua estrutura e características. Recomenda-se que os membros sejam indicados por tempo indeterminado, já que neste caso a longevidade na função é fator primordial de aprimoramento.

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. É, portanto, desejável que façam parte da Comissão:

Coordenador do RHC (que exercerá a coordenação da Comissão);

Representante da Direção;

Representante da Anatomia Patológica;

Representante da Oncologia Clínica.

Quando atuarem no hospital, também devem ser convidados a participar da comissão os seguintes profissionais:

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

Dentre as atribuições da Comissão estão a aprovação do teste piloto do RHC e a data de início das atividades de modo sistemático, a homologação da lista de tumores notificáveis, a seleção dos itens opcionais que serão coletados pelo RHC, a escolha, a categorização e a especificação dos ítems complementares e a aprovação das mudanças e das alterações incluídas no livro de ocorrências do RHC.

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

Também são atribuições da Comissão Assessora analisar a base de dados para a transmissão ao INCA e a liberação do correspondente relatório anual.

A Comissão deve se reunir de forma ordinária, pelo menos uma vez ao ano e, extraordinariamente, sempre que convocada pelo coordenador do RHC para tratar de assunto relevante. Ao longo do ano, para elucidar dúvidas, estabelecer condutas e tratar de problemas pontuais, os membros da comissão poderão ser consultados individualmente, a qualquer momento.

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 no livro de ocorrência do RHC. Entretanto, se seus membros julgarem necessário, poderá ser mantido um livro de atas ou um banco de pareceres para posteriores consultas, sempre que se fizerem necessárias.

CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE CASOS A SEREM CADASTRADOS NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER E SUA CLASSIFICAÇÃO PARA ANÁLISE POSTERIOR

O Registro Hospitalar de Câncer é implantado para coletar informações a respeito dos casos de câncer atendidos no hospital, não devendo ser utilizado para outras finalidades ou outras patologias.

A critério da instituição e validado pela Comissão Assessora do Registro Hospitalar de Câncer, por interesse científico, poderão ser incluídas neoplasias não classificadas como malignas na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O 3ª Edição).

Desse modo, é fundamental para o trabalho do RHC identificar os casos de câncer atendidos no hospital.

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS NOVOS DE CÂNCER

O Registro Hospitalar de Câncer – RHC de cada hospital deverá definir, em função das características do Hospital e do perfil da clientela atendida, a melhor estratégia a ser adotada para identificação de casos novos de câncer. As mais comuns são: a busca ativa em todos os prontuários de pacientes matriculados do ano em análise; a busca direcionada aos serviços que atendem pacientes com câncer e nos serviços de exames complementares (em especial na anatomia patológica); e a implantação de notificação compulsória das clínicas ao RHC para todos os casos novos de câncer diagnosticados no hospital.

Nos hospitais especializados em oncologia, pode-se adotar como estratégia preferencial para identificação dos casos novos de câncer, a busca ativa realizada por meio da inspeção de todos os prontuários correspondentes às matrículas novas do Hospital. Nesses hospitais, justifica-se a busca a partir das relações de pacientes matriculados no período, para que a cobertura seja excelente,

ou seja, para que nenhum caso novo seja perdido. Desse modo, os registradores avaliam todos os prontuários novos do ano em análise (independente do diagnóstico), para identificar se o caso é ou não de câncer e se preenche os critérios de elegibilidade para cadastro no RHC.

Porém, nos hospitais gerais, essa conduta resulta na análise de expressivo número de prontuários sem patologia tumoral, por isso, recomenda-se a busca direcionada com o objetivo de diminuir o trabalho de avaliar prontuários que não se tratam de casos de câncer. Deve-se mapear, no hospital, os seus serviços de atendimento e de diagnóstico, para identificar aqueles que fazem diagnóstico e que tratam os pacientes com câncer e que deverão ser usados como fontes hospitalares para identificação ou para notificação de casos de câncer.

Também deve ser estabelecida a rotina para a solicitação dos prontuários ao arquivo. Recomenda-se, para facilitar o controle e o acompanhamento das movimentações de prontuário, que se faça a solicitação, tendo por base a ordem sequencial crescente do número de matrícula. Contudo, o hospital poderá optar, se lhe for mais conveniente, pela solicitação por data de matrícula ou por clínica de atendimento, de modo a facilitar a operacionalização dos pedidos em lotes, cuja quantidade de prontuários constantes de cada pedido também deve ser definida em função da capacidade de trabalho do RHC e da disponibilidade do arquivo para liberá-los.

Por tratar-se de documentação sigilosa e legal, é necessário haver controle do fluxo de prontuários, para que os prontuários constantes de cada pedido possam ser rastreados e sua localização física identificada, quando necessário. Os prontuários que não estiverem disponíveis para avaliação pelo RHC, no momento da solicitação, devem ser identificados para posterior solicitação.

Recomenda-se que o prontuário só seja definitivamente considerado como “não localizado”, após três solicitações sucessivas, sem sucesso. Será então retirado da lista de prontuários não disponíveis a serem novamente solicitados.

Após a análise do conteúdo dos prontuários, estes serão classificados nas seguintes categorias:

Maligno

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

Benigno

Prontuários com diagnóstico de doença não tumoral ou de neoplasia benigna. Em relação aos casos de neoplasia benigna, só serão cadastradas aquelas que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecido por cada instituição e que constem da lista de tumores notificáveis do hospital.

Incerto

As informações existentes no prontuário deixam dúvida em relação ao diagnóstico do paciente, não permitindo que se faça distinção se corresponde a um caso de patologia benigna ou maligna. O prontuário deve ser posteriormente solicitado para reanálise. Se mantiver a mesma situação de indefinição, será classificado como incerto.

Sem diagnóstico

São assim classificados os prontuários de pacientes que, após realizarem os procedimentos de diagnóstico, não se chegou à conclusão, aqueles que chegam com uma suspeita de câncer, mas que abandonam o hospital antes do diagnóstico ser estabelecido e aqueles nos quais não existe qualquer registro do diagnóstico do paciente. Se o paciente continua em acompanhamento no hospital, o prontuário deve ser incluído na relação de prontuários a serem novamente solicitados para reanálise, numa tentativa de melhorar o nível da informação.

Incompleto

Prontuários que estão sem as informações necessárias ao preenchimento da ficha de registro de tumor. Esses prontuários também devem ser posteriormente solicitados e só permanecem nessa condição se, após duas solicitações sucessivas, permanecerem incompletos.

Matrícula cancelada / prontuário vazio

Corresponde aos prontuários que foram abertos indevidamente ou que permaneceram vazios porque o paciente não compareceu para dar continuidade ao seu diagnóstico e tratamento.

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

de trabalho com a instituição. Se esse procedimento não for adotado, haverá um aumento nos casos de patologia benigna, em especial nos hospitais especializados. Por outro lado, se for constatado tratar-se de caso de câncer, será incluído no RHC e o prontuário alocado nas classes analítico ou não analítico.

CONTROLE DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DE CASOS

Após análise do conteúdo dos prontuários (quer seja na busca de todos os prontuários ou a partir de buscas direcionadas), aqueles nos quais houver informações que permitam confirmar que se trata de um caso novo de câncer devem ser retidos no RHC para que seja feito o resgate das informações referentes ao tumor e o correspondente preenchimento das fichas de coleta de dados. Os demais prontuários devem ser imediatamente devolvidos ao Arquivo de Prontuários.

Os classificados nas categorias “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 como elegíveis para inclusão no RHC, segundo os critérios estabelecidos pelo RHC, referentes a um determinado ano de matrícula, é feita uma última solicitação dos casos ainda não localizados ou incompletos, na tentativa de aumentar a cobertura do RHC, antes de considerar concluído o processo de cadastro do ano em referência.

Concluída essa etapa, emite-se um relatório informando:

- a) Total de pacientes com doença maligna (maligno analítico + maligno não analítico);
- b) Total de pacientes com doença benigna;
- c) Subtotal de pacientes com diagnóstico (maligno + benigno);
- d) Total de pacientes sem diagnóstico (incertos + sem diagnóstico + incompleto);
- e) Total de prontuários não localizados (não encontrado pelo arquivo após múltiplas solicitações);
- f) Outros (funcionários, matrículas canceladas, prontuários vazios e outros motivos);
- g) Subtotal de prontuários sem informação (soma dos quatro itens anteriores); e
- h) Total de pacientes matriculados no ano em análise.

Tipo de Diagnóstico			Prontuários sem informação				Total
Maligno	Benigno	Sub-Total	Sem Diagnóstico	Não Disponíveis	Outro	Sub-Total	

Figura 1 – Distribuição dos prontuários novos, por tipo de diagnóstico

Observação: deve-se informar o número absoluto e o respectivo percentual em relação ao total de pacientes matriculados.

Obrigatoriamente, desde que preencham os requisitos abaixo, devem ser cadastrados os casos de neoplasia maligna de todas as localizações, desde que atendidos no hospital, e os casos diagnosticados por necropsia que se enquadrem em um dos critérios abaixo:

CRITÉRIO 1 – DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO DE CÂNCER

O primeiro critério a ser atendido para inclusão do caso no RHC é a caracterização do diagnóstico morfológico de neoplasia maligna segundo a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, a CID-O-3ª Edição, em uma das categorias abaixo:

Neoplasia Maligna Primária – Assim entendido os cânceres com especificação de diagnósticos morfológicos na CID-O-3ª Edição, como de comportamento maligno, especificado como /3.

Neoplasia *In Situ* (Intraepitelial, Não infiltrativo e Não invasivo) – As neoplasias classificadas com código de comportamento /2.

CRITÉRIO 2 – CLINICAMENTE TUMOR MALIGNO

Considera-se um tumor como sendo maligno, tendo por base apenas dados clínicos, aquele caso no qual o médico, mesmo na ausência de exame microscópico (que configura a evidência objetiva e definitiva do diagnóstico de câncer), considerar com base na história clínica do paciente e nas evidências fornecidas pelo exame clínico, avaliações laboratoriais, exame de endoscopia ou por imagem, que é possível assumir com razoável grau de segurança o diagnóstico clínico de câncer.

Ao preencher a Ficha de Registro de Tumor, a morfologia será preenchida com o código 9990, acrescentando-se o /3 para especificação do comportamento biológico do tumor.

Nessa situação, a decisão de cadastrar o caso se aplica exclusivamente àquele caso em particular, não devendo ser aplicada a casos semelhantes, a não ser que também esteja explícita a menção sobre a malignidade dos casos.

CRITÉRIO 3 – CADASTRO POR INTERESSE DO HOSPITAL

Recomenda-se cadastrar apenas os tumores que, baseando-se na constatação de patologista ou especialistas em oncologia, tenham sido considerados pelo médico responsável como apresentando evolução clínica compatível com o comportamento das neoplasias malignas, seja pela agressividade do tumor, ou pela capacidade de apresentar recidiva, constituindo, desse modo, um grupo especial de tumores tratados com os recursos empregados para as neoplasias malignas.

A inclusão das neoplasias de comportamento incerto, das lesões pré-cancerosas e dos tumores benignos de localizações ou morfologias específicas ficam a critério de cada instituição que os incluirá na lista de tumores notificáveis.

A inclusão desses tumores na lista dos tumores notificáveis deve ser precedida da homologação dessa conduta pela Comissão Assessora do RHC local, com base em interesse científico ou institucional.

São assim considerados:

Neoplasias de Comportamento Incerto (Malignidade limítrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno) – As neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido, classificadas na CID-O-3ª Edição com código de comportamento /1.

Neoplasias benignas – aquelas com comportamento biológico classificado como /0 (Patologia benigna).

Quadro 1 - Resumo dos casos notificáveis para um RHC, segundo a CID-O (3ª edição)

CID-O 3ª edição	DIAGNÓSTICO
C00-C80 + M_/3	Neoplasias malignas primárias
C00-C80 + M_/2	Carcinoma <i>in situ</i> (todas as localizações)
C00-C80 + M_/6	Neoplasias malignas secundárias
C00-C80 + M_/9	Neoplasia maligna, incerta se primária ou metastática
C00-C80 + M_/1	Pacientes tratados com radioterapia antineoplásica
C00-C80 + M_/1	Pacientes tratados com quimioterapia antineoplásica
C00-C80 + M_/0	Por interesse científico

ATENÇÃO – Para efeito de codificação da morfologia do tumor, de acordo com a conduta preconizada na CID-O- 3ª Edição, o Registro de Câncer não utiliza os códigos de morfologia 16 (Maligno, localização metastática e secundária) e 19 (maligno, incerto se primário ou metastático). Nesses casos, usa-se a localização primária do tumor e se substitui na morfologia o último dígito (que corresponde ao comportamento do tumor) pelo dígito 13. Se não houver evidência da localização do tumor primário, registra-se o caso como localização primária desconhecida - C80.9 (vide pág. 77).

Não devem ser incluídos no RHC os casos dos pacientes matriculados no Hospital que:

- a) Sejam portadores de neoplasia benigna sem interesse científico para o hospital;
- b) já foram incluídos no RHC de outra unidade hospitalar da mesma instituição, para tratar o mesmo tumor; e
- c) os que iniciaram o tratamento do tumor em data anterior a data de implantação do RHC no Hospital.

Atendidos os critérios de inclusão no RHC, o registrador deve classificar o caso como analítico ou não analítico, de acordo com as informações referentes ao diagnóstico e tratamento do tumor.

CASOS ANALÍTICOS E NÃO ANALÍTICOS

O Registro Hospitalar de Câncer – RHC cadastra os casos com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos no hospital, classificando-os em duas categorias distintas – casos analíticos e casos não analíticos, em função do estadiamento clínico da doença e do estado geral de saúde do paciente quando de sua chegada ao hospital; do tipo de abordagem que é feita ao caso no hospital e, quando se aplicar, das intervenções previamente realizadas em outros hospitais.

O objetivo de classificar os casos de câncer em analíticos e não analíticos é não perder aqueles casos que, mesmo não constituindo interesse prioritário do RHC, são atendidos no hospital e consomem recursos dos serviços de saúde.

Aos casos analíticos serão dedicados maiores recursos, incluindo o seguimento desses casos ao longo dos próximos anos e na realização de análises específicas e detalhadas das informações correspondentes a esse conjunto de pacientes.

O somatório desses dois conjuntos de informações (casos analíticos e não analíticos) permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição, sua condição de chegada e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Os casos de câncer atendidos em um hospital podem, em geral, ser incluídos em uma das opções a seguir:

1) Caso diagnosticado ou não no hospital e que teve o planejamento e a realização integral do tratamento antineoplásico inicial no hospital onde está instalado o RHC e que, após o tratamento inicial, permanece em acompanhamento no mesmo hospital;

2) caso diagnosticado no hospital onde está o RHC e que recebeu o tratamento antineoplásico inicial em outro hospital, seguindo indicação do hospital do RHC e cujo tratamento foi realizado de acordo com planejamento deste. Essa situação acontece para comodidade do paciente ou por falta de condições momentâneas no hospital do RHC para iniciar o tratamento. Ao terminar esse tratamento, o paciente retorna ao hospital de origem para complementação do tratamento e acompanhamento;

3) caso diagnosticado em outro hospital, onde também foi iniciado o tratamento, e que veio ao hospital no qual está instalado o RHC para dar continuidade e complementar o primeiro tratamento e permanece em acompanhamento no hospital;

4) caso diagnosticado e que realizou todo o primeiro tratamento em outro hospital. Nesses casos, o paciente é admitido no hospital do RHC apenas para realizar uma modalidade específica de tratamento (geralmente não disponível no hospital de origem). Posteriormente, poderá ficar em acompanhamento em qualquer um desses dois hospitais;

5) caso de câncer diagnosticado e tratado fora do hospital e vem apenas para avaliação clínica, tratamento sintomático ou cuidado paliativo, não realizando tratamento antineoplásico específico no hospital do registro hospitalar;

6) caso matriculado no hospital do RHC, mas falece nas primeiras 48 horas e aquele cujo diagnóstico é feito apenas por necropsia; e

7) caso admitido no hospital sem tratamento mas que, por causa de algum motivo, não inicia seu tratamento no prazo de oito meses, a contar da data do diagnóstico do tumor. Esses pacientes têm suas chances de sucesso no tratamento comprometidas pela evolução natural da doença, mesmo que depois venham a receber o tratamento inicialmente recomendado e não efetivado.

Deve-se observar que as classes acima descritas não cobrem integralmente o conjunto de pacientes atendidos num hospital, pois os pacientes com patologias benignas e até mesmo alguns pacientes com câncer que tenham comparecido ao hospital apenas para consultas (incluindo aqueles que desejam apenas ouvir uma segunda opinião sobre sua doença) e aqueles que, apesar de terem câncer, procuram no hospital tratamentos eletivos para outras doenças das quais são portadores (hipertensão ou diabetes, por exemplo) não são incluídos no registro de câncer.

Também ocorrem casos de pacientes com câncer que estão em tratamento em outros hospitais e que recebem tratamento transitório para evitar interrupção no curso de terapias iniciadas em outra instituição, como, por exemplo, aqueles que estão com problema no equipamento do hospital de origem, os que realizam tratamento durante viagens e os pacientes com uma história progressiva de câncer mas que não apresentam sinais de neoplasia em atividade no momento.

Os casos de neoplasia maligna cujo planejamento e realização do tratamento foram executados no próprio hospital constituem o alvo prioritário do RHC, por serem aqueles casos nos quais a instituição é diretamente responsável pela indicação, realização e resultados do tratamento do câncer, assim como o acompanhamento da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente. Portanto, são casos apropriados para análise da qualidade da assistência prestada aos pacientes, são considerados como casos analíticos e correspondem aos casos classificados nas categorias 1 e 2.

Os casos da classe 3 diagnosticado em outro hospital, onde também foi iniciado o tratamento e vieram complementar o primeiro tratamento no hospital do RHC onde permanecem em acompanhamento, será considerado analítico se o hospital do RHC deu continuidade ao tratamento que havia sido iniciado, assumindo que ele foi adequadamente indicado e realizado até a chegada do paciente ao hospital. Se houve mudança radical de conduta, o caso será classificado como não analítico.

Os casos que já chegam ao hospital tratados, aqueles que não realizam o tratamento preconizado pelo hospital do RHC, os pacientes que já chegam ao hospital com doença em estágio avançado sem possibilidades terapêuticas, os casos com recidiva tumoral e aqueles cujo diagnóstico só foi estabelecido pela necropsia são os casos que, apesar de terem importância para o planejamento intrainstitucional, não são adequados para avaliar a qualidade da assistência prestada naquela instituição. Portanto, são considerados casos não analíticos e correspondem às categorias 4, 5, 6 e 7.

O cadastro dos casos "analíticos" é realizado com o preenchimento completo da Ficha de Registro de Tumor (anexo 1) e também deve ser incluído no planejamento de seguimento. Esses casos serão incluídos no relatório anual do RHC, tanto nas tabelas gerais, quanto em tabulações específicas que auxiliarão na avaliação da eficiência e efetividade da instituição, no que diz respeito a cuidados com o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna.

Os casos "não analíticos" são incluídos no RHC utilizando a mesma Ficha de Registro de Tumores, porém não farão seguimento, e as informações desses casos por serem menos completas que as dos casos analíticos, no Relatório Anual do RHC, constarão apenas da parte referente às informações gerais, em tabulações que servirão para conhecer o perfil geral da demanda atendida no hospital, que impacta nos custos hospitalares e no planejamento interinstitucional.

Nos hospitais que atendem preferencialmente pacientes com câncer, espera-se que apresentem uma proporção maior de casos analíticos que aqueles hospitais de atendimento geral.

PREENCHIMENTO DA FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

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 também como documento de entrada de dados no processo de alimentação dos bancos informatizados de dados do SisRHC.

Assim, sua diagramação deve levar essa utilização em consideração, obedecendo à ordem de digitação dos campos no SisRHC, para que possa também ser usada como documento para entrada de dados para digitação.

Os itens devem ser distribuídos em colunas e, em cada item, as opções são 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 vazios os números entre a última opção existente e o dígito 8 (não se aplica).

Essa ficha tem seu conteúdo definido a partir das necessidades de informações dos Hospitais com Registro Hospitalar de Câncer e segue as orientações de padronização sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e da Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR), validadas em reuniões de consenso coordenadas pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA.

Com o objetivo de padronizar e normalizar o processo de coleta de informações pelos RHC, no Brasil, o INCA promoveu no período de 30 e 31 de maio de 2007 uma reunião com representante de Registros de Câncer de Base Hospitalar e Populacional, de várias instituições públicas e privadas e de especialistas das áreas de informação, epidemiologia e oncologia que, a partir da ficha que estava em uso, propuseram alterações com vistas a atender a necessidade de informações dos hospitais especializados ou com serviços de oncologia do país. Dessa reunião, saiu a proposta de ficha a ser usada para os casos novos no período de 2010 a 2014, para a qual foi elaborado este Manual.

Definidos os itens da Ficha de Registro de Tumor, com as respectivas definições do conteúdo de cada item, cada instituição deve decidir a respeito dos itens opcionais que utilizará e o conteúdo

Esse número será a chave de identificação do paciente no âmbito do RHC e sua vinculação ao hospital de origem, permitindo a identificação do caso quando incluído em bases de dados consolidadas com outros Registros Hospitalares. Se um mesmo paciente tiver mais que um tumor primário (item 51), será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, pois o número de registro refere-se ao paciente e não ao tumor.

Esse número não deve ser confundido com o número de matrícula desse paciente no hospital, pois são obrigatoriamente diferentes e atendem a objetivos específicos e ambos são necessários para identificar o paciente nas bases de dados do RHC (número de identificação) e no âmbito do hospital (matrícula).

Quando os bancos de dados do RHC são exportados, por exemplo, para elaboração de relatórios de várias instituições ou para geração de relatórios consolidados, a exemplo do IntegradorRHC, o código de identificação do paciente deve ser precedido dos sete dígitos correspondentes ao cadastro do hospital no SUS.

ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Esse conjunto de dados deve ser preenchido por todos os RHC no cadastro de cada caso novo de câncer por ter sido considerado como informações essenciais para o RHC, constituindo assim o elenco mínimo de dados a serem coletados.

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, essas informações poderão ser capturadas diretamente da base de dados do serviço de matrícula/arquivo de prontuários, evitando duplicidade de coleta e erro de transcrição.

Nº do prontuário hospitalar

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

Todo paciente, ao ser aceito para tratamento no Hospital, é matriculado e recebe um número de identificação que é usado para a abertura do prontuário de saúde. Em geral, é atribuído de modo sequencial, em ordem crescente, obedecendo à composição e lógica definidas por cada instituição, podendo incluir letras, número de identificação de unidade e dígito verificador.

Esse número deve ser único, pessoal e intransferível, adotado para identificar o paciente em todos os serviços do hospital.

A obtenção dessa informação pelo registrador é feita diretamente da capa do prontuário, da Folha de Matrícula, da Ficha de identificação do paciente, da Folha de anamnese ou por importação de bases de dados informatizadas do hospital.

A cada matrícula de um novo paciente, deve ser constituído um prontuário – físico ou eletrônico – no qual deverão ser mantidos e preservados todos os documentos referentes ao atendimento hospitalar daquele paciente, desde sua matrícula até sua alta definitiva, cancelamento da matrícula ou óbito. É o denominado “prontuário único”, fundamental para o bom funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer.

Recomenda-se que a instituição adote o sistema de prontuário único de saúde – para atendimento ambulatorial e internações do paciente – de modo a disponibilizar o acesso ao conjunto de informações referentes à assistência que o hospital prestou ao paciente com câncer. Nele, estarão incluídas as anotações de todos os membros da equipe de saúde que atenderam ao paciente e também os resultados das avaliações dos serviços de exames complementares e procedimentos auxiliares de diagnóstico e tratamento.

O capítulo 3 - “Planejamento para Implantação do RHC” dispõe de mais detalhamento sobre a Portaria MS/SAS Nº 741 de 19 de dezembro de 2005 “que determina a necessidade dos hospitais e serviços de oncologia disporem de prontuário único para cada paciente”.

Por tratarem-se de documentos legais e de valor científico, os prontuários serão preservados por tempo ilimitado no Serviço de Arquivo Hospitalar ou nos sistemas informatizados e são a fonte principal das informações do Registro Hospitalar de Câncer para a coleta de dados dos casos de câncer e o correspondente seguimento dos casos analíticos.

Quando o hospital tem por rotina abrir um prontuário a cada internação ou para cada serviço ou, ainda, um para ambatório e outro independente para internação, isto poderá acarretar dificuldade no resgate do conjunto de informações do paciente ou, até mesmo, comprometer ou inviabilizar o trabalho dos registradores.

ITEM 02 • NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

Número do documento

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

Este é um campo alfa-numérico destinado ao número do documento de identificação civil do paciente.

Podem ser utilizados: a carteira de identidade (RG-Registro Geral), o Cartão SUS, o número do Cadastro de Pessoa Física da Receita Federal – CPF, a carteira profissional, o número do PIS/PASEP, o passaporte, a carteira de estrangeiro, a certidão de nascimento ou qualquer outro documento oficial de identificação.

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

ITEM 03 • TIPO DE DOCUMENTO

Tipo de documento

- 1. Cartão SUS
- 2. CPF
- 3. Identidade (RG)
- 4. Título de eleitor
- 5. PIS/PASEP
- 6. Certidão de nascimento
- 7. Outro
- 9. Sem informação

Neste campo deverá ser preenchido qual documento foi utilizado para identificação civil do paciente, especificado no item anterior.

Só uma das opções, que são apresentadas em ordem crescente de grau de prioridade, deve ser utilizada, ou seja, o Cartão SUS ou o CPF, se disponíveis, devem ser os escolhidos.

Deve ser anotado o nome completo da mãe do paciente, atentando para as mesmas recomendações do item anterior. Sempre que for possível, o nome deverá ser copiado diretamente do documento de identidade e na inexistência deste, da folha de matrícula do paciente.

Seu preenchimento é obrigatório e a utilização dessa informação é para auxiliar na identificação do paciente, em especial, quando da existência de homônimos, na verificação de duplicidade de entrada de dados e para aumentar a segurança na associação de diferentes bases de dados.

2 • ITENS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS

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

As informações e suas respectivas codificações estão em estrita integração com a Portaria Nº 3.947-GM/MS de 25 de novembro de 1998 (republicada 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 06 • SEXO DO PACIENTE

SEXO

1. MASCULINO

2. FEMININO

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

Essa informação não consta dos documentos de identidade, exceto da certidão de nascimento. Se a informação não estiver disponível na Folha de Identificação, deverá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico.

Também será utilizada para identificar pacientes e associar bancos de dados.

ITEM 07 • DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

DATA DO NASCIMENTO

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

A data de nascimento será utilizada no cálculo da idade do paciente e será fundamental, pois essa informação pode ser utilizada na identificação do paciente, principalmente nos homônimos, quando não se dispõe de outra fonte específica de identificação como a filiação.

A data do nascimento deve ser obtida da cópia do documento de identidade e, na ausência desta, da folha de identificação ou da anamnese do paciente no 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 e para data desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 08 • IDADE DO PACIENTE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

IDADE

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

Refere-se à idade do paciente na data da primeira consulta no hospital, referente ao tratamento do tumor que está sendo cadastrado.

A informação será calculada automaticamente pelo próprio programa de informatização dos dados. Se a data de nascimento não estiver disponível e a informação da idade constar no prontuário, o programa habilitará o seu preenchimento. O preenchimento deverá ser feito sempre com três dígitos e as casas livres da esquerda devem ser preenchidas com zero. Idade inferior a um ano será preenchida com 000 e quando a informação não estiver disponível, com 999.

Esse dado será muito importante na geração de dados para emissão de relatórios e identificação de casos para pesquisas.

ITEM 09 • LOCAL DE NASCIMENTO DO PACIENTE

UF DE NASCIMENTO

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

O local de nascimento refere-se ao estado da Federação onde o paciente nasceu. Pode ajudar na identificação do paciente e também fornecer informação sobre a migração do paciente, avaliar a utilização do hospital como centro de referência ou, ainda, como indício sobre a etiologia ambiental do câncer.

O local de nascimento deve ser preenchido com informação precisa referente ao local de nascimento, que pode ser obtido da cópia do documento de identidade ou das folhas de identificação, entrevista social ou de anamnese.

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 extinto Estado da Guanabara será cadastrado como RJ (Rio de Janeiro) e aquele que nasceu em Campo Grande (antes município de Mato Grosso), como MS (atual Mato Grosso do Sul).

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

Quadro 2 - Siglas dos estados brasileiros

SIGLA	DESCRIÇÃO
AC	Acre
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AP	Amapá
BA	Bahia
CE	Ceará
DF	Distrito Federal
ES	Espírito Santo
MA	Maranhão
GO	Goiás
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
PA	Pará
PB	Paraíba

SIGLA	DESCRIÇÃO
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PR	Paraná
RO	Rondônia
RR	Roraima
RN	Rio Grande do Norte
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SP	São Paulo
TO	Tocantins
EX	Estrangeiro
99	Sem informação

ITEM 10 • RAÇA / COR DA PELE DO PACIENTE

RAÇA / COR

- 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, tais como os asiáticos (amarelos) em São Paulo, os alemães e italianos no sul do país e os índios no Amazonas e Mato Grosso.

Optou-se por trabalhar com os atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no censo populacional de 2000.

Apesar das dificuldades na codificação da informação, mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos e outros, que oferecem diferentes possibilidades de estudos epidemiológicos, devem ser classificados na mesma categoria, sob a denominação de pardos.

ITEM 11 • ESCOLARIDADE DO PACIENTE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

ESCOLARIDADE

- 1. Nenhuma
- 2. Fundamental incompleto
- 3. Fundamental completo
- 4. Nível médio
- 5. Nível superior incompleto
- 6. Nível superior completo
- 9. Sem informação

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

Deve ser marcada apenas uma opção, que represente o mais alto nível de escolaridade que o paciente possui.

Esta informação será obtida da Folha de Identificação, da Folha de Anamnese e Exame Físico, da folha de entrevista social ou da cópia do documento de identidade, se utilizou documento emitido por conselho profissional ou carteira de trabalho e previdência social.

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

A mais recente divide o ensino em quatro categorias: educação infantil; ensino fundamental; ensino médio e ensino superior.

Assim, optou-se por adotar a compatibilização com a atual classificação de nível de escolaridade, adotando-se as seguintes categorias:

- 1 – **Nenhuma** – os que não sabem ler e escrever ou que não têm nenhuma escolaridade.
- 2 – **Fundamental incompleto** – Aqueles com curso de alfabetização de adultos, ou o antigo curso primário, ou o curso elementar incompleto, ou cursado do 1º ao 5º ano (antiga 1ª a 4ª série); ou ainda que não tenham completado o ciclo do 6º ao 9º ano (antiga 5ª a 8ª série).
- 3 – **Fundamental completo** – Aqueles que concluíram o antigo ginásio ou o antigo 1º grau e o ensino fundamental completo (do 1º ao 9º ano); ou ainda com ensino médio incompleto.
- 4 – **Nível médio (antigo 2º grau)** – os que concluíram os antigos cursos de 2º grau, o colegial, o clássico, o curso normal ou o ensino médio.
- 5 – **Nível superior incompleto** – os que iniciaram o curso superior sem tê-lo concluído e os que concluíram curso técnico (curso profissionalizante).
- 6 – **Nível superior completo** – Os que concluíram o curso superior (curso de graduação) e também aqueles com curso de pós-graduação.
- 9 – **Sem informação** – se não for possível obter informação referente à escolaridade.

Anteriormente, a denominação usada era ensino infantil (que já foi a pré-escola), curso básico, que se dividia em fundamental (antigos primário e ginásio) e médio (o científico ou normal) e o superior.

Antes, o 1º grau era constituído pelos oito anos do curso básico e que correspondem ao antigo curso primário e o ginásio. O segundo grau era composto de três anos, e correspondia aos antigos colegial, clássico e normal.

No quadro a seguir, estão apresentadas as correlações entre as diferentes denominações dos cursos de educação.

Quadro 3 – Correlações entre as denominações dos cursos de educação

Educação Infantil	Fundamental (incorporou o CA) (9 anos)		Médio	Superior
Educação Infantil – CA	Fundamental (8 anos)		Médio	Superior
Pré-Escolar	Primeiro Grau		Segundo Grau	Terceiro Grau
Maternal – Jardim (4 anos)	Primário (4 anos)	Ginásio	Científico ou Normal	Universitário
Jardim de Infância (1 ano)	Primário (5 anos)	Ginásio	Científico, Clássico ou Normal	Superior

ITEM 12 • OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO PACIENTE

OCUPAÇÃO

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

A informação sobre a ocupação deve referir-se à atividade na qual uma pessoa economicamente ativa vem trabalhando nos últimos anos ou na qual trabalhou (nos casos de aposentados ou desempregados).

Tumores de várias localizações têm sido relacionados a causas ocupacionais. Deve-se, portanto, fazer esforços no sentido de obter essa informação com o maior nível de detalhamento possível.

Muitas vezes, essa informação não está disponível ou está incompleta, por ser muito genérica.

Ressalte-se que não deve ser confundida com a formação ou qualificação profissional do paciente.

É desejável que a ocupação retrate não apenas a profissão, como também as condições do ambiente no qual era ou é exercida. Assim, é diferente ser mecânico de casa de máquinas de navio em relação ao mecânico de motos, ou ser servente em escritório ou servente de construção civil.

O funcionário da matrícula responsável pela coleta da informação deve ser treinado para obter a informação que retrate a ocupação preponderante do paciente e não apenas a que exerce no momento da matrícula. Os médicos também devem ser orientados sobre a importância de coletar essa informação na anamnese.

Quando o paciente exercer mais de uma atividade ou que tenha exercido diferentes atividades de trabalho 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.

Os registros muito genéricos como militar, funcionário público, aposentado, estudante ou desempregado, devem ser evitados, dando-se preferência ao registro correto: engenheiro militar, auxiliar de escritório do serviço público e professor primário aposentado.

Para codificar as profissões, utilizam-se os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho – no nível de agregação de três dígitos – e que foi adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Censo Populacional de 1980.

Encontra-se disponível no SisRHC, a tabela contendo os códigos da classificação e para facilitar seu manuseio, o programa possibilita a utilização dos códigos ordenados por ordem alfabética.

A informação deverá estar disponível na Folha de Identificação, na Folha de Anamnese e Exame Físico ou na entrevista social e deverá ser transcrita na ficha de registro do tumor com o código correspondente.

ITEM 13 • PROCEDÊNCIA DO PACIENTE (CÓDIGO DO IBGE)

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

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

Utiliza-se o Código dos Municípios adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com cinco dígitos, para identificar o município de procedência do paciente.

Na matrícula deve ser solicitado o município de residência permanente do paciente e não o endereço onde está no momento, pois pode estar temporariamente em outro endereço que fique mais próximo do hospital ou onde possa receber maior atenção durante o tratamento.

Especial atenção deve ser dispensada àqueles pacientes de outras cidades que estão na localidade apenas temporariamente para realizar o tratamento.

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

Essa 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 42), que corresponde à data do primeiro contato do paciente com a instituição, em relação ao tumor avaliado, pois alguns pacientes podem ter comparecido ao hospital para tratamento não relacionado ao tumor que está sendo cadastrado.

Assim, a data da 1ª consulta será sempre igual ou posterior à data da triagem.

A informação está anotada na Folha de Matrícula, de Identificação do Paciente, de Anamnese e Exame Físico ou nas Folhas de Evolução.

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.

ITEM 22 • DATA DO 1º DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO 1º DIAGNÓSTICO

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

Considera-se, preferencialmente, como data do primeiro diagnóstico de cada tumor, a data da confirmação anatomopatológica do tumor, ocasião na qual se tem a certeza do diagnóstico.

A data do primeiro diagnóstico de câncer é fundamental para definição da data de “aniversário” do tumor, 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.

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

Quando o paciente já foi referido ao hospital com diagnóstico estabelecido, deve-se utilizar a informação enviada por meio do laudo médico ou de cópia dos laudos dos exames realizados na outra instituição ou em outro serviço.

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.

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 e para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

ITEM 23 • 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

Neste item, deve ser registrada a situação do paciente em relação ao diagnóstico e realização de tratamento específico para o tumor, quando de sua chegada ao hospital.

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

Nos hospitais especializados e de referência, os pacientes deveriam estar chegando já com diagnóstico confirmado ou com diagnóstico de presunção que indique fortemente a presença de tumor, para ser confirmado. Nesses hospitais, alguns pacientes poderão chegar já tendo recebido tratamento inicial, com o objetivo de dar continuidade a esse tratamento ou para realizar tratamento complementar. Isso se deve à falta de recursos terapêuticos específicos ou de infraestrutura no hospital de origem. Pode ainda ser em virtude de mudança de residência.

Nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, essa transferência de unidades hospitalares faz parte do sistema de referência no sentido da unidade de menor complexidade para aquela de maior complexidade.

A informação deve ser colhida da história clínica, das folhas de Evolução ou de laudos médicos anexados ao prontuário.

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

Para os pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento, deve ser marcada a **opção 1**.

Aqueles que já chegam com o diagnóstico sem, contudo, terem dado início ao tratamento, devem ter a **opção 2** assinalada.

Os pacientes que chegam com diagnóstico e já tendo iniciado o tratamento antineoplásico específico devem ser codificados com a **opção 3**.

A **opção 4** deve ser marcada para as situações que não se enquadrem nas situações anteriores. Isso ocorre quando o paciente faz seu processo de diagnóstico ou início do tratamento envolvendo mais de um hospital, incluindo o hospital no qual está instalado o RHC.

Por exemplo, os casos de pacientes que procuram o hospital do RHC ainda sem diagnóstico e sem tratamento e que, ao invés de realizar ali os exames necessários ao estabelecimento do diagnóstico e planejamento do tratamento, optam por realizá-los em sua cidade de origem, em decorrência das facilidades que lá dispõem, voltando ao hospital com os exames para iniciar o tratamento específico para o tumor.

Outro exemplo que também se enquadra nessa opção refere-se ao paciente que chega ao Hospital do RHC sem diagnóstico e aí faz o diagnóstico; entretanto, por motivos diversos inicia o tratamento em outro hospital e retorna para complementar o tratamento.

Ainda, o paciente que faz a ressecção de uma lesão tumoral fora do Hospital onde está o RHC e que por dificuldade técnica no hospital de origem, traz a peça para avaliação no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do RHC, onde é confirmado o diagnóstico de câncer e o paciente, matriculado para tratamento especializado.

ITEM 24 • BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

- 1. Clínica
- 2. Pesquisa clínica
- 3. Exame por imagem
- 4. Marcadores tumorais
- 5. Citologia
- 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 por meio de punção, biópsia, peça cirúrgica ou do exame *post-mortem*. Contudo, os casos sem diagnóstico citológico ou histológico não devem ser excluídos, pois perder-se-iam informações valiosas; daí a necessidade de se considerar o diagnóstico de câncer em bases puramente clínicas, de imagem ou exames de patologia clínica e endoscopia, menos confiáveis que as patológicas.

Os exames apresentados nesse item estão em ordem crescente do grau de certeza do diagnóstico, sendo que nos quatro primeiros não se visualizam, diretamente, as células do tumor

primário ou metastático, enquanto os três últimos são realizados pela visualização microscópica das células e tecidos tumorais.

O fato de ter realizado um determinado exame mais específico ou que empregue técnica mais sofisticada não indica, necessariamente, ser ele a base mais importante do diagnóstico, pois pode ter sido inconclusivo ou a amostra ter sido considerada inadequada para a conclusão do exame, seja por ser insuficiente ou ter sofrido deterioração na coleta, na preservação ou no transporte do material.

Deve-se ressaltar que esse item deve ser atualizado se informações posteriores indicarem a realização ou repetição de um novo exame que tenha contribuído para aumentar o grau de confirmação do diagnóstico. Contudo, nenhum exame deve ser considerado após a data do início do primeiro tratamento no hospital (item 32).

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 biópsia de medula óssea (histologia).

Se um exame endoscópico permitiu a coleta (através de biópsia) do tecido tumoral, o exame microscópico deve ser registrado como base mais importante, e o procedimento endoscópico deve ser considerado apenas como um meio para obtenção do tecido. Contudo, se não houve coleta de material ou se ele foi insuficiente para o diagnóstico e o médico julgar 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.

Para alguns tumores específicos, recursos simples podem ser utilizados com um nível bom de segurança para confirmação do diagnóstico, como por exemplo: os Raios-X de tórax para tumor de pulmão.

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

As opções nesse item apresentam uma gradação de certeza de diagnóstico do menor para o de maior grau de confirmação e estão classificadas de acordo com a adaptação feita no padrão preconizado pela IARC.

Na **opção 1 - Clínico** estão incluídos os diagnósticos estabelecidos antes da morte do paciente, sem que tenham sido realizados os procedimentos incluídos nos códigos de 2 a 7 ou, se foram realizados, que seus laudos tenham sido inconclusivos. Entende-se por exame clínico, o exame realizado pelo médico, tendo por base a história do paciente, a inspeção, a palpação e a

ausculta. A realização desse exame poderá fazer uso de aparelhos simples como o estetoscópio, o aparelho de pressão, o termômetro, o otoscópio etc.

Da **opção 2 – Pesquisa Clínica** fazem parte a avaliação que complementa o exame médico clínico, utilizando os procedimentos básicos e os exames de caráter geral que são solicitados na fase de triagem e no processo inicial de diagnóstico e são de grande valor para afastar outros diagnósticos diferenciais e para estabelecer uma estratégia para o aprofundamento do diagnóstico e o planejamento do tratamento. São realizados em material biológico como sangue, fezes, urina ou secreções. Poderão, em alguns casos, ser suficientes para estabelecer o diagnóstico clínico do câncer, a exemplo da Dosagem de PSA para o câncer de próstata. Em outros casos, podem subsidiar o direcionamento a ser adotado na estratégia de diagnóstico como, por exemplo, a constatação de sangue na urina como indício de um tumor de bexiga.

Como existe grande variação de técnicas, precisão, sensibilidade, especificidade e acurácia nos exames de patologia clínica, aqueles que constituem o grupo dos antígenos e dos marcadores tumorais serão estudados de modo separado, por serem mais específicos, e incluídos na opção 4, tendo em vista sua relevância para o estabelecimento do diagnóstico.

Os marcadores para leucemia (fenotipagem) devem ser considerados marcadores tumorais.

Também devem ser incluídas nessa opção as endoscopias, as cirurgias exploradoras e a necropsia do tipo macroscópico, cujos laudos têm por base a visualização do tumor.

A **opção 3 – Exames por imagem** compreende uma série de exames que diferem em relação aos tipos de equipamentos e às técnicas empregada na sua realização, a saber:

- 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) Ultrassonografia (US) – Exames realizados empregando equipamentos de ultrassom, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente frequente 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 por 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, um tipo especial de aparelho de Raios-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 a utilização de campo magnético, pela técnica de ressonância magnética nuclear, muito usado na avaliação de tumores intracavitários e na avaliação de medula espinhal.

Na **opção 4 – Marcadores Tumorais** estão incluídos os exames laboratoriais de pesquisa e medição de marcadores específicos para determinados tipos de câncer ou em topografias específicas, exclusivamente em relação a sua indicação como auxiliar no diagnóstico do câncer.

São substâncias produzidas pelas células tumorais, que são excretadas na circulação sanguínea e cuja detecção, dependendo da sua concentração, poderá ser evidência da presença do tumor, ou de atividade da doença, sendo, portanto, usadas para diagnóstico, pesquisa de metástases, para avaliar a evolução da doença e da resposta ao tratamento. Alguns desses marcadores só possuem significado quando dosados em níveis acima de determinados valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

Os antígenos virais são usados para identificar a presença de vírus para os quais existe evidência epidemiológica da associação entre a presença desses vírus no organismo e a ocorrência de determinados tipos de câncer ou a ocorrência de câncer em determinadas topografias. Abaixo, são apresentados exemplos de alguns marcadores tumorais e os respectivos tumores aos quais estão associados, uma vez que a lista não é completa,.

Tradicionalmente, os marcadores tumorais possuem correlação com a carga tumoral e o prognóstico. Nos últimos anos, têm surgido novos marcadores com aplicação no diagnóstico precoce e no planejamento terapêutico, cujo alvo é o comportamento biológico do tumor e a interrupção do seu ciclo celular.

Quadro 4 – Marcadores tumorais, siglas e topografia ou morfologia do tumor (a lista é apenas exemplificativa, pois existem outros marcadores)

TOPOGRAFIA	MARCADOR	SIGLA
Ovário	Antígeno carcinogênico 125	CA 125
Estômago, cólon, mama, pulmão, ovário, útero, placenta, fígado, reto, canal anal e carcinomas	Antígeno carcino-embrionário ou carcino-embriogênico	CEA
Estômago, pâncreas, vias biliares, cólon e pulmão	Antígeno carcinogênico 19.9	CA 19.9
Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas	Gonadotrofina coriônica humana – fração beta	β-HCG
Pâncreas	Tripsina	Tripsina
Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas	Alfa-fetoproteína	AFP ou AFP+n
Cólon e reto	Timidilato sintetase	TS
Cólon	Gene APC	APC
Pulmão (pequenas células), suprarenal, neuroblastoma e tubo digestivo	Enolase neuroespecífica	ENE ou NSE
Pulmão	Fragmentos de citoqueratina 19	CYFRA21-1
Próstata	Antígeno prostático específico	PSA
Mama	Antígeno carcinogênico 15.3	CA 15.3
Mama	Antígeno carcinogênico 27,29	CA 27,29
Mama	Receptor de estrogênio e de progesterona	RE e RP
Mieloma múltiplo	Beta-2 microglobulina	β2 Micro
Tireoide	Calcitonina	CT
Tumores ósseos, metástase óssea e metástase hepática	Fosfatase alcalina	FA
Próstata	Fosfatase ácida prostática	FAP ou PAP
Tireoide	Tireoglobulina	TG

O CA 125 é o principal marcador para o câncer de ovário. É uma proteína produzida pelas células ovarianas e muito usada, embora o exame não seja sensível ou específico o suficiente para ser utilizado para rastreamento. Ele é bastante importante no diagnóstico, especialmente se usado

em conjunto com ultrassom e exame pélvico. Durante o tratamento, testes seriados dos níveis de CA 125 podem detectar algum câncer remanescente ou sua recorrência. Contudo, é muito importante lembrar que o CA 125 normal ou negativo não garante a ausência de câncer. Também é aplicado para câncer de endométrio. A sensibilidade para o diagnóstico de câncer de ovário depende do tipo celular e do estadiamento do tumor. Tumores de pâncreas, mama, estômago, reto, fígado, cólon e pulmão ou a cirrose hepática podem elevar o CA 125.

CEA (antígeno carcinoembrionário) é um marcador tumoral encontrado em vários tumores do trato gastrointestinal, não específico para nenhum tipo de câncer. Pacientes com câncer colorretal que apresentem níveis elevados de CEA ao diagnóstico poderão ter maior chance de apresentar recidiva após a cirurgia de ressecção do tumor. Os testes seriados de CEA podem ser usados para acompanhar o tratamento e avaliar sua eficácia. Após o término do tratamento, o acompanhamento dos níveis de CEA poderá ajudar a detectar uma recidiva, pois o nível alto de CEA pode ser sinal da disseminação do câncer.

CA-19-9 é também encontrado em vários tipos de câncer do trato gastrointestinal incluindo tumores no pâncreas e de estômago. É utilizado para acompanhar a resposta ao tratamento em pacientes com câncer de pâncreas.

GGT (gama-glutamil transferase) – pacientes com câncer de fígado possuem níveis altos de GGT no sangue. Testes seriados podem auxiliar na monitoração da resposta ao tratamento e sua permanência após o término do tratamento pode evidenciar o retorno da doença. Entretanto, a ingestão frequente de grande quantidade de álcool também pode aumentar os níveis de GGT.

Tripsina - é uma enzima normalmente produzida pelo pâncreas, cujos níveis diminuem na presença do câncer de pâncreas.

AFP (alfa-fetoproteína) é uma proteína normalmente produzida pelo feto durante a vida intrauterina. Porém, algumas células cancerígenas, incluindo células de câncer de fígado, poderão retomar sua forma prévia fetal e começar a produzir a alfa-fetoproteína novamente. Testes seriados de alfa-fetoproteína são utilizados para medir o resultado do tratamento para câncer de fígado.

TS (timidilato sintetase) - é uma enzima produzida pelas células tumorais. Pode ser usada para auxiliar na seleção das drogas quimioterápicas para tratar o câncer colorretal com base na quantidade de TS que as células cancerígenas produzem.

Gene APC - Pessoas com uma condição hereditária chamada de PAF (polipose adenomatosa familiar) desenvolvem centenas de pólipos no cólon. Quase sempre, um ou mais desses pólipos se transformam em um câncer de cólon. A mutação (alteração) no gene APC causa a polipose adenomatosa familiar. Assim, pessoas que têm uma história familiar positiva para câncer de cólon podem ser rastreadas para o gene mutante ligado a PAF.

Marcadores Tumorais do Câncer de Pulmão - Os marcadores tumorais para câncer do pulmão mais conhecidos e usados são:

CEA - Pessoas com câncer de pulmão de não-pequenas células tendem a ter níveis altos de CEA (antígeno carcino-embrionário). Dosagens seriadas de CEA também podem ser usadas para monitorar o tratamento.

ENE (enolase neurônio-específico) ou NSE (sigla em inglês) é um marcador tumoral encontrado no câncer de pulmão de pequenas células. É utilizado para monitorizar a resposta ao tratamento. A ENE poderá ajudar a detectar se o câncer espalhou e se a doença retornou antes mesmo da pessoa apresentar sintomas ou antes das alterações aparecerem em outros exames. A medição de níveis de ENE pode fornecer informações sobre a extensão da doença e o prognóstico do paciente.

Há ainda os seguintes marcadores para câncer de pulmão: TPA (antígeno polipeptídico tecidual), SCC-Ag (antígeno do carcinoma de células escamosas), Chr A (cromogranina), CYFRA21.1 (fragmentos de citoqueratina medidos no sangue por meio dos anticorpos monoclonais KS19-1 e BM19-21), NCAM (molécula de adesão celular neural), CPK-BB (creatina fosfoquinase BB) e sIL-2R (receptor de interleucina solúvel-2).

Marcadores Tumorais dos Cânceres de Próstata e de Testículo:

PSA (antígeno prostático específico) é uma proteína produzida pela glândula prostática. É utilizada para rastreamento do câncer de próstata. Durante o tratamento, os médicos podem utilizar os exames de PSA para monitorar a resposta do organismo do paciente ao tratamento. Após o término do tratamento, o acompanhamento com dosagens de PSA pode ajudar os médicos a detectarem recidiva ou aparecimento de metástases. Muitos estudos demonstraram que o PSA é útil para o diagnóstico do câncer de próstata principalmente se o PSA for associado ao exame de toque retal. A medida do marcador tumoral PSA é muito importante para o estadiamento do paciente com carcinoma de próstata.

O HCG (gonadotrofina coriônica humana) é um hormônio utilizado como marcador tumoral para o câncer testicular. Durante o tratamento, testes seriados de HCG são utilizados para medir a resposta ao tratamento.

Altos níveis de alfa-fetoproteína são comuns em câncer de testículo. Testes seriados de AFP são utilizados para medir a resposta ao tratamento.

CA – 15.3 (do inglês Cancer Antigen – antígeno carcinogênico) é um marcador tumoral que pode ser utilizado para acompanhamento da resposta ao tratamento do câncer de mama. Após o término do tratamento, um aumento dos níveis de CA-15.3 poderá detectar o retorno da doença. Entretanto, mais estudos são necessários para determinar o melhor e o mais confiável uso do CA 15-3 no câncer de mama.

O CA 27,29 é um outro marcador tumoral muito comum para câncer de mama. Exames seriados de CA 27,29 podem auxiliar o médico no acompanhamento da resposta ao tratamento. Depois do término do tratamento, é usado na detecção da recorrência da doença. Como ocorre com o marcador CA 15-3, mais estudos estão sendo realizados para determinar seu uso mais adequado.

O CEA (antígeno carcinoembrionário) geralmente não é usado em câncer de mama. Contudo, o aumento dos níveis de CEA pode sugerir que o tratamento atual não está funcionando.

Receptores de estrogênio e progesterona – O estrogênio e a progesterona são hormônios femininos. Realizam-se exames no tecido tumoral retirado da mama para se verificar se as células cancerígenas do tecido possuem receptores para um desses hormônios. Mulheres cujo câncer é positivo para receptores de estrogênio ou progesterona parecem ser as que mais se beneficiam da terapia hormonal.

HER2/neu é um tipo de proteína. Tumores de mama que produzem o HER2/neu tendem a crescer rapidamente e parecem se espalhar com mais frequência para outras partes do corpo. Exames são realizados para testar se o tecido retirado do câncer de mama produz HER2/neu. Em caso positivo, pode sugerir a indicação do uso de drogas específicas para o tratamento do tumor.

Entre outros, também são utilizados como marcadores, a Beta-2 microglobulina (β2 Micro) para o mieloma múltiplo, a Calcitonina (CT) para tumores de tireoide, a Fosfatase Alcalina (FA) para tumores ósseos, metástase óssea e metástase hepática, a Fosfatase ácida prostática (FAP ou PAP) para os tumores de próstata e a Tireoglobulina (TG) para tumores de tireoide.

A **opção 5 - Citologia** refere-se aos exames microscópicos das células de tumores primários ou secundários obtidos por punções ou aspirados dos fluidos orgânicos obtidos nos exames de endoscopia, do líquido pleural, da cavidade abdominal, do liquor, da medula óssea e do sangue periférico.

A **opção 6 - Histologia da Metástase** corresponde aos exames microscópicos de tecido de metástase incluindo os espécimes e material obtido diretamente de uma metástase, através de biópsia, removidos por cirurgia (peça cirúrgica), por curetagem ou necropsia, com visualização dos tecidos a fresco (por congelação) ou empregando técnicas de inclusão em parafina e coloração.

Na **opção 7 - Histologia do tumor primário** estão incluídos os exames microscópicos e os de imunohistoquímica dos tecidos do tumor primário que são obtidos por meio de biópsias e peças cirúrgicas, biópsia de medula óssea e material de necropsia. Os exames de Citogenética e de imunofenotipagem são realizados empregando recursos de 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.

Finalmente, na **opção 9 – Sem informação**. Devem ser enquadrados aqueles casos em que não se tem informação a respeito de estudos citológicos ou histológicos, do tumor primário ou da metástase.

As informações desse item, em geral, são coletadas dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico ou de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente. Também podem ser encontradas nas Folhas de Evolução e nas Folhas de Pareceres.

5 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

Este grupo de item tem preenchimento obrigatório e o objetivo de suas inclusões na Ficha de Registro de Tumores é possibilitar o agrupamento e a classificação dos tumores de modo homogêneo, baseando-se no uso de classificações internacionais. Utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – a CID-O/3 para especificar a localização e o tipo histológico do tumor e as posteriores tabulações e seleção de casos para os estudos clínicos e epidemiológicos, incluindo os comparativos temporais e interinstitucionais – ressalvadas as devidas limitações desse tipo de estudo.

Para o correto uso da CID-O/3ª edição é necessário obedecer ao conjunto de regras que constam na sua introdução.

ITEM 25 • LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA PELA CID-O/3)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

 .

Corresponde à localização anatômica do tumor, ou seja, à parte do corpo humano na qual o tumor se encontra instalado.

Para especificar a correta localização anatômica do tumor primário, utilizam-se os códigos topográficos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-3ª-edição), derivada da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, e os Códigos são agrupados de C00.0 a C80.9

Sua composição é feita por 4 dígitos (alfa-numéricos), na qual C - é a letra que inicia o código, indicando que se refere à localização anatômica onde se encontra o tumor; os dois dígitos sequenciais são numéricos e especificam o código da localização anatômica e o terceiro dígito, após o ponto, indica a especificação da sublocalização anatômica.

Exemplo:

|C|1|5|.4| - Terço médio do esôfago

C15._ - Esôfago

____.4 - Terço médio do esôfago (melhor especificação)

Para a correta codificação da topografia pela CID-O/3 é necessário atender a uma série de critérios e condições, algumas delas são a seguir exemplificadas. Porém, o conhecimento dessas situações não dispensa a recomendação da leitura da classificação para aprofundar esses conhecimentos.

Uma das condições é que, se a localização primária não é conhecida, o tumor é registrado como Localização Primária Desconhecida – e segundo a CID-O/3 deverá ser codificada com o código C80.9.

No cadastro de um novo caso, para os tumores dos quais não seja possível estabelecer com certeza a localização topográfica do tumor primário, utiliza-se o item opcional (49) para especificar a localização provável do tumor, baseando-se nas evidências existentes. Nesses casos, o item 25 (localização do tumor primário) será preenchido com o código C80.9 – Localização Primária Desconhecida, e o item 49 – Localização provável do tumor primário será preenchido com o código correspondente à hipótese mais consistente da provável localização primária, a partir da histologia e do comportamento clínico do tumor ou de suas metástases.

Quando o local de origem do tumor é conhecido, mesmo que em sua evolução o tumor tenha se estendido às estruturas vizinhas (invasão tumoral), deve-se especificar a localização topográfica onde o tumor se originou. Nesses casos, o item referente à localização primária provável não será preenchido.

Outra condição refere-se àqueles casos em que a neoplasia compromete dois ou mais locais contíguos dentro de um mesmo código topográfico (CXX) e o local de origem do tumor (considerando as duas possíveis localizações) não possa ser claramente determinado. Nessa situação, deve-se codificar o tumor, com o código de subcategoria .8 (lesão sobreposta), a menos que a combinação das localizações esteja, especificamente, classificada com outro algarismo. Por exemplo, um tumor de pele do nariz e da parte externa da bochecha deve ser codificado com o código C44.3 (pele de outras partes e de partes não especificadas da face) e não C44.8 (lesão sobreposta da pele).

O termo “invasivo” deve ser diferenciado de sobreposto. Invasivo implica que o local de origem do tumor e, durante seu crescimento, comprometeu locais que lhe são contíguos (junto um do outro) e o código do local de origem deve ser usado então. A subcategoria .8 (lesão sobreposta) é exclusiva para aqueles tumores que invadem mais de uma estrutura e somente quando não é possível estabelecer onde o tumor iniciou.

Para classificação topográfica dos tumores de esôfago, existem no código C15 duas possibilidades: a primeira em relação aos compartimentos (cervical – C15.0; torácico – C15.1; abdominal – C15.2) e a outra, que detalha o segmento correspondente ao esôfago torácico, em terços (superior – C15.3; médio – C15.4; inferior – C15.5), o que pode confundir em relação às lesões sobrepostas (C15.8). Recomenda-se adotar a classificação em terços, para os tumores do esôfago torácico.

Quando não há especificação da localização do tumor, significa que a descrição da localização do tumor ficou generalizada ou pouco específica. Portanto, usa-se a opção nove (9), a qual corresponde à especificação SOE – Sem Outra Especificação.

Segundo o critério acima, quando um linfoma envolve linfonodos de múltiplas regiões também deve ser codificado com o código C77.8, mas nos casos de linfoma extranodal, o local de origem deve ser especificado, atentando que esse local pode não ser aquele onde foi realizada a biópsia. Quando a topografia não for informada, utilizar o código C77.9. Existem topografias que são correlacionadas diretamente com a morfologia e são os códigos de localização específica de determinados tipos histológicos tumorais, que estão listados na CID-O, entre parênteses, após os termos morfológicos que os designam, a exemplo de nefroblastomas (C64.9 – Rim, SOE) e Retinoblastoma (C69.2 - Retina). Estes só devem ser utilizados se não houver no prontuário nenhuma indicação topográfica da origem do tumor. Entretanto, caso haja informação que indique localização diferente da CID-O, esta só deve ser utilizada após minuciosa revisão do caso, para se ter certeza de que a localização mencionada não é de uma metástase e sim do tumor primário.

Certas neoplasias têm denominações que parecem remeter para uma determinada localização. Por exemplo, a denominação “carcinomas de ductos biliares (M-8160/3)” pode induzir a que sejam classificados como vias biliares, SOE (C24.9); entretanto, também podem ser classificados nos códigos C22.1 (vias biliares intra-hepáticos) ou C24.0 (extra-hepáticos). O mesmo fato acontece com neoplasia de glândulas salivares menores que podem estar em qualquer local da cavidade oral (C06.9 – Boca, SOE), com os carcinomas adenoide císticos, com os tumores misto malignos e com os adenocarcinomas da boca; portanto, deve-se, caso necessário, recorrer à comissão assessora para a correta definição da classificação.

Para todas as leucemias, a codificação correta da localização é C42.1 (medula óssea).

Também, segundo as instruções da CID-O/3, se a localização topográfica é modificada por um prefixo (supra-, infra-, peri-, para- etc.) e não está especificamente listada na CID-O, deve-se codificá-la na categoria mal definida apropriada do código C76 (localização mal definida), a menos que o tipo histológico do tumor indique a origem em um determinado tecido (por exemplo, timoma). Essa regra também se aplica a termos imprecisos como “na área da” ou “na região de”. Muitas vezes, em determinadas topografias como fígado e pulmão, é difícil caracterizar se o tumor naquela localização é primário, metastático ou invasão de órgão vizinho. Em relação aos tumores de fígado, caso não exista a informação específica do médico assistente, podem-se adotar as seguintes premissas: se o paciente foi a óbito e apresentava hepatomegalia associada a aumento de -fetoproteína ou se apresentava aumento de -fetoproteína e imagem sugestiva de tumor primário por ultrassom ou tomografia computadorizada, o tumor deve ser considerado como primário de fígado.

O Adenocarcinoma Hepático primário será assim considerado apenas quando não houver evidência de localização primária em outra topografia e a evidência clínica for de comprometimento primário de fígado. Deve ser considerado como primário de pâncreas se apresentar imagem de ultrassom ou tomografia computadorizada em topografia compatível com pâncreas, associado a aumento de CA 19-9.

Nos linfomas, somente devem ser considerados como extranodal quando não existir evidência clínica ou comprovação anatomo-patológica de envolvimento ganglionar. Idêntica conduta é recomendada para o linfoma gástrico.

As neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, acometem primariamente osso e tecido mole e constituem a família de Tumores de Ewing. Quando apresentam características de diferenciação neural são denominados de Tumor Neuroectodérmico Primitivo Periférico (PPNET). Se o PPNET está na parede torácica é referido como tumor de Askin.

A associação do código topográfico com o código referente ao tipo histológico (Item 26) faz a completa especificação do tumor e constitui o mais importante conjunto de dados cadastrados pelo Registro Hospitalar de Câncer, por constituírem os principais campos-chave na tabulação dos dados dos RHC.

A informação é coletada da história clínica e do exame físico do paciente, dos laudos de anatomia patológica e dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico ou por meio de relatórios, laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente ou, ainda, nas Folhas de Evolução e nas Folhas de Pareceres.

ITEM 26 • TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO

□	□	□	□	□	/	□
---	---	---	---	---	---	---

O termo Morfologia (tipo histológico ou histologia) refere-se ao tipo de célula da qual é constituído o tumor e seu grau de diferenciação, e o código é identificado pela letra M, a qual inicia o código. Contudo, no RHC só é utilizada a parte numérica da codificação.

A codificação das neoplasias malignas segundo a histologia do tumor é feita utilizando-se a Lista Numérica de Morfologia de Neoplasia da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O/3ª edição). É composta por 5 dígitos (numéricos), em que os três dígitos iniciais são numéricos e especificam o código do tipo histológico (o tipo de célula), o quarto dígito indica, dentro do grupo histológico, uma melhor especificação e por último (o quinto dígito) o comportamento biológico do tumor, conforme abaixo especificado:

- /0 – Neoplasia benignas
- /1 – Neoplasias de comportamento incerto se benigno ou maligno
- /2 – Neoplasias "*in situ*", intraepitelial, não invasivo
- /3 – Neoplasias malignas declaradas como primárias
- /6 – Neoplasias malignas secundárias (metástases)
- /9 – Neoplasias malignas, incertas se primário ou metastático

O Registro de Câncer coleta somente dados referentes a neoplasias malignas, *in situ* e as de comportamento incerto, se maligno ou benigno, isto é, os tipos histológicos com código de comportamento /3, /2 e /1.

Excepcionalmente, alguns tumores /0 são incluídos, a critério do hospital, na relação de tumores a serem cadastrados por causa do comportamento da doença, do tipo de tratamento realizado ou por interesse científico da instituição.

No RHC não é permitido especificar a morfologia usando os códigos de comportamento /6 (maligno, localização metastática), ou /9 (maligno, incerto se a localização é primária ou metastática). Deve ser sempre usado o código de maligno (/3), independente se o material para exame foi obtido do tumor primário ou de uma metástase.

Este item complementa o item anterior, localização do tumor primário, e guarda com ele estrita correlação.

Da mesma forma que, para a topografia, consta na CID-O/3 uma série de condições que implica na correta codificação das morfologias e algumas delas estão abaixo exemplificadas.

De modo geral, existe correlação entre a histologia do tumor e a sua topografia. Para alguns tumores, o padrão histológico que apresentam está diretamente associado a determinadas localizações topográficas ou a tipos específicos de tecidos, como os Timomas (M8580/3), associados a C37.9 (neoplasia maligna do timo) e o Mieloma Múltiplo (M9732/3) associado a C42.1 (medula óssea).

Caso a localização informada seja diferente da indicada na morfologia da CID-O, deve-se usar o código apropriado para aquela localização. "Isso deve ser feito após revisão minuciosa do caso, para se ter certeza de que não se trata de metástase". (Regra número H na página 34 da CID-O/3). Se o patologista declarar no laudo diagnóstico uma topografia diferente daquela usual utilizada pela CID-O, o tumor deve ser codificado de acordo com o indicado pelo patologista.

Quando não há especificação do tipo histológico, significa que a descrição do tipo do tumor ficou generalizada ou pouco específica; portanto, usa-se a opção nove (9) que corresponde à especificação SOE – Sem Outra Especificação.

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 adenocarcinoma de ductos (M8500/3) com áreas de comedocarcinoma (M8501/3), usa-se o último código.

Alguns tumores possuem padrão histológico semelhante, havendo a necessidade de correlação clínica. Assim, o diagnóstico diferencial entre Plasmocitoma (9731/3) e Mieloma Múltiplo (9732/3) é feito em função da localização primária, se C40-C41 – Osso ou C42.1 – Medula Óssea, respectivamente. Nesse caso, o laudo anatomopatológico isoladamente não é suficiente para estabelecer o diagnóstico. É necessário considerar as informações clínicas do local de início do tumor, a extensão da doença e as informações do oncologista clínico.

Os tumores com diagnóstico clínico, sem confirmação por exame citológico ou histológico, devem ser classificados como M9990/3 - sem exame microscópico, clinicamente tumor maligno (câncer). Vide página 191 da CID-O/3.

Quando o paciente realizou exame histopatológico que confirmou tratar-se de câncer, contudo o laudo não está acessível ou a especificação da morfologia é desconhecida, codifica-se a morfologia com o código M-8000/3 (Neoplasia Maligna).

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).

Poderão ser encontrados na CID-O diagnósticos morfológicos compostos, por exemplo, o termo composto “Fibromixossarcoma” é listado nas CID-O 3ª ed. sob o código morfológico 8811/3. Entretanto, “Mixofibrossarcoma” possui o mesmo significado (somente os prefixos estão invertidos), portanto, também é codificado como 8811/3.

Fibroxioma maligno tem o mesmo significado de histiocitoma fibroso maligno, então o código morfológico será 8830/3.

No momento da codificação da morfologia, poderão ocorrer casos que serão considerados como raros ou pouco prováveis e com morfologias que não sejam compatíveis com a topografia do tumor. Nesses casos, é recomendado que seja feita a revisão do caso junto à clínica e a anatomia patológica, antes da validação do caso na base de dados. Alguns desses casos encontram-se discriminados abaixo.

Casos possíveis, no entanto, de ocorrência pouco provável (recomenda-se a revisão do caso)

- Adenocarcinoma com qualquer grau de diferenciação se for intramucoso e invadir o córion deve ser considerado como invasor (8140/3).
- Cistoadenocarcinoma mucinoso, em geral, é do ovário. Entretanto, apesar desse tipo de tumor ser infrequente como primário de apêndice, se o exame microscópico e a macroscopia indicam o apêndice cecal como topografia primária, o caso deve ser considerado como de apêndice. Quando há tumor no apêndice e também no ovário, é mais comum que seja primário de apêndice com metástase para ovário do que o inverso.
- Sarcoma sugestivo de Sarcoma Epiteloide deve ser codificado com a morfologia com 8804/5 – sarcoma epiteloide.
- O adenocarcinoma de próstata deve ser codificado como adenocarcinoma acinar da próstata utilizando o código morfológico 8140/3 (Adenocarcinoma, SOE). O código 8550/3 (carcinoma de células acinosas) é destinado ao carcinoma ou adenocarcinoma de células acinares ou acinosas das glândulas salivares e não deve ser utilizado para adenocarcinoma acinar da próstata (8140/3), pois as células acinares (ou acinosas) são um tipo especial de células que só existe em glândulas salivares.
- Os casos de carcinoma epidermoide de glândula salivar devem ser revistos, pois há grande probabilidade de serem um adenocarcinoma incorretamente classificado.
- Também o carcinoma epidermoide de estômago deve ser revisado, pois, provavelmente, é um caso de tumor com origem no esôfago.

- Outro exemplo é o adenocarcinoma de esôfago que deverá ser reavaliado para verificar se não é um caso de tumor de estômago.
- Tumor de seio endodérmico (tumor de saco vitelino). São tumores de gônadas, retroperitônio, mediastino ou qualquer outra localização da linha média do corpo. Se tiver em outra localização, deve ser feita revisão para verificar se não se trata de tumor de partes moles.
- Quando o diagnóstico for de carcinoma epidermoide de mama, deve ser solicitada a revisão, pois o mais provável é que se trata de um tumor com origem na pele da mama.
- Se o diagnóstico for de carcinoma epidermoide de tireoide, o provável é que a origem seja na pele e não na glândula tireoide.
- O tumor classificado como carcinoma epidermoide de reto deve, na realidade, ser um caso de tumor do ânus e canal anal, erroneamente classificado.
- O melanoma classificado como primário de SNC deve, de fato, ser tumor metastático.
- Neuroblastoma que não seja de suprarrenal, retroperitônio ou mediastino, deve ser revisado, pois a topografia deve estar incorretamente especificada. Contudo, se mesmo após a revisão não for possível estabelecer com certeza a origem do tumor, ele deve ser classificado no código C76 – Outras localizações e as localizações mal definidas.

Casos Raros (só devem ser considerados após confirmação do caso):

- Rabdmiossarcoma de pálato e outras partes moles da boca
- Carcinoma lobular de boca
- Carcinoma de células acinosas de boca (glândula salivar menor)
- Ganglioneuroblastoma de coração, mediastino e pleura
- Neuroblastoma de coração, mediastino e pleura
- Linfoma de grandes células de coração, mediastino e pleura
- Carcinoma de células escamosas (escamoso) adenoide de pele
- Carcinossarcoma de mama

Códigos morfológicos associados a determinadas topografias:

- 8503/3 - Carcinoma papilar de mama (adenocarcinoma papilar intraductal não infiltrante)
- 8260/3 – Carcinoma papilífero da tireoide e de células renais (adenocarcinoma papilar)
- 8050/3 -Carcinoma papilar – que não for de (exceto mama, tireoide e células renais)
- 8380/3 -Carcinoma endometriode – é localizado no ovário
- 8010/3 -Carcinoma de endométrio – não é endometriode
- 8310/3 -Adenocarcinoma de células claras

- 8312/3 -Carcinoma de células renais
- 9240/3 -Condrossarcoma mesenquimal – ocorre em partes moles
- 8042/3 - Carcinoma de pequenas células no pulmão (“oat cell”)
- 8041/3 - Carcinoma de células pequenas nas outras localizações
- 8920/3 - Rabdomiossarcoma alveolar – são geralmente de partes moles
- 9364/3 -Tumor neuroectodérmico periférico – em geral são de partes moles
- Linfomas -São em geral de linfonodos. Só considerar extranodal e gástrico quando não houver evidência de comprometimento ganglionar (linfonodos)
- 9731/3 - Plasmocitoma – são de osso
- 9732/3 - Mieloma múltiplo – são de medula óssea
- 8077/2 - Deverá ser utilizado nos casos de carcinoma “*in situ*” de colo de útero, vulva, vagina e ânus. Para as outras topografia a codificação de carcinoma “*in situ*” deverá ser 8010/2.

ATENÇÃO: *A critério do hospital, mesmo que não exista a comprovação histológica ou citológica, para algumas topografias muito específicas, o médico experiente pode ser enfático em afirmar que um tumor específico apresenta evidências suficientes para que se possa estabelecer a associação com determinado tipo histológico, tendo por base a evolução da doença e as características macroscópicas ou ainda informações reveladas por exames de imagem ou laboratoriais. São exemplos, alguns casos de carcinomas epidermoides de pele e os gliomas de cérebro que, clinicamente diagnosticados, podem ser codificados como carcinoma escamocelular, SOE (M-8070/3) e M9380/3 (glioma maligno) ao invés de M9990/3 (clanicamente neoplasia maligna). Entretanto, muito cuidado com esse tipo de inferência.*

A informação referente à morfologia do tumor é coletada diretamente do laudo da anatomia-patológica, de laudos médicos provenientes de outras instituições, das Folhas de Evolução e de Pareceres.

ITEM 27 • CLASSIFICAÇÃO DO TUMOR MALIGNO ANTES DO TRATAMENTO

TNM CLÍNICO INICIAL (TNM)

--	--	--

A Classificação dos Tumores Malignos – TNM (6ª- edição) é um sistema de classificação dos tumores malignos elaborados pela União Internacional Contra o Câncer – UICC, por meio de uma comissão de especialistas, usado com os objetivos de: ajudar os médicos no planejamento do tratamento; dar alguma indicação do prognóstico; ajudar na avaliação dos resultados de tratamento; facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento e contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano.

A informação sobre a extensão do tumor expressa pelo TNM é uma avaliação de uma condição dinâmica (extensão da doença), em determinado momento do tempo. Também é importante identificar a edição do TNM, pois, para algumas topografias, houve mudança nos parâmetros a serem usados.

Para fins de cadastro do tumor no Registro Hospitalar de Câncer, é utilizado o Estadiamento Clínico do Tumor antes do início do tratamento antineoplásico do paciente no Hospital, utilizando a Classificação de Tumores Malignos – TNM, 6ª edição.

Se a informação referente ao estadiamento clínico não estiver descrita por ocasião do relato da primeira consulta, deve ser obtida tão logo o diagnóstico seja estabelecido. Entretanto, é obrigatório que seja antes do início do tratamento, desde que não tenha transcorrido intervalo de tempo superior a dois meses em relação à data do diagnóstico, exceto para os tumores de próstata, dos quais se aceita até quatro meses.

Portanto, é importante que o médico estabeleça o estadiamento e anote no prontuário as informações referentes a cada tumor, pois essa informação reflete aquele momento e não tem como ser posteriormente resgatada, pois a própria evolução da doença pode modificá-lo.

Caso ocorra divergência entre clínicas, ao estadiar um mesmo tumor, com intervalo de tempo muito curto entre as duas avaliações (portanto sem tempo suficiente para que a divergência fosse considerada como em decorrência da evolução do tumor), o registrador deverá informar ao coordenador do RHC, que decide se solicita confirmação da clínica ou se tem informações suficientes para (levando em consideração, a experiência do médico e a clínica à qual está vinculado) optar por um dos estadiamentos encontrados.

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.

No quadro 5 estão apresentadas as diversas possibilidades para cada parâmetros de avaliação (T, N e M).

Quadro 5 – A relação entre as possibilidades de tumores e os parâmetros de avaliação

T – TUMOR PRIMÁRIO	
TX	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1,T2,T3,T4	Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário
Nota: Para os tumores <i>in situ</i> (Tis), o estadiamento é estabelecido com base no exame microscópico e será representado pela letra i (minúscula).	
N – LINFONODOS REGIONAIS	
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais
N1, N2, N3	Comprometimento crescente dos linfonodos regionais
Nota: A extensão direta do tumor primário para o linfonodo é classificada como metástase linfonodal. Metástase em qualquer linfonodo que não regional é classificada como metástase a distância	
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

Os médicos deverão estar capacitados para estabelecer o TNM, pois os parâmetros são determinados para cada topografia, não existindo parâmetro que seja comum a todas as topografias.

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, mesmo que tenha transcorrido apenas um intervalo de dias entre as duas avaliações, já poderá apresentar resultados diferentes, como decorrência da progressão da doença.

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

Para as instituições e os médicos que desejarem, estão disponíveis no TNM e poderão ser adotadas subdivisões para algumas categorias principais que correspondem à melhor especificação do tumor (p.ex.: T1a, 1b; N2a, 2b ou pN1(sn)). Entretanto, para fins de estabelecimento do estadiamento do tumor pelo RHC, deve-se considerar apenas um dígito para representar cada variável (T, N e M) avaliada no resumo esquemático do TNM. Assim sendo, não será considerado o detalhamento. Um tumor de corpo uterino T2b terá o registro "T2" no campo referente ao tumor ou um tumor de bexiga T3b será avaliado como "T3".

Quando o tumor primário é desconhecido, os itens referentes a estadiamento e TNM devem ser preenchidos da seguinte forma: T0 – não há evidência do tumor primário - pág. 9 do TNM (pois o TX só deve ser utilizado quando o tumor primário tem sua topografia conhecida, mas não é possível avaliá-lo). Os demais parâmetros devem ser preenchidos com NX e MX, pois os parâmetros para avaliação de N e M dependem da topografia de T.

Quando não houver previsão de TNM para a localização do tumor primário, o item deve ser preenchido com “não se aplica” e o TNM será 888, mesmo que tenha nódulos e metástases de localização conhecida. O estadiamento também será 88.

Se o médico assistente estabelecer TNM e Estadiamento para um determinado tumor primário cuja especificação da localização seja um código topográfico terminado por .8 ou .9, de um tumor estadiável, o registrador deve aceitar esse estadiamento e TNM determinado pelo médico. Entretanto, se o médico não houver determinado explicitamente por escrito, deve-se adotar o preenchimento do TNM com 999 e o estadiamento com 99. A crítica do SisRHC apontará o caso como incoerente e deverá ser validado.

A localização primária provável de tumor desconhecido (item 49) trata apenas da possível topografia do tumor, a qual pode auxiliar na investigação diagnóstica e abordagem terapêutica, mas que não pode ser utilizada para fins de classificação de TNM e estadiamento.

Para os tumores *in situ*, o TNM será preenchido com I00, o pTNM da mesma forma e o estadiamento com 0.

Existem diferentes modos de classificar os tumores de pele no TNM. Para os carcinomas (C44.0,2-9, C63.2), excluindo aqueles da pálpebra, vulva e pênis, e os melanomas (incluindo o de pálpebra), utilizam-se os parâmetros preconizados para carcinomas da pele (página 129 do TNM). Para o melanoma maligno da pele (C44, C51.0, C60,9, C63.2) as regras a serem adotadas estão na seção Melanoma Maligno de Pele (página 132 do TNM). Para o Carcinoma da pele do pênis (C60) usar as instruções da página 187 do TNM. Para o Carcinoma de Vulva (C51) adotar a codificação da página 152 do TNM. O carcinoma da pálpebra deve obedecer às regras da página 220 do TNM, enquanto o melanoma da pálpebra deve ser enquadrado pelos critérios da página 132 do TNM, que também devem ser usados para as demais localizações dos melanomas (C44, C51.0, C60.9 e C63.2). A classificação dos tumores de partes moles (página 120 do TNM) exclui o Sarcoma de Kaposi e o dermatofibrossarcoma protuberans, cuja correta codificação é 888 – Não se aplica.

Para os tumores de testículo (C62), o TX será utilizado para classificar o tumor, pois, depende de dados da orquiectomia. Para o N e o M, empregam-se os parâmetros de avaliação de gânglios e metástases, respectivamente. O estadiamento clínico será 88. Já o pTNM, depende da avaliação.

Os melanomas de pele também devem ter o T do TNM clínico preenchido com TX, pois não podem ser avaliados antes da cirurgia, apenas o N e o M, uma vez que para o estadiamento do T é necessário dispor de informações que só estarão disponíveis após a ressecção do tumor (pT).

Também deve ser observado o tipo histológico do tumor e o grau de diferenciação celular, pois esses dois parâmetros são considerados quando do estabelecimento do TNM, associados às respectivas topografias dos tumores.

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

Essa 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.

Quadro 6 – Correlação das topografias com TNM e estadiamento clínico

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA
TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO	
C00, C02-C06	Lábio, cavidade oral
C01, C05.1,2, C09, C10.0,2,3, C11-C13	Faringe (oro, naso, hipo e SOE)
C32.0,1,2 C10.1	Laringe
C30.0, C31.0,1	Cavidade nasal / paranasais
C07, C08	Glândulas salivares
C73	Glândula tireoide
TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO	
C15	Esôfago
C16	Estômago
C17	Intestino delgado
C18-C20	Cólon e reto
C21.1	Canal anal
C22	Fígado
C23	Vesícula biliar
C24.0	Vias biliares extra-hepáticas
C24.1	Ampola de Vater
C25	Pâncreas
TUMORES DO PULMÃO E DA PLEURA	
C34	Pulmão
C38.4	Mesotelioma pleura
TUMORES DOS OSSOS E DAS PARTES MOLES	
C40, 41	Ossos
C38.1,2 C47-49	Partes moles
TUMORES DA PELE *	
C44.0, 2-9, C63.2	Carcinoma da pele
C44, C51.0, C60.9, C63.2	Melanoma maligno da pele

TUMORES DE MAMA	
C50	Mama
TUMORES GINECOLÓGICOS (Compatível com a FIGO)	
C51	Vulva
C52	Vagina
C53	Colo do útero
C54	Corpo do útero
C56	Ovário
C57.0	Trompa de Falópio
C58	Tumores trofoblásticos gestacionais
TUMORES UROLÓGICOS	
C60	Pênis
C61	Próstata
C62	Testículo
C64	Rim
C65, C66	Pelve renal e ureter
C67	Bexiga
C68.0, C61	Uretra
TUMORES OFTÁLMICOS	
C44.1	Carcinoma da pálpebra
C69.0	Carcinoma da conjuntiva
C69.0	Melanoma maligno da conjuntiva
C69.3,4	Melanoma maligno de úvea
C69.2	Retinoblastoma
C69.5	Carcinoma de glândula lacrimal
C69.6	Sarcoma de órbita
LINFOMAS E LEUCEMIA (Não existe classificação no TNM)	
C77	Linfoma de Hodgkin
C77	Linfoma não Hodgkin
C42	Leucemias

* Exclui a pele da pálpebra, da vulva e do pênis e os melanomas da pele, incluindo pálpebra.

Se o pTNM estiver disponível, deverá ser incluído no item 29, para permitir uma correlação entre os dois.

ESTADIAMENTO INICIAL (com base no TNM)



A classificação pelo sistema TNM permite uma detalhada descrição da extensão da doença. Desse modo, se um tumor tem quatro possibilidades para T, três possibilidades para N e duas possibilidades para categorizar M, ter-se-á 24 possibilidades diferentes de classificação do tumor. Para permitir o agrupamento de diferentes categorias em um número conveniente de opções com grupos mais ou menos homogêneos, em termos de sobrevida, utiliza-se o estadiamento.

Ao final de cada seção do livreto do TNM existe um quadro sumário, no qual estão estabelecidas as possíveis correlações entre estadiamento e o TNM, especificamente, para aquela topografia.

Existe uma correlação entre o estadiamento clínico e o TNM (item 27), do qual deriva. Assim, 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 próprio médico estabeleça e registre, antes do início do primeiro tratamento (preferencialmente por ocasião da primeira consulta), tanto o Estadiamento quanto o TNM que lhe deu origem.

Como regra geral, para os tumores primários o termo *in situ* é considerado estágio 0 (zero) e quando há metástase a distância, estágio 4 (quatro). Para as demais situações, o estabelecimento do estadiamento será feito considerando-se a topografia do tumor primário, sua extensão, o comprometimento de nódulos linfáticos e a ocorrência de metástase, além da diferenciação celular e do resultado da avaliação de marcadores.

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 o comportamento do tumor.

Uma vez estabelecido, o estadiamento clínico permanece inalterado, pois representa a expressão da extensão do tumor no momento da avaliação.

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

Se a localização do tumor primário for desconhecida, o estadiamento deve ser preenchido com 88, uma vez que não se tem a confirmação da localização primária e esta poderá ser de uma topografia não estadiável.

A critério de cada hospital, além do TNM poderão ser adotadas outras classificações para estabelecer o estadiamento clínico do tumor. Essas classificações alternativas poderão ou não apresentar correlação com os padrões adotados pelo TNM.

ITEM 28.b • OUTRO ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO (para sistemas de estadiamento diferentes do TNM e para os casos com idade menor ou igual a 18 anos)

OUTRO ESTADIAMENTO (diferente do TNM e com idade menor ou igual a 18 anos)

--	--

Este item deve ser preenchido exclusivamente quando se utiliza para estadiamento algum critério diferente daqueles preconizados pelo TNM e que não seja com ele compatível, incluindo a classificação de tumores pediátricos.

Alguns serviços poderão utilizar, adicionalmente ou em substituição ao TNM, outras classificações, como as de Breslow para os melanomas de pele, Whitmore-Jewett para os tumores de próstata, Ann Arbor para linfomas e Work Formulation para leucemia.

ITEM 29 • pTNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS, PATOLÓGICO

TNM PATOLÓGICO (pTNM)

--	--	--	--

A Classificação patológica, designada pTNM, tem por base as evidências obtidas no TNM clínico e suplementadas ou modificadas pelas evidências adicionais obtidas a partir dos dados da cirurgia e do exame histopatológico da peça cirúrgica.

O pTNM utiliza 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 que ele tenha sido ressecado ou que tenha sido realizada biópsia que possibilite a adequada avaliação da extensão do tumor, incluindo todas as possibilidades de 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.

Para os tumores *in situ*, o estadiamento é estabelecido com base no exame microscópico. Para efeito de inclusão no SISRHC, deve-se utilizar a letra i para indicar o T, pois existe uma única posição para incluir essa informação na Ficha de Registro de Tumor.

Para alguns tumores não existe a opção do TNM clínico, estando disponível apenas o pTNM, cujo resultado deve ser anotado. No item referente à classificação clínica (TNM), o preenchimento deve ser feito utilizando-se a notação X, indicativa de que o parâmetro não pôde 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 30 • LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

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

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

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 seu registro, em ordem cronológica de aparecimento, utilizando o código de localização do tumor da CID-O/3 (o mesmo código usado no item 25), com apenas três dígitos (sem o detalhamento da localização).

O comprometimento de outros órgãos e tecidos pela invasão por contiguidade ou pelo comprometimento ganglionar regional é considerado metástase a distância.

Por serem as localizações mais frequentes de metástases, deve-se dar atenção especial à ocorrência nas seguintes topografias: fígado (C22), pulmão (C34) pleura (C38), osso (C40-C41), medula óssea (C42), pele (C44), peritoneal (C48), cérebro (C71), suprarrenal (C74) e linfonodos a distância (C77).

Na existência de metástase de localização mal definida, deve-se preencher com o código C76 (outras localizações e localizações mal definidas).

Na ocorrência de metástases disseminadas – assim entendidas a ocorrência de mais de quatro metástases - deve-se preencher a primeira casa do item com o código C80 e deixar as demais em branco.

Segundo consulta ao Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, o código C80, neoplasias (malignas) disseminadas (vide CID-10, Índice - volume 3, página 510) deve ser usado para metástase disseminada e o código C76 para localização mal definida.

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

Como a ocorrência de metástases pode acontecer a qualquer tempo, o registro dessa informação poderá ser encontrado em praticamente todos os formulários e anotações dos prontuários de saúde dos pacientes, contudo, mais frequentemente, pode ser encontrado nas Folhas 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 também nas Folhas Específicas dos Serviços.

6 • ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO

O grupo de itens a seguir apresentados avalia o primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital e a resposta do tumor a essa terapêutica que foi empregada.

Essas informações permitem avaliar a efetividade do tratamento realizado, e também constituirão os parâmetros básicos que serão utilizados nas avaliações futuras, do seguimento temporal e dos casos analíticos.

O conjunto de informações incluídos na ficha de registro de tumor é referente apenas ao primeiro tratamento antineoplásico do paciente. Se ao longo do primeiro ano de tratamento forem realizados outros tratamentos, esses tratamentos serão incluídos na ficha de seguimento do tumor, no campo referente ao primeiro ano.

Se ultrapassar o período de um ano, serão incluídos no período subsequente (segundo ano) e assim por diante.

ITEM 31 • CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

CLÍNICA DO INÍCIO DO TRATAMENTO

--	--

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

Muitas vezes, essa clínica não foi a mesma que serviu de porta de entrada do paciente na instituição (item 47 - clínica de entrada do paciente no hospital). Se a clínica do primeiro tratamento for a mesma de entrada, deve-se repetir o mesmo código, nos dois itens.

Se o tratamento de um determinado paciente foi realizado por mais de uma clínica, deve-se registrar aquela clínica que assumiu o papel principal no transcurso desse tratamento. Assim, deve-se anotar o código correspondente à cirurgia torácica, se o paciente foi atendido pela cirurgia torácica que solicitou uma radioterapia paliativa anti-hemorrágica, para que houvesse condições de realizar o procedimento cirúrgico proposto e que foi efetivamente realizado.

Ou ainda, se a paciente com câncer de mama foi matriculada na clínica de mastologia que a considerou sem possibilidade terapêutica cirúrgica, e a encaminhou à oncologia clínica para tratar com quimioterapia, anota-se a mastologia como clínica de entrada, no item 47, e a oncologia clínica como responsável pelo início do primeiro tratamento no hospital, no item 34.

Deverá ser construída uma tabela específica segundo padronização institucional, constando o nome de todas as clínicas existentes no hospital e, para cada uma, atribuído um código com dois dígitos.

Essa tabela também poderá ser utilizada em todos os campos que necessitam da identificação da clínica. O primeiro identificará a modalidade de tratamento e o segundo, a ordem sequencial no grupo.

Se necessário, podem ser destinados mais de um dígito para o grupamento, a exemplo das especialidades clínicas ou cirúrgicas que nos hospitais gerais podem ser superiores às dez opções que o uso de apenas um dígito permite.

Desse modo, sugere-se a seguinte estrutura de codificação de serviços:

Tabela 1 – Codificação de serviços

Código	Clínica de atendimento
1X	Serviços Clínicos de Oncologia
2X	Serviços Cirúrgicos Oncológicos
3X	Radioterapia
4X	Outras

A informação da clínica responsável pelo tratamento é resgatada das Folhas de Evolução, do Sumário de Alta ou das Folhas específicas de atendimento nas clínicas e deverá ser transcrita na Ficha de Registro de Tumor com o código correspondente.

ITEM 32 • DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

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

Esta data está relacionada ao início efetivo do tratamento antineoplásico específico para o tumor em análise, realizado no hospital em que o RHC está instalado.

Não devem ser considerados os tratamentos realizados em outras instituições; os tratamentos que não sejam diretamente relacionados à terapêutica do tumor em análise ou de suas metástases; e também no caso de tumor primário múltiplo ou para doenças não tumorais, os tratamentos anteriormente realizados no hospital com o objetivo de tratar outros tumores do mesmo paciente.

Nos hospitais em que existam mais de um serviço independente e nos quais tenham sido implantados RHC independentes (cada serviço com o seu respectivo RHC), deve-se considerar o tratamento inicial realizado no hospital. Ou seja, independente de onde realizou o tratamento, se foi no mesmo hospital, deve ser considerado uma única vez e o caso nunca pode ser considerado como analítico nos dois RHC.

Deve ser registrada a data de efetivo início do tratamento, mesmo que tenha sido indicada e planejada em datas anteriores. Para as cirurgias, são as datas de realização do primeiro ato cirúrgico. Para quimioterapias e radioterapias, a data da primeira aplicação.

Para o preenchimento dessa informação utiliza-se o padrão DD/MM/AAAA, sempre com oito dígitos: dois para o dia, dois para o mês e finalmente quatro para o ano.

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, quando se conhece apenas o ano, usar 30/06. Para as datas totalmente desconhecidas, considerando-se as informações constantes no prontuário, usar 99/99/9999.

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

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

ITEM 33 • PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1. Recusa do tratamento
- 2. Tratamento realizado fora
- 3. Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
- 4. Abandono do tratamento
- 5. Complicações de tratamento
- 6. Óbito
- 7. Outras razões
- 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, reduzir a progressão da doença 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 e não considerando os tratamentos sintomáticos – realizados com a finalidade de aliviar algum sinal ou sintoma do paciente.

Para alguns pacientes, uma vez estabelecido o diagnóstico, é imediatamente recomendada a realização de tratamento específico para esse tumor ou suas metástases. Entretanto, por motivos diversos, esses tratamentos podem não se realizar e o paciente permanecer sem tratamento. Nesses casos, se avalia o(s) motivo(s) que resultaram na não realização do tratamento antineoplásico preconizado. O Registrador deve então anotar a razão que inviabilizou a realização do tratamento proposto.

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

Tratamento Realizado Fora (opção 2) - Será marcado para aqueles pacientes que já chegam ao hospital com o primeiro tratamento concluído e que permanecem apenas para fazer acompanhamento (são exemplo os pacientes com melanoma que já chegam ao hospital tendo realizado uma ressecção da massa tumoral considerada como correta e suficiente para ressecção total da lesão sem necessidade de ampliação das margens cirúrgicas da lesão). Esses casos são

classificados como não analíticos. Entretanto, se são submetidos à complementação do tratamento, como ocorre com os pacientes portadores de melanoma que são submetidos a nova cirurgia para ampliação das margens de ressecção, o caso é cadastrado como analítico.

A **Doença Avançada, Falta de Condições Clínicas ou Outras Doenças Associadas (opção 3)** – Engloba uma série de situações que levaram à não realização do tratamento, apesar de indicado. São os pacientes cuja doença em estado avançado não apresenta possibilidade de cura ou cujo tratamento em virtude da 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 diminuição de sofrimento (aí incluídos os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais – FPT). Também nessa opção são incluídos os pacientes que, por falta de condições clínicas, por causa da debilidade do organismo em decorrência da doença ou à presença de outras doenças graves, não apresentam as condições necessárias à realização do tratamento, que por si só é agressivo e debilitante. Como exemplo, podemos citar a caquexia (emagrecimento intenso em virtude do tumor), a presença de diabetes descompensado, a presença de infecção grave, paciente com cardiopatia grave incompatível 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. Nessas situações, a realização do tratamento pode pôr em risco a vida do paciente.

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 a interrupção do esquema terapêutico ocorre por decisão do médico. Nessa opção, a decisão foi do paciente ou de seus familiares.

Complicações do Tratamento (opção 5) - Consideram-se complicações do tratamento aquelas que ocorreram diretamente relacionadas ao tratamento antineoplásico que estava sendo ministrado ao paciente. São exemplos dessa situação as estenoses e as queimaduras secundárias à radioterapia, as complicações cardíacas secundárias ao uso de quimioterápicos cardiotóxicos ou as complicações pós-operatórias.

Óbito (opção 6) - Nesta opção são enquadrados os casos de pacientes que faleceram antes de iniciar o tratamento que havia sido proposto, aqueles que morreram durante o curso do primeiro tratamento antineoplásico, impedindo sua conclusão que, se espera, teria acontecido se o óbito não tivesse ocorrido, pois o tratamento teria sido continuado. Essa situação acontece, por exemplo, quando um paciente no curso de uma quimioterapia adquire uma infecção que evolui para septicemia e morte.

Outras Razões (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 em virtude da idade avançada do paciente.

Não se Aplica (opção 8) - Quando o paciente realizou integralmente o tratamento proposto. Nestes casos, o item 34 deve ser preenchido com as informações referentes ao primeiro tratamento do paciente no hospital.

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

Pode ocorrer do paciente se enquadrar simultaneamente em mais de uma das duas opções acima apresentadas. Nesse caso, opta-se por aquela que tenha sido mais determinante no cancelamento ou na alteração do plano de tratamento.

Atenção – Este item guarda relação direta com os itens opcionais referentes ao custeio do diagnóstico (item 53) e do tratamento (item 54).

Refere-se ao tratamento antineoplásico e não deve ser aplicado para tratamento sintomático ou de comorbidades que curse em paralelo com o tratamento do tumor, mas que não são a ele diretamente relacionados (por exemplo, o tratamento de uma hipertensão arterial ou de diabetes mellitus).

Essa informação poderá ser obtida principalmente da Folha de Evolução, contudo também pode ser pesquisada no Sumário de Alta, nos laudos, pareceres e relatórios médicos.

ITEM 34 • 1º TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

1º 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

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

Este item diz respeito ao conjunto de procedimentos que compõe o primeiro tratamento do paciente no hospital. Devem ser cadastrados, de forma cronológica e sequencial, todos os recursos de tratamento aplicados, especificamente para o tratamento do tumor ou suas metástases,

possibilitando a repetição de uma mesma modalidade de terapêutica, caso tenha sido aplicada mais de uma vez.

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

Para efeito desse item, deve-se considerar apenas o primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital e inclui todas as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor. Se houver necessidade de mudança do esquema terapêutico inicialmente preconizado, será anotado apenas o tratamento realizado em acordo com a primeira prescrição.

Os tratamentos sintomáticos, de comorbidades ou de complicações do tumor não devem ser incluídos.

Para os protocolos clínicos, considera-se como primeiro tratamento o primeiro ciclo ou, se não houver especificação, o conjunto inicial de terapêuticas.

Se o médico não especificar no prontuário o protocolo que será utilizado no primeiro tratamento do paciente, poderá ser adotado como regra geral, a não ser que haja determinação diferente no hospital, que se considere os tratamentos realizados no período de quatro meses, a contar da data de início do tratamento (item 32). Para linfomas, este período é de sessenta dias e para as leucemias, de 28 dias (considerados, nesses casos, como data do final do primeiro ciclo de tratamento do paciente).

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.

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

Quando o paciente por algum motivo não realizar o primeiro tratamento no período de até oito meses a partir da data do diagnóstico (item 22), considera-se como não tendo realizado o primeiro tratamento, mesmo que posteriormente venha a realizá-lo, tendo em vista que essa demora influenciará negativamente no prognóstico do paciente. Esse caso deverá ser avaliado em conjunto com a clínica, antes de ser classificado como caso não analítico.

Opção 1 – Nenhum. Se o paciente não foi tratado no hospital.

A **opção 2 – Cirurgia** inclui o procedimento cirúrgico realizado no sentido de ressecar o tumor primário ou suas metástases. Se no procedimento realizado foram retirados apenas fragmentos do tumor para análise anatomopatológica ou a intervenção foi feita com o objetivo de coletar tecidos ou esvaziar cavidades, como aqueles de paracentese, retirada de líquido ascítico ou derrame pleural e biópsia de massa tumoral, o procedimento não deve ser considerado, pois apesar de ter removido células malignas, não retirou quantidade significativa de células tumorais que venham a representar chances de cura ou remissão da doença.

A cirurgia poderá ser indicada com diferentes objetivos, seja para a retirada total do tumor e suas metástases (curativa), para ressecção parcial (paliativa), apenas para avaliar sintomas,

criar vias de acesso ou desobstruir áreas comprometidas pelo crescimento tumoral ou ainda para realizar aberturas artificiais no organismo. Como exemplos, essas aberturas podem ser aquelas para a colocação de próteses intratumoral e cateteres, abertura na traqueia (traqueostomia), no estômago (gastrostomia), no cólon (colonostomia) e na bexiga (vesicotomia), as quais, por não terem o objetivo de interferir diretamente no tumor, são consideradas sintomáticas.

São considerados procedimentos cirúrgicos 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 de lesões; Eletro(foto)coagulação; e Criocirurgia para tumores superficiais;
- Excisão do câncer de pele, inclusive aquelas por meio de biópsia com retirada total da lesão;
- Conização para o carcinoma do colo uterino (*in situ* e microinvasor);
- Dilatação com curetagem uterina para carcinoma *in situ* do colo uterino;
- Curetagem para carcinoma *in situ* do endocérvice;
- Cirurgia a laser.

Na opção 3 – Radioterapia, devem ser consideradas as diferentes modalidades de aplicação de radiações ionizantes com fins terapêuticos, cuja intenção pode ser curativa, quando visa obter a cura da doença; paliativa, se tem o objetivo de apenas reduzir o tumor primário ou suas metástases, sem, contudo, considerar isoladamente a cura da doença; neoadjuvante, se faz parte do planejamento sua utilização antes da cirurgia, com a intenção de reduzir o volume do tumor e facilitar a abordagem cirúrgica. Pode ainda ser empregada como terapia sintomática, com efeito anti-hemorrágico ou antiálgico, que não será considerada neste item.

São exemplos de aplicações de radioterapia:

- 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 outro elemento radioativo.

Considera-se **tratamento quimioterápico (opção 4)** aquele realizado com o uso de medicamentos cuja classificação farmacológica, com base no mecanismo de ação, seja assim denominado. Em geral, estão 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. Alguns dos esquemas quimioterápicos incluem o uso de corticosteroides que, nesses casos são registrados como integrantes do esquema quimioterápico.

A quimioterapia pode ser realizada com diferentes propósitos: a neoadjuvante é aquela realizada antes da cirurgia como parte de esquema previamente definido, com a intenção de reduzir o tumor e assim facilitar a abordagem cirúrgica; a adjuvante é a quimioterapia utilizada logo após a realização de cirurgia do tumor e é usada como complemento do ato cirúrgico para aumentar as chances de cura do paciente, pelo combate às células que possam ter permanecido no organismo após a retirada cirúrgica da massa tumoral; a quimioterapia de consolidação é indicada, na maioria das vezes, para neoplasia hematológica (por exemplo, a leucemia) para “consolidar” a remissão da doença, enquanto a quimioterapia de manutenção é empregada no tratamento das leucemias, após as etapas de indução e consolidação para “manter” o paciente em remissão.

Em relação à **opção 5 – Hormonioterapia**, diz respeito aos tratamentos realizados cujo resultado esperado é a interferência direta nos níveis de hormônios circulantes.

Pode ser realizada pela administração de um hormônio já presente no organismo, denominada de hormonioterapia aditiva. Quando utiliza um hormônio antagônico, é a terapia anti-hormonal. Se a hormonioterapia for realizada por meio da ressecção cirúrgica ou destruição por radiação ionizante, é hormonioterapia ablativa.

Como exemplo do uso aditivo de hormônio, temos a prescrição de hormônio feminino para mulheres pós-menopausa (adição). Quando o objetivo é o bloqueio hormonal (terapia anti-hormonal), faz-se o uso do hormônio antagônico, como o emprego do hormônio masculino para mulheres ou de hormônios femininos para homens. Também se pode fazer a retirada ou destruição da glândula, (hormonioterapia supressiva) por intervenção cirúrgica (retirada de ovários – ooforectomia, ou dos testículos – orquiectomia).

Quando o paciente é submetido a cirurgia ou radioterapia para ressecar ou destruir glândula, com o objetivo de modificar a ação hormonal, o procedimento deverá ser considerado, para efeito de classificação do tipo de tratamento realizado, como hormonioterapia e não como cirurgia ou radioterapia respectivamente, pois a glândula não apresentava comprometimento pelo tumor primário, por sua extensão direta ou pelas metástases. O objetivo era, específica e exclusivamente, interromper sua produção hormonal.

A **opção 6 – Transplante de medula óssea**, constitui um grupo especial de terapia que, pelos recursos envolvidos, torna-se relevante, merecendo destaque.

É um tipo de tratamento proposto para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue. Ele consiste na substituição da medula óssea doente ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula. O transplante pode ser denominado de autogênico ou autólogo quando a medula ou as células-tronco de medula óssea proveem do próprio indivíduo transplantado (receptor), pois parte da medula é retirada quando ainda não está comprometida pela doença, congelada e armazenada para ser posteriormente transplantada no próprio paciente.

Ele é dito alogênico quando a medula ou as células proveem de um outro indivíduo compatível. Pode ser um aparentado (especialmente irmãos) ou não aparentados. Se o doador é irmão gêmeo univitelino (gêmeos idênticos), cujas medulas são geneticamente idênticas, é chamado de sisgênico.

Em relação à fonte das células precursoras (células tronco) para os transplantes, elas podem ser oriundas da medula óssea, obtidas do sangue circulante de um doador, ou ainda do sangue de cordão umbilical.

Em relação à procedência, podem ser coletadas diretamente do doador por ocasião do transplante ou obtidas nos estoques de bancos de doadores.

Na **opção 7 – Imunoterapia**, estão incluídos os tratamentos realizados com substâncias que atuam sobre o sistema imunológico (imunoestimulantes ou imunossupressores). Incluem-se nesta categoria os tratamentos realizados com BCG para tumores de bexiga.

A **opção 8 – (outro)** deve ser marcada quando da utilização de modalidade não específica para o tratamento de tumores, mas que, nesses casos específicos, tem uma clara intenção de tratar o tumor. Essas modalidades não se enquadram nas alternativas anteriores, aí incluídos os protocolos clínicos duplo-cego, as terapias alternativas e a embolização hepática. Não se devem incluir tratamentos de comorbidades ou outros tratamentos que não tenham sido realizados especificamente para o tratamento do tumor ou de suas metástases. Incluem-se nesta categoria o emprego de corticosteroide para leucemias e da talidomida para os casos de mieloma múltiplo, o Interferon para leucemia e também a destruição da glândula tireoide por ação da radioterapia ou aplicação de radioisótopos (I131).

Algumas instituições de saúde possuem mais de uma unidade hospitalar e frequentemente o paciente utiliza recursos disponíveis em mais de uma dessas unidades durante seu tratamento antineoplásico ou ainda hospitais nos quais estão em funcionamento serviços administrativamente

independentes. Caso exista na instituição mais de um RHC (já que cada hospital ou cada serviço pode ter o seu próprio RHC), a instituição deverá adotar como conduta, nesses casos, que o cadastro do tumor seja feito na unidade hospitalar onde está instalada a clínica que é a principal responsável pelo tratamento do paciente.

Atenção: *um mesmo tumor não deve ser cadastrado como caso analítico em mais de um RHC.*

Nesse caso, os procedimentos realizados nas outras unidades da mesma instituição serão considerados como se fossem tratamentos realizados no próprio hospital no qual o caso foi cadastrado. Entretanto, é necessário que o tratamento realizado nas outras unidades tenha seguido rigorosamente o planejamento inicial.

Outra situação que também acontece com relativa frequência é aquela na qual o paciente chega ao hospital do RHC sem tratamento anterior. É matriculado no hospital que então planeja o primeiro tratamento a ser ministrado a esse paciente. Entretanto, uma determinada modalidade que compõe o esquema terapêutico preconizado para o paciente não está disponível no hospital (ou por opção de conveniência do próprio paciente ou seu acompanhante) e vem a ser realizada em outro hospital (que não faz parte da mesma instituição, nem tem com ela qualquer acordo para tratamento de pacientes). Nesses casos, a instituição deverá estabelecer uma conduta padronizada para cadastrá-los (e anotar no seu livro de ocorrências). Sugere-se cadastrar o caso marcando no item 33 – Principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital - a opção 7 – outras razões.

Se os hospitais mantiverem convênio ou algum tipo de parceria para o tratamento desses pacientes, poder-se-á adotar a estratégia de assumir o tratamento realizado no outro hospital como se tivesse sido realizado na própria instituição (fazendo o correspondente registro dessa conduta no livro de ocorrências), uma vez que o hospital do RHC foi responsável pelo encaminhamento e depois dará continuidade ao tratamento.

Nesse caso, quando o tratamento constar de uma única modalidade terapêutica, (indicada pelo hospital no qual está instalado o RHC) ter sido realizada fora, e o paciente retornou ao hospital do RHC com relatório médico informando sobre o tratamento realizado, marcar a opção 8 – Não se aplica no item 33 (principal razão para a não realização do tratamento), a opção correspondente ao tratamento que foi indicado para realização externa, no item 34 (primeiro tratamento recebido no hospital) e no item “estado da doença ao final do primeiro tratamento” (item 35), a opção corresponde ao resultado da avaliação do paciente feita por ocasião do seu retorno ao hospital, desde que não seja posterior a quatro meses do final do tratamento. As informações sobre a continuidade do tratamento serão incluídas no seguimento do paciente.

Para os casos nos quais o paciente não retorna ao hospital, deve ser marcado no item 33 (principal razão para a não realização do tratamento) a opção 9 (sem informação), a opção correspondente ao primeiro tratamento recebido no hospital (Item 34) será 1 – Nenhum e no item

35 (estado da doença ao final do primeiro tratamento) marcar a opção 8 – Não se aplica. Nessa situação, o caso será cadastrado como caso não analítico.

À semelhança do item anterior, essa 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 35 • ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º 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. Suporte terapêutico oncológico
- 6. Óbito
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

O objetivo deste item é avaliar, por ocasião de sua conclusão, a eficácia e a efetividade do primeiro tratamento, específico para o tumor, realizado na instituição.

Nesse item avalia-se apenas a resposta do tumor, sem levar em conta o bem-estar ou a qualidade de vida do paciente.

A situação desejada é aquela na qual os médicos registrem nos prontuários o tratamento que foi programado e na sua conclusão, os resultados obtidos.

Em alguns casos, ao final do tratamento inicialmente programado, pode haver a necessidade de repetir o tratamento em ciclos ou replanejar o esquema terapêutico preconizado, em virtude da existência de intercorrências ou à falta de resposta satisfatória ao tratamento.

Assim, para alguns pacientes, recomenda-se a substituição ou a alteração na dose de drogas, a modificação na abordagem cirúrgica e a alteração no campo ou na dose radioterápica. Nos tratamentos combinados, recomenda-se a inclusão ou exclusão de outras modalidades terapêuticas.

Portanto, nem sempre é fácil determinar qual é e quando está concluído, esse primeiro tratamento na instituição.

Deve-se considerar como primeiro tratamento aquele que for explicitado pelo médico assistente, quando do estabelecimento do diagnóstico. Na ausência dessa informação, como regra geral, considera-se o primeiro conjunto de terapêuticas que tenha sido aplicado com fins antineoplásicos de modo ininterrupto. O Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos – NCI (The SEER Program Code Manual, Revised 01/98), recomenda que, caso não haja informação específica, considere-se, nesses casos (com falta de informação), o tratamento administrado ao paciente com a finalidade de tratar o câncer, considerando o período de quatro meses a contar da data do início dessa terapêutica, como sendo o primeiro curso de tratamento.

Isso pode ser feito para todos os tumores exceto leucemias e linfomas.

Todas as modalidades de tratamento realizadas no período devem ser incluídas, independente da sequência.

Para as leucemias, o período de tempo a ser considerado é de vinte e oito dias, 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. Para os linfomas, o período de referência é de sessenta dias.

Se houve mudança em virtude de uma aparente falência no esquema inicialmente planejado ou por intercorrência, o novo esquema terapêutico adotado não deverá ser considerado como tratamento inicial. Deve ser cadastrado como tratamento realizado subsequentemente e explicitado na ficha de seguimento, no período correspondente ao primeiro ano de tratamento. Do mesmo modo que a manutenção de ciclos terapêuticos repetitivos, a hormonioterapia de longa duração ou ainda novos esquemas devem ser considerados tratamento complementar.

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. Essa conduta tem por base a evidência de que o paciente terá grande prejuízo por postergar o início de seu tratamento por tão longo período de tempo.

As opções estão apresentadas em ordem decrescente de resposta ao tratamento efetuado. Deve-se buscar a melhor avaliação da resposta ao tratamento, assinalar o item correspondente à resposta do tumor quando concluiu o primeiro tratamento, se tenha sido integral ou parcialmente realizado no hospital ou ainda quando o tratamento constar de uma única terapêutica, mesmo que realizada fora, desde que indicada pelo hospital do RHC.

Na **opção 1 (Sem Evidência da Doença)** devem ser marcados aqueles tratamentos, cuja avaliação realizada ao final do primeiro tratamento indicar que o paciente não apresenta sinais da doença (primária e secundária) no momento da avaliação, mesmo que no futuro venha a apresentar metástases ou outra complicação.

Na **opção 2 (Remissão Parcial)** estão aqueles casos nos quais houve resposta do tumor ao tratamento; entretanto, o paciente continua com evidência da presença do tumor. É, por exemplo, o caso de um tumor de cabeça e pescoço que tenha reduzido seu tamanho pela ação da radioterapia,

uma cirurgia que tenha retirado parcialmente um tumor abdominal ou ainda de uma leucemia que tenha entrado em remissão.

A **opção 3 (Doença Estável)** é aplicada àqueles casos nos quais a progressão da doença é paralisada como decorrência do tratamento que o paciente recebeu, sem obter a redução de doença. A doença se mantém no mesmo estado, ou seja, não progrediu nem regrediu. Isso acontece, por exemplo, com alguns pacientes com tumor de pulmão submetidos à quimioterapia. Essa é uma ocorrência pouco frequente.

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. Nesses casos, o médico pode optar pela suspensão do tratamento ou, se julgar conveniente, continuar o tratamento, modificando o esquema terapêutico atual ou suas dosagens. É o que pode acontecer, por exemplo, com alguns casos de tumores de fígado ou de linhagem embrionária.

Na **opção 5 (Suporte Terapêutico Oncológico)** devem ser enquadrados aqueles pacientes que após realizarem o tratamento preconizado para seu tumor continuam com a doença em atividade e o médico assistente julga não haver, no momento, recursos terapêuticos indicados para o tratamento do tumor, recomendando a suspensão do tratamento antineoplásico e indicando para o paciente apenas tratamento de suporte e sintomático.

A **opção 6 (Óbito)** deve ser aplicada aos casos em que o paciente faleceu antes do final do primeiro tratamento, no curso do tratamento, independente se a causa morte tinha ou não relação com o tratamento ministrado. Também deve ser marcado se o paciente faleceu após o término do primeiro tratamento, mas ainda no transcurso do período de quatro meses.

Opção 8 (Não se Aplica) é marcada para os pacientes que não receberam o tratamento preconizado pelo Hospital onde está instalado o RHC e para aqueles cujo óbito ocorreu antes do início do tratamento proposto.

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

Essa informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, de Folha de Parecer, Sumários de Alta ou Laudos Médicos.

ITEM 36 • DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

DATA DO ÓBITO

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

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

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.

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.

Quando é confirmado o óbito do paciente, mas 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. Se o óbito ocorreu, mas a data é totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Se o paciente estiver vivo, o item não será preenchido.

A informação poderá ser coletada da cópia da Declaração de Óbito, 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 –incluindo o sistema de registro de Declarações de Óbitos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, que fazem parte do SIM – Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde.

ITEM 37 • RELAÇÃO DO ÓBITO DO PACIENTE COM O CÂNCER

ÓBITO DEVIDO AO CÂNCER

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Sem informação

Esta informação é muito importante para estabelecer o impacto do câncer no óbito do paciente. Deve refletir se o paciente faleceu em decorrência da evolução do câncer ou se a morte foi devida a outra causa, não diretamente relacionada ao câncer. Considera-se como sendo em virtude do câncer, se constar na causa da morte, na Declaração de Óbito.

Consideram-se, de acordo com as instruções do Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito do Ministério da Saúde, as informações registradas no campo “Causas da Morte” (campo 49) como a causa básica ou primária da morte (última linha da parte I) ou as causas consequentes, caso haja, declaradas nas linhas anteriores.

São um conjunto de doenças ou estado mórbido que causou diretamente a morte ou produziu complicações ou agravamento da doença, que resultou no óbito do paciente.

Somente será preenchida nos casos de óbito, independente do local de ocorrência. Se o paciente permanecer vivo, o item não será preenchido.

A informação poderá ser coletada da cópia da Declaração de Óbito ou da Folha de Evolução ou informação proveniente de outra fonte que contenha a informação –incluindo aquelas do Sistema de Registro de Declarações de Óbitos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, que fazem parte do SIM – Sistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde.

7 • ITEM DE SELEÇÃO DO TUMOR PARA SEGUIMENTO

O item 38 (caso analítico) será campo chave para inclusão das informações referentes ao seguimento do paciente e para seleção de casos em seguimento, pelo hospital.

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.

Para os casos analíticos, na Ficha de Registro de Tumor, cadastram-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.

Excepcionalmente, a ficha de seguimento também poderá ser aberta naqueles casos em que, mesmo o paciente tendo falecido no curso do primeiro ano, por algum motivo possuam informações relevantes que não podem ser incluídas na ficha de registro do tumor.

Para os casos classificados como não analíticos, coletam-se apenas as informações referentes ao primeiro ano, as quais são incluídas na Ficha de Registro de tumor.

ITEM 38 • CASO ANALÍTICO

CASO ANALÍTICO

1. Sim

2. Não

Este é um campo chave do sistema, pois definirá se o caso deve ou não ter seguimento. Seu preenchimento é obrigatório e deve ser feito apenas ao final da coleta do conjunto de informações do caso que está sendo cadastrado, pois, há a necessidade da análise global do caso, pelo registrador, para que possa ser classificado em uma das duas categorias existentes (analítico ou não analítico).

As duas opções são excludentes:

SIM – para os casos classificados como analíticos

NÃO – para os casos classificados como não analíticos

Em geral, **consideram-se como analítico:**

- Caso diagnosticado ou não no hospital, mas com o tratamento realizado integralmente no hospital do RHC, onde permanece em acompanhamento;
- caso diagnosticado no Hospital do RHC, porém o início do tratamento é realizado em outro hospital (por indicação do hospital do RHC e segundo planejamento deste), retornando a seguir ao hospital do RHC para complementação do tratamento e acompanhamento;
- caso diagnosticado em outro hospital, onde apenas iniciou o tratamento antineoplásico específico e que veio ao hospital no qual está instalado o RHC para dar continuidade a esse primeiro tratamento e nele permaneceu, em acompanhamento.

São considerados não analíticos os seguintes:

- Caso diagnosticado e com todo o primeiro tratamento e posterior acompanhamento realizado em outro hospital, admitidos no hospital do RHC apenas para complementação de uma modalidade específica de tratamento ou aqueles que recebem apenas tratamento sintomático ou cuidados paliativos;
- tumor já tratado em outros hospitais e que no hospital do RHC está tratando outro tumor primário (que pode ser analítico ou não);
- caso de câncer diagnosticado e tratado fora do hospital e que vem apenas para avaliação clínica ou confirmação de diagnóstico e que não realiza nenhum tratamento e acompanhamento no hospital do RHC; e
- Caso que vai a óbito nas primeiras 48 horas a partir da matrícula no hospital e também aqueles cujo diagnóstico é feito apenas por meio de necropsia.

Observe-se que esse parâmetro refere-se ao tumor. Assim sendo, os pacientes com mais de um tumor, poderão ter tumor(es) classificado(s) como analítico(s) e outro(s) como não analítico(s).

Os casos de câncer diagnosticados e tratados no hospital onde está instalado o RHC, em data anterior à data de implantação do Registro Hospitalar, não devem ser cadastrados pelo RHC.

Essa informação depende da análise do registrador e não está disponível na documentação do paciente.

ITEM 39 • INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

SEGUIMENTO

1. Sim

2. Não

Serão considerados como elegíveis para seguimento todos os casos de tumores classificados como casos analíticos, exceto aqueles 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 os melanomas, dermatofibrossarcomas e sarcoma de Kaposi) e com tumores *in situ*, em decorrência da baixa letalidade e alto índice de cura.

São incluídos para seguimento, mesmo que localizados na pele, além dos melanomas malignos, dos dermatofibrossarcomas e dos sarcomas de Kaposi, 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.

Os tumores que se enquadram nos critérios de seguimento deverão ser seguidos ao longo do tempo, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano, tendo por base a data do diagnóstico (item 22). Para os casos de tumores de mama (C50), também é preconizado o seguimento no vigésimo ano.

Deve-se marcar a opção 1 – sim, para os casos que serão submetidos a seguimento e 2 – não, para aqueles em que não está prevista a realização do seguimento.

ATENÇÃO: *Ao encerrar o seguimento, por óbito ou pela conclusão do tempo de seguimento, a opção 1 – sim deverá ser substituída por 2 – não.*

O preenchimento desse item é obrigatório e atualizável.

8 • ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

Este item servirá para identificar o registrador e tem a dupla finalidade de avaliar a produção e a qualidade do trabalho do registrador, possibilitando o cruzamento de informações, e identificar a existência de viés (erro sistemático) cometido por um determinado registrador no cadastro de tumores.

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 40 • CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DO REGISTRADOR

--	--

Por meio de códigos numéricos de dois dígitos, será possível identificar cada registrador que trabalha no RHC.

Nos casos em que haja a saída de um registrador, seu número não deverá ser atribuído a outro registrador, pois esse número é a identificação individual e intransferível de cada registrador no seu respectivo registro. Esse é um item de preenchimento obrigatório.

DATA DA DIGITAÇÃO DA FICHA

DATA DA DIGITAÇÃO DA FICHA

Será gerada automaticamente pelo SisRHC a partir da data da digitação do caso no sistema e o ano será utilizado para construção do número do registro hospitalar.

ITENS OPCIONAIS

A partir do modelo de ficha adotado em 2000, foi criada a possibilidade de cada registro optar apenas pelo preenchimento das informações obrigatórias ou complementá-las com um conjunto de informações opcionais, cuja coleta, uma vez assumida a utilização dos itens, deverá ser realizada de modo global, a partir da relação a seguir apresentada.

Uma vez feita a opção pela coleta de informações opcionais, estas passam a fazer parte do conjunto de informações que serão coletadas de todos os casos de câncer do Hospital, ou seja, adquirem o caráter de obrigatório.

É desejável que a equipe do RHC esteja empenhada no sentido de, tão logo seja possível, optar pela coleta dos itens opcionais.

ITEM 41 • ESTADO CONJUGAL ATUAL

ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1. Solteiro
- 2. Casado
- 3. Viúvo
- 4. Separado judicialmente
- 5. União consensual
- 9. Sem informação

Opção 1. Solteiro - pessoas que nunca possuíram companheiro(a) com quem tivessem mantido relacionamento sexual estável.

Opção 2. Casado - aqueles que possuem companheiro(a) com quem mantêm relacionamento sexual por período de tempo prolongado (acima de seis meses).

Opção 3. Viúvo - corresponde àqueles indivíduos que, após a morte do parceiro(a), fossem legalmente casados ou não, tenham permanecido sozinhos, sem assumir novo estado marital.

Opção 4. Separado Judicialmente - são aqueles que durante um período superior a seis meses tiveram relacionamento sexual com um mesmo parceiro e cujo relacionamento foi desfeito, permanecendo sem estabelecer novo relacionamento estável. Caso tenham estabelecido novo relacionamento que já dure mais de seis meses, será então considerado como casado (opção 1).

Opção 5. União Consensual – Para a pessoa que vive ou viveu em companhia de cônjuge com quem não contraiu casamento civil ou religioso.

Opção 9. Sem Informação - deve ser assinalada para os pacientes dos quais não se dispõe desta informação.

Para que essa informação tenha valor, é necessário que o responsável pela coleta primária do dado tenha sido adequadamente treinado para adotar este critério.

A informação poderá ser obtida da Folha de Anamnese e Exame Físico, das Folhas de Avaliação Social ou da Folha de Identificação.

ITEM 42 • DATA DA TRIAGEM

DATA DA TRIAGEM

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

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

Dependendo da estrutura e rotina de funcionamento do hospital, pode corresponder a um processo que faça parte da rotina de avaliação para autorização da matrícula ou a uma avaliação clínica inicial do paciente com vistas ao estabelecimento do diagnóstico e planejamento do tratamento.

Quando o paciente já estiver matriculado no hospital para tratamento de outro tumor ou patologia não neoplásica, essa data corresponde à data de encaminhamento do paciente para a clínica que será responsável pela avaliação para diagnóstico ou tratamento específico do tumor.

Quando se tratar de um 2o tumor primário, diagnosticado durante a realização de ato cirúrgico com outra finalidade ou pela realização de diagnóstico durante a realização de exame anatomopatológico da peça cirúrgica proveniente da ressecção do 1o tumor primário, a data de triagem deverá ser considerada como sendo aquela que corresponde à data da cirurgia. Nesses casos, especificamente, a data de diagnóstico será também a mesma data da cirurgia ou do laudo da anatomia patológica, respectivamente. A data da primeira consulta será a data da cirurgia ou do laudo, conforme o caso.

O preenchimento dessa informação é importante, pois poderá ser utilizado para separação de bancos de dados e para o cálculo do intervalo de tempo entre a triagem e a primeira consulta e também com a data do diagnóstico inicial do câncer, para estabelecer a demora entre a procura e o efetivo atendimento do paciente.

A informação poderá ser obtida das Folhas de Triagem, Matrícula, Anamnese e Exame Físico, das Folhas de Avaliação Social ou da Folha de Identificação.

ITEM 43 • HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Sem informação

Devem ser considerados para efeito deste item, exclusivamente, os parentes consanguíneos, ascendentes ou colaterais até a segunda geração, ou seja: os pais, os irmãos, os avós paternos e maternos e os tios (irmãos dos pais).

Nos casos de adoção, se os parentes biológicos forem desconhecidos, essa informação será preenchida com a opção 9 (Sem Informação).

Coletar o dado da Folha de Anamnese, das Avaliações Sociais, das Folhas de Exame Especializado ou das Folhas de Evolução.

ITEM 44 • HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

CONSUMO DE ÁLCOOL

- 1. Nunca
- 2. Ex-consumidor
- 3. Sim
- 4. Não avaliado
- 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 ao longo da vida do paciente, pois é fator de risco para a ocorrência de câncer.

É uma informação difícil de ser avaliada com um único parâmetro. O ideal é que se pudesse avaliar o tipo de bebida, a frequência de uso e o respectivo consumo. Entretanto, esse nível de detalhamento, apesar de estar presente nos prontuários de algumas clínicas, onde a relação de associação do consumo de bebida alcoólica com a ocorrência de câncer é claramente evidente (como nos tumores de cabeça e pescoço) foge ao escopo dos RHC.

Deve-se considerar o consumo habitual (mais que três vezes por semana, independente da quantidade consumida em cada dia ou do total de bebida consumida em todo o período).

Opção 1. Nunca – preencher para pessoas que relatam nunca ter feito uso de bebida alcoólica ou que, ao longo de sua vida, tenham feito uso esporádico de apenas uma dose de bebida.

Opção 2. Ex-consumidor – para aqueles com história de consumo habitual de bebida alcoólica durante um período de sua vida, mas que há pelo menos seis meses, estão abstêmios.

Opção 3. Sim – marcar para as pessoas com histórico de consumo habitual de bebida alcoólica, mesmo que em pequena quantidade (dito consumo social) em períodos anteriores de tempo e que permaneçam atualmente.

Opção 4. Não avaliado – assinalar naqueles casos nos quais a informação não foi avaliada.

Opção 8. Não se aplica - deve ser marcada somente para os pré-escolares, até os sete anos de idade.

Opção 9. Sem informação – Quando não há a informação no prontuário ou a informação foi incorretamente coletada, sua inclusão nos **itens** anteriores não é possível.

A informação pode estar disponível na Folha de Anamnese e Exame Físico, na Avaliação Social, nas Folhas de Evolução ou nas Folhas de Exames Especializados.

ITEM 45 • HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

TABAGISMO

- 1. Nunca
- 2. Ex-fumante
- 3. Sim
- 4. Não avaliado
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

À semelhança do consumo de bebida alcoólica, 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).

Para avaliar corretamente o histórico do consumo de tabaco, o ideal seria avaliar o tipo de produto, a frequência e quantidade do consumo e o respectivo tempo. O objetivo do RHC é unicamente avaliar a exposição ao fator de risco e não sua intensidade.

Em algumas clínicas, essa informação é coletada com riqueza de detalhes, enquanto em outras nem mesmo serão coletadas, em função da relevância que o fator de risco pode exercer sobre tipos específicos de tumor.

Opção 1. Nunca – deve ser assinalada apenas para pessoas que relatem nunca ter feito uso de tabaco, ou que ao longo de sua vida tenham feito uso esporádico, com o objetivo de “experimental”.

Opção 2. Ex-fumante – para aqueles com história de consumo habitual de qualquer das modalidades de tabaco, durante um período de sua vida, mas que, há pelo menos seis meses, abandonaram esse hábito.

Opção 3. Sim – assinalar para aqueles com histórico de consumo habitual de tabaco e seus derivados, mesmo que em pequena quantidade e que permaneçam atualmente fazendo uso de tabaco.

Opção 4. Não avaliado – assinalar naqueles casos nos quais a informação não foi avaliada.

Opção 8. Não se aplica - deve ser marcada somente para os pré-escolares, considerando-os até os sete anos de idade.

Opção 9. Sem informação – Quando não há a informação no prontuário ou a informação foi incorretamente coletada, não é possível sua inclusão nos **itens** anteriores.

A informação poderá estar disponível na Folha de Anamnese e Exame Físico, na Avaliação Social, nas Folhas de Evolução ou nas Folhas de Exames Especializados.

ITEM 46 • ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1. SUS
- 2. Não SUS
- 3. Veio por conta própria
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Em geral, os hospitais que atendem pacientes com câncer (sejam eles gerais ou especializados) possuem estrutura complexa e sofisticação tecnológica. Assim sendo, funcionam como unidades de referência no sistema de saúde.

Normalmente classificadas como unidade em nível terciário de atendimento, e, como tal, deveriam receber apenas os pacientes encaminhados por outras unidades de saúde de menor complexidade e capacidade instalada, já com diagnóstico estabelecido ou para confirmação diagnóstica.

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

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

Codifica-se como **1. SUS** – para os pacientes referendados por instituições ou médicos que participam do sistema público de atendimento – nos âmbitos municipal, estadual e federal – sejam instituições públicas ou conveniadas 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).

A opção **3. Veio por conta própria** – deve ser marcada para os pacientes que procuraram o hospital de modo espontâneo ou por indicação de amigos, familiares ou outros pacientes, exceto se o amigo, familiar ou parente for médico.

Na opção **8. Não se aplica** – devem ser incluídos exclusivamente os casos de tumores subsequentes aos tumores que já vinham em acompanhamento no próprio hospital.

Opção **9. Sem informação** – quando não estiver disponível.

A informação deve ser resgatada de laudos médicos de encaminhamento oriundos de outras instituições, dos resultados de exames realizados, da Folha de Identificação, da História Clínica no Impresso Anamnese, das folhas de Evolução, de Laudos Médicos anexados ao prontuário ou das Avaliações Sociais.

ITEM 47 • CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE 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 (inclusive a etapa de diagnóstico).

Muitas vezes, essa clínica que foi a porta de entrada (primeiro contato do paciente) pode não ser aquela responsável pela execução e acompanhamento de seu tratamento (clínica do início de tratamento - item 31).

Poderá ser utilizada a mesma tabela utilizada para a clínica de início do tratamento.

Quadro 7 – Clínicas de atendimento para entrada do paciente no hospital

Código	Clínica de atendimento
1X	Serviços Clínicos de Oncologia
2X	Serviços Cirúrgicos Oncológicos
3X	Radioterapia
4X	Outras

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

A informação da clínica de entrada é resgatada das Folhas de Evolução, do sumário de alta ou das Folhas Específicas de Atendimento nas clínicas e deverá ser transcrita na Ficha de Registro de Tumor com o código correspondente.

ITEM 48 • EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

EXAMES RELEVANTES

- 1. Exame clínico e patologia clínica
- 2. Exames por imagem
- 3. Endoscopia e cirurgia exploradora
- 4. Anatomia patológica
- 5. Marcadores tumorais
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Este item não deve ser confundido com o item 24 – Base mais importante do diagnóstico.

Consideram-se exames relevantes aqueles cuja realização forneceu informação importante para o estabelecimento do diagnóstico do tumor, para conhecer sua extensão; levou a decisões que influenciaram no planejamento do tratamento antineoplásico; ou, ainda, resultou na mudança de conduta.

No item 24 - Base mais importante do diagnóstico, avalia-se o exame que permitiu o grau máximo de certeza no estabelecimento do diagnóstico de câncer para aquele paciente. Assim, o exame que constitui a base mais importante do diagnóstico é um exame relevante para o diagnóstico e o planejamento da terapêutica, mas nem todo exame que é relevante corresponde àquele que foi a base mais importante do diagnóstico.

Os exames relevantes para o diagnóstico e planejamento terapêutico do tumor demonstram a importância que tiveram, fornecendo informações que atribuíram qualidade ao diagnóstico e ao planejamento da terapêutica específica para o tumor.

Também vale ressaltar que pode existir um ou mais exames considerados como relevantes para um mesmo tumor e que a identificação de determinado exame como relevante não implica na exclusão imediata dos demais nessa categoria, como deve ser feito no item 24, que só admite a marcação de um item.

Não há relação direta com a sofisticação do ponto de vista técnico ou com a especificidade do exame. Para alguns tumores, recursos muito simples podem fornecer, com satisfatório nível de segurança, informações relevantes.

Assim, não existe regra única ou 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, dos recursos disponíveis no hospital e do que foi registrado no prontuário.

À medida que os casos de câncer forem sendo cadastrados pelos registradores do RHC, sua experiência acumulada facilitará o cadastramento de novos casos e a definição de se determinado exame é ou não relevante para aquele tumor em particular.

São exemplos de exames que podem ser relevantes para determinadas topografias ou histologias:

Quadro 8 – Exemplos de exames relevantes para algumas topografias ou histologias

Exame	Tumor
Exame clínico	Tumor de pele
Hemograma	Leucemia
Dosagem de PSA	Tumor de próstata
Raios-X de tórax	Tumor de pulmão
Ultrassonografia pélvica	Tumor de ovário
Tomografia/ressonância cerebral	Tumor de sistema nervoso central
Endoscopia digestiva alta	Tumor de esôfago e de estômago
Cirurgia exploradora	Tumor de pâncreas
Mielograma	Tumores hematológicos
Histologia da metástase	Tumor de várias localizações

Essa informação é o resultado da análise de vários documentos do prontuário, entre eles: a Folha de Evolução, as Folhas de Parecer e os laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico. Também são usados os relatórios, os laudos ou cópia de exames trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente.

Opção 1. Exame clínico e patologia clínica - 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 desse exame poderá se fazer uso de aparelhos simples como o estetoscópio, o aparelho para verificação dos níveis de pressão arterial (esfingomanômetro), o termômetro e o otoscópio, entre outros. Os exames de Patologia Clínica são conhecidos popularmente como exames de laboratório, 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 no processo de diagnóstico, tal como a constatação de sangue na urina como indício de um tumor de bexiga.

Há a necessidade de conhecer os valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

Nesta opção, portanto, estão incluídos os exames mais utilizados nas etapas de triagem e inicial do estabelecimento do diagnóstico do câncer. São recursos úteis não apenas para definir o diagnóstico, mas também para afastar outros diagnósticos diferenciais e para estabelecer a estratégia para o diagnóstico e o tratamento.

Sua especificidade não é grande, por se tratar de exame não específico, exceto em tumores muito avançados ou em determinadas situações – como, por exemplo, nos tumores de pele e nas leucemias – cujo diagnóstico com base em exames clínicos (e de patologia clínica) poderá ser feito com uma margem de segurança muito grande.

Ressalte-se que existe uma grande variação de técnicas, de precisão, de sensibilidade e de especificidade de exames de patologia clínica. Assim sendo, os exames de pesquisa de antígenos e marcadores tumorais (opção 5) serão estudados de modo separado, tendo em vista sua relevância para o estabelecimento do diagnóstico. São pesquisas para a identificação de antígenos e substâncias cuja concentração no organismo tem relação direta com determinados tipos de câncer.

Na **opção 2. Exames por imagem** - devem ser agrupados os exames cujas técnicas permitem a formação de uma imagem a ser interpretada pelo médico especialista. Fazem parte:

- a) **Exame de radiologia convencional (R-X)**, com ou sem a utilização de contraste oral e venoso, sem, no entanto, utilizar procedimentos invasivos de intervenção do radiologista ou cirurgião. Fazem parte deste grupo os exames de radiografia simples (raios-X de tórax, por exemplo), as seriografias (esôfago-gastroduodenal para avaliação do esôfago e do estômago), a urografia excretora (para rins, ureteres e bexiga), a colecistografia (exame contrastado da vesícula biliar) e o clister opaco (para avaliação do cólon intestinal), a mamografia (para avaliação das mamas).
- b) **Radiologia intervencionista** – Exames radiográficos que, para sua execução, necessitam da intervenção do médico radiologista ou cirurgião, que realizam procedimentos invasivos, tais como a biópsia ou a punção de determinado órgão, a colocação de cateter ou a realização de procedimento médico orientado por imagem. Fazem parte deste grupo: a marcação pré-cirúrgica de tumores de mama com a colocação de fios, a radiografia estereotáxica, a uretrocistografia retrógrada, a mielografia, a linfografia e a urografia percutânea.
- c) **Tomografia computadorizada (TC)** – Exame executado com ou sem contraste, realizado no tomógrafo computadorizado (um tipo especial de equipamento que gera um conjunto de imagens enviadas ao computador e, ao integrar essas imagens, possibilita, por meio de um programa, gerar a imagem final, com corte em diferentes planos). É muito usado para diagnóstico e acompanhamento dos tumores de sistema nervoso central.
- d) **Ressonância Magnética Nuclear (RNM ou RMN)** – Exame com ou sem contraste realizado com utilização de campo magnético que é gerado e direcionado aos tecidos, cuja reverberação é captada e transformada em imagem por programa de computador. Muito usado na avaliação de tumores intracavitários.
- e) **Exames de ultrassonografia (US)** - Realizados empregando equipamentos de ultrassom. Seu uso é particularmente frequente na avaliação das mamas e da cavidade abdominal.

- c) **Cintilografia / gamagrafia** (ou exames de medicina nuclear) – Exames que utilizam como contraste isótopos radioativos, cuja captação é feita por uma sonda cintigráfica ou por uma gama-câmara.

Na **opção 3. Endoscopia e cirurgia exploradora** estão incluídos os seguintes procedimentos:

- a) **Endoscopia** – Procedimentos realizados pela 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 também são realizados procedimentos cirúrgicos por meio da endoscopia (cirurgia endoscópica), contudo neste item são considerados apenas os procedimentos diagnósticos, devendo os procedimentos terapêuticos ser analisados no item 34 – Primeiro Tratamento Realizado ou no seguimento do tumor.
- b) **Cirurgia exploradora** – procedimento cirúrgico realizado com o objetivo de estabelecer diagnóstico ou avaliar a extensão da doença, se os exames até então realizados não possibilitaram chegar ao nível de diagnóstico necessário ao planejamento do tratamento do tumor. Inclui-se neste item a laparotomia exploradora (abdômen), a toracotomia exploradora (tórax), a mediastinotomia exploradora (mediastino) e a craniotomia exploradora (crânio). Essas 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 ampliar o procedimento e realizar intervenção com fins de tratamento. Nesses casos, deverão ser consideradas a cirurgia exploradora para fins de diagnóstico e a cirurgia realizada como terapêutica do tumor (item 34).

Na **opção 4. Anatomia Patológica** estão os exames executados com técnicas que permitem a avaliação macroscópica do tumor e o estudo microscópico do tumor por meio da visualização de células ou tecidos coletados diretamente do tumor, de suas metástases ou de outros tecidos, fluidos ou secreções do organismo do paciente. Esses exames podem ser realizados a fresco, por congelação ou empregando corantes ou reagentes que realçam determinadas estruturas, possibilitando o diagnóstico e a caracterização do tumor. Constituem os exames de máxima certeza no estabelecimento do diagnóstico. Nos casos em que houver dúvida ou ainda para complementar o diagnóstico, poderá ser executado exame de imunohistoquímica que amplia o grau de segurança no estabelecimento de diagnóstico histológico do tumor.

- a) **Citologia** – Exame de células do organismo obtidas de secreções e líquidos orgânicos (líquor, derrame pleural, urina, líquido de ascite) ou por raspado de lesões superficiais. Também estão incluídas neste grupo, as punções aspirativas com agulha fina.
- b) **Histologia da metástase** – Exame de tecido coletado de uma metástase, por meio de biópsia, de tecidos removidos por cirurgia (peça cirúrgica), por curetagem (raspagem) ou na necrópsia.
- c) **Histologia do tumor primário** – Exame de tecido, do sítio primário do tumor, obtido por biópsia, pela remoção cirúrgica diretamente da massa tumoral, por curetagem ou

por necrópsia. Também são considerados exames histológicos a biópsia e aspirado de medula óssea, e a confirmação hematológica da leucemia pelo esfregaço de sangue periférico, posto que estes tecidos, por sua natureza, são líquidos, não permitindo a retirada de fragmentos.

Opção 5. Marcadores tumorais - Estão incluídos os exames laboratoriais de pesquisa e a medição de marcadores específicos para determinados tipos de câncer ou em topografias específicas, exclusivamente em relação à sua indicação como auxiliar no diagnóstico do câncer.

São substâncias produzidas pelas células tumorais excretadas na circulação sanguínea e cuja detecção, dependendo da sua concentração, poderá ser evidência da presença do tumor ou de atividade da doença e, portanto, usadas para diagnóstico e pesquisa de metástases, e para avaliar a evolução da doença e da resposta ao tratamento. Algumas delas só possuem significado quando dosadas em níveis acima de determinados valores de referência, que são estabelecidos em função do sexo e idade.

Os antígenos virais são usados para identificar a presença de vírus para os quais existe evidência epidemiológica da associação entre a presença desses vírus no organismo e a ocorrência de determinados tipos de câncer ou a ocorrência de câncer em determinadas topografias. Abaixo são apresentados exemplos, pois a lista não é completa, de alguns marcadores tumorais e os respectivos tumores aos quais estão associados.

O CA 125 é o principal marcador para o câncer de ovário. É uma proteína produzida pelas células ovarianas e é muito usada. Embora o exame não seja sensível ou específico o suficiente para ser utilizado para rastreamento, ele é bastante importante no diagnóstico, especialmente se usado em conjunto com ultrassom e exame pélvico. Durante o tratamento, testes seriados dos níveis de CA 125 podem detectar algum câncer remanescente ou sua recorrência. Contudo, é muito importante lembrar que o CA 125 normal ou negativo não garante a ausência de câncer. Também é aplicado para câncer de endométrio. A sensibilidade para o diagnóstico de câncer de ovário depende do tipo celular e do estadiamento do tumor. Tumores de pâncreas, mama, estômago, reto, fígado, cólon e pulmão ou a cirrose hepática podem elevar o CA 125.

CEA (antígeno carcinoembrionário) é um marcador tumoral encontrado em vários tumores do trato gastrointestinal, não específico para nenhum tipo de câncer. Pacientes com câncer colorretal que apresentem níveis elevados de CEA ao diagnóstico poderão ter maior chance de apresentar recidiva após a cirurgia de ressecção do tumor. Os testes seriados de CEA podem ser usados para acompanhar o tratamento e avaliar sua eficácia. Após o término do tratamento, o acompanhamento dos níveis de CEA poderá ajudar a detectar uma recidiva, pois nível alto de CEA pode ser sinal da disseminação do câncer.

CA-19-9 é também encontrado em vários tipos de câncer do trato gastrointestinal incluindo tumores de pâncreas e de estômago. É utilizado para acompanhar a resposta ao tratamento em pacientes com câncer de pâncreas.

GGT (gama-glutamil transferase) – pacientes com câncer de fígado possuem níveis altos de GGT no sangue. Testes seriados podem auxiliar na monitoração da resposta ao tratamento e sua permanência após o término do tratamento pode evidenciar o retorno da doença. Entretanto, a ingestão frequente de grande quantidade de álcool também pode aumentar os níveis de GGT.

Tripsina - é uma enzima normalmente produzida pelo pâncreas, cujos níveis diminuem na presença do câncer de pâncreas.

AFP (alfa-fetoproteína) é uma proteína normalmente produzida pelo feto, durante a vida intrauterina. Porém, algumas células cancerígenas, incluindo células de câncer de fígado, poderão retomar sua forma prévia fetal e começar a produzir a alfa-fetoproteína novamente. Testes seriados de alfa-fetoproteína são utilizados para medir o resultado do tratamento para câncer de fígado.

TS (timidilato sintetase) - é uma enzima produzida pelas células tumorais. Pode ser usada para auxiliar na seleção das drogas quimioterápicas para tratar o câncer de colorretal com base na quantidade de TS que as células cancerígenas produzem.

Gene APC - Pessoas com uma condição hereditária chamada de PAF (polipose adenomatosa familiar) desenvolvem centenas de pólipos no cólon. Quase sempre, um ou mais desses pólipos se transformam em um câncer de cólon. A mutação (alteração) no gene APC causa a polipose adenomatosa familiar. Assim, pessoas que têm uma história familiar positiva para câncer de cólon podem ser rastreadas para o gene mutante ligado a PAF.

Marcadores tumorais do câncer de pulmão

Os marcadores tumorais para câncer do pulmão mais conhecidos e usados são:

CEA - Pessoas com câncer de pulmão de não-pequenas células tendem a ter níveis altos de CEA (antígeno carcino-embrionário). Dosagens seriadas de CEA também podem ser usadas para monitorar o tratamento.

ENE (enolase neurônio-específico) ou NSE (sigla em inglês) é um marcador tumoral encontrado no câncer de pulmão de pequenas células. É utilizado para monitorizar a resposta ao tratamento. A ENE poderá ajudar a detectar se o câncer espalhou e se a doença retornou antes mesmo da pessoa apresentar sintomas ou antes das alterações aparecerem em outros exames. A medição de níveis de ENE pode fornecer informações sobre a extensão da doença e o prognóstico do paciente.

Há ainda os seguintes marcadores para câncer de pulmão: TPA (antígeno polipeptídico tecidual), SCC-Ag (antígeno do carcinoma de células escamosas), Chr A (cromogranina), CYFRA21.1 (fragmentos de citoqueratina medidos no sangue por meio dos anticorpos monoclonais KS19-1 e BM19-21), NCAM (molécula de adesão celular neural), CPK-BB (creatina fosfoquinase BB) e sIL-2R (receptor de interleucina solúvel-2).

Marcadores tumorais do câncer de próstata e de testículo

PSA (antígeno prostático específico) é uma proteína produzida pela glândula prostática. É utilizada para rastreamento do câncer de próstata. Durante o tratamento, os médicos podem utilizar os exames de PSA para monitorar a resposta do organismo do paciente ao tratamento. Após

o término do tratamento, o acompanhamento com dosagens de PSA pode ajudar os médicos a detectarem recidiva ou aparecimento de metástases. Muitos estudos demonstraram que o PSA é útil para o diagnóstico do câncer de próstata, principalmente se o PSA for associado ao exame de toque retal. A medida do marcador tumoral PSA é muito importante para o estadiamento do paciente com carcinoma de próstata.

O hCG (gonadotrofina coriônica humana) é um hormônio utilizado como marcador tumoral para o câncer testicular. Durante o tratamento, testes seriados de hCG são utilizados para medir a resposta ao tratamento.

Altos níveis de alfa-fetoproteína são comuns em câncer de testículo. Testes seriados de AFP são utilizados para medir a resposta ao tratamento.

CA – 15.3 (do inglês Cancer Antigen – antígeno carcinogênico) é um marcador tumoral que pode ser utilizado para acompanhamento da resposta ao tratamento do câncer de mama. Após o término do tratamento, um aumento dos níveis de CA-15.3 poderá detectar o retorno da doença. Entretanto, mais estudos são necessários para determinar o melhor e o mais confiável uso do CA 15-3 no câncer de mama.

O CA 27,29 é um outro marcador tumoral muito comum para câncer de mama. Exames seriados de CA 27,29 podem auxiliar o médico no acompanhamento da resposta ao tratamento. Depois do término do tratamento, é usado na detecção da recorrência da doença. Como ocorre com o marcador CA 15-3, mais estudos estão sendo realizados para determinar seu uso mais adequado.

O CEA (antígeno carcinoembrionário) geralmente não é usado em câncer de mama. Contudo, aumento dos níveis de CEA pode sugerir que o tratamento atual não está funcionando.

Receptores de estrógeno e progesterona – O estrógeno e progesterona são hormônios femininos. Realizam-se exames no tecido tumoral retirado da mama para verificar se as células cancerígenas do tecido possuem receptores para um desses hormônios. Mulheres cujo câncer é positivo para receptores de estrógeno ou progesterona parecem ser as que mais se beneficiam da terapia hormonal.

HER2/neu é um tipo de proteína. Tumores de mama que produzem o HER2/neu tendem a crescer rapidamente e parecem se espalhar com mais frequência para outras partes do corpo. Exames são realizados para testar se o tecido retirado do câncer de mama produz HER2/neu. Em caso positivo, pode sugerir a indicação do uso de drogas específicas para o tratamento do tumor.

Entre outros, também são utilizados como marcadores, a Beta-2 microglobulina ($\beta 2$ Micro) para o mieloma múltiplo, a Calcitonina (CT) para tumores de tireoide, a Fosfatase Alcalina (FA) para tumores ósseos, metástase óssea e metástase hepática, a Fosfatase ácida prostática (FAP ou PAP) para os tumores de próstata e a Tireoglobulina (TG) para tumores de tireoide.

Quadro 9 – Marcadores tumorais, siglas e topografia ou morfologia do tumor

Topografia	Marcador	Sigla
Ovário	Antígeno carcinogênico 125	CA 125
Estômago, cólon, mama, pulmão, ovário, útero, placenta, fígado, reto, canal anal e carcinomas	Antígeno carcino-embriônico ou carcino-embriogênico	CEA
Estômago, pâncreas vias biliares, cólon e pulmão	Antígeno carcinogênico 19.9	CA 19.9
Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas	Gonadotrofina coriônica humana – fração beta	β-HCG
Pâncreas	Tripsina	Tripsina
Fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas	Alfa-fetoproteína	AFP ou AFP+n
Cólon e reto	Timidilato sintetase	TS
Cólon	Gene APC	APC
Pulmão (pequenas células), suprarenal, neuroblastoma e tubo digestivo	Enolase neuroespecífica	ENE ou NSE
Pulmão	Fragmentos de citoqueratina 19	CYFRA21-1
Próstata	Antígeno prostático específico	PSA
Mama	Antígeno carcinogênico 15.3	CA 15.3
Mama	Antígeno carcinogênico 27,29	CA 27,29
Mama	Receptor de estrogênio e de progesterona	RE e RP
Mieloma múltiplo	Beta-2 microglobulina	β2 Micro
Tireoide	Calcitonina	CT
Tumores ósseos, metástase óssea e metástase hepática	Fosfatase alcalina	FA
Próstata	Fosfatase ácida prostática	FAP ou PAP
Tireoide	Tireoglobulina	TG

Não se aplica (opção 8) deve ser utilizado para aqueles casos que tiveram o tumor “descoberto” por ocasião da realização de procedimento cirúrgico para outro tumor ou em cirurgias realizadas para outras doenças que não o câncer; e para os casos classificados como não analíticos, porque não há interesse científico em acompanhar esses pacientes ao longo do tempo.

Sem informação (opção 9) corresponde aos casos nos quais não existe informação suficiente para avaliar se esses recursos foram utilizados e se subsidiaram o processo de diagnóstico e planejamento do tratamento do tumor. Essa informação é coletada dos Laudos dos exames realizados, das Folhas de cirurgia, da Folha de anamnese, das Folhas de evolução, dos Laudos de outras instituições e das Folhas de parecer.

ITEM 49 • LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL

 .

Este item só será preenchido quando o item 25 (localização do tumor primário) tiver sido preenchido com o código C80.9 (localização primária desconhecida). Caso contrário, permanecerá vazio.

No preenchimento desse item, devem-se utilizar os mesmos critérios adotados para classificar os tumores com localização topográfica conhecida, ou seja, a codificação de topografia da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-3ª EDIÇÃO).

A escolha deve ser feita a partir da hipótese mais provável da localização primária, tendo por base a histologia do tumor, o comportamento clínico do tumor, os dados referentes ao curso clínico e à evolução da doença e as informações do médico assistente.

Isso 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. Nessa situação, marcar-se-ia o item com o código C50.9 – Mama.

Se não houver indícios que permitam estabelecer uma provável localização primária do tumor, esse item também deverá ser preenchido com o código C80.9.

Quando não existe o relato do médico assistente referente à provável localização primária, a informação poderá ser pesquisada nos Laudos da anatomia patológica, nos exames por imagem, nas Folhas de evolução, nos pareceres e nos laudos trazidos de outras instituições e anexados ao prontuário do paciente.

ITEM 50 • LATERALIDADE DO TUMOR

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 do tumor em um lado em relação ao outro.

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

Para tumores em órgãos únicos será preenchido com a opção 8 – Não se aplica. A mesma conduta será adotada para órgãos centrais como a tireoide e a próstata que, mesmo possuindo lóbulo direito e esquerdo, será considerado como órgão único para efeito do preenchimento desse item. Se o hospital decidir em contrário, deverá registrar no livro de ocorrências e justificar o motivo de adotar tal conduta.

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

ITEM 51 • 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 só poderá ser confirmada ou afastada depois da criteriosa avaliação de toda a documentação do paciente. Não é infrequente permanecer a dúvida da existência ou não de mais de um 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. Prevalecerá sempre a descrição do médico assistente, quando disponível. Em caso de dúvida, ele deve ser consultado.

A CID-O-3ª edição atribui diferentes códigos para distintas topografias. Assim, tumores classificados em diferentes topografias devem ser considerados, a priori, como sendo tumores múltiplos. Exceto se são considerados como tumor único que envolve topografias diferentes, como lesão sobreposta ou, ainda, como metástase.

Um único tumor deve ser atribuído a cada órgão (ou par de órgão) ou tecido (conforme definidos pelas categorias de três dígitos da CID-O/3 – Topografia), a não ser que apresente histologia diferente. Também devem ser considerados como tumor único, aqueles de mesmo tipo histológico, mesmo que a lesão ultrapasse os limites do sítio primário ou aqueles que apresentem áreas de diferenciação celular.

Portanto, é muito importante identificar claramente a localização, o tipo histológico e a evolução da doença para definir claramente a existência de lesões tumorais múltiplas e sua caracterização.

Em relação ao tempo, poderão aparecer de modo sincrônicos (tumores primários que aparecem ao mesmo tempo), concomitantes (estão presentes no período de tempo avaliado, podendo seu início ter acontecido em momentos diferentes) ou sequenciais (um tumor aparece depois do outro, não coexistindo ao mesmo tempo).

Os tumores múltiplos são considerados como **sincrônicos** se são diagnosticados com intervalo de até dois meses. Os **assincrônicos** são aqueles que aparecem em momentos diferentes.

A constatação de mais de uma lesão tumoral no mesmo paciente pode ser devida à presença de tumores primários múltiplos, de tumores multicêntricos e de tumor primário único com metástases.

Os tumores multicêntricos são aqueles tumores dos tecidos hematopoético e linfático, que têm como característica desenvolverem-se, simultaneamente, em vários locais. Entretanto, são considerados como manifestações de um único tumor primário.

Os tumores multifocais são tumores distintos, com lesões isoladas (separados), aparentemente sem continuidade com outros tumores primários originários da mesma localização primária ou em um mesmo tecido. Não devem ser considerados como tumores primários múltiplos, pois são manifestações de um mesmo tumor.

A ocorrência de mais de um tumor pode se dar em diferentes localizações de um mesmo órgão ou em diferentes órgãos, com o mesmo tipo histológico ou não.

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 de um câncer previamente diagnosticado, no período de até dois meses, deve-se considerar como sendo recidiva do mesmo tumor. Se o novo caso de mesma histologia for diagnosticado após dois meses, só será considerado como um novo tumor após terem sido afastadas as possibilidades de metástase ou recidiva local. Constitui exceção a essa 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).

Entretanto, sempre prevalecerá a informação fornecida pelo médico assistente, no sentido de considerar ou não como recidiva ou ocorrência de um novo tumor primário.

Também deve ser considerado como tumor primário único, o tumor diagnosticado como carcinoma in situ e o câncer invasor em mesma topografia. Mesmo que os diagnósticos tenham intervalo superior a dois meses, pois nesses casos, considera-se como recidiva.

A ocorrência de adenocarcinoma em múltiplos pólipos de cólon também é considerada como tumor primário único, 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.

Se não existir evidência em contrário, a ocorrência de tumores em órgãos pares de diferentes tipos histológicos é considerada como dois tumores primários.

No comprometimento tumoral bilateral e simultâneo de ovário, se existir um único tipo histológico, deve ser considerado tumor primário único, independente do intervalo de tempo entre os diagnósticos. Do mesmo modo, deve ser considerado o tumor de Wilms bilateral, ou seja, tumor primário único, mesmo que não sejam simultâneos.

Em relação ao Retinoblastoma, os casos bilaterais devem ser classificados separadamente (TNM página 232).

Os tumores sincrônicos e bilaterais de mama, se de mesmo tipo histológico, devem ser considerados como tumores múltiplos.

Para os tumores de cólon intestinal, o SEER considera, para efeito de determinação de tumor múltiplo, o tempo decorrido entre a ocorrência dos tumores e conta como independentes cada um dos segmentos do cólon. Já a IARC considera todo o cólon como localização única. Recomenda-se adotar a classificação da IARC, considerando-se também o tipo histológico do tumor.

Estima-se que 5% dos pacientes com câncer desenvolverão outro tumor primário.

Para o cadastro do caso, quando da ocorrência de tumor primário múltiplo (mais de um primário), deve ser feita uma ficha para cada tumor e todas as fichas de um mesmo paciente receberão o mesmo número de registro, pois esse número identifica o paciente. Para identificar o tumor, o último dígito do número de registro será atribuído de forma automática pelo SisRHC, de forma cronológica (-1, -2, -3...), e corresponderá a cada tumor primário.

Na ficha correspondente ao primeiro tumor diagnosticado, a opção que deve ser assinalada é não (opção 1), se no momento do diagnóstico desse tumor, ainda não for conhecida a existência de outro(s) tumor(es).

Caso isso tenha acontecido, ao ser identificado um segundo tumor, esse item deve ser atualizado substituindo 1 (não) por 2 (sim), pois ele será a chave para a posterior identificação de tumores múltiplos. Em todas as fichas deve-se marcar a opção 2 (sim). Procedimento idêntico deve ser adotado para os tumores sincrônicos.

Se um paciente apresentar evidência que comprove a ocorrência de outro câncer, diagnosticado e tratado em outra instituição antes da data de instalação do RHC, com tempo transcorrido entre a data do diagnóstico e a data atual superior a vinte anos, ou quando não houver comprovação da informação da ocorrência de outro tumor primário, o item deve ser preenchido com a opção 3 – duvidoso.

Quando um dos tumores primários for de localização primária desconhecida ou se houver dúvida sobre a existência de mais de um tumor primário, recomenda-se também utilizar a opção 3 (duvidoso).

Essa informação deverá ser coletada da Folha de Evolução, da Folha de Parecer, dos Relatos de Cirurgia e dos Laudos da Anatomia Patológica.

ITEM 52 • CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO

- 1. Público (SUS)
- 2. Plano de saúde
- 3. Particular
- 4. Outros
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

A proposta de inclusão deste item na ficha do RHC foi feita na última revisão e tem por objetivo identificar as fontes de custeio dos procedimentos diagnósticos.

Existe relação entre esse item, o seguinte e o item 23 – Diagnóstico e tratamento anteriores.

Deve ser marcada a opção correspondente ao responsável pelo pagamento dos procedimentos utilizados no diagnóstico: **SUS (opção 1)**; **Plano de saúde (opção 2)**; o próprio paciente ou seus familiares - **Particular (opção 3)**; outras fontes de recursos (sindicatos, igrejas, associações, doações) na **opção 4 (outros)**. A **opção 8 (não se aplica)** será marcada para os pacientes que já chegaram à instituição com diagnóstico. **Sem informação (opção 9)** é destinada aos casos nos quais não existe a informação da fonte responsável pelo pagamento.

Nos casos em que mais de uma fonte tenha sido utilizada, deve-se marcar a opção preponderante. Se não houver uma fonte que seja identificada como principal, deverá ser assinalada a opção 4 (outros).

Essa informação deverá ser coletada da Folha de Identificação do Paciente, das folhas de Avaliação Social, dos formulários de Autorização de Procedimentos e Internações (APAC e AIH), das Solicitações e Laudos de Exames e das Folhas de Evolução.

ITEM 53 • CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

CUSTEIO DO TRATAMENTO

- 1. Público (SUS)
- 2. Plano de saúde
- 3. Particular
- 4. Outros
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Semelhante ao item anterior, a inclusão deste item foi proposta na última revisão das fichas do RHC e também tem por objetivo identificar as fontes de custeio do tratamento do paciente na instituição na qual o RHC está instalado.

Deve-se identificar a opção que melhor identifique o responsável pelo pagamento do tratamento antineoplásico do paciente, marcando: **SUS (opção 1)**; **Plano de Saúde (opção 2)**; o próprio paciente ou seus familiares - **Particular (opção 3)**; outras fontes de recursos, aí incluídos os sindicatos, as igrejas, as associações e as doações (na **opção 4 - outros**). A **opção 8 (não se aplica)** será marcada para os pacientes que não realizaram tratamento específico para o tumor no hospital. **Sem informação (opção 9)** é destinada aos casos em que a informação referente ao responsável pelo pagamento não existe.

Nos casos em que mais de uma fonte tenha sido utilizada, deve-se marcar a opção preponderante. Se não houver uma fonte que seja identificada como principal, deverá ser assinalada a opção 4 (outros).

Essa informação deverá ser coletada da Folha de Identificação do Paciente, das folhas de Avaliação Social, dos formulários de Autorização de Procedimentos e Internações (APAC e AIH), das Solicitações e Laudos de Exames e das Folhas de Evolução.

ITEM 54 • CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA BÁSICA DA MORTE

 .

Neste item, deve ser registrado o código da CID-10 correspondente à doença de base do paciente, a partir da qual foram criadas as condições (ou surgiram as complicações) para que o paciente evoluísse para o óbito (por exemplo: câncer de fígado, caquexia, diabetes mellitus, anemia etc.).

Ressalte-se que, para o preenchimento desse item, utiliza-se a CID-10 em vez da CID-O-3ª edição e que a própria neoplasia maligna poderá ser a causa básica da morte do paciente.

A informação poderá ser coletada da Folha de Evolução, do Sumário de Alta, do Espelho da AIH e da Folha de Necropsia – quando esta tiver sido realizada. Também poderá ser usada cópia da Declaração de Óbito, quando anexada ao prontuário.

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

ITENS COMPLEMENTARES

A partir do modelo de ficha adotado em 2000, foi criada a possibilidade do Hospital incluir itens para atender necessidades específicas de informação da instituição.

Para facilitar seu armazenamento e posterior tabulações, foram criados no programa informatizado de apoio aos RHC – o SISRHC – sete itens denominados complementares, que possibilitam a configuração do tipo múltipla escolha, com até 10 opções (de 0 a 9). Os itens 8 e 9 são pré-determinados, respectivamente, para as opções “Não se aplica” e “Sem informação” e mais três itens do tipo data (DD/MM/AAAA).

Esses itens poderão ser utilizados pelos hospitais que desejarem incluir esses campos no seu conjunto de informações a serem coletadas. É necessário, no entanto, estabelecer para cada item os critérios próprios para coleta, determinando seu conteúdo e a origem da informação.

Diferente dos demais itens da ficha, estes itens possuem restrição de entrada apenas referente à existência ou não da opção ou em relação à configuração da data. Assim, só poderá ser utilizada a opção 7, por exemplo, caso ela tenha sido prevista quando da configuração do campo. Do mesmo modo, nos campos de data, deve-se obrigatoriamente preencher com o padrão dd/mm/aaaa.

Não há necessidade de utilizar as dez opções (sete de múltipla escolha e três tipo data). Dentro desse limite, pode-se utilizar qualquer quantidade e combinação entre as opções apresentadas.

Atenção: *O SisRHC possibilita a inclusão desses itens; entretanto, os dados referentes a esses campos não serão contemplados nos relatórios padronizados. Para fins de elaboração de relatório, o sistema permite que eles sejam exportados e trabalhados em Excel ou Dbase.*

CORRELAÇÃO ENTRE LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA) E O TIPO HISTOLÓGICO DO TECIDO TUMORAL (HISTOLOGIA) PELA CID-0/3

(Modificado e ampliado a partir de *ICD-O/3 SEER Site/Histology validation list*, 2004)

Existe correlação entre a localização do tumor (topografia) e o tipo de célula tumoral (histologia), sendo, em alguns casos, exclusiva. Para outros tipos histológicos, o tumor pode ocorrer em praticamente todos os locais do organismo humano. Para auxiliar na correta codificação da topografia com a respectiva histologia, foram construídos cinco quadros, cujo conjunto de dados tem por finalidade apresentar as associações entre o local de ocorrência do tumor primário e o tipo de célula do tecido tumoral, os quais são apresentados neste capítulo.

As listas foram construídas a partir das experiências acumuladas, na identificação de casos de câncer e na frequência da ocorrência dos diferentes tumores. Devem ser entendidas como listas exemplificativas, com a finalidade de evidenciar as situações que são mais frequentes e aquelas que são restritivas. Contudo, morfologias que não estão listadas podem ocorrer, constituindo, no entanto, casos incomuns ou raros.

Assim, em casos de dúvidas, a consulta aos cinco quadros deste capítulo poderá auxiliar na correta identificação da topografia e da histologia do tumor primário.

Portanto, a ocorrência de casos não previstos nos quadros abaixo, por constituírem exceção ou serem pouco prováveis de ocorrerem por fugir do comportamento usual, deve ser criteriosamente questionada, de acordo com as seguintes hipóteses: se não é tumor metastático, se não houve falha no estabelecimento da localização ou do tipo morfológico, ou até mesmo se não houve erro na codificação.

Verificadas essas possibilidades, permanecendo a dúvida, deve-se solicitar revisão do caso pelo patologista, que emitirá parecer final. Se for confirmado o diagnóstico, mesmo que a correlação não esteja assinalada em um dos quadros deste capítulo, prevalecerá a opinião do patologista, que será determinante para o cadastro do caso, deverá ser incluído com a topografia e histologia do laudo bem como a validação do caso, quando da inclusão na base de dados do SisRHC.

Todavia, o patologista também poderá ter dúvida ou não dispor de informações suficientes sobre o caso que lhe permitam definir o diagnóstico. Nessa situação, poderá recomendar que seja feita a correlação do laudo histopatológico com as informações clínicas do paciente.

Nesses casos, o médico assistente também deverá ser consultado, pois é ele quem melhor conhece o paciente e tem todas as informações referentes ao paciente e sua doença.

Se permanecer a dúvida, o patologista e o médico assistente poderão novamente ser consultados e, finalmente, também a Comissão Assessora do Registro Hospitalar de Câncer, a quem compete a decisão final em relação a condutas a serem adotadas pelo RHC no correto cadastro dos casos de câncer atendidos no hospital.

Ao final do processo, caso haja mudança no diagnóstico inicial, deve ser emitido laudo suplementar e o novo diagnóstico, anotado no prontuário. Vale ressaltar que esta tem sido uma grande contribuição do RHC para o hospital.

Alguns tipos histológicos podem ocorrer em praticamente todas as localizações. No quadro 10, estão listados os tipos histológicos que podem ser encontrados em qualquer topografia, exceto naquelas localizações que foram explicitadas.

No segundo quadro (quadro 11) são apresentadas as correlações possíveis para cada uma das topografias especificadas. As histologias incluídas são aquelas que normalmente ocorrem nas localizações assinaladas, tendo sido propositalmente deixados de fora alguns tumores de ocorrência rara, para forçar a revisão do caso pelo patologista e a consequente confirmação do diagnóstico histológico.

Como informação adicional no quadro 11, os códigos que correspondem às morfologias mais frequentes, em cada uma das topografias, estão apresentados em negrito.

Outra informação importante é que os códigos histológicos foram agrupados por localização do tumor. Assim sendo, um determinado código histológico poderá aparecer em uma ou mais topografias. Em alguns casos foram especificadas subcategorias de localização, utilizando o quarto dígito da CID-O/3 para codificar a topografia.

Nos quadros 12 e 13, estão incluídas aquelas histologias que são diretamente associadas a localizações específicas do tumor, apresentado por localização (quadro 12) e por histologia (quadro 13). Nesses casos, a inclusão dos códigos histológicos da lista tem caráter restritivo e, na maioria dos casos, a ocorrência é possível em uma única topografia ou, no máximo, em topografias de tecidos com as mesmas características.

Finalmente, no quadro 14 estão apresentadas regras de codificação e correlações dos tipos histológicos com localizações específicas. São detalhamentos que devem ser aplicados nos casos de câncer, após a verificação dos três quadros anteriores (quadro 14).

Quadro 10 – Tipos morfológicos que podem ser encontrados em todas as topografias, exceto nas localizações assinaladas

Exceto em: C42 – Sistema hematopoiético e Reticuloendotelial
8000 – Neoplasia, SOE 8001 – Células tumorais 8002 – Tumor maligno de células pequenas 8003 – Tumor maligno de células grandes 8004 – Tumor maligno de células fusiformes 8005 – Tumor de células claras, SOE 9990 – Clinicamente tumor maligno
Exceto em: C38 – coração, mediastino e pleura C40 e C41 – Ossos, articulações e cartilagens articulares C42 – Sistema hematopoiético e reticuloendotelial C47 – Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo C48 – Retroperitônio e peritônio C49 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles C58 – Placenta C70 – Meninges C71 – Encéfalo C72 – Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do Sistema Nervoso Central C76 – Localizações mal definidas C77 – Linfonodos
8010 – Carcinoma 8020 – Carcinoma indiferenciado, SOE 8021 – Carcinoma anaplásico 8022 – Carcinoma pleomórfico

Quadro 11 – Topografias especificadas com os respectivos tipos histológicos, ressaltados em negrito aqueles que são mais frequentes

LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE										
C00 • LÁBIO										
8000/1	* 8000/3	* 8000/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8140/1	* 8140/2	*	
8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8260/3	*	
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	* 8481/3	*	
8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	*	
8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8940/3	* 8941/3	* 9140/3	* 9699/3	*			
C01 • BASE DA LÍNGUA										
C02 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO										
ESPECIFICADAS DA LÍNGUA										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8140/1	* 8140/2	*	
8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8430/1	*	
8430/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	*	
8574/3	* 8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8900/3	* 8901/3	*	
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8940/3	* 8941/3	* 9140/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*	
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*	
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*	
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*	
9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	*	
9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*		
C03 • GENGIVA										
C04 • ASSOALHO DA BOCA										
C05 • PALATO										
C06 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO										
ESPECIFICADAS DA BOCA										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8140/1	* 8140/2	*	
8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8260/3	*	
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	*	
8480/3	* 8481/3	* 8500/3	* 8525/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8720/2	* 8720/3	*	
8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8770/3	* 8771/3	*	
8772/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8900/3	* 8901/3	*	
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9140/3	*	
9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	*	
9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	*	
9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*	
9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*	
9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*	
9757/3	* 9758/3	*								

C07 • GLÂNDULA PARÓTIDA**C08 • OUTRAS GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * **8010/2** *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8050/2 * 8050/3 * **8051/3** *
8052/2 * 8052/3 * **8070/2** * **8070/3** * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 * 8074/3 * 8075/3 *
8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8082/3 * 8083/3 * 8084/3 * 8140/1 * 8140/2 * **8140/3** *
8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 * **8200/3** * 8201/2 * **8201/3** * 8230/2 * 8230/3 *
8231/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8290/3 *
8310/3 * 8430/1 * **8430/3** * 8440/3 * 8480/3 * 8481/3 * **8500/3** * 8525/3 * 8550/1 *
8550/3 * 8551/3 * 8560/3 * 8561/3 * 8562/3 * 8570/3 * 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 *
8574/3 * 8575/3 * **8720/3** * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 *
8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8840/3 * 8850/1 *
8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 *
8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * **8910/3** *
8912/3 * 8940/3 * 8941/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 *
9140/3 * **9590/3** * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 *
9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 *
9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * **9680/3** * 9684/3 * 9687/3 * **9690/3** * 9691/3 * 9695/3 *
9698/3 * **9699/3** * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 *
9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 *
9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C09 • AMÍGDALA**C10 • OROFARINGE**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * **8020/3** * 8021/3 * 8022/3 *
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * **8033/3** * 8034/3 * 8035/3 * 8050/2 * 8050/3 * 8051/3 *
8052/2 * 8052/3 * **8070/2** * **8070/3** * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 * 8074/3 * 8075/3 *
8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8081/2 * 8082/3 * 8083/3 * 8084/3 * 8120/1 * 8120/2 *
8120/3 * 8121/1 * 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8140/1 * 8140/2 * **8140/3** *
8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 *
8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8720/2 *
8720/3 * 8721/3 * 8722/3 * 8723/3 * 8730/3 * 8743/3 * 8745/3 * 8746/3 * 8761/1 *
8761/3 * 8770/3 * 8771/3 * 8772/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 *
8805/3 * 8806/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 *
8857/3 * 8858/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8940/3 * 8941/3 *
8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 9140/3 * **9590/3** * **9591/3** * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 *
9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 *
9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * **9675/3** * **9680/3** * **9684/3** * 9687/3 *
9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 *
9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 *
9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 *

C11 • NASOFARINGE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	*
8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	*
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	*
8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8430/1	* 8430/3	*
8480/3	* 8481/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	*
8745/3	* 8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*
8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8980/3	* 8981/3	*
8982/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9140/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9590/3	*
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*
9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	*
9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	*
9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	*
9758/3	*								
C12 • SEIO PIRIFORME									
C13 • HIPOFARINGE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*
8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	*
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*
8255/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*
8940/3	* 8941/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9140/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*
9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	*
9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*	
C14 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES E AS MAL DEFINIDAS DO LÁBIO, DA CAVIDADE ORAL E DA FARINGE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*
8084/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	*
8201/3	* 8255/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	*
8896/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	*
9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	*
9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	*
9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*
9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*
9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3	*							

ÓRGÃOS DIGESTIVOS									
C15 • ESÔFAGO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8260/3	*
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	* 8481/3	*
8490/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	*
8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	*
8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	*
8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*				
C16 • ESTÔMAGO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8142/3	* 8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8214/3	*
8220/2	* 8220/3	* 8221/2	* 8221/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	*
8241/3	* 8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	*
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8480/3	*
8481/3	* 8490/3	* 8510/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	*
8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*
8806/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8934/3	* 8935/1	*
8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*
9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9732/3	* 9734/3	*
9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*
C17 • INTESTINO DELGADO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8041/3	* 8043/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8140/1	* 8140/2	*
8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8153/3	* 8156/3	* 8157/3	*
8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	*
8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	*
8480/3	* 8481/3	* 8490/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	*
8576/3	* 8710/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	*
8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	*
8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	*
8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8934/3	* 8935/1	* 8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8990/1	*
8990/3	* 8991/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	*
9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	*
9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	*
9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9717/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	* 9764/3	*			

C18 • CÓLON									
C18.0 • CECO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8220/2	* 8220/3	*
8221/2	* 8221/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	*
8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	*
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8480/3	*
8481/3	* 8490/3	* 8510/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	*
8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	*
8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	*
8815/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	*
8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8934/3	* 8935/1	*
8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*
9705/3	* 9714/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	*
9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*
C18.1 • APÊNDICE (EXCLUI VÁLVULA ÍLEOCECAL C18.0)									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8220/2	* 8220/3	*
8221/2	* 8221/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	*
8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	*
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8470/1	*
8470/2	* 8470/3	* 8471/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8490/3	* 8510/3	* 8550/1	* 8550/3	*
8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	*
8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	*
8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	*
8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	*
8895/3	* 8896/3	* 8934/3	* 8935/1	* 8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8980/3	* 8981/3	*
8982/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	*
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*					

C18.2 – C18.9 • INTESTINO GROSSO (EXCLUI APÊNDICE C18.1)

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8140/1 * 8140/2 * **8140/3** * 8141/3 *
 8143/3 * 8144/3 * 8145/3 * 8147/3 * 8210/2 * 8210/3 * 8211/3 * 8220/2 * 8220/3 *
 8221/2 * 8221/3 * 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 * 8240/1 * 8240/3 * 8241/3 * 8242/1 *
 8242/3 * 8243/3 * 8244/3 * 8245/1 * 8245/3 * 8246/3 * 8249/3 * 8255/3 * 8260/3 *
 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8440/3 * **8480/3** *
8481/3 * **8490/3** * 8510/3 * 8550/1 * 8550/3 * 8551/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8570/3 *
 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 * 8576/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 *
 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 *
 8815/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 *
 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8934/3 * 8935/1 *
 8935/3 * 8936/1 * 8936/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 *
 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 *
 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 *
 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 *
 9705/3 * 9714/3 * 9717/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 *
 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C19 • JUNÇÃO RETOSSIGMOIDIANA

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8140/1 * 8140/2 * **8140/3** * 8141/3 *
 8143/3 * 8144/3 * 8145/3 * 8147/3 * 8210/2 * 8210/3 * **8211/3** * 8220/2 * 8220/3 *
 8221/2 * 8221/3 * 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 * 8240/1 * 8240/3 * 8241/3 * 8242/1 *
 8242/3 * 8243/3 * 8244/3 * 8245/1 * 8245/3 * 8246/3 * 8249/3 * 8255/3 * **8260/3** *
 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8440/3 * 8480/3 *
8481/3 * 8490/3 * 8510/3 * 8550/1 * 8550/3 * 8551/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8570/3 *
 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 * 8576/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 *
 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 *
 8815/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 *
 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8934/3 * 8935/1 *
 8935/3 * 8936/1 * 8936/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 *
 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 *
 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 *
 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 *
 9705/3 * 9714/3 * 9717/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 *
 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C20 • RETO										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*	
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*	
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	*	
8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	*	
8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8220/2	* 8220/3	* 8221/2	*	
8221/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	*	
8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	*	
8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8480/3	* 8481/3	*	
8490/3	* 8510/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	*	
8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	*	
8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8761/1	* 8761/3	* 8770/3	* 8771/3	*	
8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	*	
8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	*	
8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	*	
8895/3	* 8896/3	* 8934/3	* 8935/1	* 8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8980/3	* 8981/3	*	
8982/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*	
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*	
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*	
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	*	
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*	
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*						
C21 • ÂNUS E CANAL ANAL										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8041/3	* 8043/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	*	
8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8077/2	* 8078/3	*	
8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	*	
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8144/3	* 8145/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	*	
8215/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	*	
8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	*	
8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8500/2	* 8500/3	* 8503/2	* 8503/3	*	
8504/2	* 8504/3	* 8542/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	*	
8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	*	
8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	*	
8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	*	
8896/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*	
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*	
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*	
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	*	
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*	
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*						

C22 • FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS									
C22.0 • FÍGADO									
8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *									
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *									
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 *									
8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8160/3 * 8161/3 * 8170/3 * 8171/3 * 8172/3 * 8173/3 *									
8174/3 * 8175/3 * 8180/3 * 8190/3 * 8255/3 * 8310/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8500/2 *									
8500/3 * 8501/2 * 8501/3 * 8503/2 * 8503/3 * 8504/2 * 8504/3 * 8507/2 * 8508/3 *									
8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8890/1 * 8890/3 *									
8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8970/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 8991/3 *									
9120/3 * 9124/3 * 9130/1 * 9130/3 * 9133/1 * 9133/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 *									
9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 *									
9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 *									
9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 *									
9705/3 * 9714/3 * 9716/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 *									
9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *									
C22.1 • VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS									
8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *									
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *									
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 *									
8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8160/3 * 8161/3 * 8162/3 * 8170/3 * 8171/3 * 8172/3 *									
8173/3 * 8174/3 * 8175/3 * 8180/3 * 8190/3 * 8255/3 * 8310/3 * 8480/3 * 8481/3 *									
8500/2 * 8500/3 * 8501/2 * 8501/3 * 8503/2 * 8503/3 * 8504/2 * 8504/3 * 8507/2 *									
8508/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8890/1 *									
8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 9120/3 *									
9130/1 * 9130/3 * 9133/1 * 9133/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 *									
9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 *									
9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 *									
9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 *									
9716/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 *									
9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *									
C23 • VESÍCULA BILIAR									
C24 • OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DAS VIAS BILIARES									
8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *									
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *									
8041/3 * 8043/3 * 8050/2 * 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 *									
8071/3 * 8072/3 * 8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8140/1 *									
8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8160/3 * 8161/3 * 8162/3 * 8255/3 *									
8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8490/3 *									
8500/2 * 8500/3 * 8501/2 * 8501/3 * 8503/2 * 8503/3 * 8504/2 * 8504/3 * 8507/2 *									
8508/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8570/3 * 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 *									
8576/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8890/1 *									
8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8980/3 *									
8981/3 * 8982/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 *									
9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 *									
9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 *									
9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9716/3 * 9719/3 *									
9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 *									
9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *									

C25 • PÂNCREAS

8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8147/3	* 8150/1	* 8150/3	* 8151/3	* 8152/1	* 8152/3	* 8153/1	* 8153/3	*
8154/3	* 8155/1	* 8155/3	* 8156/1	* 8156/3	* 8157/1	* 8157/3	* 8210/2	* 8210/3	*
8211/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	*
8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	*
8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8323/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	*
8450/3	* 8452/1	* 8452/3	* 8453/1	* 8453/2	* 8453/3	* 8470/1	* 8470/2	* 8470/3	*
8471/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8490/3	* 8500/2	* 8500/3	* 8501/2	* 8501/3	* 8503/2	*
8503/3	* 8504/2	* 8504/3	* 8507/2	* 8508/3	* 8510/3	* 8514/3	* 8521/3	* 8550/1	*
8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	*
8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	*
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8971/3	* 8980/3	* 8981/3	*
8982/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	*
9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	*
9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*						

C26 • OUTROS ÓRGÃOS DIGESTIVOS E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS DO APARELHO DIGESTIVO

8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	*
8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	*
8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8153/1	*
8153/3	* 8156/1	* 8156/3	* 8157/1	* 8157/3	* 8190/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*
8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	*
8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8251/3	*
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8290/3	* 8310/3	*
8320/3	* 8323/3	* 8380/1	* 8380/3	* 8401/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8480/3	*
8481/3	* 8490/3	* 8503/2	* 8503/3	* 8504/2	* 8504/3	* 8510/3	* 8521/3	* 8542/3	*
8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	*
8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8693/1	* 8693/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	*
8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	*
8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	*
8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8840/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	*
8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	*
8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	*
8921/3	* 8935/1	* 8935/3	* 8936/1	* 8936/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8950/3	* 8951/3	*
8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9040/3	* 9041/3	* 9042/3	*
9043/3	* 9044/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	*
9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9101/3	*
9105/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9120/3	* 9130/1	* 9130/3	* 9133/1	* 9133/3	* 9140/3	*
9150/1	* 9150/3	* 9170/3	* 9251/1	* 9251/3	* 9252/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	*
9490/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9540/1	*
9540/3	* 9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9571/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	*
9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	*
9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	*
9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	*
9714/3	* 9716/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	*
9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*

APARELHO RESPIRATÓRIO E ÓRGÃOS INTRATORÁCIOS										
C30 • CAVIDADE NASAL E OUVIDO MÉDIO										
C30.0 • CAVIDADE NASAL										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	*	
8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	*	
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*	
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	*	
8480/3	* 8481/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	*	
8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	*	
8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	*	
8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	*	
8830/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	*	
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 9220/1	* 9220/3	*	
9221/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	*	
9505/1	* 9505/3	* 9520/3	* 9521/3	* 9522/3	* 9523/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9560/1	*	
9560/3	* 9561/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	*	
9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	*	
9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	*	
9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	*	
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*	
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*						
C30.1 • OUVIDO MÉDIO										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	*	
8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	*	
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*	
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	*	
8480/3	* 8481/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	*	
8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	*	
8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	*	
8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	*	
8830/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	*	
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 9370/3	* 9371/3	*	
9372/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9520/3	*	
9521/3	* 9522/3	* 9523/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9571/3	*	
9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	*	
9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	*	
9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*	
9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*	
9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*	
9757/3	* 9758/3	*								

C31 • SEIOS DA FACE										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	*	
8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	*	
8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	*	
8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	*	
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*	
8246/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	*	
8430/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	*	
8574/3	* 8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	*	
8745/3	* 8746/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*	
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*	
8830/1	* 8830/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	*	
8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 9370/3	*	
9371/3	* 9372/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	*	
9520/3	* 9521/3	* 9522/3	* 9523/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9560/1	* 9560/3	* 9561/3	*	
9571/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*	
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*	
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*	
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	*	
9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	*	
9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*							
C32 • LARINGE										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*	
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*	
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	*	
8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	*	
8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8260/3	*	
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	* 8481/3	*	
8560/3	* 8562/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	*	
8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	*	
9220/1	* 9220/3	* 9221/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*	
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*	
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*	
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*	
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*	
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3						
C33 • TRAQUEIA										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8042/3	* 8043/3	*	
8044/3	* 8045/3	* 8046/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	*	
8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	*	
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*	
8250/1	* 8250/3	* 8252/3	* 8253/3	* 8254/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	*	
8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*	
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	*	
8972/3	* 8973/3	* 9220/1	* 9220/3	* 9221/3	* 9699/3	*				

BRÔNQUIOS E PULMÕES									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8042/3	* 8043/3	*
8044/3	* 8045/3	* 8046/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	*
8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	*
8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	*
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8230/2	*
8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	*
8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8250/1	* 8250/3	* 8251/3	* 8252/3	* 8253/3	*
8254/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8310/3	* 8320/3	* 8323/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	*
8481/3	* 8490/3	* 8510/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	*
8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	*
8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	*
8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	*
8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8972/3	* 8973/3	* 8980/3	* 8981/3	*
8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9050/3	* 9051/3	* 9052/3	* 9053/3	* 9120/3	*
9133/1	* 9133/3	* 9140/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9678/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	*
9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	*
9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	*
9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3			*
C37 • TIMO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	*
8246/3	* 8249/3	* 8580/1	* 8580/3	* 8581/1	* 8581/3	* 8582/1	* 8582/3	* 8583/1	*
8583/3	* 8584/1	* 8584/3	* 8585/1	* 8585/3	* 8586/3	* 8588/3	* 8589/3	* 9590/3	*
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*
9675/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*
9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*
9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3								*
C38 • CORAÇÃO, MEDIASTINO E PLEURA									
C38.1 – C38.3 • MEDIASTINO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8680/1	*
8680/3	* 8693/1	* 8693/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	*
8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	*
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	*
8910/3	* 8912/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9060/3	* 9061/3	* 9062/3	* 9063/3	*
9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	*
9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9101/3	* 9105/3	* 9490/3	* 9500/3	*
9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9560/1	*
9560/3	* 9561/3	* 9571/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9678/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	*
9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	*
9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	*
9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3			*

C38.4 • PLEURA

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8800/3 *
 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 *
 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 * 8973/3 * 9050/3 * 9051/3 * 9052/3 *
 9053/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 *
 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 *
 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9678/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 *
 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 *
 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 *
 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C38.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO CORAÇÃO, DO MEDIASTINO E DA PLEURA

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8680/1 *
 8680/3 * 8693/1 * 8693/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 *
 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 *
 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 *
 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 *
 8910/3 * 8912/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9060/3 * 9061/3 * 9062/3 * 9063/3 *
 9064/3 * 9065/3 * 9070/3 * 9071/3 * 9072/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9081/3 * 9082/3 *
 9083/3 * 9084/3 * 9085/3 * 9100/1 * 9100/3 * 9101/3 * 9105/3 * 9490/3 * 9500/3 *
 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 * 9505/1 * 9505/3 * 9540/1 * 9540/3 * 9560/1 *
 9560/3 * 9561/3 * 9571/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 *
 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 *
 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9678/3 * 9679/3 * 9680/3 * 9684/3 *
 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 *
 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 *
 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C39 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E DOS ÓRGÃOS INTRATORÁCIOS

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 * 8121/1 *
 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 *
 8147/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 * 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 * 8240/1 * 8240/3 *
 8241/3 * 8242/1 * 8242/3 * 8243/3 * 8244/3 * 8245/1 * 8245/3 * 8246/3 * 8249/3 *
 8250/1 * 8250/3 * 8251/3 * 8252/3 * 8253/3 * 8254/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 *
 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8310/3 * 8320/3 * 8323/3 * 8430/1 * 8430/3 *
 8480/3 * 8481/3 * 8490/3 * 8510/3 * 8550/1 * 8550/3 * 8551/3 * 8560/3 * 8562/3 *
 8570/3 * 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 * 8576/3 * 8800/3 * 8801/3 *
 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 *
 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 *
 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 *
 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9081/3 * 9082/3 * 9083/3 * 9084/3 *
 9085/3 * 9120/3 * 9364/3 * 9365/3 *

OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES									
C40 • OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES DOS MEMBROS									
C41 • OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES E DE LOCALIZAÇÕES NÃO ESPECIFICADAS									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8800/3	*
8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	*
8812/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8840/3	* 8850/1	* 8850/3	*
8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 9040/3	* 9041/3	*
9042/3	* 9043/3	* 9120/3	* 9130/1	* 9130/3	* 9133/1	* 9133/3	* 9180/3	* 9181/3	*
9182/3	* 9183/3	* 9184/3	* 9185/3	* 9186/3	* 9187/3	* 9192/3	* 9193/3	* 9194/3	*
9195/3	* 9220/1	* 9220/3	* 9221/3	* 9230/3	* 9231/3	* 9240/3	* 9242/3	* 9243/3	*
9250/1	* 9250/3	* 9251/1	* 9251/3	* 9260/3	* 9261/3	* 9270/1	* 9270/3	* 9290/3	*
9310/3	* 9330/3	* 9342/3	* 9364/3	* 9365/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9590/3	*
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*
9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	*
9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9716/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*
9731/3	* 9732/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3								
SISTEMA HEMATOPOIÉTICO E RETICULOENDOTELIAL									
C42.0 • SANGUE									
C42.1 • MEDULA ÓSSEA									
9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	*
9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	*
9673/3	* 9675/3	* 9678/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9689/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9732/3	* 9733/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	*
9741/3	* 9742/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	* 9760/3	*
9761/3	* 9762/3	* 9800/3	* 9801/3	* 9805/3	* 9820/3	* 9823/3	* 9826/3	* 9827/3	*
9828/3	* 9831/1	* 9832/3	* 9833/3	* 9834/3	* 9835/3	* 9836/3	* 9837/3	* 9840/3	*
9860/3	* 9861/3	* 9863/3	* 9866/3	* 9867/3	* 9870/3	* 9871/3	* 9872/3	* 9873/3	*
9874/3	* 9875/3	* 9876/3	* 9891/3	* 9895/3	* 9896/3	* 9897/3	* 9910/3	* 9920/3	*
9930/3	* 9931/3	* 9940/3	* 9945/3	* 9946/3	* 9948/3	* 9950/3	* 9960/3	* 9961/3	*
9962/3	* 9963/3	* 9964/3	* 9970/1	* 9975/1	* 9980/3	* 9982/3	* 9983/3	* 9984/3	*
9985/3	* 9986/3	* 9987/3	* 9989/3	*					
C42.2 • BAÇO									
9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	*
9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	*
9678/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9689/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9716/3	* 9719/3	* 9727/3	*
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*					
C42.3 • SISTEMA RETICULOENDOTELIAL, SOE									
9590/3	* 9699/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3	*							

C42.4 • SISTEMA HEMATOPOÉTICO, SOE									
9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	*
9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	*
9673/3	* 9675/3	* 9678/3	* 9679/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9689/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9732/3	* 9733/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	*
9741/3	* 9742/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	* 9760/3	*
9761/3	* 9762/3	* 9800/3	* 9801/3	* 9805/3	* 9820/3	* 9823/3	* 9826/3	* 9827/3	*
9828/3	* 9831/1	* 9832/3	* 9833/3	* 9834/3	* 9835/3	* 9836/3	* 9837/3	* 9840/3	*
9860/3	* 9861/3	* 9863/3	* 9866/3	* 9867/3	* 9870/3	* 9871/3	* 9872/3	* 9873/3	*
9874/3	* 9875/3	* 9876/3	* 9891/3	* 9895/3	* 9896/3	* 9897/3	* 9910/3	* 9920/3	*
9930/3	* 9931/3	* 9940/3	* 9945/3	* 9946/3	* 9948/3	* 9950/3	* 9960/3	* 9961/3	*
9962/3	* 9963/3	* 9964/3	* 9970/1	* 9975/1	* 9980/3	* 9982/3	* 9983/3	* 9984/3	*
9985/3	* 9986/3	* 9987/3	* 9989/3	*					
PELE									
C44 • PELE									
8010/2	* 8010/3	* 8051/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8081/2	* 8090/1	* 8090/3	*
8091/3	* 8092/3	* 8093/3	* 8094/3	* 8095/3	* 8097/3	* 8102/3	* 8110/3	* 8140/1	*
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8190/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*
8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8247/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	*
8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8390/3	* 8400/1	* 8400/3	* 8401/3	* 8402/3	* 8403/3	*
8407/3	* 8408/1	* 8408/3	* 8409/3	* 8410/3	* 8413/3	* 8420/3	* 8430/1	* 8430/3	*
8440/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8542/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	*
8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	*
8740/3	* 8741/2	* 8741/3	* 8742/2	* 8742/3	* 8743/3	* 8744/3	* 8745/3	* 8746/3	*
8761/1	* 8761/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8780/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	*
8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	*
8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8832/3	* 8833/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	*
8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	*
8895/3	* 8896/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	*
9120/3	* 9130/1	* 9130/3	* 9133/1	* 9133/3	* 9140/3	* 9150/1	* 9150/3	* 9560/1	*
9560/3	* 9561/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	*
9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	*
9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	*
9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9700/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9708/3	* 9709/3	*
9718/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*					

NERVOS PERIFÉRICOS E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO										
C47 • NERVOS PERIFÉRICOS E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8680/1	*	
8680/3	* 8693/1	* 8693/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*	
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	*	
8832/3	* 8833/3	* 8840/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	*	
8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	*	
8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8950/3	* 8951/3	*	
8990/3	* 8990/3	* 8991/3	* 9040/3	* 9041/3	* 9042/3	* 9043/3	* 9044/3	* 9080/1	*	
9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9120/3	* 9130/1	* 9130/3	*	
9133/1	* 9133/3	* 9140/3	* 9150/1	* 9150/3	* 9170/3	* 9240/3	* 9242/3	* 9243/3	*	
9251/1	* 9251/3	* 9252/3	* 9364/3	* 9365/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9490/3	*	
9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9540/1	* 9540/3	*	
9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9571/3	* 9580/3	* 9581/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*	
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*	
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*	
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*	
9705/3	* 9708/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	*	
9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*	
RETROPERITÔNIO E PERITÔNIO										
C48 • RETROPERITÔNIO E PERITÔNIO										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/3	*	
8140/3	* 8680/1	* 8680/3	* 8693/1	* 8693/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*	
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*	
8830/1	* 8830/3	* 8840/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	*	
8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	*	
8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8950/3	* 8951/3	*	
8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9050/3	* 9051/3	* 9052/3	* 9053/3	* 9055/1	* 9060/3	*	
9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	*	
9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9120/3	* 9130/1	* 9130/3	* 9133/1	*	
9133/3	* 9150/1	* 9150/3	* 9490/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	*	
9505/1	* 9505/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9571/3	* 9590/3	*	
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*	
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*	
9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	*	
9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	*	
9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	*	
9758/3	* 9930/3	*								

**TECIDO CONJUNTIVO, SUBCUTÂNEO E OUTROS
TECIDOS MOLES**

**C49 • TECIDO CONJUNTIVO, SUBCUTÂNEO E
OUTROS TECIDOS MOLES**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8680/1 *
 8680/3 * 8693/1 * 8693/3 * **8800/3** * **8801/3** * **8802/3** * **8803/3** * **8804/3** * 8805/3 *
 8806/3 * 8810/1 * **8810/3** * **8811/3** * 8813/3 * **8814/3** * 8815/3 * 8830/1 * **8830/3** *
8832/3 * 8833/3 * **8840/3** * 8850/1 * **8850/3** * **8851/3** * **8852/3** * **8853/3** * **8854/3** *
8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 * **8890/3** * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 *
8900/3 * **8901/3** * 8902/3 * **8910/3** * 8912/3 * **8920/3** * 8921/3 * 8950/3 * 8951/3 *
 8990/3 * 8990/3 * 8991/3 * **9040/3** * 9041/3 * 9042/3 * **9043/3** * **9044/3** * 9080/1 *
9080/3 * 9081/3 * 9082/3 * 9083/3 * 9084/3 * 9085/3 * **9120/3** * 9130/1 * 9130/3 *
 9133/1 * 9133/3 * **9140/3** * 9150/1 * **9150/3** * 9170/3 * **9240/3** * 9242/3 * 9243/3 *
 9251/1 * 9251/3 * 9252/3 * **9364/3** * 9365/3 * **9370/3** * 9371/3 * 9372/3 * **9490/3** *
9500/3 * 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 * 9505/1 * 9505/3 * 9540/1 * **9540/3** *
 9560/1 * 9560/3 * 9561/3 * 9571/3 * 9580/3 * **9581/3** * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 *
 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 *
 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * **9680/3** *
9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 *
 9705/3 * 9708/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 *
 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

MAMA

C50 • MAMA

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 *
 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 * 8211/3 * 8230/2 * 8230/3 *
 8231/3 * 8251/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8310/3 * 8314/3 * 8315/3 *
 8320/3 * 8323/3 * 8401/3 * 8440/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8490/3 * 8500/2 * **8500/3** *
 8501/2 * 8501/3 * 8502/3 * 8503/2 * 8503/3 * 8504/2 * 8504/3 * 8507/2 * 8508/3 *
 8510/3 * 8512/3 * 8513/3 * 8514/3 * 8520/2 * 8520/3 * 8521/3 * 8522/2 * 8522/3 *
 8523/3 * 8524/3 * 8525/3 * 8530/3 * 8540/3 * 8541/3 * 8543/3 * 8550/1 * 8550/3 *
 8551/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8570/3 * 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 *
 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 *
 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 *
 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 *
 8896/3 * 8935/1 * 8935/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 *
 9020/1 * 9020/3 * 9120/3 * 9130/1 * 9130/3 * 9133/1 * 9133/3 * 9580/3 * 9581/3 *
 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 *
 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 *
 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 *
 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 *
 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 *
 9757/3 * 9758/3 *

ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS																	
C51 • VULVA																	
C51.0 – C51.8 • GRANDES E PEQUENOS LÁBIOS, CLITÓRIS E LESÃO SOBREPOSTA DA VULVA																	
8000/1	*	8000/3	*	8001/1	*	8001/3	*	8002/3	*	8003/3	*	8004/3	*	8005/3	*	8010/2	*
8010/3	*	8011/3	*	8012/3	*	8013/3	*	8014/3	*	8015/3	*	8020/3	*	8021/3	*	8022/3	*
8050/2	*	8050/3	*	8051/3	*	8052/2	*	8052/3	*	8070/2	*	8070/3	*	8071/3	*	8072/3	*
8073/3	*	8074/3	*	8075/3	*	8076/2	*	8076/3	*	8077/2	*	8078/3	*	8081/2	*	8082/3	*
8083/3	*	8084/3	*	8090/3	*	8091/3	*	8092/3	*	8093/3	*	8094/3	*	8095/3	*	8097/3	*
8098/3	*	8102/3	*	8110/3	*	8120/1	*	8120/2	*	8120/3	*	8121/1	*	8121/3	*	8122/3	*
8123/3	*	8124/3	*	8130/1	*	8130/2	*	8130/3	*	8131/3	*	8140/1	*	8140/2	*	8140/3	*
8141/3	*	8143/3	*	8147/3	*	8200/3	*	8201/2	*	8201/3	*	8255/3	*	8260/3	*	8261/2	*
8261/3	*	8262/3	*	8263/2	*	8263/3	*	8310/3	*	8323/3	*	8380/1	*	8380/3	*	8401/3	*
8480/3	*	8481/3	*	8482/3	*	8542/3	*	8560/3	*	8562/3	*	8570/3	*	8571/3	*	8572/3	*
8573/3	*	8574/3	*	8575/3	*	8576/3	*	8720/2	*	8720/3	*	8721/3	*	8722/3	*	8723/3	*
8730/3	*	8740/3	*	8741/2	*	8741/3	*	8742/2	*	8742/3	*	8743/3	*	8745/3	*	8746/3	*
8761/1	*	8761/3	*	8770/3	*	8771/3	*	8772/3	*	8800/3	*	8801/3	*	8802/3	*	8803/3	*
8804/3	*	8805/3	*	8806/3	*	8810/1	*	8810/3	*	8811/3	*	8813/3	*	8814/3	*	8815/3	*
8830/1	*	8830/3	*	8832/3	*	8850/1	*	8850/3	*	8851/3	*	8852/3	*	8853/3	*	8854/3	*
8855/3	*	8857/3	*	8858/3	*	8890/1	*	8890/3	*	8891/3	*	8894/3	*	8895/3	*	8896/3	*
8900/3	*	8901/3	*	8902/3	*	8910/3	*	8912/3	*	8950/3	*	8951/3	*	8980/3	*	8981/3	*
8982/3	*	9110/1	*	9110/3	*	9540/1	*	9540/3	*	9590/3	*	9591/3	*	9596/3	*	9650/3	*
9651/3	*	9652/3	*	9653/3	*	9654/3	*	9655/3	*	9659/3	*	9661/3	*	9662/3	*	9663/3	*
9664/3	*	9665/3	*	9667/3	*	9670/3	*	9671/3	*	9673/3	*	9675/3	*	9680/3	*	9684/3	*
9687/3	*	9690/3	*	9691/3	*	9695/3	*	9698/3	*	9699/3	*	9701/3	*	9702/3	*	9705/3	*
9714/3	*	9719/3	*	9727/3	*	9728/3	*	9729/3	*	9731/3	*	9734/3	*	9740/1	*	9740/3	*
9741/3	*	9750/3	*	9754/3	*	9755/3	*	9756/3	*	9757/3	*	9758/3	*				
C51.9 • VULVA, SOE																	
8000/1	*	8000/3	*	8001/1	*	8001/3	*	8002/3	*	8003/3	*	8004/3	*	8005/3	*	8010/2	*
8010/3	*	8011/3	*	8012/3	*	8013/3	*	8014/3	*	8015/3	*	8020/3	*	8021/3	*	8022/3	*
8050/2	*	8050/3	*	8051/3	*	8052/2	*	8052/3	*	8070/2	*	8070/3	*	8071/3	*	8072/3	*
8073/3	*	8074/3	*	8075/3	*	8076/2	*	8076/3	*	8077/2	*	8078/3	*	8081/2	*	8082/3	*
8083/3	*	8084/3	*	8090/3	*	8091/3	*	8092/3	*	8093/3	*	8094/3	*	8095/3	*	8097/3	*
8098/3	*	8102/3	*	8110/3	*	8120/1	*	8120/2	*	8120/3	*	8121/1	*	8121/3	*	8122/3	*
8123/3	*	8124/3	*	8130/1	*	8130/2	*	8130/3	*	8131/3	*	8140/1	*	8140/2	*	8140/3	*
8141/3	*	8143/3	*	8147/3	*	8200/3	*	8201/2	*	8201/3	*	8255/3	*	8260/3	*	8261/2	*
8261/3	*	8262/3	*	8263/2	*	8263/3	*	8310/3	*	8323/3	*	8380/1	*	8380/3	*	8390/3	*
8400/1	*	8400/3	*	8401/3	*	8410/3	*	8413/3	*	8420/3	*	8480/3	*	8481/3	*	8482/3	*
8542/3	*	8560/3	*	8562/3	*	8570/3	*	8571/3	*	8572/3	*	8573/3	*	8574/3	*	8575/3	*
8720/2	*	8720/3	*	8721/3	*	8722/3	*	8723/3	*	8730/3	*	8740/3	*	8741/2	*	8741/3	*
8742/2	*	8742/3	*	8743/3	*	8745/3	*	8746/3	*	8761/1	*	8761/3	*	8770/3	*	8771/3	*
8772/3	*	8780/3	*	8800/3	*	8801/3	*	8802/3	*	8803/3	*	8804/3	*	8805/3	*	8806/3	*
8810/1	*	8810/3	*	8811/3	*	8813/3	*	8814/3	*	8815/3	*	8830/1	*	8830/3	*	8832/3	*
8850/1	*	8850/3	*	8851/3	*	8852/3	*	8853/3	*	8854/3	*	8855/3	*	8857/3	*	8858/3	*
8890/1	*	8890/3	*	8891/3	*	8894/3	*	8895/3	*	8896/3	*	8900/3	*	8901/3	*	8902/3	*
8910/3	*	8912/3	*	8950/3	*	8951/3	*	8980/3	*	8981/3	*	8982/3	*	9110/1	*	9110/3	*
9540/1	*	9540/3	*	9590/3	*	9591/3	*	9596/3	*	9650/3	*	9651/3	*	9652/3	*	9653/3	*
9654/3	*	9655/3	*	9659/3	*	9661/3	*	9662/3	*	9663/3	*	9664/3	*	9665/3	*	9667/3	*
9670/3	*	9671/3	*	9673/3	*	9675/3	*	9680/3	*	9684/3	*	9687/3	*	9690/3	*	9691/3	*
9695/3	*	9698/3	*	9699/3	*	9701/3	*	9702/3	*	9705/3	*	9714/3	*	9719/3	*	9727/3	*
9728/3	*	9729/3	*	9731/3	*	9734/3	*	9740/1	*	9740/3	*	9741/3	*	9750/3	*	9754/3	*
9755/3	*	9756/3	*	9757/3	*	9758/3	*										

C52 • VAGINA										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*	
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8077/2	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	*	
8083/3	* 8084/3	* 8090/3	* 8091/3	* 8092/3	* 8093/3	* 8094/3	* 8095/3	* 8097/3	*	
8098/3	* 8102/3	* 8110/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	*	
8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	*	
8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	*	
8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8323/3	* 8380/1	* 8380/3	* 8401/3	*	
8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8542/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	*	
8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	*	
8730/3	* 8740/3	* 8741/2	* 8741/3	* 8742/2	* 8742/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	*	
8761/1	* 8761/3	* 8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*	
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*	
8830/1	* 8830/3	* 8832/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	*	
8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	*	
8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	*	
8982/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9540/1	* 9540/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	*	
9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	*	
9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	*	
9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	*	
9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	*	
9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*			
C53 • COLO UTERINO										
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*	
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*	
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*	
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*	
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8077/2	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*	
8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	*	
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*	
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8323/3	*	
8384/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	*	
8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*	
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*	
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	*	
8910/3	* 8912/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	*	
8991/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*	
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*	
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*	
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*	
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*	
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3						
Obs: Displasia intraepitelial NIC III, SOE, deve ser classificada como neoplasia intraepitelial <i>in situ</i> (8077/2).										

C54 • CORPO DO ÚTERO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	*
8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	*
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8230/2	*
8230/3	* 8231/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	*
8310/3	* 8320/3	* 8323/3	* 8380/1	* 8380/3	* 8381/1	* 8381/3	* 8382/3	* 8383/3	*
8440/3	* 8461/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8510/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	*
8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	*
8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	*
8815/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	*
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8930/3	* 8931/3	* 8933/3	* 8934/3	* 8950/3	* 8951/3	*
8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9590/3	*
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*
9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	*
9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	*
9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	*
9758/3	*								
C55 • ÚTERO, SOE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	*
8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	*
8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8200/3	*
8201/2	* 8201/3	* 8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8255/3	*
8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8320/3	* 8323/3	*
8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8510/3	* 8560/3	* 8562/3	*
8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8576/3	* 8800/3	* 8801/3	*
8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	*
8814/3	* 8815/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	*
8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8930/3	* 8931/3	* 8934/3	* 8935/1	* 8935/3	*
8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9110/1	*
9110/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	*
9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	*
9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	*
9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	*
9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	*
9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*						

C56 • OVÁRIO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8050/2	* 8050/3	*
8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	* 8074/3	*
8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	*
8147/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	* 8242/1	* 8242/3	*
8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	*
8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8313/1	* 8313/3	* 8320/3	* 8323/3	*
8380/1	* 8380/3	* 8381/1	* 8381/3	* 8382/3	* 8383/3	* 8440/3	* 8441/3	* 8442/1	*
8444/1	* 8450/3	* 8451/1	* 8460/3	* 8461/3	* 8462/1	* 8463/1	* 8470/1	* 8470/2	*
8470/3	* 8471/3	* 8472/1	* 8473/1	* 8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8490/3	* 8510/3	*
8560/3	* 8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8590/1	*
8590/3	* 8591/1	* 8592/1	* 8593/1	* 8600/3	* 8620/1	* 8620/3	* 8621/1	* 8621/3	*
8622/1	* 8623/1	* 8630/1	* 8630/3	* 8631/1	* 8631/3	* 8632/1	* 8634/1	* 8634/3	*
8670/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	*
8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8840/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	*
8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9000/1	*
9000/3	* 9014/1	* 9014/3	* 9015/1	* 9015/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9065/3	* 9070/3	*
9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	*
9090/3	* 9091/1	* 9100/1	* 9100/3	* 9101/3	* 9105/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9590/3	*
9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	*
9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	*
9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	*
9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	*
9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	*
9758/3	*								
C57 • OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS E OS NÃO ESPECIFICADOS									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*
8084/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8260/3	*
8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8310/3	* 8323/3	* 8380/1	* 8380/3	*
8382/3	* 8383/3	* 8440/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8482/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	*
8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8890/1	* 8890/3	*
8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	*
9110/1	* 9110/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	*
9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	*
9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	*
9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	*
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	*
9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*					
C58 • PLACENTA									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 9100/1	*
9100/3	* 9101/3	* 9104/1	* 9105/3	* 9699/3	*				

ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS									
C60 • PÊNIS									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8080/2	* 8081/2	* 8082/3	*
8083/3	* 8084/3	* 8090/3	* 8091/3	* 8092/3	* 8093/3	* 8094/3	* 8095/3	* 8097/3	*
8098/3	* 8102/3	* 8110/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	*
8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	*
8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8390/3	* 8400/1	* 8400/3	*
8401/3	* 8410/3	* 8413/3	* 8542/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	*
8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8740/3	* 8741/2	*
8741/3	* 8742/2	* 8742/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8761/1	* 8761/3	* 8770/3	*
8771/3	* 8772/3	* 8780/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	*
8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	*
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	*
8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	*
8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9140/3	* 9699/3	*				
C61 • PRÓSTATA									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	*
8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	*
8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8148/2	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*
8211/3	* 8251/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	*
8310/3	* 8480/3	* 8481/3	* 8500/2	* 8500/3	* 8503/2	* 8503/3	* 8504/2	* 8504/3	*
8507/2	* 8510/3	* 8514/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	* 8562/3	* 8570/3	*
8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	*
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	*
8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 9699/3	*	
C62 • TESTÍCULO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	*
8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8630/1	* 8630/3	* 8631/1	* 8631/3	* 8634/1	*
8634/3	* 8640/1	* 8640/3	* 8650/1	* 8650/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	*
8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 9060/3	*
9061/3	* 9062/3	* 9063/3	* 9064/2	* 9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	*
9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	*
9101/3	* 9102/3	* 9105/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*				

OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS									
C63.0 • EPIDÍMIDO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	*
8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	*
8401/3	* 8542/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8800/3	*
8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	*
8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	*
8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	*
8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	*
8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9140/3	*
9699/3	*								
C63.1 • CORDÃO ESPERMÁTICO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	*
8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	*
8401/3	* 8542/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8800/3	*
8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	*
8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	*
8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	*
8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	*
8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9140/3	*
9699/3	*								
C63.2 • ESCROTO, SOE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8080/2	* 8081/2	* 8082/3	*
8083/3	* 8084/3	* 8090/3	* 8091/3	* 8092/3	* 8093/3	* 8094/3	* 8095/3	* 8097/3	*
8098/3	* 8102/3	* 8110/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	*
8123/3	* 8124/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	*
8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8390/3	* 8400/1	* 8400/3	*
8401/3	* 8410/3	* 8413/3	* 8542/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	*
8575/3	* 8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8740/3	* 8741/2	*
8741/3	* 8742/2	* 8742/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8761/1	* 8761/3	* 8770/3	*
8771/3	* 8772/3	* 8780/3	* 8800/3	* 8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	*
8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	*
8850/1	* 8850/3	* 8851/3	* 8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	*
8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	*
8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	* 8981/3	* 8982/3	*
8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9140/3	* 9699/3	*				

**C63.7 • OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS
ESPECIFICADOS****C63.8 • LESÃO SOBREPOSTA DOS ÓRGÃOS
GENITAIS MASCULINOS****C63.9 • ÓRGÃO GENITAL MASCULINO, SOE**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8050/2 * 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 *
8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 *
8121/1 * 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 *
8143/3 * 8147/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 *
8401/3 * 8542/3 * 8570/3 * 8571/3 * 8572/3 * 8573/3 * 8574/3 * 8575/3 * 8800/3 *
8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 *
8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 *
8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 *
8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8920/3 * 8921/3 *
8950/3 * 8951/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9140/3 *
9699/3 *

TRATO URINÁRIO**C64 • RIM**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * **8120/3** * 8121/1 *
8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 * 8140/1 *
8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 * 8211/3 * 8230/2 * 8230/3 *
8231/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * **8310/3** * **8312/3** * 8316/3 * 8317/3 * 8318/3 *
8319/3 * 8320/3 * 8323/3 * 8440/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8800/3 *
8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 *
8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 *
8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 *
8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8950/3 * 8951/3 *
8959/1 * 8959/3 * 8960/1 * **8960/3** * 8963/3 * 8964/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 *
8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9500/3 * 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 * 9505/1 *
9505/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 *
9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 *
9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 *
9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 *
9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 *
9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C65 • PELVE RENAL**C66 • URETER**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 * 8121/1 *
8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 * 8140/1 *
8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 * 8211/3 * 8230/2 * 8230/3 *
8231/3 * 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * 8310/3 * 8320/3 * 8323/3 * 8440/3 * 8480/3 *
8481/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 *
8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 * 8830/3 *
8850/1 * 8850/3 * 8851/3 * 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 *
8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 *
8910/3 * 8912/3 * 8950/3 * 8951/3 * 8959/1 * 8959/3 * 8964/3 * 8980/3 * 8981/3 *
8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9500/3 * 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 *
9505/1 * 9505/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 *
9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 *
9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 *
9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 *
9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 *
9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C67 • BEXIGA

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * **8120/3** * 8121/1 *
8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8130/1 * 8130/2 * **8130/3** * 8131/3 * 8140/1 *
8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 * 8255/3 *
8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8310/3 * 8320/3 * 8323/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8490/3 *
8510/3 * 8576/3 * 8680/1 * 8680/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 *
8805/3 * 8806/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8830/1 *
8830/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 *
8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8920/3 * 8921/3 * 8950/3 * 8951/3 * 8980/3 * 8981/3 *
8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 *
9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 *
9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 *
9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 *
9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 *
9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 *

C68 • OUTROS ÓRGÃOS URINÁRIOS E OS NÃO ESPECIFICADOS

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 *
 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 * 8121/1 *
 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 * 8140/1 *
 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 * 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 *
 8255/3 * 8260/3 * 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 * 8263/2 * 8263/3 * 8310/3 * 8320/3 *
 8323/3 * 8380/1 * 8380/3 * 8440/3 * 8480/3 * 8481/3 * 8560/3 * 8562/3 * 8720/2 *
 8720/3 * 8721/3 * 8722/3 * 8723/3 * 8730/3 * 8743/3 * 8745/3 * 8746/3 * 8770/3 *
 8771/3 * 8772/3 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 *
 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8850/1 * 8850/3 * 8851/3 *
 8852/3 * 8853/3 * 8854/3 * 8855/3 * 8857/3 * 8858/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 *
 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8950/3 *
 8951/3 * 8964/3 * 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9070/3 *
 9071/3 * 9072/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9081/3 * 9082/3 * 9083/3 * 9084/3 * 9085/3 *
 9110/1 * 9110/3 * 9500/3 * 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 * 9505/1 * 9505/3 *
 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 *
 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 *
 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 *
 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 *
 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 *
 9757/3 * 9758/3 *

OLHO, CERÉBRO E OUTRAS PARTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
C69 • OLHO E ANEXOS
C69.0 • CONJUNTIVA
C69.1 • CÓRNEA, SOE

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8050/2 * 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * **8070/3** * 8071/3 * 8072/3 *
 8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8081/2 * 8082/3 * 8083/3 *
 8084/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 * 8121/1 * 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 *
 8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 *
 8147/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 * 8255/3 * 8290/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8720/2 *
8720/3 * 8721/3 * 8722/3 * 8723/3 * 8730/3 * 8743/3 * 8745/3 * 8746/3 * 8770/3 *
 8771/3 * 8772/3 * 8773/3 * 8774/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 *
 8815/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 *
 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8920/3 * 8921/3 * 8940/3 * 8941/3 * 8990/1 * 8990/3 *
 8991/3 * 9150/1 * 9150/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 *
 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 *
 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 *
 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 *
 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 *
 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C69.2 • RETINA									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*
8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	*
8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	*
8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8720/2	*
8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8770/3	*
8771/3	* 8772/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8890/1	*
8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	*
8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9150/1	*
9150/3	* 9510/3	* 9511/3	* 9512/3	* 9513/3	* 9514/1	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*
9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	*
9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*	
C69.3 • COROIDE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	* 8072/3	*
8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	* 8083/3	*
8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	*
8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	*
8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8720/2	*
8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	* 8770/3	*
8771/3	* 8772/3	* 8773/3	* 8774/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	* 8814/3	*
8815/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	*
8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8990/1	* 8990/3	*
8991/3	* 9150/1	* 9150/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	* 9652/3	*
9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	* 9665/3	*
9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	* 9750/3	*
9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*				
C69.4 • CORPO CILIAR									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8021/3	*
8022/3	* 8050/2	* 8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	* 8070/3	* 8071/3	*
8072/3	* 8073/3	* 8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8081/2	* 8082/3	*
8083/3	* 8084/3	* 8120/1	* 8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	*
8124/3	* 8130/1	* 8130/2	* 8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	*
8143/3	* 8147/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8430/1	* 8430/3	*
8720/2	* 8720/3	* 8721/3	* 8722/3	* 8723/3	* 8730/3	* 8743/3	* 8745/3	* 8746/3	*
8770/3	* 8771/3	* 8772/3	* 8773/3	* 8774/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	* 8813/3	*
8814/3	* 8815/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	* 8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	*
8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	* 8921/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8990/1	*
8990/3	* 8991/3	* 9150/1	* 9150/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9650/3	* 9651/3	*
9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	* 9663/3	* 9664/3	*
9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	*
9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	*
9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	* 9740/3	* 9741/3	*
9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*			

C69.5 • GLÂNDULA LACRIMAL**C69.6 • ÓRBITA, SOE****C69.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO OLHO E ANEXOS**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8050/2 * 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 *
8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8081/2 * 8082/3 * 8083/3 *
8084/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 * 8121/1 * 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 *
8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 *
8147/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 * 8255/3 * 8290/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8720/2 *
8720/3 * 8721/3 * 8722/3 * 8723/3 * 8730/3 * 8743/3 * 8745/3 * 8746/3 * 8770/3 *
8771/3 * 8772/3 * 8773/3 * 8774/3 * 8810/1 * 8810/3 * 8811/3 * 8813/3 * 8814/3 *
8815/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 * 8896/3 * 8900/3 * 8901/3 *
8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8920/3 * 8921/3 * 8940/3 * 8941/3 * 8990/1 * 8990/3 *
8991/3 * 9150/1 * 9150/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 *
9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 *
9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 *
9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 *
9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 *
9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C69.9 • OLHO, SOE

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8050/2 * 8050/3 * 8051/3 * 8052/2 * 8052/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 *
8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 * 8076/3 * 8078/3 * 8120/1 * 8120/2 * 8120/3 *
8121/1 * 8121/3 * 8122/3 * 8123/3 * 8124/3 * 8130/1 * 8130/2 * 8130/3 * 8131/3 *
8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8200/3 * 8201/2 * 8201/3 *
8255/3 * 8290/3 * 8430/1 * 8430/3 * 8720/2 * 8720/3 * 8721/3 * 8722/3 * 8723/3 *
8730/3 * 8743/3 * 8745/3 * 8746/3 * 8770/3 * 8771/3 * 8772/3 * 8810/1 * 8810/3 *
8811/3 * 8813/3 * 8814/3 * 8815/3 * 8890/1 * 8890/3 * 8891/3 * 8894/3 * 8895/3 *
8896/3 * 8900/3 * 8901/3 * 8902/3 * 8910/3 * 8912/3 * 8920/3 * 8921/3 * 8940/3 *
8941/3 * 8990/1 * 8990/3 * 8991/3 * 9150/1 * 9150/3 * 9510/3 * 9511/3 * 9512/3 *
9513/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 *
9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 *
9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 *
9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 *
9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 *
9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

MENINGES**C70.0 • MENINGES CEREBRAIS****C70.1 • MENINGES ESPINHAIS**

8000/0 * 8000/1 * 8000/3 * 8001/0 * 8001/1 * 8001/3 * 8005/3 * 8720/3 * 8728/0 *
8728/1 * 8728/3 * 8800/0 * 8800/3 * 8801/3 * 8805/3 * 8806/3 * 8810/0 * 8810/1 *
8810/3 * 8815/0 * 8850/0 * 8850/1 * 8851/0 * 8861/0 * 8890/1 * 8890/3 * 8910/3 *
9080/0 * 9080/1 * 9080/3 * 9084/0 * 9084/3 * 9120/0 * 9121/0 * 9150/0 * 9150/1 *
9150/3 * 9161/1 * 9240/3 * 9530/0 * 9530/1 * **9530/3** * 9531/0 * 9532/0 * 9533/0 *
9534/0 * 9537/0 * 9538/1 * 9538/3 * 9539/1 * 9539/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 *
9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 *
9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 *
9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 *
9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 *
9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C70.9 • MENINGE SOE										
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8005/3	* 8720/3	* 8728/0	*	
8728/1	* 8728/3	* 8800/0	* 8800/3	* 8801/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/0	* 8810/1	*	
8810/3	* 8815/0	* 8850/0	* 8850/1	* 8851/0	* 8861/0	* 8890/1	* 8890/3	* 8910/3	*	
9080/0	* 9080/1	* 9080/3	* 9084/0	* 9084/3	* 9120/0	* 9121/0	* 9150/0	* 9150/1	*	
9150/3	* 9161/1	* 9240/3	* 9530/0	* 9530/1	* 9530/3	* 9531/0	* 9532/0	* 9533/0	*	
9534/0	* 9537/0	* 9538/1	* 9538/3	* 9539/1	* 9539/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	*	
9650/3	* 9651/3	* 9652/3	* 9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*	
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	*	
9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	*	
9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9740/1	*	
9740/3	* 9741/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*		
CÉREBRO										
C71.0 • CÉREBRO										
C71.1 • LOBO FRONTAL										
C71.2 • LOBO TEMPORAL										
C71.3 • LOBO PARIETAL										
C71.4 • LOBO OCCIPITAL										
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	*	
8005/3	* 8680/1	* 8720/3	* 8800/0	* 8800/3	* 8801/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8850/0	*	
8850/1	* 8851/0	* 8851/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9080/0	* 9080/1	*	
9080/3	* 9081/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9120/0	* 9121/0	* 9122/0	* 9131/0	*	
9150/1	* 9161/1	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9380/3	* 9381/3	* 9382/3	* 9383/1	*	
9384/1	* 9391/3	* 9392/3	* 9393/3	* 9394/1	* 9400/3	* 9401/3	* 9410/3	* 9411/3	*	
9412/1	* 9413/0	* 9420/3	* 9421/1	* 9421/3	* 9423/3	* 9424/3	* 9430/3	* 9440/3	*	
9441/3	* 9442/1	* 9442/3	* 9444/1	* 9450/3	* 9451/3	* 9460/3	* 9473/3	* 9490/0	*	
9490/3	* 9492/0	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9508/3	*	
9530/0	* 9530/1	* 9530/3	* 9531/0	* 9532/0	* 9533/0	* 9534/0	* 9537/0	* 9538/1	*	
9538/3	* 9539/1	* 9539/3	* 9540/0	* 9540/1	* 9540/3	* 9541/0	* 9550/0	* 9560/0	*	
9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9562/0	* 9570/0	* 9571/0	* 9571/3	* 9590/3	* 9591/3	*	
9596/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*	
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*	
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*	
9757/3	* 9758/3	* 9930/3	*							
C71.5 • VENTRÍCULO CEREBRAL, SOE										
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8005/3	* 9085/3	* 9370/3	*	
9371/3	* 9372/3	* 9380/3	* 9381/3	* 9382/3	* 9383/1	* 9384/1	* 9390/0	* 9390/1	*	
9390/3	* 9391/3	* 9392/3	* 9393/3	* 9400/3	* 9401/3	* 9410/3	* 9411/3	* 9420/3	*	
9421/1	* 9421/3	* 9423/3	* 9424/3	* 9430/3	* 9440/3	* 9441/3	* 9442/1	* 9442/3	*	
9444/1	* 9450/3	* 9451/3	* 9473/3	* 9490/0	* 9490/3	* 9492/0	* 9500/3	* 9501/3	*	
9502/3	* 9503/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9506/1	* 9508/3	* 9530/0	* 9530/1	* 9530/3	*	
9531/0	* 9532/0	* 9533/0	* 9534/0	* 9537/0	* 9538/1	* 9538/3	* 9590/3	* 9591/3	*	
9596/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*	
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*	
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*	
9757/3	* 9758/3	*								

C71.6 • CEREBELO, SOE									
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8005/3	* 8800/0	* 8800/3	*
8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8815/0	* 8850/0	* 8850/1	* 9080/0	* 9080/1	*
9080/3	* 9084/0	* 9120/0	* 9131/0	* 9150/1	* 9161/1	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	*
9380/3	* 9381/3	* 9382/3	* 9383/1	* 9391/3	* 9392/3	* 9393/3	* 9400/3	* 9401/3	*
9410/3	* 9411/3	* 9420/3	* 9421/1	* 9421/3	* 9424/3	* 9430/3	* 9440/3	* 9441/3	*
9442/1	* 9442/3	* 9450/3	* 9451/3	* 9470/3	* 9471/3	* 9472/3	* 9473/3	* 9474/3	*
9480/3	* 9490/0	* 9490/3	* 9492/0	* 9493/0	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9505/1	*
9503/3	* 9506/1	* 9508/3	* 9530/0	* 9530/1	* 9530/3	* 9531/0	* 9532/0	* 9533/0	*
9534/0	* 9537/0	* 9538/1	* 9538/3	* 9590/3	* 9591/3	* 9596/3	* 9670/3	* 9671/3	*
9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*
9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	* 9727/3	* 9728/3	* 9729/3	*
9731/3	* 9734/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	* 9757/3	* 9758/3	*	
C71.7 • TRONCO CEREBRAL									
C71.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO ENCÉFALO									
C71.9 • ENCÉFALO, SOE									
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	*
8005/3	* 8680/1	* 8720/3	* 8800/0	* 8800/3	* 8801/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8850/0	*
8850/1	* 8851/0	* 8851/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9080/0	* 9080/1	*
9080/3	* 9081/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9120/0	* 9121/0	* 9122/0	* 9131/0	*
9150/1	* 9161/1	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9380/3	* 9381/3	* 9382/3	* 9383/1	*
9384/1	* 9391/3	* 9392/3	* 9393/3	* 9394/1	* 9400/3	* 9401/3	* 9410/3	* 9411/3	*
9412/1	* 9413/0	* 9420/3	* 9421/1	* 9421/3	* 9423/3	* 9424/3	* 9430/3	* 9440/3	*
9441/3	* 9442/1	* 9442/3	* 9444/1	* 9450/3	* 9451/3	* 9460/3	* 9473/3	* 9490/0	*
9490/3	* 9492/0	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9508/3	*
9530/0	* 9530/1	* 9530/3	* 9531/0	* 9532/0	* 9533/0	* 9534/0	* 9537/0	* 9538/1	*
9538/3	* 9539/1	* 9539/3	* 9540/0	* 9540/1	* 9540/3	* 9541/0	* 9550/0	* 9560/0	*
9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9562/0	* 9570/0	* 9571/0	* 9571/3	* 9590/3	* 9591/3	*
9596/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3	* 9930/3	*						
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									
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	*
8005/3	* 8680/1	* 8720/3	* 8800/0	* 8800/3	* 8801/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8850/0	*
8850/1	* 8851/0	* 8851/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9080/0	* 9080/1	*
9080/3	* 9081/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9120/0	* 9121/0	* 9122/0	* 9131/0	*
9150/1	* 9161/1	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9380/3	* 9381/3	* 9382/3	* 9383/1	*
9384/1	* 9391/3	* 9392/3	* 9393/3	* 9394/1	* 9400/3	* 9401/3	* 9410/3	* 9411/3	*
9412/1	* 9413/0	* 9420/3	* 9421/1	* 9421/3	* 9423/3	* 9424/3	* 9430/3	* 9440/3	*
9441/3	* 9442/1	* 9442/3	* 9444/1	* 9450/3	* 9451/3	* 9460/3	* 9473/3	* 9490/0	*
9490/3	* 9492/0	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9508/3	*
9530/0	* 9530/1	* 9530/3	* 9531/0	* 9532/0	* 9533/0	* 9534/0	* 9537/0	* 9538/1	*
9538/3	* 9539/1	* 9539/3	* 9540/0	* 9540/1	* 9540/3	* 9541/0	* 9550/0	* 9560/0	*
9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9562/0	* 9570/0	* 9571/0	* 9571/3	* 9590/3	* 9591/3	*
9596/3	* 9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9690/3	*
9691/3	* 9695/3	* 9698/3	* 9699/3	* 9701/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9714/3	* 9719/3	*
9727/3	* 9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9734/3	* 9750/3	* 9754/3	* 9755/3	* 9756/3	*
9757/3	* 9758/3	* 9930/3	*						

C72.8 • LESÃO SOBREPOSTA DO ENCÉFALO E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
C72.9 • SISTEMA NERVOSO, SOE

8000/0 * 8000/1 * 8000/3 * 8001/0 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 *
 8005/3 * 8800/0 * 8800/3 * 8801/3 * 8802/3 * 8803/3 * 8804/3 * 8805/3 * 8806/3 *
 8850/0 * 8850/1 * 8850/3 * 8861/0 * 8890/0 * 8890/1 * 8890/3 * 8897/1 * 8900/0 *
 8900/3 * 8910/3 * 8920/3 * 9064/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9082/3 * 9084/0 * 9084/3 *
 9120/0 * 9120/3 * 9121/0 * 9130/0 * 9130/1 * 9130/3 * 9140/3 * 9150/0 * 9150/1 *
 9150/3 * 9161/1 * 9260/3 * 9370/3 * 9371/3 * 9372/3 * 9500/3 * 9501/3 * 9502/3 *
 9503/3 * 9508/3 * 9530/0 * 9530/1 * 9530/3 * 9531/0 * 9532/0 * 9533/0 * 9534/0 *
 9537/0 * 9538/1 * 9538/3 * 9540/0 * 9540/1 * 9540/3 * 9541/0 * 9550/0 * 9560/0 *
 9560/1 * 9560/3 * 9561/3 * 9562/0 * 9570/0 * 9571/0 * 9571/3 * 9590/3 * 9591/3 *
 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 *
 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 *
 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 * 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 *
 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 *
 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 * 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *
 9827/3 * 9861/3 * 9930/3 *

TIREOIDE E OUTRAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS
C73 • GLÂNDULA TIREOIDE

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8030/3 * 8031/3 * 8032/3 * 8033/3 * 8034/3 * 8035/3 * 8041/3 * 8043/3 * 8050/2 *
 8050/3 * 8070/2 * 8070/3 * 8071/3 * 8072/3 * 8073/3 * 8074/3 * 8075/3 * 8076/2 *
 8076/3 * 8078/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8190/3 *
 8230/2 * 8230/3 * 8231/3 * 8251/3 * 8255/3 * **8260/3** * 8261/2 * 8261/3 * 8262/3 *
 8263/2 * 8263/3 * **8290/3** * 8310/3 * 8330/1 * 8330/3 * 8331/3 * 8332/3 * 8333/3 *
 8335/3 * 8337/3 * **8340/3** * 8341/3 * 8342/3 * 8343/3 * 8344/3 * 8345/3 * 8346/3 *
 8347/3 * 8350/3 * 8450/3 * **8510/3** * 8550/1 * 8550/3 * 8551/3 * 8830/1 * 8830/3 *
 8980/3 * 8981/3 * 8982/3 * 9590/3 * 9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * 9652/3 *
 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 * 9661/3 * 9662/3 * 9663/3 * 9664/3 * 9665/3 *
 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 * 9675/3 * 9680/3 * 9684/3 * 9687/3 * 9690/3 *
 9691/3 * 9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9701/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9714/3 * 9719/3 *
 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9731/3 * 9734/3 * 9740/1 * 9740/3 * 9741/3 * 9750/3 *
 9754/3 * 9755/3 * 9756/3 * 9757/3 * 9758/3 *

C74 • GLÂNDULA SUPRARRENAL

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
 8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8255/3 * 8290/3 * 8310/3 *
 8320/3 * 8323/3 * **8370/3** * 8680/1 * 8680/3 * 8693/1 * 8693/3 * 8700/3 * 9060/3 *
 9064/3 * 9065/3 * 9070/3 * 9071/3 * 9072/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9081/3 * 9082/3 *
 9083/3 * 9084/3 * 9085/3 * 9370/3 * 9371/3 * 9372/3 * **9490/3** * **9500/3** * 9501/3 *
 9502/3 * 9503/3 * 9504/3 * 9505/1 * 9505/3 * 9699/3 *

OUTRAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS E ESTRUTURAS RELACIONADAS									
C75.0 • GLÂNDULA PARATIREOIDE									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8310/3	*
8320/3	* 8322/3	* 8323/3	* 8680/1	* 8680/3	* 8693/1	* 8693/3	* 9060/3	* 9064/3	*
9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	*
9084/3	* 9085/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9490/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	*
9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9699/3	*				
C75.1 • GLÂNDULA HIPÓFISE									
C75.2 • DUCTO CRANIOFARÍNGEO									
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8005/0	* 8005/3	* 8010/0	*
8010/2	* 8010/3	* 8140/0	* 8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8146/0	* 8260/0	* 8270/0	*
8270/3	* 8271/0	* 8272/0	* 8272/3	* 8280/0	* 8280/3	* 8281/0	* 8281/3	* 8290/0	*
8290/3	* 8300/0	* 8300/3	* 8310/0	* 8320/3	* 8323/0	* 8323/3	* 8800/0	* 8800/3	*
8850/0	* 8850/1	* 9060/3	* 9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/0	*
9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9350/1	* 9351/1	*
9352/1	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9505/1	*
9505/3	* 9580/0	* 9699/3	*						
C75.3 • GLÂNDULA PINEAL									
8000/0	* 8000/1	* 8000/3	* 8001/0	* 8001/1	* 8001/3	* 8010/0	* 9060/3	* 9064/3	*
9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/0	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	*
9083/3	* 9084/0	* 9084/3	* 9085/3	* 9360/1	* 9361/1	* 9362/3	* 9370/3	* 9371/3	*
9372/3	* 9473/3	* 9490/3	* 9492/0	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9505/1	*
9505/3	* 9680/3	* 9699/3	*						
C75.4 • CORPO CAROTÍDEO									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8310/3	*
8320/3	* 8323/3	* 8680/1	* 8680/3	* 8692/1	* 8693/1	* 8693/3	* 9060/3	* 9064/3	*
9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	* 9083/3	*
9084/3	* 9085/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9490/3	* 9500/3	* 9501/3	* 9502/3	*
9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9699/3	*				
C75.5 • CORPO AÓRTICO E OUTROS PARAGÂNGLIOS									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8140/1	* 8140/2	* 8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8255/3	* 8290/3	* 8310/3	*
8320/3	* 8323/3	* 8680/1	* 8680/3	* 8690/1	* 8691/1	* 8693/1	* 8693/3	* 9060/3	*
9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	* 9081/3	* 9082/3	*
9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9490/3	* 9500/3	* 9501/3	*
9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9699/3	*			

**C75.8 • LESÃO SOBREPOSTA DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS
E ESTRUTURAS RELACIONADAS**

C75.9 • GLÂNDULA ENDÓCRINA, SOE

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8010/2 *
8010/3 * 8011/3 * 8012/3 * 8013/3 * 8014/3 * 8015/3 * 8020/3 * 8021/3 * 8022/3 *
8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8255/3 * 8290/3 * 8310/3 *
8320/3 * 8323/3 * 8680/1 * 8680/3 * 8693/1 * 8693/3 * 9060/3 * 9064/3 * 9065/3 *
9070/3 * 9071/3 * 9072/3 * 9080/1 * 9080/3 * 9081/3 * 9082/3 * 9083/3 * 9084/3 *
9085/3 * 9370/3 * 9371/3 * 9372/3 * 9490/3 * 9500/3 * 9501/3 * 9502/3 * 9503/3 *
9504/3 * 9505/1 * 9505/3 * 9699/3 *

OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS

**C76 • OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL
DEFINIDAS**

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * 8020/3 *
8021/3 * 8022/3 * 8140/1 * 8140/2 * 8140/3 * 8141/3 * 8143/3 * 8147/3 * 8255/3 *
8480/3 * 8481/3 * 9500/3 * 9699/3 *

LINFONODOS

C77 • LINFONODOS

8000/1 * 8000/3 * 8001/1 * 8001/3 * 8002/3 * 8003/3 * 8004/3 * 8005/3 * **9590/3** *
9591/3 * 9596/3 * 9650/3 * 9651/3 * **9652/3** * 9653/3 * 9654/3 * 9655/3 * 9659/3 *
9661/3 * 9662/3 * **9663/3** * 9664/3 * 9665/3 * 9667/3 * 9670/3 * 9671/3 * 9673/3 *
9675/3 * 9678/3 * 9679/3 * **9680/3** * 9684/3 * **9687/3** * 9689/3 * 9690/3 * 9691/3 *
9695/3 * 9698/3 * 9699/3 * 9702/3 * 9705/3 * 9708/3 * 9714/3 * 9716/3 * 9717/3 *
9719/3 * 9727/3 * 9728/3 * 9729/3 * 9755/3 * 9761/3 * 9762/3 *

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA									
C80 • LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA									
8000/1	* 8000/3	* 8001/1	* 8001/3	* 8002/3	* 8003/3	* 8004/3	* 8005/3	* 8010/2	*
8010/3	* 8011/3	* 8012/3	* 8013/3	* 8014/3	* 8015/3	* 8020/3	* 8021/3	* 8022/3	*
8030/3	* 8031/3	* 8032/3	* 8033/3	* 8034/3	* 8035/3	* 8041/3	* 8043/3	* 8050/2	*
8050/3	* 8051/3	* 8052/2	* 8052/3	* 8070/2	8070/3	* 8071/3	* 8072/3	* 8073/3	*
8074/3	* 8075/3	* 8076/2	* 8076/3	* 8078/3	* 8082/3	* 8083/3	* 8084/3	* 8120/1	*
8120/2	* 8120/3	* 8121/1	* 8121/3	* 8122/3	* 8123/3	* 8124/3	* 8130/1	* 8130/2	*
8130/3	* 8131/3	* 8140/1	* 8140/2	8140/3	* 8141/3	* 8143/3	* 8147/3	* 8153/1	*
8153/3	* 8156/1	* 8156/3	* 8157/1	* 8157/3	* 8190/3	* 8200/3	* 8201/2	* 8201/3	*
8210/2	* 8210/3	* 8211/3	* 8230/2	* 8230/3	* 8231/3	* 8240/1	* 8240/3	* 8241/3	*
8242/1	* 8242/3	* 8243/3	* 8244/3	* 8245/1	* 8245/3	* 8246/3	* 8249/3	* 8251/3	*
8255/3	* 8260/3	* 8261/2	* 8261/3	* 8262/3	* 8263/2	* 8263/3	* 8290/3	* 8310/3	*
8320/3	* 8323/3	* 8380/1	* 8380/3	* 8401/3	* 8430/1	* 8430/3	* 8440/3	* 8480/3	*
8481/3	* 8490/3	* 8510/3	* 8521/3	* 8542/3	* 8550/1	* 8550/3	* 8551/3	* 8560/3	*
8562/3	* 8570/3	* 8571/3	* 8572/3	* 8573/3	* 8574/3	* 8575/3	* 8630/1	* 8630/3	*
8650/1	* 8650/3	* 8680/1	* 8680/3	* 8693/1	* 8693/3	* 8710/3	* 8720/3	* 8800/3	*
8801/3	* 8802/3	* 8803/3	* 8804/3	* 8805/3	* 8806/3	* 8810/1	* 8810/3	* 8811/3	*
8813/3	* 8814/3	* 8815/3	* 8830/1	* 8830/3	* 8840/3	* 8850/1	* 8850/3	* 8851/3	*
8852/3	* 8853/3	* 8854/3	* 8855/3	* 8857/3	* 8858/3	* 8890/1	* 8890/3	* 8891/3	*
8894/3	* 8895/3	* 8896/3	* 8900/3	* 8901/3	* 8902/3	* 8910/3	* 8912/3	* 8920/3	*
8921/3	* 8934/3	* 8935/1	* 8935/3	* 8940/3	* 8941/3	* 8950/3	* 8951/3	* 8980/3	*
8981/3	* 8982/3	* 8990/1	* 8990/3	* 8991/3	* 9040/3	* 9041/3	* 9042/3	* 9043/3	*
9044/3	* 9060/3	* 9064/3	* 9065/3	* 9070/3	* 9071/3	* 9072/3	* 9080/1	* 9080/3	*
9081/3	* 9082/3	* 9083/3	* 9084/3	* 9085/3	* 9100/1	* 9100/3	* 9101/3	* 9102/3	*
9105/3	* 9110/1	* 9110/3	* 9120/3	* 9130/1	* 9130/3	* 9133/1	* 9133/3	* 9140/3	*
9150/1	* 9150/3	* 9170/3	* 9310/3	* 9370/3	* 9371/3	* 9372/3	* 9490/3	* 9500/3	*
9501/3	* 9502/3	* 9503/3	* 9504/3	* 9505/1	* 9505/3	* 9520/3	* 9540/1	* 9540/3	*
9560/1	* 9560/3	* 9561/3	* 9571/3	* 9580/3	* 9581/3	* 9590/3	9591/3	* 9596/3	*
9650/3	* 9651/3	9652/3	9653/3	* 9654/3	* 9655/3	* 9659/3	* 9661/3	* 9662/3	*
9663/3	* 9664/3	* 9665/3	* 9667/3	9670/3	* 9671/3	* 9673/3	* 9675/3	* 9678/3	*
9679/3	* 9680/3	* 9684/3	* 9687/3	* 9689/3	* 9690/3	* 9691/3	* 9695/3	* 9698/3	*
9699/3	* 9702/3	* 9705/3	* 9708/3	* 9714/3	* 9716/3	* 9717/3	* 9719/3	* 9727/3	*
9728/3	* 9729/3	* 9731/3	* 9732/3	* 9734/3	*				

Quadro 12 – Tipos histológicos que estão associados a localizações específicas, segundo a topografia

TOPOGRAFIAS ESPECÍFICAS
<i>Atenção: um mesmo tipo histológico pode estar associado a mais de uma topografia, portanto, apesar da maioria dos tumores, aqui assinalados, serem exclusivos das topografias a eles associadas, para alguns dos tipos histológicos aqui também apresentados, essa associação pode se fazer a uma ou mais localizações. Em caso de dúvida, o quadro 13 deve também ser consultado.</i>
C07 – Glândula parótida
C08 – Outras glândulas salivares maiores
8940/3 – Tumor misto maligno, tipo glândula salivar, maligno 8941/3 – Carcinoma em adenoma pleomórfico
C11 – Nasofaringe
8081/2 – Tumor de Schminke
C16 – Estômago
8142/3 – Linite plástica 8144/3 – Adenocarcinoma, tipo intestinal 8145/3 – Carcinoma, tipo difuso 8214/3 – Carcinoma de células parietais
C17 – Intestino delgado
9764/3 – Doença imunoproliferativa do intestino delgado
C18 – Cólon
8220/3 – Adenocarcinoma em polipose adenomatosa do cólon
C18.1 – Apêndice
8240/1 – Tumor carcinoide do apêndice
C21.1 – Canal anal
8215/3 – Adenocarcinoma de glândulas da região anal
C21.2 – Zona cloacogênica
8124/3 – Carcinoma cloacogênico
C22.0 – Fígado
8170/3 – Carcinoma hepatocelular, SOE 8171/3 – Carcinoma hepatocelular fibrolamelar 8172/3 – Carcinoma hepatocelular esquirroso 8173/3 – Carcinoma hepatocelular tipo fusocelular 8174/3 – Carcinoma hepatocelular de células claras 8175/3 – Carcinoma hepatocelular pleomórfico 8180/3 – Carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma combinados 8970/3 – Hepatoblastoma 9124/3 – Sarcoma das células de Kupffer

C22.1 – Vias biliares intra-hepáticas
8160/3 – Colangiocarcinoma
8161/3 – Cistadenocarcinoma de ductos biliares
8162/3 – Tumor de Klatskin
C24.0 – Vias biliares extra-hepáticas
8160/3 – Colangiocarcinoma
8161/3 – Cistadenocarcinoma de ductos biliares
8162/3 – Tumor de Klatskin
C25 – Pâncreas
8150/1 – Tumor de células das ilhotas, SOE
8150/3 – Carcinoma de células das ilhotas
8151/3 – Insulinoma maligno
8152/1 – Glucagoma, SOE
8153/1 – Gastrinoma, SOE
8154/3 – Adenocarcinoma exócrino misto, de células das ilhotas
8452/1 – Tumor pseudopapilar sólido
8452/3 – Carcinoma pseudopapilar sólido
8453/1 – Tumor papilar intraductal mucinoso com displasia moderada
8453/2 – Carcinoma papilar intraductal mucinoso, não invasivo
8453/3 – Carcinoma papilar intraductal mucinoso, invasivo
8470/1 – Tumor cístico mucinoso com displasia moderada
8470/2 – Cistadenocarcinoma mucinoso, não invasivo
8971/3 – Pancreatoblastoma
C30 – Cavidade nasal e ouvido médio
8121/1 – Papiloma de células transicionais, tipo invertido, SOE
8121/3 – Carcinoma Schneideriano
C30.0 – Cavidade nasal (exclui nariz, septo nasal e margem posterior do septo)
9521/3 – Neurocitoma olfatório
9522/3 – Neuroblastoma olfativo
9523/3 – Neuroepitelioma olfativo
C31 – Seios da face
8121/1 – Papiloma de células transicionais, tipo invertido, SOE
8121/3 – Carcinoma Schneideriano

C34 – Brônquios e Pulmões
8042/3 – Carcinoma "oat cell"
8043/3 – 8043/3 – Carcinoma de células pequenas, fusiformes
8044/3 – Carcinoma de células pequenas, intermediárias
8045/3 – Carcinoma de células pequenas e de células grandes
8046/3 – Carcinoma de células não pequenas
8140/1 – Adenoma brônquico, SOE
8200/3 – Adenoma brônquico cilindroide
8240/3 – Adenoma brônquico carcinoide
8250/1 – Adenomatose pulmonar
8250/3 – Adenocarcinoma bronquíolo-alveolar, SOE
8251/3 – Adenocarcinoma alveolar
8252/3 – Carcinoma bronquíolo alveolar não mucinoso
8253/3 – Carcinoma bronquíolo alveolar mucinoso
8254/3 – Carcinoma bronquíolo alveolar misto, mucinoso e não mucinoso
8827/1 – Tumor miofibroblástico peribrônquico
8972/3 – Blastoma pulmonar
9133/3 – Tumor brônquio alveolar intravascular
C37.9 – Timo
8580/3 – Timoma maligno, SOE
8581/1 – Timoma, tipo A, SOE
8581/3 – Timoma, tipo A, maligno
8582/1 – Timoma, tipo AB, SOE
8582/3 – Timoma, tipo AB, maligno
8583/1 – Timoma, tipo B1, SOE
8583/3 – Timoma, tipo B1, maligno
8584/1 – Timoma, tipo B2, SOE
8484/3 – Timoma, tipo B2, maligno
8585/1 – Timoma, tipo B3, SOE
8585/3 – Timoma, tipo B3, maligno
8586/3 – Carcinoma tímico, SOE
9679/3 – Linfoma tímico de grandes células B
C38.3 – Mediastino, SOE
9679/3 – Linfoma do mediastino de células grandes B
C40 – Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros
C41 – Ossos, articulações e cartilagens de outras localizações e de localizações não especificadas
9679/3 – Linfoma do mediastino de células grandes B

C40 – Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros
C41 – Ossos, articulações e cartilagens de outras localizações e de localizações não especificadas
8812/3 – Fibrossarcoma periostal
9180/3 – Osteossarcoma, SOE
9181/3 – Osteossarcoma condroblástico
9182/3 – Osteossarcoma fibroblástico
9183/3 – Osteossarcoma telangiectásico
9184/3 – Osteossarcoma em Doença de Paget do osso
9185/3 – Osteossarcoma de células pequenas
9186/3 – Osteossarcoma central
9187/3 – Osteossarcoma intraósseo, bem diferenciado
9192/3 – Osteossarcoma paraostal
9193/3 – Osteossarcoma periostal
9194/3 – Osteossarcoma de superfície de alto grau
9195/3 – Osteossarcoma intracortical
9200/1 – Osteoblastoma agressivo
9210/1 – Osteocondromatose
9220/1 – Condromatose, SOE
9220/3 – Condrossarcoma, SOE
9221/3 – Condrossarcoma justacortical
9230/3 – Condroblastoma maligno
9242/3 – Condrossarcoma de células claras
9243/3 – Condrossarcoma dediferenciado
9250/1 – Tumor de células gigantes do osso
9250/3 – Tumor maligno de células gigantes do osso
9260/3 – Sarcoma de Ewing
9261/3 – Adamantinoma de ossos longos (C40)
9731/3 – Plasmocitoma, SOE
C42.0 – Sangue
9761/3 – Macroglobulinemia de Waldenstrom
C42.1 – Medula óssea
9732/3 – Mieloma múltiplo
9733/3 – Leucemia de plasmócitos
9742/3 – Leucemia de mastócitos
9800/3 – Leucemia SOE
9801/3 – Leucemia aguda, SOE
9805/3 – Leucemia aguda, bifenotípica
9820/3 – Leucemia linfoide, SOE
9823/3 – Leucemia linfocítica crônica de células B/linfoma linfocítico de pequenas células
9826/3 – Leucemia de células de Burkitt
9827/3 – Leucemia de células T do adulto / Linfoma (HTL V-1+)
9963/3 – Leucemia crônica neutrofílica
9964/3 – Síndrome hipereosinofílica
9970/1 – Alterações linfoproliferativas, SOE

C42.1 – Medula óssea

9975/1 – Doença mieloproliferativa
9980/3 – Anemia refratária
9982/3 – Anemia refratária com sideroblastos
9983/3 – Anemia refratária com excesso de blastos
9984/3 – Anemia refratária com excesso de blastos, em transformação
9985/3 – Citopenia refratária com displasia multilinhagem
9986/3 – Síndrome mielodisplásica com deleção 5q (5q-)
9987/3 – Síndrome mielodisplásica relacionada a terapia, SOE
9989/3 – Síndrome mielodisplásica, SOE
9831/1 – Leucemia linfocítica, de células grandes tipo T granulares
9832/3 – Leucemia prolinfocítica, SOE
9833/3 – Leucemia prolinfocítica, tipo células B
9834/3 – Leucemia prolinfocítica, tipo células T
9835/3 – Leucemia linfoblástica de células precursoras, SOE
9836/3 – Leucemia linfoblástica de células precursoras tipo B
9837/3 – Leucemia linfoblástica de células T precursoras
9840/3 – Leucemia mieloide aguda tipo M6
9860/3 – Leucemia mieloide, SOE
9861/3 – Leucemia mieloide aguda, SOE
9863/3 – Leucemia mieloide crônica, SOE
9866/3 – Leucemia promielocítica aguda T (15;17)(q22;q11-12)
9867/3 – Leucemia mielomonocítica aguda
9870/3 – Leucemia basofílica aguda
9871/3 – Leucemia mieloide aguda com eosinófilos anormais na medula
9872/3 – Leucemia mieloide aguda, com diferenciação mínima
9873/3 – Leucemia mieloide aguda sem maturação
9874/3 – Leucemia mieloide aguda com maturação
9875/3 – Leucemia crônica mielogênica, BCR/ABL positiva
9876/3 – Leucemia mieloide crônica atípica, BCR/ABL negativa
9891/3 – Leucemia monocítica aguda
9895/3 – Leucemia mieloide aguda com displasia de multilinhagem
9896/3 – Leucemia mieloide aguda, t(8;21)(q22;q22)
9897/3 – Leucemia mieloide aguda, com anormalidades em 11q23
9910/3 – Leucemia megacariótica aguda
9920/3 – Leucemia mieloide aguda relacionada ao tratamento, SOE
9930/3 – Sarcoma mieloide
9931/3 – Panmielose aguda com mileofibrose
9940/3 – Leucemia tipo células pilosas
9945/3 – Leucemia mielomonocítica crônica, SOE
9946/3 – Leucemia mielomonocítica juvenil
9948/3 – Leucemia de células tipo NK agressiva
9950/3 – Policitemia Vera
9960/3 – Doença mieloproliferativa crônica, SOE
9961/3 – Mielosclerose com metaplasia mieloide
9962/3 – Trombocitemia essencial

C42.2 – Baço
9689/3 – Linfoma de células da zona marginal esplênica
C44 – Pele (exclui a pele da vulva, do pênis e do escroto)
8081/2 – Doença de Bowen
8090/1 – Tumor basocelular
8090/3 – Carcinoma basocelular
8091/3 – Carcinoma basocelular, superficial multifocal
8092/3 – Carcinoma basocelular infiltrativo, SOE
8093/3 – Carcinoma basocelular, fibroepitelial
8094/3 – Carcinoma basoescamoso
8095/3 – Carcinoma metatípico
8102/3 – Tricolemocarcinoma
8110/3 – Carcinoma pilomatricial maligno
8247/3 – Carcinoma de células de Merkel
8247/3 – Carcinoma neuroendócrino cutâneo primário
8390/3 – Carcinoma de apêndice cutâneo
8400/1 – Tumor de glândula sudorípara
8400/3 – Adenocarcinoma de glândula sudorípara
8402/3 – Hidradenoma nodular maligno
8403/3 – Espiradenoma écrino maligno
8407/3 – Carcinoma ductal de glândula sudorípara esclerosante
8408/1 – Adenoma papilar digiforme agressivo
8408/3 – Adenocarcinoma papilar écrino
8409/3 – Poroma écrino maligno
8410/3 – Adenocarcinoma sebáceo
8413/3 – Adenocarcinoma écrino
8721/3 – Melanoma nodular
8722/3 – Melanoma de células baloniformes
8723/3 – Melanoma maligno em regressão
8730/3 – Melanoma amelanótico
8740/3 – Melanoma maligno em nevo juncional
8741/2 – Melanose pré-cancerosa, SOE
8741/3 – Melanoma maligno em melanose pré-cancerosa
8742/2 – Lentigo maligno
8742/3 – Melanoma em lentigo maligno
8743/3 – Melanoma de propagação superficial
8744/3 – Melanoma lentiginoso maligno das extremidades
C44.2 – Ouvido externo
8420/3 – Adenocarcinoma ceruminoso
C48 – Retroperitônio e Peritônio
9055/1 – Mesotelioma cístico, SOE
C48.0 – Retroperitônio
8822/1 – Fibromatose retroperitoneal

C48.1 – Partes especificadas do peritônio
8822/1 – Fibromatose mesentérica
C48.2 – Peritônio, SOE
8480/6 – Pseudomixoma do peritônio
C49 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles
9044/3 – Sarcoma de células claras de tendões e aponeuroses
9044/3 – Melanoma maligno de partes moles
9252/3 – Tumor maligno de células gigantes tenossinovial
C49.9 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles, SOE
9680/3 – Linfoma intravascular de células grandes tipo B
C50 – Mama
8201/2 – Carcinoma <i>in situ</i> cribriforme
8201/3 – Carcinoma cribriforme, SOE
8230/2 – Carcinoma ductal <i>in situ</i> , tipo sólido
8314/3 – Carcinoma rico em lípidos
8315/3 – Carcinoma rico em glicogênio
8500/2 – Carcinoma ductal <i>in situ</i> , SOE
8500/2 – Neoplasia ductal intraepitelial III
8500/3 – Carcinoma ductal infiltrante, SOE
8501/2 – Comedocarcinoma não infiltrante
8501/3 – Comedocarcinoma, SOE
8502/3 – Carcinoma secretor da mama
8503/2 – Adenocarcinoma papilar intraductal não infiltrante
8503/3 – Adenocarcinoma papilar intraductal com invasão
8507/2 – Carcinoma intraductal micropapilar
8508/3 – Carcinoma cístico hipersecretor
8513/3 – Carcinoma medular atípico
8520/2 – Carcinoma lobular <i>in situ</i> , SOE
8520/3 – Carcinoma lobular, SOE
8521/3 – Carcinoma ductular infiltrante
8522/2 – Carcinoma <i>in situ</i> intraductal e lobular
8522/3 – Carcinoma ductal infiltrante e lobular
8523/3 – Carcinoma ductal infiltrante misto, com outros tipos de carcinoma
8524/3 – Carcinoma lobular infiltrante misto com outros tipos de carcinoma
8530/3 – Carcinoma inflamatório
8540/3 – Doença de Paget, mamária
8541/3 – Doença de Paget e carcinoma ductal infiltrante da mama
8543/3 – Doença de Paget e Carcinoma intraductal da mama
9020/1 – Tumor filodes malignidade limítrofe
9020/3 – Tumor filodes maligno
C53 – Colo do útero
8098/3 – Carcinoma basal adenoide

C54 – Corpo do útero
8950/3 – Tumor misto mulleriano
C54.1 – Endométrio
8930/3 – Sarcoma do estroma endometrial, SOE
8931/3 – Sarcoma do estroma endometrial, baixo grau
C56.9 – Ovário
8313/1 – Adenofibroma de células claras, malignidade limítrofe
8313/3 – Adenocarcinofibroma de células claras
8442/1 – Cistadenoma seroso de malignidade limítrofe (“borderline”)
8441/1 – Tumor de células claras, atípico e proliferativo
8450/3 – Cistadenocarcinoma papilar, SOE
8451/1 – Cistadenocarcinoma papilar malignidade limítrofe
8460/3 – Cistadenocarcinoma papilar seroso
8461/3 – Carcinoma papilar de superfície serosa
8462/1 – Tumor cístico papilar seroso de malignidade limítrofe
8463/1 – Tumor papilar de superfície serosa, malignidade limítrofe
8470/3 – Cistadenocarcinoma mucinoso, SOE
8471/3 – Cistadenocarcinoma mucinoso papilar
8472/1 – Tumor cístico mucinoso de malignidade limítrofe
8473/1 – Cistadenocarcinoma mucinoso papilar de malignidade limítrofe
8590/1 – Tumor do estroma ovariano
8593/1 – Tumor do estroma com poucos elementos dos cordões sexuais
8600/3 – Tecoma maligno
8620/1 – Tumor de células da granulosa, tipo adulto
8620/3 – Tumor maligno de células da granulosa
8621/1 – Tumor de células da teça-granulosa
8622/1 – Tumor juvenil de células da granulosa
8623/1 – Tumor dos cordões sexuais com túbulos anulares
8623/1 – Ginandroblastoma 8810/1 – Fibroma celular
9000/1 – Tumor de Brenner de malignidade limítrofe
9000/3 – Tumor de Brenner maligno
9084/3 – Cisto dermoide com transformação maligna
9090/3 – Estroma ovariano maligno
9091/1 – Carcinoide do estroma
C58.9 – Placenta
9100/1 – Mola hidatiforme invasiva
9104/1 – Tumor trofoblástico de localização placentária
C60 – Pênis
8080/2 – Eritroplasia de Queyrat
C61.9 – Próstata
8148/2 – Neoplasia intraepitelial prostática

C62 – Testículo
8590/1 – Tumor do estroma testicular
8640/3 – Carcinoma de células de Sertoli
8650/1 – Tumor de células de Leydig
8650/3 – Tumor maligno de células de Leydig
9061/3 – Seminoma, SOE
9062/3 – Seminoma anaplásico
9063/3 – Seminoma espermatocítico
9064/2 – Neoplasia intratubular de células germinativas
9065/3 – Tumor de células germinativas não seminomatoso
9071/3 – Orquioblastoma
C64.9 – Rim
8312/3 – Carcinoma de células renais, SOE
8312/3 – Tumor de Grawitz
8312/3 – Hipernefroma
8316/3 – Carcinoma de células renais, associado a cisto
8317/3 – Carcinoma de células renais, tipo cromóforo
8318/3 – Carcinoma de células renais sarcomatoide
8319/3 – Carcinoma de ductos coletores
8959/1 – Nefroblastoma cístico parcialmente diferenciado
8959/3 – Nefroma maligno cístico
8960/3 – Nefroblastoma, SOE
8964/3 – Sarcoma de células claras do rim
C67 – Bexiga
8120/1 – Papiloma urotelial, SOE
8130/1 – Neoplasia de células transitórias, papilar, de baixo potencial de malignidade
8130/2 – Carcinoma de células de transição papilar, não invasiva
8130/3 – Carcinoma papilar de células transitórias
8131/3 – Carcinoma de células de transição micropapilar
C69 – Olho e Anexos
8773/3 – Melanoma fusocelular, Tipo A
8774/3 – Melanoma fusocelular, Tipo B
9501/3 – Meduloepitelioma, SOE
C69.2 – Retina
9510/3 – Retinoblastoma, SOE
9511/3 – Retinoblastoma diferenciado
9512/3 – Retinoblastoma indiferenciado
9513/3 – Retinoblastoma difuso
9514/1 – Retinoblastoma com regressão espontânea

C70 – Meninges
9150/1 – Meningeoma hemangiopericítico
9530/1 – Meningiomatose, SOE
9530/3 – Meningeoma maligno
9538/1 – Meningioma de células claras
9538/3 – Meningioma papilar
9539/1 – Meningioma atípico
9539/3 – Sarcomatose meníngea
C70.9 – Meninges, SOE
8728/1 – Melanocitoma meningeano
8728/3 – Melanomatose meningeana
C71 – Encéfalo
9380/3 – Glioma maligno
9381/3 – Gliomatose cerebral
9382/3 – Glioma misto
9383/1 – Subependimoma
9384/1 – Astrocitoma subependimal de células gigantes
9391/3 – Ependimoma, SOE
9392/3 – Ependimoma anaplásico
9393/3 – Ependimoma papilar
9400/3 – Astrocitoma, SOE
9401/3 – Astrocitoma anaplásico
9410/3 – Astrocitoma protoplasmático
9411/3 – Astrocitoma gemistocítico
9412/1 – Astrocitoma desmoplático infantil
9420/3 – Astrocitoma fibrilar
9421/1 – Astrocitoma pilocítico
9423/3 – Espongioblastoma polar
9424/3 – Xantastrocitoma pleomórfico
9430/3 – Astroblastoma
9440/3 – Glioblastoma, SOE
9441/3 – Glioblastoma de células gigantes
9442/1 – Gliofibroma
9444/1 – Glioma cordoide
9450/3 – Oligodendroglioma, SOE
9451/3 – Oligodendroglioma anaplásico
9460/3 – Oligodendroblastoma
9473/3 – Tumor neuroectodérmico primitivo, SOE
9508/3 – Tumor teratoide/rabdoide atípico
9590/3 – Linfoma maligno

C71.5 – Ventrículo cerebral, SOE
9390/1 – Papiloma atípico de plexo coroide
9390/3 – Carcinoma de plexo coroide
C71.6 – Cerebelo, SOE
9470/3 – Meduloblastoma, SOE
9471/3 – Meduloblastoma desmoplásico nodular
9472/3 – Medulomioblastoma
9474/3 – Meduloblastoma de células grandes
9480/3 – Sarcoma cerebelar
9506/1 – Neurocitoma central
C72 – Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do sistema nervoso central
9391/1 – Ependimoma mixopapilar
C73 – Glândula tireoide
8260/3 – Adenocarcinoma papilar, SOE
8330/1 – Adenoma folicular atípico
8330/3 – Adenocarcinoma folicular, SOE
8331/3 – Adenocarcinoma folicular bem diferenciado
8332/3 – Adenocarcinoma folicular, trabecular
8335/3 – Carcinoma folicular pouco invasivo
8337/3 – Carcinoma insular
8340/3 – Carcinoma papilar, variante folicular
8341/3 – Microcarcinoma papilar
8342/3 – Carcinoma papilar, células oxifílicas
8343/3 – Carcinoma papilar, encapsulado
8344/3 – Carcinoma papilar, células colunares
8345/3 – Carcinoma medular com estroma amiloide
8346/3 – Carcinoma misto medular folicular
8347/3 – Carcinoma misto medular-papilar
8350/3 – Carcinoma esclerosante não-encapsulado
C74 – Glândula suprarrenal
8370/3 – Carcinoma do córtex suprarrenal
C74.1 – Medula da glândula suprarrenal
8700/3 – Feocromocitoma maligno
C75.0 – Glândula paratireoide
8322/3 – Adenocarcinoma de células claras e “água de rocha”
C75.1 – Glândula hipófise
8270/3 – Carcinoma cromóforo
8272/3 – Carcinoma da glândula pituitária, SOE
8280/3 – Carcinoma acidófilo
8281/3 – Carcinoma misto acidófilo-basófilo
8300/3 – Carcinoma basófilo
9350/1 – Tumor de bolsa de Rathke

C75.2 – Ducto craniofaríngeo
9350/1 – Craniofaringioma
9352/1 – Craniofaringeoma papilar
C75.3 – Glândula pineal
9360/1 – Pinealoma
9361/1 – Pineocitoma
9362/3 – Pineoblastoma
C75.4 – Corpo carotídeo
8692/1 – Tumor do corpo carotídeo
C75.5 – Corpo aórtico e outros paragânglios
8690/1 – Tumor do glomo jugular, SOE
8691/1 – Tumor do corpo aórtico

Quadro 13 – Tipos histológicos que estão associados a localizações específicas, segundo a histologia

HISTOLOGIAS ESPECÍFICAS
<i>Atenção: um mesmo tipo histológico pode estar associado a mais de uma topografia. Apesar da maioria dos tumores terem sido assinalados, em caso de dúvida, o quadro deve também ser consultado.</i>
801 – 804 • NEOPLASIAS EPITELIAIS, SOE
8042/3 – Carcinoma "oat cell" (C34 – Brônquios e Pulmões)
8043/3 – Carcinoma de células pequenas, fusiformes (C34 – Brônquios e pulmões)
8044/3 – Carcinoma de células pequenas, intermediárias (C34 – Brônquios e pulmões)
8045/3 – Carcinoma de células pequenas e de células grandes (C34 – Brônquios e pulmões)
8046/3 – Carcinoma de células não pequenas (C34 – Brônquios e pulmões)
805 – 808 • NEOPLASIAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS
8080/2 – Eritroplasia de Queyrat (C60 – Pênis)
8081/2 – Doença de Bowen (C44 – Pele)
8081/2 – Tumor de Schminke (C11 – Nasofaringe)
809 – 811 • NEOPLASIAS BASOCELULARES
8090/1 – Tumor basocelular (C44 – Pele)
8090/3 – Carcinoma basocelular (C44 – Pele)
8091/3 – Carcinoma basocelular, superficial multifocal (C44 – Pele)
8092/3 – Carcinoma basocelular infiltrativo, SOE (C44 – Pele)
8093/3 – Carcinoma basocelular, fibroepitelial (C44 – Pele)
8094/3 – Carcinoma basoescomoso (C44 – Pele)
8095/3 – Carcinoma metatípico (C44 – Pele)
8098/3 – Carcinoma basal adenoide (C53 – Colo do útero)
8102/3 – Tricolemocarcinoma (C44 – Pele)
8110/3 – Carcinoma pilomatricial maligno (C44 – Pele)

812 – 813 • NEOPLASIAS BASOCELULARES

- 8120/1 – Papiloma urotelial, SOE (C67 – Bexiga)
 8121/1 – Papiloma de células transicionais, tipo invertido, SOE (C30 – Cavidade nasal e ouvido médio e C31 – Seios da face)
 8121/3 – Carcinoma Schneideriano (C30 – Cavidade nasal e ouvido médio e C31 – Seios da face)
 8124/3 – Carcinoma cloacogênico (C21.2 – Zona coacogênica)
 8130/1 – Neoplasia de células transicionais, papilar, de baixo potencial de malignidade (C67 – Bexiga)
 8130/2 – Carcinoma de células de transição papilar, não invasiva (C67 – Bexiga)
 8130/3 – Carcinoma papilar de células transicionais (C67 – Bexiga)
 8131/3 – Carcinoma de células de transição micropapilar (C67 – Bexiga)

814 – 838 • ADENOMAS E ADENOCARCINOMAS

- 8140/1 – Adenoma brônquico, SOE (C34 – Brônquios e pulmões)
 8142/3 – Linite plástica (C16 – Estômago)
 8144/3 – Adenocarcinoma, tipo intestinal (C16 – Estômago)
 8145/3 – Carcinoma, tipo difuso (C16 – Estômago)
 8148/2 – Neoplasia intraepitelial prostática (C61 – Próstata)
 8150/1 – Tumor de células das ilhotas, SOE (C25 – Pâncreas)
 8150/3 – Carcinoma de células das ilhotas (C25 – Pâncreas)
 8151/3 – Insulinoma maligno (C25 – Pâncreas)
 8152/1 – Glucagoma, SOE (C25 – Pâncreas)
 8153/1 – Gastrinoma, SOE (C25 – Pâncreas)
 8154/3 – Adenocarcinoma exócrino misto, de células das ilhotas (C25 – Pâncreas)
 8160/3 – Colangiocarcinoma (C22.1 – Vias biliares intra-hepáticas e C24.0 – Vias biliares extra-hepáticas)
 8161/3 – Cistadenocarcinoma de ductos biliares (C22.1 – Vias biliares intra-hepáticas e C24.0 – Vias biliares extra-hepáticas)
 8162/3 – Tumor de Klatskin (C22.1 – Vias biliares intra-hepáticas e C24.0 – Vias biliares extra-hepáticas)
 8170/3 – Carcinoma hepatocelular, SOE (C22.0 – Fígado)
 8171/3 – Carcinoma hepatocelular fibrolamelar (C22.0 – Fígado)
 8172/3 – Carcinoma hepatocelular esquirroso (C22.0 – Fígado)
 8173/3 – Carcinoma hepatocelular tipo fusocelular (C22.0 – Fígado)
 8174/3 – Carcinoma hepatocelular de células claras (C22.0 – Fígado)
 8175/3 – Carcinoma hepatocelular pleomórfico (C22.0 – Fígado)
 8180/3 – Carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma combinados (C22.0 – Fígado)
 8200/3 – Adenoma brônquico cilindroide (C34 – Brônquios e pulmões)
 8201/2 – Carcinoma *in situ* cribriforme (C50 – Mama)
 8201/3 – Carcinoma cribriforme, SOE (C50 – Mama)
 8214/3 – Carcinoma de células parietais (C16 – Estômago)
 8215/3 – Adenocarcinoma de glândulas da região anal (C21.1 – Canal anal)
 8220/3 – Adenocarcinoma em polipose adenomatosa do cólon (C18 – Cólon)
 8230/2 – Carcinoma ductal *in situ*, tipo sólido (C50 – Mama)
 8240/1 – Tumor carcinoide do apêndice (C18.1 – Apêndice)
 8240/3 – Adenoma brônquico carcinoide (C34 – Brônquios e pulmões)
 8247/3 – Carcinoma de células de Merkel (C44 – Pele)
 8247/3 – Carcinoma neuroendócrino cutâneo primário (C44 – Pele)
 8250/1 – Adenomatose pulmonar (C34 – Brônquios e pulmões)
 8250/3 – Adenocarcinoma bronquíolo-alveolar, SOE (C34 – Brônquios e pulmões)
 8251/3 – Adenocarcinoma alveolar (C34 – Brônquios e pulmões)
 8252/3 – Carcinoma bronquíolo alveolar não mucinoso (C34 – Brônquios e pulmões)
 8253/3 – Carcinoma bronquíolo alveolar mucinoso (C34 – Brônquios e pulmões)

814 – 838 • ADENOMAS E ADENOCARCINOMAS

- 8315/3 – Carcinoma rico em glicogênio (C50 – Mama)
 8316/3 – Carcinoma de células renais, associado a cisto (C64 – Rim)
 8317/3 – Carcinoma de células renais, tipo cromóforo (C64 – Rim)
 8318/3 – Carcinoma de células renais sarcomatoide (C64 – Rim)
 8319/3 – Carcinoma de ductos coletores (C64 – Rim)
 8322/3 – Adenocarcinoma de células claras e “água de rocha” (C75.0 – Glândula paratireoide)
 8330/1 – Adenoma folicular atípico (C73 – Glândula tireoide)
 8330/3 – Adenocarcinoma folicular, SOE (C73 – Glândula tireoide)
 8331/3 – Adenocarcinoma folicular bem diferenciado (C73 – Glândula tireoide)
 8332/3 – Adenocarcinoma folicular, trabecular (C73 – Glândula tireoide)
 8335/3 – Carcinoma folicular pouco invasivo (C73 – Glândula tireoide)
 8337/3 – Carcinoma insular (C73 – Glândula tireoide)
 8340/3 – Carcinoma papilar, variante folicular (C73 – Glândula tireoide)
 8341/3 – Microcarcinoma papilar (C73 – Glândula tireoide)
 8342/3 – Carcinoma papilar, células oxifílicas (C73 – Glândula tireoide)
 8343/3 – Carcinoma papilar, encapsulado (C73 – Glândula tireoide)
 8344/3 – Carcinoma papilar, células colunares (C73 – Glândula tireoide)
 8345/3 – Carcinoma medular com estroma amiloide (C73 – Glândula tireoide)
 8346/3 – Carcinoma misto medular folicular (C73 – Glândula tireoide)
 8347/3 – Carcinoma misto medular-papilar (C73 – Glândula tireoide)
 8350/3 – Carcinoma esclerosante não-encapsulado (C73 – Glândula tireoide)
 8370/3 – Carcinoma do córtex suprarrenal (C74 – Glândula suprarrenal)

839 – 842 • NEOPLASIAS DOS ANEXOS E APÊNDICES CUTÂNEOS

- 8390/3 – Carcinoma de apêndice cutâneo (C44 – Pele)
 8400/1 – Tumor de glândula sudorípara (C44 – Pele)
 8400/3 – Adenocarcinoma de glândula sudorípara (C44 – Pele)
 8402/3 – Hidradenoma nodular maligno (C44 – Pele)
 8403/3 – Espiradenoma écrino maligno (C44 – Pele)
 8407/3 – Carcinoma ductal de glândula sudorípara esclerosante (C44 – Pele)
 8408/1 – Adenoma papilar digitiforme agressivo (C44 – Pele)
 8408/3 – Adenocarcinoma papilar écrino (C44 – Pele)
 8409/3 – Poroma écrino maligno (C44 – Pele)
 8410/3 – Adenocarcinoma sebáceo (C44 – Pele)
 8413/3 – Adenocarcinoma écrino (C44 – Pele)
 8420/3 – Adenocarcinoma ceruminoso (C44.2 – Ouvido externo)

844 – 849 • NEOPLASIAS CÍSTICAS, MUCINOSAS E SEROSAS

- 8441/1 – Tumor de células claras, atípico e proliferativo (C56 – Ovário)
 8442/1 – Cistadenoma seroso de malignidade limítrofe (“borderline”) (C56 – Ovário)
 8450/3 – Cistadenocarcinoma papilar, SOE (C56 – Ovário)
 8451/1 – Cistadenocarcinoma papilar malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 8452/1 – Tumor pseudopapilar sólido (C25 – Pâncreas)
 8452/3 – Carcinoma pseudopapilar sólido (C25 – Pâncreas)
 8453/1 – Tumor papilar intraductal mucinoso com displasia moderada (C25 – Pâncreas)
 8453/2 – Carcinoma papilar intraductal mucinoso, não invasivo (C25 – Pâncreas)
 8453/3 – Carcinoma papilar intraductal mucinoso, invasivo (C25 – Pâncreas)
 8460/3 – Cistadenocarcinoma papilar seroso (C56 – Ovário)
 8461/3 – Carcinoma papilar de superfície serosa (C56 – Ovário)
 8462/1 – Tumor cístico papilar seroso de malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 8463/1 – Tumor papilar de superfície serosa, malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 8470/1 – Tumor cístico mucinoso com displasia moderada (C25 – Pâncreas)
 8470/2 – Cistadenocarcinoma mucinoso, não invasivo (C25 – Pâncreas)
 8470/3 – Cistadenocarcinoma mucinoso, SOE (C56 – Ovário)
 8471/3 – Cistadenocarcinoma mucinoso papilar (C56 – Ovário)
 8472/1 – Tumor cístico mucinoso de malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 8473/1 – Cistadenocarcinoma mucinoso papilar de malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 8480/6 – Pseudomixoma do peritônio (48.2 – Peritônio, SOE)
 8484/3 – Timoma, tipo B2, maligno (C37.9 – Timo)

850 – 854 • NEOPLASIAS DUCTAIS E LOBULARES

- 8500/2 – Carcinoma ductal *in situ*, SOE (C50 – Mama)
 8500/2 – Neoplasia ductal intraepitelial III (C50 – Mama)
 8500/3 – Carcinoma ductal infiltrante, SOE (C50 – Mama)
 8501/2 – Comedocarcinoma não infiltrante (C50 – Mama)
 8501/3 – Comedocarcinoma, SOE (C50 – Mama)
 8502/3 – Carcinoma secretor da mama (C50 – Mama)
 8503/2 – Adenocarcinoma papilar intraductal não infiltrante (C50 – Mama)
 8503/3 – Adenocarcinoma papilar intraductal com invasão (C50 – Mama)
 8507/2 – Carcinoma intraductal micropapilar (C50 – Mama)
 8508/3 – Carcinoma cístico hipersecretor (C50 – Mama)
 8513/3 – Carcinoma medular atípico (C50 – Mama)
 8520/2 – Carcinoma lobular *in situ*, SOE (C50 – Mama)
 8520/3 – Carcinoma lobular, SOE (C50 – Mama)
 8521/3 – Carcinoma ductular infiltrante (C50 – Mama)
 8522/2 – Carcinoma *in situ* intraductal e lobular (C50 – Mama)
 8522/3 – Carcinoma ductal infiltrante e lobular (C50 – Mama)
 8523/3 – Carcinoma ductal infiltrante misto, com outros tipos de carcinoma (C50 – Mama)
 8524/3 – Carcinoma lobular infiltrante misto com outros tipos de carcinoma (C50 – Mama)
 8530/3 – Carcinoma inflamatório
 8540/3 – Doença de Paget, mamária (C50 – Mama)
 8541/3 – Doença de Paget e carcinoma ductal infiltrante da mama (C50 – Mama)
 8543/3 – Doença de Paget e Carcinoma intraductal da mama (C50 – Mama)

858 • NEOPLASIAS EPITELIAIS TÍMICAS

- 8580/3 – Timoma maligno, SOE (C37.9 – Timo)
 8581/1 – Timoma, tipo A, SOE (C37.9 – Timo)
 8581/3 – Timoma, tipo A, maligno (C37.9 – Timo)
 8582/1 – Timoma, tipo AB, SOE (C37.9 – Timo)
 8582/3 – Timoma, tipo AB, maligno (C37.9 – Timo)
 8583/1 – Timoma, tipo B1, SOE (C37.9 – Timo)
 8583/3 – Timoma, tipo B1, maligno (C37.9 – Timo)
 8584/1 – Timoma, tipo B2, SOE (C37.9 – Timo)
 8585/1 – Timoma, tipo B3, SOE (C37.9 – Timo)
 8585/3 – Timoma, tipo B3, maligno (C37.9 – Timo)
 8586/3 – Carcinoma tímico, SOE (C37.9 – Timo)

859 – 867 • NEOPLASIAS ESPECIALIZADAS DAS GÔNODAS

- 8590/1 – Tumor do estroma ovariano (C56 – Ovário)
 8590/1 – Tumor do estroma testicular (C62 – Testículo)
 8593/1 – Tumor do estroma com poucos elementos dos cordões sexuais (C56 – Ovário)
 8600/3 – Tecoma maligno (C56 – Ovário)
 8620/1 – Tumor de células da granulosa, tipo adulto (C56 – Ovário)
 8620/3 – Tumor maligno de células da granulosa (C56 – Ovário)
 8621/1 – Tumor de células da teça-granulosa (C56 – Ovário)
 8622/1 – Tumor juvenil de células da granulosa (C56 – Ovário)
 8623/1 – Ginandroblastoma (C56 – Ovário)
 8623/1 – Tumor dos cordões sexuais com túbulos anulares (C56 – Ovário)
 8640/3 – Carcinoma de células de Sertoli (C62 – Testículo)
 8650/1 – Tumor de células de Leydig (C62 – Testículo)
 8650/3 – Tumor maligno de células de Leydig (C62 – Testículo)

868 – 871 • PARAGANGLIOMAS E TUMORES GLÔNICOS

- 8690/1 – Tumor do glomo jugular, SOE (C75.5 – Corpo aórtico e outros paragânglios)
 8691/1 – Tumor do corpo aórtico (C75.5 – Corpo aórtico e outros paragânglios)
 8692/1 – Tumor do corpo carotídeo (C75.4 – Corpo carotídeo)
 8700/3 – Feocromocitoma maligno (C74.1 – Medula da glândula suprarrenal)

872 – 879 • NEVOS E MELANOMAS

- 8721/3 – Melanoma nodular (C44 – Pele)
 8722/3 – Melanoma de células baloniformes (C44 – Pele)
 8723/3 – Melanoma maligno em regressão (C44 – Pele)
 8728/1 – Melanocitoma meningeano (C70 – Meninges)
 8728/3 – Melanomatose meningeana (C70 – Meninges)
 8730/3 – Melanoma amelanótico (C44 – Pele)
 8740/3 – Melanoma maligno em nevo juncional (C44 – Pele)
 8741/2 – Melanose pré-cancerosa, SOE (C44 – Pele)
 8741/3 – Melanoma maligno em melanose pré-cancerosa (C44 – Pele)
 8742/2 – Lentigo maligno (C44 – Pele)

872 – 879 • NEVOS E MELANOMAS

- 8742/3 – Melanoma em lentigo maligno (C44 – Pele)
 8743/3 – Melanoma de propagação superficial (C44 – Pele)
 8744/3 – Melanoma lentiginoso maligno das extremidades (C44 – Pele)
 8745/3 – Melanoma desmoplásico maligno (C44 – Pele)
 8761/1 – Nevo pigmentado gigante, SOE (C44 – Pele)
 8761/3 – Melanoma maligno em nevo pigmentado gigante (C44 – Pele)
 8762/1 – Lesão proliferativa dérmica em nevos congênitos (C44 – Pele)
 8773/3 – Melanoma fusocelular, Tipo A (C69 – Olho e anexos)
 8774/3 – Melanoma fusocelular, Tipo B (C69 – Olho e anexos)
 8780/3 – Nevo azul maligno (C44 – Pele)

881 – 883 • NEOPLASIAS FIBROMATOSAS

- 8810/1 – Fibroma celular (C56 – Ovário)
 8812/3 – Fibrossarcoma periostal (C40 e C41 – Ossos, articulações e cartilagens articulares)
 8822/1 – Fibromatose mesentérica (C48.1 – Partes especificadas do peritônio)
 8822/1 – Fibromatose retroperitoneal (C48.0 – Retroperitônio)
 8827/1 – Tumor miofibroblástico peribrônquico (C34 – Brônquios e pulmões)
 8832/3 – Dermatofibrossarcoma, SOE (C44 – Pele)
 8833/3 – Dermatofibrossarcoma protuberans pigmentado (C44 – Pele)

893 – 899 • NEOPLASIAS COMPLEXAS MISTAS E DO ESTROMA

- 8930/3 – Sarcoma do estroma endometrial, SOE (C54.1 – Endométrio)
 8931/3 – Sarcoma do estroma endometrial, baixo grau (C54.1 – Endométrio)
 8940/3 – Siringoma condroide maligno (C44 – Pele)
 8940/3 – Tumor misto maligno, tipo glândula salivar, maligno (C07 – Glândula parótida e C08 – Outras glândulas salivares maiores)
 8941/3 – Carcinoma em adenoma pleomórfico (C07 – Glândula Parótida e C08 – Outras glândulas salivares maiores)
 8950/3 – Tumor misto mulleriano (C54 – Corpo do útero)
 8959/1 – Nefroblastoma cístico parcialmente diferenciado (C64 – Rim)
 8959/3 – Nefroma maligno cístico (C64 – Rim)
 8960/3 – Nefroblastoma, SOE (C64 – Rim)
 8964/3 – Sarcoma de células claras do rim (C64 – Rim)
 8970/3 – Hepatoblastoma (C22.0 – Fígado)
 8971/3 – Pancreatoblastoma (C25 – Pâncreas)
 8972/3 – Blastoma pulmonar (C34 – Brônquios e pulmões)

900 – 903 • NEOPLASIAS FIBROEPITELIAIS

- 9000/1 – Tumor de Brenner de malignidade limítrofe (C56 – Ovário)
 9000/3 – Tumor de Brenner maligno (C56 – Ovário)
 9020/1 – Tumor filodes malignidade limítrofe (C50 – Mama)
 9020/3 – Tumor filodes maligno (C50 – Mama)

904 • NEOPLASIAS SINOVIAIS

- 9044/3 – Melanoma maligno de partes moles (C49 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles)
 9044/3 – Sarcoma de células claras de tendões e aponeuroses (C49 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles)

905 • NEOPLASIAS MESOTELIAIS
9055/1 – Mesotelioma cístico, SOE (C48 – Retroperitônio e peritônio)
906 – 909 • NEOPLASIAS DE CÉLULAS GERMINATIVAS
9061/3 – Seminoma, SOE (C62 – Testículo)
9062/3 – Seminoma anaplásico (C62 – Testículo)
9063/3 – Seminoma espermatocítico (C62 – Testículo)
9064/2 – Neoplasia intratubular de células germinativas (C62 – Testículo)
9065/3 – Tumor de células germinativas não seminomatoso (C62 – Testículo)
9071/3 – Orquioblastoma (C62 – Testículo)
9084/3 – Cisto dermoide com transformação maligna (C56 – Ovário)
9090/3 – Estroma ovariano maligno (C56 – Ovário)
9091/1 – Carcinoide do estroma (C56 – Ovário)
910 • NEOPLASIAS TROFOBLÁSTICAS
9100/1 – Mola hidatiforme invasiva (C58 – Placenta)
9104/1 – Tumor trofoblástico de localização placentária (C58 – Placenta)
912 – 916 • TUMORES DE VASOS SANGUÍNEOS
9124/3 – Sarcoma das células de Kupffer (C22.0 – Fígado)
9133/3 – Tumor bronquio alveolar intravascular (C34 – Brônquios e pulmões)
9150/1 – Meningeoma hemangiopericítico (C70 – Meninges)
918 – 924 • NEOPLASIAS ÓSSEAS E CONTROMATOSAS
9180/3 – Osteossarcoma, SOE (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9181/3 – Osteossarcoma condroblástico (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9182/3 – Osteossarcoma fibroblástico (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9183/3 – Osteossarcoma telangiectásico (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9184/3 – Osteossarcoma em Doença de Paget do osso (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9185/3 – Osteossarcoma de células pequenas (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9186/3 – Osteossarcoma central (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9187/3 – Osteossarcoma intraósseo, bem diferenciado (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9192/3 – Osteossarcoma paraostal (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9193/3 – Osteossarcoma periostal (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9194/3 – Osteossarcoma de superfície de alto grau (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9195/3 – Osteossarcoma intracortical (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9200/1 – Osteoblastoma agressivo (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9210/1 – Osteocondromatose (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9220/1 – Condromatose, SOE (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9220/3 – Condrossarcoma, SOE (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9221/3 – Condrossarcoma justacortical (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9230/3 – Condroblastoma maligno (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9242/3 – Condrossarcoma de células claras (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)
9243/3 – Condrossarcoma dediferenciado (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)

925 • TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES

9250/1 – Tumor de células gigantes do osso (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)

9250/3 – Tumor maligno de células gigantes do osso (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)

9252/3 – Tumor maligno de células gigantes tenossinovial (C49 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles)

926 • TUMORES ÓSSEOS DIVERSOS

9260/3 – Sarcoma de Ewing (C40 e C41– Ossos, articulações e cartilagens articulares)

9261/3 – Adamantinoma de ossos longos (C40 – Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros)

935 – 937 • TUMORES DIVERSOS

9350/1 – Craniofaringioma (C75.2 – Ducto craniofaringeo)

9350/1 – Tumor de bolsa de Rathke (C75.1 – Glândula hipófise)

9352/1 – Craniofaringeoma papilar (C75.2 – Ducto craniofaringeo)

9360/1 – Pinealoma (C75.3 – Glândula pineal)

9361/1 – Pineocitoma (C75.3 – Glândula pineal)

9362/3 – Pineoblastoma (C75.3 – Glândula pineal)

938 – 948 • GLIOMAS

9380/3 – Glioma maligno (C71 – Encéfalo)
9381/3 – Gliomatose cerebral (C71 – Encéfalo)
9382/3 – Glioma misto (C71 – Encéfalo)
9383/1 – Subependimoma (C71 – Encéfalo)
9384/1 – Astrocitoma subependimal de células gigantes (C71 – Encéfalo)
9390/1 – Papiloma atípico de plexo coroide (C71.5 – Ventrículo cerebral, SOE)
9390/3 – Carcinoma de plexo coroide (C71.5 – Ventrículo cerebral, SOE)
9391/1 – Ependimoma mixopapilar (C72 – Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do sistema nervoso central)
9391/3 – Ependimoma, SOE (C71 – Encéfalo)
9392/3 – Ependimoma anaplásico (C71 – Encéfalo)
9393/3 – Ependimoma papilar (C71 – Encéfalo)
9400/3 – Astrocitoma, SOE (C71 – Encéfalo)
9401/3 – Astrocitoma anaplásico (C71 – Encéfalo)
9410/3 – Astrocitoma protoplasmático (C71 – Encéfalo)
9411/3 – Astrocitoma gemistocítico (C71 – Encéfalo)
9412/1 – Astrocitoma desmoplático infantil (C71 – Encéfalo)
9420/3 – Astrocitoma fibrilar (C71 – Encéfalo)
9421/1 – Astrocitoma pilocítico (C71 – Encéfalo)
9423/3 – Espongioblastoma polar (C71 – Encéfalo)
9424/3 – Xantastrocitoma pleomórfico (C71 – Encéfalo)
9430/3 – Astroblastoma (C71 – Encéfalo)
9440/3 – Glioblastoma, SOE (C71 – Encéfalo)
9441/3 – Glioblastoma de células gigantes (C71 – Encéfalo)
9442/1 – Gliofibroma (C71 – Encéfalo)
9444/1 – Glioma cordoide (C71 – Encéfalo)
9450/3 – Oligodendroglioma, SOE (C71 – Encéfalo)
9451/3 – Oligodendroglioma anaplásico (C71 – Encéfalo)
9460/3 – Oligodendroblastoma (C71 – Encéfalo)
9470/3 – Meduloblastoma, SOE (C71.6 – Cerebelo, SOE)
9471/3 – Meduloblastoma desmoplásico nodular (C71.6 – Cerebelo, SOE)
9472/3 – Medulomioblastoma (C71.6 – Cerebelo, SOE)
9473/3 – Tumor neuroectodérmico primitivo, SOE (C71 – Encéfalo)
9474/3 – Meduloblastoma de células grandes (C71.6 – Cerebelo, SOE)
9480/3 – Sarcoma cerebelar (C71.6 – Cerebelo, SOE)

949 – 952 • NEOPLASIAS NEUROEPITELIAIS

- 9501/3 – Meduloepitelioma, SOE (C69 – Olho e anexos)
 9506/1 – Neurocitoma central (C71.6 – Cerebelo, SOE)
 9508/3 – Tumor teratoide/rabdoide atípico (C71 – Encéfalo)
 9510/3 – Retinoblastoma, SOE (C69.2 – Retina)
 9511/3 – Retinoblastoma diferenciado (C69.2 – Retina)
 9512/3 – Retinoblastoma indiferenciado (C69.2 – Retina)
 9513/3 – Retinoblastoma difuso (C69.2 – Retina)
 9514/1 – Retinoblastoma com regressão espontânea (C69.2 – Retina)
 9521/3 – Neurocitoma olfatório (C30.0 – Cavidade nasal)
 9522/3 – Neuroblastoma olfativo (C30.0 – Cavidade nasal)
 9523/3 – Neuroepitelioma olfativo (C30.0 – Cavidade nasal)

953 • MENINGIOMAS

- 9530/1 – Meningiomatose, SOE (C70 – Meninges)
 9530/3 – Meningeoma maligno (C70 – Meninges)
 9538/1 – Meningioma de células claras (C70 – Meninges)
 9538/3 – Meningioma papilar (C70 – Meninges)
 9539/1 – Meningioma atípico (C70 – Meninges)
 9539/3 – Sarcomatose meníngea (C70 – Meninges)

959 – 972 • LINFOMAS DE HODGKIN E NÃO HODGKIN

- 9590/3 – Linfoma maligno (C71 – Encéfalo)
 9679/3 – Linfoma do mediastino de células grandes B (C38.3 – Mediastino, SOE)
 9679/3 – Linfoma tímico de grandes células B (C37.9 – Timo)
 9680/3 – Linfoma intravascular de células grandes tipo B (C49.9 – Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles, SOE)
 9689/3 – Linfoma de células da zona marginal esplênica (C42.2 – Baço)
 9700/3 – Micose fungoide (C44 – Pele)
 9709/3 – Linfoma cutâneo de células T, SOE (C44 – Pele)
 9718/3 – Lesão linfoproliferativa cutânea primária de células T (CD30+) (C44 – Pele)

973 • TUMORES DE PLASMÓCITOS

- 9731/3 – Plasmocitoma, SOE (C40 e C41 – Ossos, articulações e cartilagens articulares)
 9732/3 – Mieloma múltiplo (C42.1 – Medula óssea)
 9733/3 – Leucemia de plasmócitos (C42.1 – Medula óssea)
 974 • TUMORES DE MASTÓCITOS
 9742/3 – Leucemia de mastócitos (C42.1 – Medula óssea)
 976 • DOENÇAS IMUNOPROLIFERATIVAS
 9761/3 – Macroglobulinemia de Waldenstrom (C42.0 – Sistema hematopoiético e reticuloendotelial)
 9764/3 – Doença imunoproliferativa do intestino delgado (C17 – Intestino delgado)

980 – 994 • LEUCEMIAS

- 9800/3 – Leucemia SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9801/3 – Leucemia aguda, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9805/3 – Leucemia aguda, bifenotípica (C42.1 – Medula óssea)
 9820/3 – Leucemia linfoide, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9823/3 – Leucemia linfocítica crônica de células B/linfoma linfocítico de pequenas células (C42.1 – Medula óssea)
 9826/3 – Leucemia de células de Burkitt (C42.1 – Medula óssea)
 9827/3 – Leucemia de células T do adulto / Linfoma (HTL V-1+) (C42.1 – Medula óssea)
 9831/1 – Leucemia linfocítica, de células grandes tipo T granulares (C42.1 – Medula óssea)
 9832/3 – Leucemia prolinfocítica, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9833/3 – Leucemia prolinfocítica, tipo células B (C42.1 – Medula óssea)
 9834/3 – Leucemia prolinfocítica, tipo células T (C42.1 – Medula óssea)
 9835/3 – Leucemia linfoblástica de células precursoras, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9836/3 – Leucemia linfoblástica de células precursoras tipo B (C42.1 – Medula óssea)
 9837/3 – Leucemia linfoblástica de células T precursoras (C42.1 – Medula óssea)
 9840/3 – Leucemia mieloide aguda tipo M6 (C42.1 – Medula óssea)
 9860/3 – Leucemia mieloide, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9861/3 – Leucemia mieloide aguda, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9863/3 – Leucemia mieloide crônica, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9866/3 – Leucemia promielocítica aguda T (15;17)(q22;q11-12) (C42.1 – Medula óssea)
 9867/3 – Leucemia mielomonocítica aguda (C42.1 – Medula óssea)
 9870/3 – Leucemia basofílica aguda (C42.1 – Medula óssea)
 9871/3 – Leucemia mieloide aguda com eosinófilos anormais na medula (C42.1 – Medula óssea)
 9872/3 – Leucemia mieloide aguda, com diferenciação (C42.1 – Medula óssea) mínima
 9873/3 – Leucemia mieloide aguda sem maturação (C42.1 – Medula óssea)
 9874/3 – Leucemia mieloide aguda com maturação (C42.1 – Medula óssea)
 9875/3 – Leucemia crônica mielogênica, BCR/ABL positiva (C42.1 – Medula óssea)
 9876/3 – Leucemia mieloide crônica atípica, BCR/ABL negativa (C42.1 – Medula óssea)
 9891/3 – Leucemia monocítica aguda (C42.1 – Medula óssea)
 9895/3 – Leucemia mieloide aguda com displasia de multilinhagem (C42.1 – Medula óssea)
 9896/3 – Leucemia mieloide aguda, t(8;21)(q22;q22) (C42.1 – Medula óssea)
 9897/3 – Leucemia mieloide aguda, com anormalidades em 11q23 (C42.1 – Medula óssea)
 9910/3 – Leucemia megacariótica aguda (C42.1 – Medula óssea)
 9920/3 – Leucemia mieloide aguda relacionada ao tratamento, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9930/3 – Sarcoma mieloide (C42.1 – Medula óssea)
 9931/3 – Panmielose aguda com mileofibrose (C42.1 – Medula óssea)
 9940/3 – Leucemia tipo células pilosas (C42.1 – Medula óssea)
 9945/3 – Leucemia mielomonocítica crônica, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9946/3 – Leucemia mielomonocítica juvenil (C42.1 – Medula óssea)
 9948/3 – Leucemia de células tipo NK agresiva (C42.1 – Medula óssea)

995 – 996 • ALTERAÇÕES MIELO PROLIFERATIVAS CRÔNICAS

- 9950/3 – Policitemia Vera (C42.1 – Medula óssea)
 9960/3 – Doença mieloproliferativa crônica, SOE (C42.1 – Medula óssea)
 9961/3 – Mielosclerose com metaplasia mieloide (C42.1 – Medula óssea)
 9962/3 – Trombocitemia essencial (C42.1 – Medula óssea)
 9963/3 – Leucemia crônica neutrofílica (C42.1 – Medula óssea)
 9964/3 – Síndrome hipereosinofílico (C42.1 – Medula óssea)

997 • OUTRAS ALTERAÇÕES MIELODISPLÁSICAS
9970/1 – Alterações linfoproliferativas, SOE (C42.1 – Medula óssea)
9975/1 – Doença mieloproliferativa (C42.1 – Medula óssea)
998 • SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS
9980/3 – Anemia refratária (C42.1 – Medula óssea)
9982/3 – Anemia refratária com sideroblastos (C42.1 – Medula óssea)
9983/3 – Anemia refratária com excesso de blastos (C42.1 – Medula óssea)
9984/3 – Anemia refratária com excesso de blastos, em transformação (C42.1 – Medula óssea)
9985/3 – Citopenia refratária com displasia multilineagem (C42.1 – Medula óssea)
9986/3 – Síndrome mielodisplásica com deleção 5q (5q-) (C42.1 – Medula óssea)
9987/3 – Síndrome mielodisplásica relacionada a terapia, SOE (C42.1 – Medula óssea)
9989/3 – Síndrome mielodisplásica, SOE (C42.1 – Medula óssea)

Quadro 14 – Informações úteis sobre regras de codificação e correlações dos tipos histológicos com localizações específicas

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
Adenocarcinoma acinar	de Próstata - 8140/3 (adenocarcinoma acinar da próstata) de Glândula salivar - 8550/3 (adenocarcinoma de células acinares ou acinosas , que só existe em glândula salivar)
Amígdala, SOE	C09.9 (amígdala, SOE) exclui amígdala lingual (C02.4) e amígdala faríngea (C11.1)
Ânus, SOE	C21.0 (ânus, SOE) exclui pele do ânus e pele perianal (C44.5)
Carcinoide, SOE	de apêndice - 8240/1 de outras localizações - 8240/3
Carcinoma de células transicionais	de Bexiga - 8120/3 (carcinoma de células transicionais, SOE) de outras localizações - 8050/3 (carcinoma papilar, SOE)
Cavidade nasal	C30.0 (cavidade nasal) exclui nariz, SOE - C76.0
Cólon	direito (ascendente) - C18.2 esquerdo (descendente) - C18.6

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
Coluna vertebral	C41.2 (coluna vertebral) exclui Sacro e Cóccix - C41.4
Doença de Paget	da Mama (C50) - 8540/3 (Doença de Paget mamária), 8541/3 (Doença de Paget e carcinoma ductal infiltrante da mama) e 8543/3 (Doença de Paget e carcinoma intraductal da mama) extramamária (exceto osso) 8542/3 (Doença de Paget extramamária, exceto osso) osteossarcoma em Doença de Paget - 9184/3 óssea (ver com patologista a classificação SNOMED)
Epiglote, SOE	C32.1 (supraglote) exclui face anterior da epiglote C10.1
Esôfago	por segmento: cervical (C15.0), torácico (C15.1) abdominal (C15.2) por terço: superior (C15.3), médio (C15.4) e inferior (C15.5) por localização: proximal (C15.3), médio (C15.4) e distal ou terminal (C15.5)
Estômago	C16.0 – Cárdia, SOE (cárdia gástrica, junção cardioesofágica, junção esôfago-gástrica e junção gastroesofágica) C16.1 – Fundo de estômago C16.2 – Corpo do estômago C16.3 – Antro gástrico (antro do estômago e antro pilórico) C16.4 – Píloro (canal pilórico e Pré-píloro) C16.8 – Lesão sobreposta (não classificável em C16.1 a C16.4) Obs. No RHC não se recomenda usar a especificação de pequena curvatura, SOE (C16.5) e grande curvatura (C16.6) – também não classificáveis em C16.1 a C16.4
Glândula salivar	C08.9 (glândula salivar maior, SOE) exclui glândula salivar menor, SOE (C06.9)
Globo ocular	C69.4 (corpo ciliar – inclui cristalino, esclera, globo ocular, intraocular, íris e trato uveal) exclui conjuntiva (C69.0), Córnea (C69.1), Retina (C69.2), Coróide (C69.3), Glândula lacrimal (C69.5), Órbita, SOE (C69.6)
Intestino grosso	C18.9 (cólon, SOE) exclui reto, SOE (C20.9) e junção retossigmoidiana (C19.9)
Lábio	C00 – Lábio (exclui pele do lábio - C44.0) C00.0 – Lábio superior externo (exclui pele do lábio superior – C44.0) C00.1 – Lábio inferior externo (exclui pele do lábio inferior – C44.0)
Leucemia de células de Burkitt	9826/3 (leucemia de células de Burkitt) verificar diagnóstico diferencial linfoma de Burkitt, SOE 9687/3

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
Leucemia linfoblástica de células precursoras, SOE	9835/3 (leucemia linfoblástica de células precursoras, SOE) verificar diagnóstico diferencial com linfoma linfoblástico de células precursoras SOE (9727/3)
Leucemia linfoblástica de células precursoras tipo B	9836/3 (leucemia linfoblástica de células precursoras tipo B) verificar diagnóstico diferencial com linfoma linfoblástico de células precursoras B (9728/3)
Leucemia mieloide aguda, SOE	9861/3 (leucemia mieloide aguda, SOE tipo FAB ou OMS) verificar diagnóstico diferencial com sarcoma mieloide 9930/3
Linfoma de Burkitt, SOE	9687/3 (linfoma de Burkitt, SOE) verificar diagnóstico diferencial com leucemia de células de Burkitt (9826/3)
Linfoma folicular	9690/3 (linfoma folicular, SOE) verificar diagnóstico diferencial com linfoma maligno, misto de células pequenas e grandes, difuso (9675/3)
Linfoma linfoblástico de células precursoras B	9728/3 (linfoma linfoblástico de células precursoras B) verificar diagnóstico diferencial com leucemia linfoblástica de células precursoras tipo B (9836/3)
Linfoma linfoblástico de células precursoras T	9729/3 (linfoma linfoblástico de células precursoras T) verificar diagnóstico diferencial com leucemia linfoblástica de células precursoras tipo T (9837/3)
Linfoma linfoblástico de células precursoras SOE	9727/3 (linfoma linfoblástico de células precursoras, SOE) verificar diagnóstico diferencial com leucemia linfoblástica de células precursoras, SOE (9835/3)
Linfoma linfocítico de pequenas células	9823/3 (linfoma linfocítico de pequenas células) verificar diagnóstico diferencial com linfoma maligno de linfócitos células B pequenas, SOE (9670/3)
Linfoma maligno linfoplásmocitário	9671/3 (linfoma maligno linfoplásmocitário) verificar diagnóstico diferencial com macroglobulinemia de Waldenstrom (9761/3 em C42.0)
Linfoma maligno de linfócitos células B pequenas, SOE	9670/3 (linfoma maligno de linfócitos células B pequenas, SOE) verificar diagnóstico diferencial com linfoma linfocítico de pequenas células (9823/3)
Linfoma maligno, misto de células pequenas e grandes, difuso	9675/3 (linfoma maligno, misto de células pequenas e grandes, difuso) verificar diagnóstico diferencial com linfoma folicular, SOE (9690/3)
Lobo	cerebral (C71) pulmonar (C34) tireoide (C73)
Macroglobulinemia de Waldenstrom	9761/3 (macroglobulinemia de Waldenstrom) verificar diagnóstico diferencial com linfoma maligno linfoplásmocitário (9671/3)

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
Melanoma	<p>melanoma maligno de partes moles (9044/3 em C49) de pele - 8721/3 (melanoma nodular), 8722/3 (melanoma de células baloniformes), 8723/3 (melanoma maligno em regressão), 8730/3 (melanoma amelanocítico), 8740/3 (melanoma maligno em nevo juncional), 8741/3 (melanoma maligno em melanose pré-cancerosa), 8742/3 (melanoma em lentigo maligno), 8743/3 (melanoma de propagação superficial), 8744/3 (melanoma lentiginoso maligno das extremidades), 8745/3 (melanoma desmoplásico maligno), 8761/3 (melanoma maligno em nevo pigmentado gigante)</p> <p>de olho e anexos (C69) - 8773/3 (melanoma fusocelular, tipo A) e 8774/3 (melanoma fusocelular, tipo B)</p> <p>destas e de outras localizações 8720/2 (melanoma <i>in situ</i>), 8720/3 (melanoma maligno, SOE), 8746/3 (melanoma lentiginoso de mucosa), 8770/3 (melanoma misto epitelióide e fusocelular), 8771/3 (melanoma de células epitelióides) e 8772/3 (melanoma fusocelular, SOE)</p>
Mama, SOE	C50.9 (mama, SOE) exclui a pele da mama (C44.5)
Mandíbula (osso maxilar inferior)	C76.0 (cabeça, face ou pescoço, SOE) osso da mandíbula (C41.1) pele da mandíbula (C44.3)
Maxilar	osso maxilar superior (C41.0) osso maxilar inferior - mandíbula (C41.1) osso maxilar, SOE (C41.1) gengiva maxilar (C03.0) seio maxilar (antro maxilar e antro SOE) C31.0
Mesotelioma	da pleura (C38.4) - 9050/3 (mesotelioma, SOE) do peritônio (C48) - 9055/1 (mesotelioma cístico)
Mieloma múltiplo	topografia - medula óssea (C42.1) morfologia - mieloma múltiplo (9732/3)
Mucosa	bucal (C06.0 - bochecha) ou (C06.9 - mucosa oral) gengiva (C03.0 - alveolar superior), (C03.1 - alveolar inferior) e (C03.9 - alveolar, SOE) lábio superior (C00.0 - vermelhão, C00.3 - face interna) lábio inferior (C00.1 - vermelhão, C00.4 - face interna) lábio externo, SOE (C00.2 - vermelhão, C00.5 - face interna) nasal (C30.0)

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
Nádega	Nádega, SOE (C76.3 - pelve, SOE) pele do tronco (C44.5) para os carcinomas, melanomas ou nevos tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles da pelve (C49.5) para tumor do músculo, sarcomas e lipomas nervo periférico (C47.5) para tumores de nervos periféricos e sistema nervoso autônomo da pelve
Nasal	cavidade nasal (C30.0) nariz (C76.0 – nariz, SOE) margem posterior do septo nasal (C11.3 – parede anterior da nasofaringe) parede posterior da nasofaringe (C11.1)
Neurofibromatose	Doença de Von Recklinghausen da bainha nervosa 9540/1 do osso (ver com patologista a classificação SNOMED)
Orofaringe	orofaringe, SOE (C10.9) parede lateral (C10.2) parede posterior (C10.3) penda branquial (C10.4) região juncional C10.8
Palato	palato duro (C05.0) palato mole, SOE (C05.1) junção palato duro e mole (C05.8) palato, SOE (C05.9) exclui o palato mole, superfície nasofaríngea (C11.3)
Parede torácica	veja tórax
Pele	pele, SOE (C44.9) exclui pele dos grandes lábios da vulva (C51.0), pele da vulva (C51.9), pele do pênis (C60.9), pele do escroto (C63.2) e do prepúcio C60.0
Pelve	pelve, SOE (C76.3) músculo e partes moles da pelve (C49.5) ossos pélvicos, sacro, cóccix e articulações associadas (C41.4)
Períneo	Períneo (C76.3) pele do períneo (C44.5) para carcinomas, melanomas e nevos do períneo Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles do períneo (C49.5) para tumores de músculo e partes moles incluindo os sarcomas Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo do períneo (C47.5)
Plasmocitoma extramedular	plasmocitoma, SOE ou solitário (9731/3) extramedular (9734/3) do osso (C40 e C41) - 9731/3

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA MORFOLOGIA E DA TOPOGRAFIA
PNET	tumor neuroectodérmico periférico - C71 (9364/3) do sistema nervoso central - C71 (9473/3)
Prega	ariepiglótica face hipofaríngea ou SOE (C13.1) ariepiglótica face laringea (C32.1) glossopalatina (C09.1)
Sarcoma de células claras	do rim (8964/3) de partes moles - C49 (9044/3)
Sarcoma de células gigantes	de partes moles (8802/3) do osso (9250/3) do cerebelo - C71.6 (9480/3)
Sarcoma mielóide	Sarcoma mielóide (9930/3) Verificar diagnóstico diferencial com leucemia mielóide aguda, SOE (9861/3)
Septo nasal	Cavidade nasal (C30.0) Exclui margem posterior do septo nasal (C11.3)
Tireóide	glândula (C73.9) cartilagem (C32.3)
Tórax	tórax, SOE (C76.1) pele do tronco (C44.5) para carcinoma, melanoma ou nevo no tórax tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles do tórax (C49.3) para sarcoma ou lipoma no tórax nervos periféricos e sistema nervoso autônomo do tórax (C47.3) tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles do pescoço e região supraclavicular (C49.0)
Tronco	Tórax, SOE (C76.7) Cerebral (C71.7)
Tumor de plasmócito	plasmocitoma, SOE ou solitário (9731/3) do osso (C40 e C41) Plasmocitoma 9731/3 medula óssea (C42.1) Mieloma múltiplo 9732/3 extramedular 9734/3
Útero	SOE (C55.9) Colo (C53.9) Corpo (C54.9)
Ventrículo	Cardíaco (C38.0) Cerebral (C71.5)
Vesícula	Biliar (C23.9) Seminal (C63.7)

TNM – CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS

Quando se fala dos cânceres, é consenso entre especialistas que os tumores mais avançados, em geral, são mais graves e apresentam pior resposta ao tratamento.

Existe a constatação que as taxas de sobrevivência são maiores para os casos nos quais a doença é localizada em relação àqueles nos quais o câncer já apresenta extensão além dos limites do órgão de origem.

Assim, conhecer a extensão da doença na ocasião do diagnóstico pode fornecer importante subsídio para o melhor planejamento e acompanhamento do tratamento do paciente, o que levou à prática de se dividir os casos de câncer em grupos, de acordo com os chamados estádios.

Conhecer o estadiamento do câncer ajuda o médico no planejamento do tratamento e na avaliação dos resultados do tratamento administrado ao paciente, permite que se estabeleça previsão em relação ao prognóstico de evolução e cura da doença, facilita a padronização e a troca de informações entre os centros de tratamento de câncer e também contribui na realização das pesquisas sobre o câncer.

De um modo mais amplo, esses estadiamentos refletem não somente a taxa de crescimento e a extensão da neoplasia, mas também o tipo de comportamento biológico daquele tumor e a relação tumor-hospedeiro existente.

Existem várias classificações que podem ser utilizadas para o estadiamento de câncer, mas, nas últimas décadas, houve grande esforço no sentido de compatibilizar o maior número possível delas com a Classificação de Tumores Malignos, mais conhecida pela sigla TNM, da União Internacional Contra o Câncer – UICC, que está na sua 6ª edição.

À semelhança de outras classificações, utilizadas nos Registros de Câncer, os critérios de estadiamento são periodicamente revistos. A versão em uso é a sexta, que é compatível com a CID-O/3 da Organização Mundial da Saúde. Foi editada em inglês, em 2002, por L.H.Sobin e Ch. Wittekind e publicado por John Wiley & Sons, Inc., Publications, que autorizaram o Instituto Nacional

de Câncer – INCA, a fazer a tradução, a edição e a publicação da versão para o português, realizada em fevereiro de 2005.

A definição dos critérios em relação ao tamanho do tumor, à presença de comprometimento dos linfonodos e à ocorrência de metástases é estabelecida para cada topografia de tumor e não é, portanto, um critério fixo ou de aplicação geral.

Na tradução para o português, procurou-se manter o texto fiel à publicação original. Especificamente, em relação às siglas e abreviaturas, foi feita a tradução, mantendo a transcrição dos termos originais da língua inglesa entre colchetes. Entretanto, quando a sigla em inglês tem uso corrente no Brasil, foi mantida na língua original.

Com o intuito de promover a colaboração nacional e internacional na pesquisa do câncer e, especificamente, para facilitar a cooperação em pesquisas clínicas, é recomendável que a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O/3 da OMS seja usada para classificação e definição dos tipos de tumores e que seus códigos sejam usados para o armazenamento e a recuperação dos dados.

Recomenda-se que os usuários citem, na sua lista de referências, a edição da publicação da classificação TNM que estão utilizando, de modo que no futuro isso seja considerado quando forem feitos levantamentos e correlações com casos classificados com base em versões anteriores e futuras.

Porém, na elaboração desta 6ª edição, também foi seguido o preceito básico de manter-se a estabilidade da classificação ao longo do tempo. Assim, buscou-se fazer o mínimo de modificações em relação à 5ª edição e, quando absolutamente necessárias, as mudanças refletem tanto os novos dados sobre o prognóstico como os métodos empregados para avaliá-los. Como resultado, na maioria das localizações primárias dos tumores, a classificação permaneceu inalterada em relação à edição anterior ou sofreu apenas pequenas alterações.

Como havia ocorrido com a quinta edição do TNM, todos os critérios, as notações e os agrupamento por estádios – que são idênticos aos usados pela *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) – foram revistos, como parte da estratégia de se ter somente uma padronização. Isso reflete os esforços de cooperação que têm sido feitos pelos comitês nacionais da classificação TNM no sentido de alcançar a uniformidade.

Vale ressaltar que foram incluídos, como novidade, os esquemas para o registro da avaliação de linfonodos sentinelas e de células tumorais isoladas nos linfonodos regionais e em localizações a distância. Foram também incluídas novas subcategorias nas classificações dos tumores gástricos e da próstata e no grupo de estadiamento do carcinoma colorretal. Outra mudança é a inclusão dos tumores da cavidade nasal na classificação.

Dentre as topografias já existentes, as maiores modificações foram em relação aos carcinomas do fígado, do trato biliar e do pâncreas, no mesotelioma pleural, nos tumores ósseos, no melanoma maligno da pele, nos tumores oftálmicos e na classificação dos linfonodos regionais no carcinoma

da mama. Além dessas, a classificação para os tumores de cabeça e pescoço também passaram por algumas revisões.

Para facilitar sua identificação, as alterações da sexta edição em relação à anterior são assinaladas na publicação com uma barra vertical, localizada no lado esquerdo do texto.

Para expressar o estadiamento do câncer, o Sistema TNM emprega a avaliação de três parâmetros para descrever a extensão anatômica da doença. São eles:

T – para a extensão do tumor primário;

N – para a presença ou a ausência de metástase em linfonodos regionais, com a respectiva extensão; e

M – para a presença ou a ausência de metástase a distância.

A seguir, estão apresentados os critérios básicos para codificação da extensão do tumor (T), do acometimento de gânglios linfáticos (N) e para a ocorrência de metástases do tumor primário (M).

REGRAS GERAIS DO SISTEMA TNM

A todas as localizações anatômicas do tumor primário, aplicam-se as regras a seguir apresentadas:

- 1) Todos os casos devem ser confirmados microscopicamente. Aqueles que não tiverem confirmação devem ser relatados separadamente.
- 2) Utilizam-se duas classificações para cada localização anatômica: a) a classificação clínica designada como TNM ou cTNM, que tem por base as evidências obtidas antes do tratamento; e b) a classificação patológica designada como p-TNM, que tem por base as evidências conseguidas antes do tratamento, complementada ou modificada pela evidência adicional conseguida por meio da cirurgia e do exame histopatológico.
- 3) Para a avaliação histopatológica do tumor primário (pT) é obrigatório que tenha sido realizada a ressecção do tumor primário ou a realização de biópsia que permita avaliar todas as possibilidades da categoria pT. A avaliação histopatológica dos linfonodos regionais (pN) exige a remoção representativa de nódulos para comprovar a ausência de metástase em linfonodos regionais (pN0) e que também seja suficiente para avaliar a maior categoria pN. A investigação histopatológica de metástase a distância (pM) também exige o exame microscópico.

A extensão da doença maligna é codificada, utilizando os parâmetros (T, N e M), aos quais se acrescentam números e/ou letras que indicam, em ordem crescente de acometimento, a extensão da doença maligna.

TNM CLÍNICO

Para classificar clinicamente os tumores pelo TNM, são possíveis os seguintes parâmetros:

T – TAMANHO DO TUMOR PRIMÁRIO

TX - O tumor primário foi identificado, mas não pode ser avaliado.

T0 - Não há evidência de tumor primário.

Tis – Carcinoma *in situ*

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

Ta –Carcinoma verrucoso não invasivo de pênis; carcinoma papilífero não invasivo de pelve renal e de bexiga, e carcinoma papilífero não invasivo, carcinoma polipoide ou carcinoma verrucosa de uretra.

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.

É muito importante diferenciar a categoria "X" da "0". No "X" o tumor é identificado, mas não pode ser corretamente avaliado, enquanto na "0", não se conseguiu identificar o tumor primário (tumor oculto).

pTNM – TNM PATOLÓGICO

Para a classificação patológica do TNM (pTNM), são utilizadas as seguintes definições gerais:

pT – TAMANHO DO TUMOR PRIMÁRIO

pTX - O tumor primário não pode ser avaliado histologicamente.

pT0 - Não há evidência histológica do tumor primário.

pTis - Carcinoma *in situ*

pT1, pT2, pT3, pT4 – Aumento crescente do tamanho e/ou extensão local do tumor primário, comprovado histologicamente.

pN – LINFONODOS REGIONAIS

pNX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados histologicamente.

pN0 – Não há, histologicamente, metástase em linfonodos regionais.

pN1, pN2, pN3 – Comprometimento crescente dos linfonodos regionais, comprovado histologicamente.

pM – METÁSTASE A DISTÂNCIA

pMX – A presença de metástase a distância não pode ser avaliada histologicamente.

pM0 – Ausência de metástase a distância, microscopicamente.

pM1 – Metástase a distância, microscopicamente.

Para a maioria das topografias, os parâmetros utilizados para classificação do pTNM são os mesmos utilizados para o TNM clínico.

Entretanto, essa não é uma regra geral, pois tumores como os de testículo não são estadiados clinicamente e possuem regras particulares para o pTNM.

ESTADIAMENTO CLÍNICO E PATOLÓGICO

A partir das informações obtidas pela classificação do tumor nas categorias T, N e M ou pT, pN e pM, é possível agrupar os tumores segundo os estádios.

Contudo, uma vez estabelecidos pelo médico, o TNM ou o pTNM e seus respectivos estadiamentos devem ser anotados no prontuário do paciente e permanecerão inalterados.

Conhecer o estágio clínico do tumor é essencial para selecionar e avaliar o tratamento do tumor, enquanto que o estágio histopatológico (pTNM) fornece dados mais precisos para que se possa avaliar o prognóstico da doença e calcular o seu desfecho.

Se houver dúvida no que concerne à correta categoria T, N ou M em que um determinado caso deva ser classificado, dever-se-á escolher a categoria inferior (menos avançada). Isso também será válido para o agrupamento por estádios.

Nos casos de tumor múltiplo simultâneo em um mesmo órgão, o tumor com a maior categoria T deve ser classificado. Em cânceres bilaterais simultâneos de órgãos pares, cada tumor deve ser classificado independentemente. Em tumores de fígado, ovário e trompa de Falópio, a multiplicidade é um critério a ser considerado na classificação do T.

A extensão direta do tumor primário para o linfonodo é classificada como metástase linfonodal e quando o tamanho for um critério para classificação pTNM, medir-se-á apenas a área da metástase no linfonodo e não o tamanho total do respectivo linfonodo. Metástase em qualquer linfonodo que não seja regional é classificada como metástase a distância.

Vale ressaltar, que os parâmetros para a classificação dos tumores não são fixos para todos os tumores. Por exemplo, os tumores de tireoide só são classificados como T1, se tiverem até 2 cm, enquanto que, para os tumores de osso, a medida é de até 8 cm e, para os tumores de estômago, o tamanho do tumor não é considerado.

Para o agrupamento por estádios patológicos (pTNM) estabeleceu-se que: quando o espécime cirúrgico for suficiente para que o exame patológico avalie as mais altas categorias T e N, a categoria M1 tanto pode ser clínica (cM1) como patológica (pM1). Porém, se houver a confirmação microscópica de pelo menos uma metástase a distância, a classificação é patológica (pM1) e o estágio, também.

Outra informação importante é que nem todos os tumores possuem parâmetros para classificação e nem todas as classes de T, do N e do M. Por exemplo, não está previsto tumor ósseo *in situ* (Tis); tumores de partes moles são apenas T1 e T2; mesoteliomas podem ser até N3; e tumores de esôfago podem ser M1a e M1b.

Para os tumores de tireoide, recomenda-se o grupamento por estádios diferenciados para os carcinomas papilífero e folicular, carcinoma medular e carcinoma indiferenciados/anaplásicos.

A Classificação de Tumores Malignos TNM possibilita a classificação do tumor além das subdivisões do TNM, pela aposição de letras ou símbolos que identifiquem a presença de linfonodos sentinelas e das células tumorais isoladas, a especificação da graduação histológica, a presença de tumores múltiplos, as ocorrências de recidivas tumorais, os estadiamentos feitos com base em autópsia e a presença de sintomas.

Na 6ª edição, do TNM foram incluídas avaliação específica do linfonodo sentinela e critérios para a especificação de células tumorais isoladas – CTI. Esses casos devem ser analisados separadamente e classificados com notações específicas. Entretanto, em geral, nos Registros de Câncer não se usa o detalhamento da classificação para expressar as subcategorias da TNM. Aquelas instituições que desejarem poderão fazê-lo, contudo, sua inclusão não foi prevista no SisRHC. Uma alternativa, caso haja interesse do hospital em utilizar os códigos adicionais, é criar um item específico no grupo de itens complementares.

As definições das categorias TNM e do grupamento por estádios podem ser adaptadas ou expandidas para fins clínicos ou de pesquisa. Nesses casos, as definições básicas recomendadas não devem ser alteradas e, aos códigos já especificados, acrescentam-se as informações adicionais.

Assim, qualquer T, N ou M pode ser dividido em subgrupos, como por exemplo, T1a, T1b, N2a ou N2b. Procedimento idêntico poderá ser adotado para o pTNM (pT1a, pT1b, pN2a e pN2b).

Na constatação de metástase, categoria M1, pode-se especificar o local de ocorrência da metástase. Utilizam-se as seguintes notações: Pulmonar - PUL (C34); Medula óssea - MO (C42.1); Óssea - OSS (C40-41); Pleural - PLE (C38.4); Hepática - HEP (C22); Peritoneal - PER (C48.1,2); Cerebral - CER (C71); Suprarrenal (Adrenal) - ADR (C74); Linfonodal - LIN (C77); Pele - CUT (C44); e Outras - OUT.

Também foram criadas codificações para notação da graduação histopatológica, relativas ao tumor primário, do seguinte modo: GX - o grau de diferenciação não pode ser avaliado; G1 - bem diferenciado; G2 - moderadamente diferenciado; G3 - pouco diferenciado; e G4 - indiferenciado. Os graus G3 e G4 podem ser combinados em algumas circunstâncias, como "G3-4", "Pouco diferenciado ou indiferenciado". Para os sarcomas de partes moles e de osso, utilizar "alto grau" e "baixo grau". Para os tumores de mama, corpo uterino e fígado, são recomendados sistemas especiais de graduação.

Os símbolos adicionais **m** (usado para indicar a presença de tumores primários múltiplos em uma única localização primária), **y** (quando a classificação é realizada durante ou após uma terapêutica multimodal inicial), **r** (para tumores recidivados quando estadiados após um intervalo livre de doença) e **a** (que indica que a classificação é determinada pela primeira vez por autópsia), também podem ser utilizados na classificação TNM, sem que seja alterado o grupamento por estádios.

ATENÇÃO: *Para fins de classificação do TNM, os Registros de Câncer utilizam apenas um dígito para especificar cada variável (T, N e M). Assim, nos quadros sumários apresentados mais adiante neste capítulo, não serão incluídos os detalhamentos. Aqueles que desejarem mais informações deverão consultar diretamente o TNM.*

Nos tumores ginecológicos serão cadastrados apenas o tamanho do tumor (X, 0, i, 1, 2, 3 e 4) e não são cadastradas as informações adicionais. Assim, o tumor cujo T seja T1b1 será cadastrado apenas como T1.

Assim, aqueles que desejarem poderão utilizar a classificação completa.

Vale também ressaltar que, na transcrição dos códigos, quando se usa o sistema TNM, deve-se ter atenção para o uso correto de letras maiúsculas e minúsculas, pois têm significados diferentes, do mesmo modo que a utilização de números romanos e árabicos.

TNM e ESTADIAMENTO CLÍNICO

A classificação pelo Sistema TNM possibilita a descrição e o armazenamento, razoavelmente precisos, da extensão anatômica aparente da doença. Isso permite agrupar a grande variedade dos tumores em grupos relativamente restritos, permitindo a tabulação e a análise referentes aos tumores.

Um determinado tumor que tenha quatro graus de T, três graus de N e dois graus de M terá então 24 categorias no sistema TNM (4x3x2). É, portanto, conveniente o estabelecimento de agrupamentos de estádios pelo TNM. O grupamento adotado deve assegurar, tanto quanto possível, que cada grupo seja mais ou menos homogêneo. O carcinoma *in situ* é categorizado como estágio 0; casos com metástase a distância, estágio IV (exceto em determinadas localizações, como por exemplo o carcinoma papilífero e folicular da tireoide).

No final de cada localização anatômica, é acrescido resumo esquemático dos principais pontos que distinguem as categorias mais importantes àquela topografia, possibilitando estabelecer o estadiamento clínico do tumor em questão.

Contudo, vale lembrar que os estadiamentos são grupamentos de tumores homogêneos, complementares ao TNM. Assim, o estadiamento não substitui integralmente a especificação detalhada do T, do N e do M correspondente, pois a partir do TNM pode-se estabelecer o estadiamento, mas não o contrário. Não é possível, a partir do estadiamento, estabelecer o TNM, exceto em poucos casos específicos.

Para aqueles que utilizavam versões anteriores à 6ª edição do TNM, segue quadro com as principais alterações nas categorias T, N e M, por topografia, que também têm reflexo no estadiamento clínico:

Quadro 15 – Principais alterações nas categorias T, N e M, por topografia (TNM – 6)

Topografia	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento
Cavidade nasal e seios etmoidais	Nova	Nova	Nova	
Lábio e cavidade oral	T4 - Desdobrado			Mudou
Hipofaringe(1)	T4 - Modificado			Mudou
Orofaringe	T4 – Desdobramento			Mudou
Nasofaringe	T4 – Modificado			
Supraglote	T4 Subdividido			Mudou
Glote	T3 – Modificado T4 Subdividido			Mudou
Subglote	T4 Subdividido			Mudou
Septo, assoalho, parede lateral e vestíbulo da cavidade nasal	Nova	Nova	Nova	
Seios paranasais	T1,T2 e T3 – Modificados T4 – Desmembrada			Sem estadiamento
Seio maxilar	T3 – Modificado T4 - Desmembrada			Mudou
Glândula salivar	T3 – Modificado T4 – Desmembrado			Mudou
Glândula tireoide(2)	T1 a T4 – Modificados T4 - Desmembrado	N1a , N1b Modificados		Mudou
Estômago	T2 – Desmembrado			
Cólon de reto	T4 – Incluída nota sobre aderência do tumor	Nota – Modificada		Mudou

Topografia	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento
Fígado	T1, T2, T3 e T4 – Modificados			Mudou
Vesícula biliar	T3 e T4 - Modificados	N1 – Mudou		Mudou
Vias biliares extra-Hepáticas	T1 a T4 - Modificados	N1 – Mudou		Mudou
Ampola de Vater	T3 e T4 - Modificados			Mudou
Pâncreas	T3 e T4 - Modificados	N1 - Mudou		Mudou
Mesotelioma pleural(3)	T1 – Modificado e desmembrado T2 a T4 - Modificados	N2 e N3 - Mudaram		Mudou
Ossos(4)	T1 e T2 – Modificados T3 - Nova		M1 - Desmembrada	Mudou
Partes moles(5)				Mudou
Melanoma maligno de pele	pT1 a pT4 - Modificados	N1 e N2 – Modificados N3 - Nova	M1a e M1b – Modificados M1c - Nova	pTNM – Mudou
Mama	Tis - Modificado	N2 e N3 – Modificados e desmembrados pN - Mudou		Mudou
Tumores trofoblásticos gestacionais(6)				Mudou
Próstata(7)	T2 – Modificado e desmembrado			
Rim	T1 – Desmembrada			
Carcinoma de conjuntiva	T4 - Desmembrado			

Topografia	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento
Melanoma maligno de Conjuntiva	T1 a T4 – Redefinidos pT1 a pT4 - idem			
Melanoma maligno de úvea	T1 a T4 – reagrupados e redefinidos			Mudou
Retinoblastoma	T1 a T4 e pT1 a pT4 – Modificados e desmembrados		pM1 – Desmembrado	
Sarcoma de órbita	T4 – redefinido			
Carcinoma de glândula lacrimal	T2 a T4 – Redefinidos			

Notas:

- 1 - Redefinidos os linfonodos regionais
- 2 - Critérios específicos para o carcinoma anaplásico
- 3 - Incluídas notas em T3 e T4
- 4 – Graduação histopatológica modificada
- 5 – Graduação histopatológica modificada
- 6 – Incluído escore prognóstico
- 7 – Modificada a graduação histológica

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS – TNM / 6ª EDIÇÃO

Os quadros-resumo a seguir foram elaborados a partir do TNM – 6ª edição, com o objetivo de auxiliar o registrador. Entretanto, não substituem o TNM, que deve ser consultado em caso de dúvida ou para mais esclarecimentos.

Nos quadros a seguir só é utilizado um único dígito para especificar cada parâmetro (T,N e M).

Quadro 16 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos de cabeça e pescoço segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
ATENÇÃO: Para essas topografias, o TNM é aplicável somente para carcinomas. Na avaliação do pN, se a avaliação dos linfonodos provenientes de esvaziamento ganglionar for negativa, mesmo que o número de linfonodos usualmente examinado não tenha sido encontrado, classifica-se como pN0. Quando o tamanho for um critério para a classificação pN, mede-se a metástase e não o linfonodo inteiro.		
T Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	TX	O tumor não pode ser avaliado
	T0	Não há evidência do tumor primário
	Tis	Carcinoma in situ

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
T Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	T1	<p>Lábio, Cavidade Oral e Orofaringe - Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Hipofaringe - Tumor com 2 cm ou menos, limitado a uma sublocalização.</p> <p>Orofaringe e Hipofaringe - Tumor com 2 cm ou menos.</p> <p>Supraglote – Tumor limitado a uma sublocalização anatômica da supraglote, com mobilidade normal da corda vocal.</p> <p>Glote – Tumor limitado à(s) corda(s) vocal(ais), podendo envolver a comissura anterior ou posterior, com mobilidade normal da(s) corda(s).</p> <p>T1a – Tumor limitado a uma corda vocal. T1b - Tumor que envolve as cordas vocais.</p> <p>Subglote – Tumor limitado à subglote</p> <p>Seio Maxilar – Tumor limitado à mucosa antral, sem erosão ou destruição óssea.</p> <p>Cavidade Nasal e Seio Etmoidal – Tumor restrito a uma das sublocalizações da cavidade nasal ou do seio etmoidal, com ou sem invasão óssea.</p> <p>Glândulas Salivares – Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, sem extensão extraparenquimatosa.</p> <p>Glândulas Tireoide – Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, limitado à tireoide.</p>
	T2	<p>Lábio, Cavidade Oral e Orofaringe - Tumor com mais de 2 cm e até 4 cm em sua maior dimensão</p> <p>Hipofaringe - Tumor com mais de 2 cm até 4 cm, de uma sublocalização.</p> <p>Orofaringe e Hipofaringe - Tumor com 2 cm ou menos</p> <p>Supraglote – Tumor que invade a mucosa de mais de uma sublocalização anatômica adjacente da supraglote ou a glote ou região externa à supraglote, sem fixação da laringe.</p> <p>Glote – Tumor que se estende à supraglote e/ou subglote, e/ou com mobilidade diminuída da corda vocal.</p> <p>Subglote - Tumor que se estende à(s) corda(s) vocal(ais), com mobilidade normal ou diminuída.</p>

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
	T2	<p>Seio Maxilar – Tumor com erosão ou destruição óssea, incluindo extensão ao palato duro e/ou o meato nasal médio, exceto extensão à parede posterior do seio maxilar e lâminas pterigóides.</p> <p>Cavidade Nasal e Seio Etmoidal – Tumor que envolve duas sublocalizações de uma única localização ou que se estende para uma localização adjacente dentro do complexo naso-etmoidal, com ou sem invasão óssea.</p> <p>Glândulas Salivares – Tumor com mais de 2 cm até 4 cm em sua maior dimensão, sem extensão extraparenquimatosa.</p> <p>Glândulas Tireoide – Tumor com mais de 2 cm até 4 cm em sua maior dimensão, limitado à tireoide.</p>
	T3	<p>Lábio, Cavidade Oral e Orofaringe - Tumor com mais de 4 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Hipofaringe – tumor maior de 4 cm ou com fixação na laringe.</p> <p>Nasofaringe – Invasão de estruturas ósseas ou seios paranasais.</p> <p>Supraglote – Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal e/ou invasão de qualquer uma das seguintes estruturas: área pós-cricóide, tecidos pré-epiglóticos, espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tireoide.</p> <p>Glote – Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou que invade o espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tireoide.</p> <p>Subglote - Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal.</p> <p>Seio Maxilar – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: osso da parede posterior do seio maxilar, tecidos subcutâneos, assoalho ou parede medial da órbita, fossa pterigoide ou seios etmoidais.</p> <p>Cavidade Nasal e Seio Etmoidal – Tumor que se estende à parede medial ou ao assoalho da órbita, ao seio maxilar, ao palato ou à lâmina cribiforme.</p> <p>Glândulas Salivares – Tumor com mais de 4 cm e/ou tumor com extensão extraparenquimatosa.</p>

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
	T3	Glândulas Tireoide – Tumor com mais de 4 cm em sua maior dimensão, limitado à tireoide ou qualquer tumor com extensão extratireoidiana mínima.
	T4	<p>Lábio e Cavidade Oral – O tumor invade as estruturas adjacentes. – T4a: Lábio – invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca ou pele. Cavidade Oral – invade cortical óssea, músculos profundos extrínsecos da língua, seios maxilares ou pele. T4b: Lábio e Cavidade Oral – invade espaço mastigador, lâminas pterigoides, base do crânio, artéria carótida interna.</p> <p>Orofaringe – O tumor invade as estruturas adjacentes. T4a – Laringe, músculos profundos/extrínsecos da língua, pterigoide medial, palato duro e mandíbula. T4b – Músculo pterigoide, lâminas pterigoides, nasofaringe lateral, base do crânio, artéria carótida.</p> <p>Hipofaringe – O tumor invade as estruturas adjacentes. T4a – Cartilagem tireoide/cricóide, osso hioide, glândula tireoide, esôfago, compartimento central de partes moles. T4b – Fáscia pré-vertebral, artéria carótida, estruturas mediastinais.</p> <p>Supraglote – T4a – Tumor que invade toda a cartilagem tireoide e/ou estende-se aos tecidos além da laringe. T4b – Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente à artéria carótida.</p> <p>Glote – T4a – Tumor que invade completamente a cartilagem tireoide ou estende-se aos tecidos além da laringe. T4b – Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente à artéria carótida.</p> <p>Subglote – T4a – Tumor que invade a cartilagem cricoide ou tireoide e/ou estende-se a outros tecidos além da laringe. T4b – Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente à artéria carótida</p>

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
	T4	<p>Seio Maxilar – T4a – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: conteúdo orbitário anterior, pele da bochecha, lâminas pterigoides, fossa infratemporal, lâmina cribiforme, seio esfenoidal, seio frontal. T4b – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: ápice da órbita, duramater, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não da divisão do trigêmio V2, nasofaringe ou clivus.</p> <p>Cavidade Nasal e Seio Etmoidal – T4a – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: conteúdo orbitário anterior, pele do nariz ou da bochecha, extensão mínima para a fossa craniana anterior, lâminas pterigoides, seio esfenoidal, seio frontal. T4b – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: ápice da órbita, duramater, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não da divisão do trigêmio V2, nasofaringe ou clivus.</p> <p>Glândulas Salivares – T4a – Tumor que invade pele, mandíbula, canal auditivo ou nervo facial – T4b – Tumor que invade a base do crânio, as lâminas pterigoides ou adjacentes à artéria carótida.</p> <p>Glândulas Tireoide – Tumor que se estende além da cápsula da tireoide.</p>
N Exame físico e diagnóstico por imagem	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais
	N1	<p>Lábio, Cavidade Oral, Orofaringe, Hipofaringe, Laringe (Supraglote, Glote e Subglote), Seio Maxilar, Cavidade Nasal e Seio Etmoidal e Glândulas Salivares - Metástase em um único linfonodo homolateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Nasofaringe - Metástase unilateral em linfonodo(s) com dimensão menor ou igual a 6 cm, acima da fossa supraclavicular.</p> <p>Glândulas Tireoide – Metástase em linfonodos regionais.</p>

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.		
	N2	Lábio, Cavidade Oral, Orofaringe e Hipofaringe, Nasofaringe, Laringe (Supraglote, Glote e Subglote), Seio Maxilar, Cavidade Nasal e Seio Etmoidal e Glândulas Salivares - Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm e até 6 cm em sua maior dimensão, ou em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão.
	N3	Lábio, Cavidade Oral, Orofaringe e Hipofaringe, Nasofaringe, Laringe (Supraglote, Glote e Subglote), Seio Maxilar, Cavidade Nasal e Seio Etmoidal e Glândulas Salivares - Metástase em linfonodos com mais de 6 cm em sua maior dimensão.
M Exame físico e diagnóstico por imagem	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada
	M0	Ausência de metástase a distância
	M1	Metástase a distância
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M
pN	pN0	Lábio, Cavidade Oral, Faringe , (Orofaringe e Hipofaringe), Nasofaringe, Laringe (Supraglote, Glote e Subglote), Cavidade Nasal, Seios Paranasais e Glândulas Salivares - O exame histológico do espécime de um esvaziamento cervical seletivo incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos. O exame histológico do espécime de um esvaziamento cervical radical ou modificado incluirá, geralmente, 10 ou mais linfonodos. Glândula Tireoide - O exame histológico do espécime de um esvaziamento cervical seletivo incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos.

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª 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	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0	
	IV C	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
OROFARINGE C01 C05.1 C05.2 C09.0 C09.1 C09.9 C10.0 C10.2 C10.3	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N0 M0	
		T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0	
		T2 N2 M0	
T3 N3 M0			
T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0			
IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0		
IV C	Qualquer T Qualquer N M1		

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
NASO-FARINGE C11	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	IIa	T2a N0 M0	
	IIb	T1 N1 M0 T2a N1 M0 T2b N0 M0 T2b N1 M0	
	III	T1 N2 M0 T2a N2 M0 T2b N2 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0	
	IVA	T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0	
	IVB	Qualquer T N3 M0	
	IV C	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
HIPO-FARINGE C12 C13	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0	
	IV C	Qualquer T Qualquer N M1	

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª 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 T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0	
	IVC	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
SEIOS PARANASAIS C30.0 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 T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0	
	IVC	Qualquer T Qualquer N M1	

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
GLÂNDULAS SALIVARES C07 C08	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0	
		T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0	
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0	
		T4a N0 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0	
IVB	T4b Qualquer N M0 Qualquer T N3 M0		
IVC	Qualquer T Qualquer N M1		

TUMORES DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Lábio, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, supraglote, glote, subglote, seio maxilar, cavidade nasal e seio etmoidal, glândulas salivares e tireoide.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
GLÂNDULA TIREOIDE C73	Papilífero ou Folicular, abaixo dos 45 anos		
	I	Qualquer T Qualquer N M0	
	II	Qualquer T Qualquer N M1	
	Papilífero ou Folicular, 45 anos ou mais e Medular		
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0 T1 N1a M0 T2 N1a M0 T3 N1a M0	
	IVA	T1 N1b M0 T2 N1b M0 T3 N1b M0 T4a N0 M0 T4a N1 M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0	
	IVC	Qualquer T Qualquer N M1	
	Anaplásico/Indiferenciado (todos os casos são estágio IV)		
	IVA	T4a Qualquer N M0	
	IVB	T4b Qualquer N M0	
	IVC	Qualquer T Qualquer N M1	

Quadro 17 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos do aparelho digestivo segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas</p> <p>ATENÇÃO: Para essas topografias, o TNM é aplicável somente para carcinomas.</p> <p>Na avaliação do pN, se a avaliação dos linfonodos provenientes de esvaziamento ganglionar for negativa, mesmo que o número de linfonodos usualmente examinado não tenha sido encontrado, classifica-se como pN0.</p> <p>Quando o tamanho for um critério para a classificação pN, mede-se a metástase e não o linfonodo inteiro.</p>		
<p>T</p> <p>Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora</p>	TX	O tumor não pode ser avaliado
	T0	Não há evidência do tumor primário
	Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
	T1	<p>Esôfago, Estômago, Intestino Delgado – Tumor que invade a lâmina própria ou a submucosa.</p> <p>Cólon e Reto – Tumor que invade a submucosa</p> <p>Canal Anal e Pâncreas – Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Fígado – Tumor único sem invasão vascular.</p> <p>Vesícula Biliar – Tumor que invade a lâmina própria ou a submucosa. T1a – Tumor que invade a lâmina própria. T1b – Tumor que invade a camada muscular.</p> <p>Vias Biliares Extra-Hepáticas – Tumor confinado ao ducto biliar.</p> <p>Ampola de Vater – Tumor limitado à ampola de Vater ou ao Esfíncter de Oddi</p>
	T2	<p>Esôfago, Intestino Delgado, Cólon e Reto – Tumor que invade a musculatura própria.</p> <p>Estômago - Tumor que invade a musculatura própria (T1a) ou a submucosa (T1b).</p> <p>Canal Anal – Tumor com mais de 2 cm até 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Fígado – Tumor único com invasão vascular ou tumor múltiplo, nenhum deles com mais de 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Vesícula Biliar – Tumor que invade o tecido conjuntivo perimuscular, sem extensão além da serosa ou intra-hepática.</p>

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas		
	T2	<p>Vias Biliares Extra-Hepáticas – Tumor que invade além da parede do ducto biliar.</p> <p>Ampola de Vater – Tumor que invade a parede duodenal.</p> <p>Pâncreas – Tumor limitado ao pâncreas, com mais de 2 cm em sua maior dimensão.</p>
	T3	<p>Esôfago – Tumor que invade a adventícia.</p> <p>Estômago – Tumor que penetra a serosa sem invadir estruturas adjacentes.</p> <p>Intestino Delgado – Tumor que invade desde a musculatura própria até a subserosa ou os tecidos perimusculares não peritonizados (mesentério ou retroperitônio), com extensão de até 2 cm.</p> <p>Cólon e Reto – Tumor que invade além da musculatura própria, alcançando a subserosa ou os tecidos pericólicos ou perirretais, não peritonizados.</p> <p>Canal Anal – Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Fígado – Tumores múltiplos, com mais de 5 cm em sua maior dimensão ou tumor que envolve o ramo principal da veia porta ou veia hepática.</p> <p>Vesícula Biliar – Tumor que perfura a serosa (peritônio visceral) e/ou que invade diretamente o fígado e /ou outro órgão ou estrutura adjacente.</p> <p>Vias Biliares Extra-Hepáticas – Tumor que invade o fígado, a vesícula biliar, o pâncreas e/ou, unilateralmente, as tributárias da veia porta, (direita ou esquerda) ou da artéria hepática (direita ou esquerda).</p> <p>Ampola de Vater – Tumor que invade o pâncreas.</p> <p>Pâncreas – Tumor que se estende além do pâncreas, mas sem envolvimento do plexo celíaco ou artéria mesentérica superior.</p>

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas		
	T4	<p>Esôfago, Estômago, Canal Anal – Tumor que invade as estruturas adjacentes.</p> <p>Intestino Delgado – Tumor que perfura o peritônio visceral ou que invade diretamente outros órgãos ou estruturas, inclusive mesentério ou retroperitônio, com extensão maior de 2 cm e parede abdominal e, unicamente para o duodeno, a invasão do pâncreas.</p> <p>Cólon e Reto – Tumor que invade diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou que perfura o peritônio visceral.</p> <p>Fígado – Tumor(es) com invasão direta de outros órgãos adjacentes que não a vesícula biliar ou com perfuração do peritônio visceral.</p> <p>Vesícula Biliar – Tumor que invade a veia porta principal ou a artéria hepática, ou que invade dois ou mais órgãos ou estruturas extra-hepáticas.</p> <p>Vias Biliares Extra-Hepáticas – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: veia porta principal ou suas tributárias bilateralmente, artéria hepática comum ou outras estruturas adjacentes.</p> <p>Ampola de Vater – Tumor que invade partes moles peri-pancreáticas, ou outros órgãos ou estruturas adjacentes.</p> <p>Pâncreas – Tumor que envolve o plexo celíaco ou artéria mesentérica superior.</p>

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas		
<p style="text-align: center;">N</p> <p>Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora</p>	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	N1	Esôfago, Intestino Delgado, Fígado, Vesícula Biliar, Vias Biliares Extra-Hepáticas, Ampola de Vater e Pâncreas – Metástase em linfonodos regionais. Estômago – Metástase em 1 a 6 linfonodos regionais. Cólon e Reto – Metástase em 1 a 3 linfonodos regionais. Canal Anal – Metástase em linfonodo(s) perirretal(ais).
	N2	Estômago – Metástase em 7 a 15 linfonodos regionais. Cólon e Reto – Metástase em 4 ou mais linfonodos regionais. Canal Anal – Metástase em linfonodo(s) ilíaco(s) interno(s) e/ou inguinal(ais) unilateral(ais).
	N3	Estômago – Metástase em mais de 15 linfonodos regionais. Canal Anal – Metástase em linfonodo(s) perirretais e inguinais e/ou linfonodos ilíacos internos bilaterais e/ou inguinais bilaterais.
<p style="text-align: center;">M</p> <p>Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora</p>	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase a distância.
	M1	Esôfago, Estômago, Intestino Delgado, Canal Anal, Fígado, Vesícula Biliar, Vias Biliares Extra-Hepáticas, Ampola de Vater e Pâncreas – Metástase a distância.

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO	
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas	
pTNM	As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.
pN	<p style="text-align: center;">pN0</p> <p>Esôfago – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia mediastinal incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos.</p> <p>Estômago – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 15 ou mais linfonodos.</p> <p>Intestino Delgado – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos.</p> <p>Cólon e Reto – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 12 ou mais linfonodos.</p> <p>Canal Anal – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional perirretal pélvica incluirá, geralmente, 12 ou mais linfonodos.</p> <p>Fígado – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 3 ou mais linfonodos.</p> <p>Vesícula Biliar – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 3 ou mais linfonodos.</p> <p>Vias Biliares Extra-Hepáticas – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 3 ou mais linfonodos.</p> <p>Ampola de Vater – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 10 ou mais linfonodos.</p> <p>Pâncreas – O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 10 ou mais linfonodos.</p>

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas			
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 M1a	
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1b	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
ESTÔMAGO C16	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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO
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	

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
CÓLON e RETO C18 C19 C20 (aplicável somente para carcinomas)	0	Tis N0 M0	DUKES
	I	T1 N0 M0 T2 N0 M0	A
	IIA	T3 N0 M0	B
	IIB	T4 N0 M0	B
	IIIA	T1 N1 M0 T2 N1 M0	C
	IIIB	T3 N1 M0 T4 N1 M0	C
	IIIC	Qualquer T N2 M0	C
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
CANAL ANAL C21.1	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0 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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO
FÍGADO C22 (carcinoma hepatocelular)	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	IIIA	T3 N0 M0	
	IIIB	T4 N0 M0	
	IIIC	Qualquer T N1 M0	
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
VESÍCULA BILIAR C23	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T3 N0 M0	
	IIB	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0 T3 N1 M0	
	III	T4 Qualquer N M0	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS C24.0	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T3 N0 M0	
	IIB	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0 T3 N1 M0	
	III	T4 Qualquer N M0	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
AMPOLA DE VATER C24.1	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T3 N0 M0	
	IIB	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0 T3 N1 M0	
	III	T4 Qualquer N M0	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		

TUMORES DO APARELHO DIGESTIVO			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater e pâncreas			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
PÂNCREAS C25	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T3 N0 M0	
	IIB	T1 N1 M0	
		T2 N1 M0	
		T3 N1 M0	
	III	T4 Qualquer N M0	
IV	Qualquer T Qualquer N M1		

Quadro 18 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos do pulmão e da pleura segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DO PULMÃO E DA PLEURA		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Pulmão e Mesotelioma pleural		
ATENÇÃO: Para essas topografias, o TNM é aplicável aos carcinomas do pulmão e ao mesotelioma maligno da pleura. Na avaliação do pN, se a avaliação dos linfonodos provenientes de esvaziamento ganglionar for negativa, mesmo que o número de linfonodos usualmente examinado não tenha sido encontrado, classifica-se como pN0.		
T Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora	TX	O tumor não pode ser avaliado ou tumor detectado pela presença de células malignas no escarro ou lavado brônquio, mas não visualizado em diagnóstico por imagem ou broncoscopia.
	T0	Não há evidência do tumor primário.
	Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
	T1	Pulmão – Tumor com 3 cm ou menos em sua maior dimensão, circundado por pulmão ou pleura visceral, sem evidência broncoscópica de invasão mais proximal que o brônquio lobar (sem invasão do brônquio lobar). Mesotelioma Pleural – Tumor que envolve a pleura parietal homolateral, com ou sem envolvimento focal da pleura visceral. T1a - Tumor que envolve a pleura parietal homolateral (mediastinal, diafragmática). Não há envolvimento da pleura visceral. T1b - Tumor que envolve qualquer superfície pleural homolateral (mediastinal, diafragmática) com envolvimento focal da pleura visceral.

TUMORES DO PULMÃO E DA PLEURA		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Pulmão e Mesotelioma pleural		
	T2	<p>Pulmão – Tumor com qualquer das seguintes características de tamanho ou extensão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com mais de 3 cm em sua maior dimensão; - compromete o brônquio principal, com 2 cm ou mais distalmente à Carina; - invade a pleura visceral; - associado com atelectasia ou pneumonite obstrutiva que se estende até a região hilar, mas não envolve todo o pulmão. <p>Mesotelioma Pleural – Tumor que envolve qualquer superfície pleural homolateral com pelo menos uma das seguintes condições: tumor pleural visceral confluyente (incluindo a fissura); invasão do músculo diafragmático ou invasão do parênquima pulmonar.</p>
	T3	<p>Pulmão – Tumor de qualquer tamanho que invade diretamente qualquer uma das seguintes estruturas: parede torácica (inclusive os tumores do sulco superior), diafragma, pleura mediastinal, pericárdio parietal; ou tumor do brônquio principal com menos de 2 cm distalmente à Carina, mas sem envolvimento desta; ou tumor associado com atelectasia ou pneumonite obstrutiva de todo o pulmão.</p> <p>Mesotelioma Pleural – Tumor que envolve qualquer superfície pleural homolateral com pelo menos uma das seguintes condições: invasão da fásia endotorácica; invasão da gordura mediastinal; foco solitário de tumor invadindo partes moles da parede torácica; ou envolvimento do pericárdio, não transmural.</p>
	T4	<p>Pulmão – Tumor de qualquer tamanho que invade qualquer uma das seguintes estruturas: mediastino, coração, grandes vasos, traqueia, esôfago, corpo vertebral, carina; nódulo(s) tumoral(ais) distinto(s) no mesmo lobo ou tumor com derrame pleural maligno.</p> <p>Mesotelioma Pleural – Tumor que envolve qualquer superfície pleural homolateral com pelo menos uma das seguintes condições: invasão multifocal ou difusa de partes moles da parede torácica; qualquer envolvimento de costela; invasão do peritônio através do diafragma; invasão de qualquer órgão(s) mediastinal(ais); extensão direta da pleura contralateral; invasão da medula espinhal; extensão à superfície interna do pericárdio; derrame pericárdico com citologia positiva; invasão do miocárdio; ou invasão do plexo braquial.</p>

TUMORES DO PULMÃO E DA PLEURA		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Pulmão e Mesotelioma pleural		
N Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	N1	Pulmão – Metástase em linfonodos peribrônquicos e/ou hilares homolaterais e nódulos intrapulmonares, incluindo o comprometimento por extensão direta. Mesotelioma Pleural – Metástase em linfonodos broncopulmonares e/ou hilares homolaterais.
	N2	Pulmão – Metástase em linfonodo(s) mediastinal(ais) homolateral(ais) e/ou linfonodo(s) subcarinal(ais). Mesotelioma Pleural – Metástase em linfonodo(s) subcarinal(ais) e/ou mamário(s) interno(s) ou mediastinal(ais) homolateral(ais)
	N3	Pulmão – Metástase em linfonodo(s) mediastinal(ais) contralateral(ais), hilar(es) contralateral(ais), escaleno(s) homo- ou contralateral(ais) ou em linfonodo(s) supraclaviculares. Mesotelioma Pleural – Metástase em linfonodo(s) mediastinal(ais), mamário(s) interno(s) ou hilar(s) contralateral(ais) e/ou supraclavicular(es) lateral(ais) ou escaleno(s) homo- ou contralateral(ais)
M Exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia e cirurgia exploradora	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase a distância.
	M1	Pulmão – Metástase a distância, inclusive nódulo(s) tumoral(is) distinto(s) em um lobo diferente (homolateral ou contralateral). Mesotelioma Pleural – Metástase a distância.
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M
pN	pN0	Pulmão – O exame histológico do(s) espécime(s) de linfadenectomia hilar ou mediastinal incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos.

TUMORES DO PULMÃO E DA PLEURA			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Pulmão e Mesotelioma pleural			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
PULMÃO C34	Carcinoma oculto	TX N0 M0	
	0	Tis N0 M0	
	IA	T1 N0 M0	
	IB	T2 N0 M0	
	IIA	T1 N1 M0	
	IIB	T2 N1 M0 T3 N0 M0	
	IIIA	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	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
MESOTELIOMA PLEURAL C38.4	IA	T1a N0 M0	
	IB	T1b N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 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	

Quadro 19 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos dos ossos e das partes moles segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DOS OSSOS E DE PARTES MOLES		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Ossos e Partes moles		
<p>ATENÇÃO: Para tumores ósseos, o TNM é aplicável a todos os tumores malignos primários de ossos, exceto linfomas, mielomas múltiplos, osteossarcoma de superfície justacortical e condrossarcoma justacortical, carcinomas do pulmão e ao mesotelioma maligno da pleura.</p> <p>Para tumores de partes moles, o TNM é aplicável a todos os tumores, exceto para o Sarcoma de Kaposi, dermatofibrossarcoma, fibromatose e sarcomas originados na duramater, no cérebro, em vísceras ocas ou em órgãos parenquimatosos (exceto os de mama) e para o angiossarcoma.</p> <p>O estadiamento dos sarcomas ósseos e de partes moles tem por base uma classificação de referência para gradação histológica, com dois níveis (baixo e alto grau). Se forem usados sistemas diferentes de classificação, é necessário fazer a conversão, de acordo com a tabela da página 118 do TNM – 6ª edição.</p>		
T Exame físico ou diagnóstico por imagem	TX	O tumor não pode ser avaliado.
	T0	Não há evidência do tumor primário.
	T1	Ossos – Tumor com 8 cm ou menos em sua maior dimensão. Partes Moles – Tumor com 5 cm ou menos em sua maior dimensão. T1a – Tumor superficial. T1b – Tumor profundo.
	T2	Ossos – Tumor com mais de 8 cm em sua maior dimensão Partes Moles – Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão. T2a – Tumor superficial. T2b – Tumor profundo.
	T3	Ossos – Tumor descontínuo na localização óssea primária.
N Exame físico ou diagnóstico por imagem	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	N1	Metástase em linfonodos regionais.

TUMORES DOS OSSOS E DE PARTES MOLES			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Ossos e Partes moles			
M Exame físico ou diagnóstico por imagem	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.	
	M0	Ausência de metástase a distância.	
	M1	Ossos – Metástase a distância M1a – Pulmão M1b – Outras localizações distantes. Partes Moles – Metástase a distância.	
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
OSSOS C40 C41	IA	T1 N0 M0 Baixo grau T1 NX M0 Baixo grau	
	IB	T2 N0 M0 Baixo grau T2 NX M0 Baixo grau	
	IIA	T1 N0 M0 Alto grau T1 NX M0 Alto grau	
	IIB	T2 N0 M0 Alto grau T2 NX M0 Alto grau	
	III	T3 N0 M0 Qualquer grau T3 NX M0 Qualquer grau	
	IVA	Qualquer T N0 M1a Qualquer grau Qualquer T NX M1a Qualquer grau	
	IVB	Qualquer T N1 Qualquer M Qualquer grau Qualquer T Qualquer N M1b Qualquer grau	

TUMORES DOS OSSOS E DE PARTES MOLES			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Ossos e Partes moles			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
PARTES MOLES C38.1 C38.2 C47 C48 C49	IA	T1a N0 M0 Baixo grau T1a NX M0 Baixo grau T1b N0 M0 Baixo grau T1b NX M0 Baixo grau	
	IB	T2a N0 M0 Baixo grau T2a NX M0 Baixo grau T2b N0 M0 Baixo grau T2b NX M0 Baixo grau	
	IIA	T1a N0 M0 Alto grau T1a NX M0 Alto grau T1b N0 M0 Alto grau T1b NX M0 Alto grau	
	IIB	T2a N0 M0 Alto grau T2a NX M0 Alto grau	
	III	T2b N0 M0 Alto grau T2b NX M0 Alto grau	
	IV	Qualquer T N1 M0 Qualquer grau Qualquer T Qualquer N M1 Qualquer grau	

Quadro 20 – Quadro-resumo da classificação de tumores de pele segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DE PELE		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Carcinoma de Pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis) e Melanoma Maligno da Pele.</p> <p>ATENÇÃO: Para tumores de pele, o TNM é aplicável aos carcinomas e aos melanomas.</p> <p>Para os melanomas, não existe avaliação clínica do T. Ela é obrigatoriamente realizada após a exérese do tumor (pT).</p> <p>Na avaliação do pN, se a avaliação dos linfonodos provenientes de esvaziamento ganglionar for negativa, mesmo que o número de linfonodos usualmente examinado não tenha sido encontrado, classifica-se como pN0.</p>		
<p>T</p> <p>Exame físico ou diagnóstico por imagem</p>	TX	Carcinoma de Pele – O tumor não pode ser avaliado.
	T0	Carcinoma de Pele – Não há evidência do tumor primário.
	Tis	Carcinoma de Pele – Carcinoma <i>in situ</i> .
	T1	Carcinoma de Pele – Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.
	T2	Carcinoma de Pele – Tumor com mais de 2 cm até 5 cm em sua maior dimensão.
	T3	Carcinoma de Pele – Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão.
	T4	Carcinoma de Pele – Tumor que invade estruturas extradérmicas profundas.
	pTX	Melanoma – O tumor primário não pode ser avaliado.
	pT0	Melanoma – Não há evidência do tumor primário.
	pTis	Melanoma – Melanoma <i>in situ</i> (nível I de Clark).
	pT1	Melanoma – tumor com 1 mm ou menos de espessura. pT1a – nível II ou III de Clark, sem ulceração. pT1b – nível IV ou V de Clark ou com ulceração.

TUMORES DE PELE		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Carcinoma de Pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis) e Melanoma Maligno da Pele.		
	pT2	Melanoma – tumor com mais de 1 mm até 2 mm de espessura. pT2a – sem ulceração. pT2b – com ulceração.
	pT3	Melanoma – tumor com mais de 2 mm até 4 mm de espessura. pT3a – sem ulceração. pT3b – com ulceração.
	pT4	Melanoma – tumor com mais de 4 mm de espessura. pT4a – sem ulceração. pT4b – com ulceração.
N Exame físico ou diagnóstico por imagem.	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	N1	Metástase em linfonodos regionais. Melanomas – N1a – somente metástase microscópica (cl clinicamente oculta). N1b – metástase macroscópica (cl clinicamente aparente).
	N2	Melanomas – Metástase em dois ou três linfonodos regionais ou metástase regional intralinfática. N2a – somente metástase nodal microscópica. N2b – metástase nodal macroscópica. N2c – metástase em trânsito ou metástase satélite sem metástase nodal regional.
	N3	Melanomas – Metástase em quatro ou mais linfonodos regionais ou linfonodos regionais metastáticos confluentes, ou metástase satélite ou em trânsito com metástase em linfonodo(s) regional(ais).
M Exame físico ou diagnóstico por imagem.	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase a distância.
	M1	Metástase a distância. Melanoma – M1a – Pele, tecido subcutâneo ou linfonodo(s), além dos linfonodos regionais. M1b – Pulmão. M1c – Outras localizações ou qualquer localização com desidrogenase Láctea (LDH) sérica elevada.

TUMORES DE PELE		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Carcinoma de Pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis) e Melanoma Maligno da Pele.		
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.
pT Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pTX	Melanoma Maligno da Pele – O tumor primário não pode ser avaliado.
	pT0	Melanoma Maligno da Pele – Não há evidência do tumor primário.
	pTis	Melanoma Maligno da Pele – Melanoma <i>in situ</i> (nível I de Clark).
	pT1	Melanoma Maligno da Pele – Tumor com 1 mm ou menos de espessura. pT1a – nível II ou III de Clark, sem ulceração. pT1b – nível IV ou V de Clark ou com ulceração.
	pT2	Melanoma Maligno da Pele – Tumor com mais de 1 mm até 2 mm de espessura. pT2a – sem ulceração. PT2b – com ulceração.
	pT3	Melanoma Maligno da Pele – Tumor com mais de 2 mm até 4 mm de espessura. pT3a – sem ulceração. PT3b – com ulceração.
	pT4	Melanoma Maligno da Pele – Tumor com mais de 4 mm de espessura. pT4a – sem ulceração. PT4b – com ulceração.
pN Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pN0	Carcinoma de Pele e Melanoma Maligno da Pele – O exame histológico do espécime de linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos.
pM Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pM	As categorias pM correspondem às categorias M.

TUMORES DE PELE			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Carcinoma de Pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis) e Melanoma Maligno da Pele.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
CARCINOMA DE PELE (exclui pálpebra, vulva e pênis) C44.0 C44.2 C44.3 C44.4 C44.5 C44.6 C44.7 C44.8 C44.9 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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
MELANOMA MALIGNO DE PELE C44 C51.0 C60.9 C63.2	0	pTis N0 M0	
	I	pT1 N0 M0	
	IA	pT1a N0 M0	
	IB	pT1b N0 M0 pT2a N0 M0	
	IIA	pT2a N0 M0 pT3a N0 M0	
	IIB	pT3b N0 M0 pT4a N0 M0	
	IIC	pT4b N0 M0	
	III	Qualquer pT N1 M0 Qualquer pT N2 M0 Qualquer pT N3 M0	
	IIIA	pT1a N1a M0 pT1a N2a M0 pT2a N1a M0 pT2a N2a M0 pT3a N1a M0 pT3a N2a M0 pT4a N1a M0 pT4a N2a M0	

TUMORES DE PELE			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Carcinoma de Pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis) e Melanoma Maligno da Pele.			
	IIIB	pT1a N1b M0 pT1a N2b M0 pT1a N2c M0 pT2a N1b M0 pT2a N2b M0 pT2a N2c M0 pT3a N1b M0 pT3a N2b M0 pT3a N2c M0 pT4a N1b M0 pT4a N2b M0 pT4a N2c M0 pT1b N1b M0 pT1b N2b M0 pT1b N2c M0 pT2b N1b M0 pT2b N2b M0 pT2b N2c M0 pT3b N1b M0 pT3b N2b M0 pT3b N2c M0 pT4b N1b M0 pT4b N2b M0 pT4b N2c M0	
	IIIC	pT1b N1b M0 pT1a N2b M0 pT2b N1b M0 pT2b N2b M0 pT3b N1b M0 pT3b N2b M0 pT4b N1b M0 pT4b N2b M0 Qualquer pT N3 M0	
	IV	Qualquer pT Qualquer N M1	

Quadro 21 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos de mama segundo o TNM 6ª edição

TUMORES DE MAMA		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável apenas aos carcinomas, tanto da mama feminina, quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.</p> <p>ATENÇÃO: <i>Os cânceres de mama, bilaterais e simultâneos devem ser classificados independentemente.</i></p>		
<p>T Exame físico ou diagnóstico por imagem (inclusive a mamografia)</p>	TX	O tumor não pode ser avaliado.
	T0	Não há evidência do tumor primário.
	Tis	Carcinoma <i>in situ</i> e Paget – Doença de Paget do mamilo sem tumor de mama.
	T1	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. T1a – com mais de 0,1 cm até 0,5 cm em sua maior dimensão. T1b – com mais de 0,5 cm até 1 cm em sua maior dimensão. T1c – com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão.
	T2	Tumor com mais de 2 cm até 5 cm em sua maior dimensão.
	T3	Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão.
	T4	Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a e T4b . T4a – Extensão à parede torácica. T4b – edema (inclusive aspecto em casca de laranja) ou ulceração da pele da mama ou nódulos cutâneos satélites confinados à mesma mama. T4c – Ambos (T4a e T4c). T4d – Carcinoma inflamatório.

TUMORES DE MAMA		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável apenas aos carcinomas, tanto da mama feminina, quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.		
N Exame físico ou diagnóstico por imagem (inclusive a mamografia)	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	N1	Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(ais), móvel(eis).
	N2	Metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es). N2a – metástase em linfonodo(s) axilar(es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas. N2b – metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es).
	N3	Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es); ou clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es); ou metástase em linfonodo(s) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s). N3a – Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es). N3b – Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilar(es). N3c – Metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es).
M Exame físico ou diagnóstico por imagem (inclusive a mamografia)	MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase a distância.
	M1	Metástase a distância.

TUMORES DE MAMA		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável apenas aos carcinomas, tanto da mama feminina, quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.		
pTNM		As categorias pT correspondem às categorias T. Na classificação do pN é requerido o exame histológico de, pelo menos, linfonodos axilares inferiores (nível I), que incluirá geralmente 6 ou mais linfonodos.
pT Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pT	As categorias pT correspondem às categorias T.
pN Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pNX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (não removidos para estudo ou previamente removidos).
	pN0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
	pN1	Metástase em 1 a 3 linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), e/ou linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is) com metástase microscópica detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente.
	pN2	Metástase em 4 a 9 linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), e/ou linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is) com metástase clinicamente aparente, na ausência de metástase em linfonodos axilares.
	pN3	Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares homolaterais; ou em linfonodos infraclaviculares homolaterais; ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de um ou mais linfonodos axilares positivos; ou em mais de 3 linfonodos axilares clinicamente negativos, metástase microscópica em linfonodos mamários internos; ou em linfonodos supraclaviculares homolaterais.

TUMORES DE MAMA			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável apenas aos carcinomas, tanto da mama feminina, quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.			
pM Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pM	As categorias pM correspondem às categorias M.	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
MAMA C50	0	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	IIA	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0	
	IIB	T2 N1 M0 T3 N0 M0	
	IIIA	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0	
	IIIB	T4 Qualquer N M0	
	IIIC	Qualquer T N3 M0	
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	

TUMORES GINECOLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.</p> <p>ATENÇÃO: <i>As definições das categorias T, N e M correspondem aos estadiamentos da FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.</i></p> <p><i>Tumor encontrado na vagina que se estendeu à porção vaginal e atinge o orifício externo do colo do útero é classificado como carcinoma do colo do útero. Do mesmo modo, um tumor comprometendo a vulva é classificado como carcinoma de vulva.</i></p> <p><i>Para os tumores Trofoblásticos Gestacionais, o N não se aplica, não existem as categorias T1s, T3 e T4. São consideradas as categorias de risco (idade, tipo de antecedentes gravídicos, intervalo de indicador de gravidez, HCG pré-tratamento, diâmetro do maior tumor, localização e número de metástases e antecedentes de tratamento), às quais são atribuídas pontuações, cujo somatório define o escore prognóstico. Vide página 183 e 184 do TNM-6ª edição.</i></p>		
T Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem macroscó- picamente.	TX	O tumor não pode ser avaliado
	T0	Não há evidência do tumor primário
	Tis	Vulva, Vagina, Colo do Útero e Trompa de Falópio – Carcinoma <i>in situ</i> (carcinoma pré-invasivo).

TUMORES GINECOLÓGICOS

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.

	T1	<p>Vulva – Tumor confinado à vulva, ou à vulva e períneo, com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. T1a – com invasão estromal até 1 mm. T1b – com invasão estromal maior que 1 mm.</p> <p>Vagina – Tumor confinado à vagina.</p> <p>Colo do Útero – Carcinoma do cérvix confinado ao útero (desconsiderando a extensão ao corpo do útero). T1a – Carcinoma invasivo, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente. T1b – Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica invadindo o estroma com mais de 5 mm em profundidade e extensão horizontal de mais de 7 mm.</p> <p>Corpo do Útero – Tumor confinado ao corpo do útero. T1a – Tumor confinado ao endométrio. T1b – Tumor que invade menos que a metade do miométrio. T1c – Tumor que invade a metade ou mais da metade do miométrio.</p> <p>Ovário – Tumor limitado aos ovários. T1a – Tumor limitado a um ovário; cápsula intacta, sem tumor na superfície ovariana; sem células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais. T1b – Tumor limitado a ambos os ovários; cápsula intacta, sem tumor nas superfícies ovarianas; sem células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais. T1c – Tumor limitado a um ou ambos os ovários, com qualquer um dos seguintes achados: cápsula rompida, tumor na superfície ovariana, células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais.</p> <p>Trompa de Falópio – Tumor confinado às Trompas de Falópio. T1a – Tumor limitado a uma trompa, sem penetrar a superfície serosa. T1b – Tumor limitado a ambas as Trompas, com extensão para a serosa tubária ou invasão desta, ou com células malignas em líquido ascítico ou em lavado peritoneais. T1c – Tumor que envolve uma ou ambas as trompas, com extensão pélvica.</p> <p>Tumores Trofoblásticos Gestacionais – Tumor confinado ao útero.</p>
--	----	--

TUMORES GINECOLÓGICOS

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.

	T2	<p>Vulva – Tumor confinado à vulva, ou à vulva e períneo, com mais de 2 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Vagina – Tumor que invade os tecidos paravaginais, mas não se estende à parede pélvica.</p> <p>Colo do Útero – Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina.</p> <p>Corpo do Útero – Tumor que invade o colo uterino, mas não se estende além do útero. T2a – Somente envolvimento endocervical glandular. T2b – Invasão cervical estromal.</p> <p>Ovário – Tumor que envolve um ou ambos os ovários, com extensão pélvica. T2a – Extensão e/ou implantes no útero e/ou trompa(s); sem células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais. T2b – Extensão para outros tecidos pélvicos; sem células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais. T2c – Extensão pélvica (2a ou 2b), com células malignas em líquido ascítico ou em lavados peritoneais.</p> <p>Trompa de Falópio – Tumor confinado uma ou ambas as Trompas de Falópio, com extensão pélvica. T2a – Extensão e/ou metástase para o útero e/ou ovários(s). T2b – Extensão a outras estruturas pélvicas. T2c – Extensão pélvica (2a ou 2b) com células malignas em líquido ascítico em lavados peritoneais.</p> <p>Tumores Trofoblásticos Gestacionais – Tumor que se estende, por metástase ou extensão direta, a outras estruturas genitais: vagina, ovário, ligamento largo e trompa de Falópio.</p>
--	----	--

TUMORES GINECOLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.</p>		
T3		<p>Vulva – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: uretra inferior, vagina, ânus.</p> <p>Vagina – Tumor que se estende à parede pélvica.</p> <p>Colo do Útero – Tumor que se estende à parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina ou causa hidronefrose ou exclusão renal.</p> <p>Corpo do Útero – Tumor com disseminação local e/ou regional, como especificado a seguir: T3a – Tumor que compromete a serosa e/ou os anexos (extensão direta ou metástase) e/ou presença de células malignas em líquido ascítico ou lavado peritoneais. T3b – Comprometimento vaginal (extensão direta ou metástase). T3c – Metástase em linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos.</p> <p>Ovário – Tumor que envolve um ou ambos os ovários, com metástase peritoneal fora da pélvis, confirmada microscopicamente, e/ou metástase em linfonodo regional. T3a – Metástase peritoneal microscópica, além da pélvis. T3b – Metástase peritoneal macroscópica, além da pélvis, com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. T3c – Metástase peritoneal, além da pélvis, com mais de 2 cm em sua maior dimensão, e/ou metástase em linfonodo regional.</p> <p>Trompa de Falópio – Tumor que envolve uma ou ambas as trompas, com implantes peritoneais fora da pélvis e/ou linfonodos regionais positivos. T3a – Metástase peritoneal microscópica fora da pélvis. T3b – Metástase peritoneal macroscópica fora da pélvis com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. T3c – Metástase peritoneal com mais de 2 cm em sua maior dimensão e/ou linfonodos regionais positivos.</p>

TUMORES GINECOLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.</p>		
	T4	<p>Vulva – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: mucosa vesical, mucosa retal, uretra superior, ou tumor fixo ao osso púbico.</p> <p>Vagina – Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, e/ou que se estende além da pélvis verdadeira.</p> <p>Colo do Útero – Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira.</p> <p>Corpo do Útero – T4a – Tumor que invade a mucosa vesical e/ou intestinal. T4b – Metástase a distância (excluindo metástase para a vagina, serosa pélvica ou anexos).</p> <p>Ovário e Trompas de Falópio – Metástase a distância (exclui metástase peritoneal).</p>
N Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodo regional.
	N1	Vulva – Metástase em linfonodo regional unilateral Vagina, Colo do Útero, Corpo do Útero, Ovário e Trompas de Falópio – Metástase em linfonodo regional
	N2	Vulva – Metástase em linfonodo regional bilateral.

TUMORES GINECOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.		
M Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem não pode ser avaliada.	MX	A presença de metástase à distância
	M0	Ausência de metástase à distância.
	M1	Vulva – Metástase à distância (incluindo metástase em linfonodo pélvico). Vagina, Colo do Útero, Corpo do Útero, Ovário e Trompas de Falópio – Metástase à distância. Tumores Trofoblásticos Gestacionais – M1a – Metástase para pulmão(ões). M1b – Outra metástase à distância.
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.
pT Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pT	As categorias pT correspondem às categorias T.
pN Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pN0	Vulva - O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia inguinal incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos. Vagina - O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia inguinal incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos; o espécime de uma linfadenectomia pélvica incluirá geralmente 10 ou mais linfonodos. Colo de Útero, Corpo do Útero, Ovário, Trompa de Falópio - O exame histológico do espécime de uma linfadenectomia pélvica incluirá, geralmente, 10 ou mais linfonodos. Tumores Trofoblásticos Gestacionais – O pN não se aplica.

TUMORES GINECOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.			
pM Exame físico, diagnóstico por imagem e exame histológico	pM	As categorias pM correspondem às categorias M.	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
VULVA C51 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	I	T1 N0 M0	I
	IA	T1a N0 M0	IA
	IB	T1b N0 M0	IB
	II	T2 N0 M0	II
	III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0	III
	IVA	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4 Qualquer N M0	IV IVA (N2 bilateral)
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB

TUMORES GINECOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
VAGINA C52 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	I	T1 N0 M0	I
	II	T2 N0 M0	II
	III	T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0	III
	IVA	T4 Qualquer N M0	IVA
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
COLO DO ÚTERO C53 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1a N0 M0	IA
	IA1	T1a1 N0 M0	IA1
	IA2	T1a2 N0 M0	IA2
	IB	T1b N0 M0	IB
	IB1	T1b1 N0 M0	IB1
	IB2	T1b2 N0 M0	IB2
	IIA	T2a N0 M0	IIA
	IIB	T2b N0 M0	IIB
	IIIA	T3a N0 M0	IIIA
	IIIB	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3a N1 M0 T3b Qualquer N M0	IIIB
	IVA	T4 Qualquer N M0	IVA
	IVB	Qualquer T Qualquer N M1	IVB

TUMORES GINECOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
CORPO DO ÚTERO C54 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1a N0 M0	IA
	IB	T1b N0 M0	IB
	IC	T1c N0 M0	IC
	IIA	T2a N0 M0	IIA
	IIB	T2b N0 M0	IIB
	IIIA	T3a N0 M0	IIIA
	IIIB	T3b 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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
OVÁRIO C56 (compatível com a FIGO)	IA	T1a N0 M0	IA
	IB	T1b N0 M0	IB
	IC	T1c N0 M0	IC
	IIA	T2a N0 M0	IIA
	IIB	T2b N0 M0	IIB
	IIC	T2c N0 M0	IIC
	IIIA	T3a N0 M0	IIIA
	IIIB	T3b N0 M0	IIIB
	IIIC	T3c N0 M0 Qualquer T N1 M0	IIIC
	IV	Qualquer T Qualquer N M1	IV

TUMORES GINECOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável às seguintes topografias: Vulva (somente para carcinomas primários da vulva), Vagina (aplicável para carcinomas primários), Colo do Útero (somente para carcinomas), Corpo do Útero (aplicável para carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (para tumores estroma-epiteliais superficiais malignos, incluindo os de malignidade limítrofe ou de baixo potencial de malignidade que correspondem aos tumores epiteliais comuns), Trompa de Falópio (aplica-se aos carcinomas) e Tumores Trofoblásticos Gestacionais, aos carcinomas, tanto da mama feminina quanto da masculina. Os carcinomas da pele da mama devem ser classificados como tumores de pele.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	FIGO
TROMPA DE FALÓPIO C57.0 (compatível com a FIGO)	0	Tis N0 M0	0
	IA	T1a N0 M0	IA
	IB	T1b N0 M0	IB
	IC	T1c N0 M0	IC
	IIA	T2a N0 M0	IIA
	IIB	T2b N0 M0	IIB
	IIC	T2c N0 M0	IIC
	IIIA	T3a N0 M0	IIIA
	IIIB	T3b N0 M0	IIIB
	IIIC	T3c N0 M0 Qualquer T N1 M0	IIIC
IV	Qualquer T Qualquer N M1	IV	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	Fator de Risco
TUMORES TROFOBLÁSTICOS GESTACIONAIS C58.9 (compatível com a FIGO)	I	T1 M0	Desconhec.
	IA	T1 M0	Baixo
	IB	T1 M0	Alto
	II	T2 M0	Desconhec.
	IIA	T2 M0	Baixo
	IIB	T2 M0	Alto
	III	Qualquer T M1a	Desconhec.
	IIIA	Qualquer T M1a	Baixo
	IIIB	Qualquer T M1a	Alto
	IV	Qualquer T M1b	Desconhec.
	IVA	Qualquer T M1b	Baixo
	IVB	Qualquer T M1b	Alto

Quadro 23 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos urológicos segundo o TNM 6ª edição

TUMORES UROLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.</p> <p>ATENÇÃO: <i>O carcinoma de células transicionais da próstata é classificado como tumor uretral.</i> <i>Para tumores de testículo, o estadiamento tem por base a determinação da extensão anatômica e a avaliação dos marcadores tumorais séricos.</i> <i>O papiloma de pelve, do ureter e da bexiga não são classificados pelo TNM.</i></p>		
T Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	TX	O tumor primário não pode ser avaliado Testículo – A extensão do tumor primário é classificada após a orquiectomia radical (pT). Usa-se TX.
	T0	Não há evidência do tumor primário.
	Tis	Pênis, Pelve Renal, Ureter e Uretra (masculina e feminina) – Carcinoma <i>in situ</i> . Bexiga – Carcinoma <i>in situ</i> : “tumor plano”.
	Ta	Pênis – Carcinoma verrucoso não invasivo. Pelve Renal, Ureter e Bexiga – Carcinoma papilífero não invasivo. Uretra (masculina e feminina) – Carcinoma papilar não invasivo, polipoide ou verrucoso.

TUMORES UROLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.</p>		
	T1	<p>Pênis, Bexiga, Uretra (masculina e feminina) e carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Tumor que invade o tecido conjuntivo subepitelial.</p> <p>Próstata – Tumor não diagnosticado clinicamente, não palpável ou visível por meio de exame de imagem. T1a – Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado. T1b – Achado histológico incidental em mais de 5% de tecido ressecado. T1c – Tumor identificado por biópsia por agulha.</p> <p>Rim – Tumor com 7 cm ou menos em sua maior dimensão, limitado ao rim. T1a – Tumor com 4 cm ou menos. T1b – Tumor com mais de 4 cm até 7 cm.</p> <p>Pelve Renal e Ureter – Tumor que invade o tecido subepitelial.</p> <p>Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Tumor que invade o tecido conjuntivo subepitelial.</p>

TUMORES UROLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.</p>		
	T2	<p>Pênis – Tumor que invade o corpo esponjoso ou cavernoso.</p> <p>Próstata – Tumor confinado à próstata. T2a – Tumor que envolve uma metade de um dos lobos ou menos. T2b – Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos. T2c – Tumor que envolve ambos os lobos.</p> <p>Rim – Tumor com mais de 7 cm ou menos em sua maior dimensão, limitado ao rim.</p> <p>Pelve Renal e Ureter – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: estroma prostático, corpo esponjoso ou músculo periuretral.</p> <p>Bexiga – Tumor que invade músculo. T2a – Tumor que invade a musculatura superficial (metade interna) T2b – Tumor que invade a musculatura profunda (metade externa).</p> <p>Uretra (masculina e feminina) – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: corpo esponjoso, próstata, músculo periuretral.</p> <p>Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: estroma prostático, corpo esponjoso ou músculo periuretral.</p>

TUMORES UROLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.</p>		
	T3	<p>Pênis – Tumor que invade a uretra ou a próstata.</p> <p>Próstata – Tumor que se estende através da cápsula prostática. T3a – Extensão extracapsular (uni ou bilateral). T3b – Tumor que invade vesícula(s) seminal(ais).</p> <p>Rim – Tumor que se estende às grandes veias ou que invade diretamente a suprarrenal ou os tecidos peri-renais, porém aquém da fáscia de Gerota. T3a – Tumor que invade a suprarrenal ou os tecidos peri-renais, porém aquém da fáscia de Gerota. T3b – Extensão macroscópica do tumor à(s) veia(s) renal(is) ou à veia cava, ou à sua parede, abaixo do diafragma. T3c – Extensão macroscópica do tumor à veia cava, ou à sua parede, acima do diafragma.</p> <p>Pelve Renal – Tumor que invade além da musculatura e alcança a gordura peri-pélvica ou o parênquima renal.</p> <p>Ureter – Tumor que invade além da musculatura e alcança a gordura periureteral.</p> <p>Bexiga – Tumor que invade tecido perivesical. T3a – Microscopicamente. T3b – Macroscopicamente (massa extravésical).</p> <p>Uretra (masculina e feminina) – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: corpo cavernoso, além da cápsula prostática, vagina anterior, colo vesical.</p> <p>Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: corpo cavernoso, além da cápsula prostática, colo vesical (extensão extraprostática).</p>

TUMORES UROLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.		
	T4	<p>Pênis – Tumor que invade outras estruturas adjacentes.</p> <p>Próstata – Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus ou parede pélvica.</p> <p>Rim – Tumor que invade diretamente além da fáscia de Gerota.</p> <p>Pelve Renal e Ureter – Tumor que invade os órgãos adjacentes ou, através do rim, a gordura peri-renal.</p> <p>Bexiga – Tumor que invade qualquer uma das seguintes estruturas: próstata, útero, vagina, parede pélvica ou parede abdominal.</p> <p>T4a – Tumor que invade próstata, útero ou vagina. T4b – Tumor que invade parede pélvica ou parede abdominal.</p> <p>Uretra (masculina e feminina) e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Tumor que invade outros órgãos adjacentes.</p>
N Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodo regional.
	N1	<p>Pênis – Metástase em um único linfonodo inguinal superficial.</p> <p>Próstata e Rim – Metástase em linfonodo regional.</p> <p>Testículo – Metástase em massa linfonodal com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, ou linfonodos múltiplos, nenhum com mais de 2 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Pelve Renal, Ureter, Bexiga e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Metástase em um único linfonodo, com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.</p>

TUMORES UROLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.		
	N2	<p>Pênis – Metástase em linfonodos inguinais superficiais múltiplos ou bilaterais.</p> <p>Testículo – Metástase em massa linfonodal com mais de 2 cm até 5 cm em sua maior dimensão, ou linfonodos múltiplos, qualquer um com massa maior de 2 cm, até 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Rim – Metástase em mais de um linfonodo regional.</p> <p>Pelve Renal, Ureter, Bexiga – Metástase em um único linfonodo, com mais de 2 cm até 5 cm em sua maior dimensão, ou em múltiplos linfonodos, nenhum com mais de 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Metástase em um único linfonodo, com mais de 2 cm em sua maior dimensão, ou em múltiplos linfonodos</p>
	N3	<p>Pênis – Metástase em linfonodo(s) inguinal(ais) profundo(s) ou pélvico(s), uni ou bilaterais.</p> <p>Testículo – Metástase em massa linfonodal com mais de 5 cm em sua maior dimensão.</p> <p>Pelve Renal, Ureter e Bexiga – Metástase em linfonodo com mais de 5 cm em sua maior dimensão.</p>

TUMORES UROLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.		
M Exame físico, endoscopia e diagnóstico por imagem	MX	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase à distância.
	M1	Pênis, Rim, Pelve Renal, Ureter, Bexiga e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Metástase à distância. Próstata – Metástase à distância. M1a – Linfonodo(s) não regional(ais). M1b – Osso(s). M1c – Outra(s) localização(ões) Testículo – Metástase à distância. M1a – Metástase em Linfonodo não regional ou metástase pulmonar. M1b – Metástase a distância para outras localizações.
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M, exceto para as categorias especificadas.
pT Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	pTX	Testículo – O tumor primário não pode ser avaliado.
	pT0	Testículo – Não há evidência de tumor primário.
	pTis	Testículo – Neoplasia de células germinativas intratubular.
	pT1	Testículo – Tumor limitado ao testículo e epidídimo sem invasão vascular/linfática; o tumor pode invadir a túnica albugínea, mas não a túnica vaginalis.
	pT2	Testículo – Tumor limitado ao testículo e epidídimo com invasão vascular/linfática, ou tumor que se estende através da túnica albugínea com envolvimento da túnica vaginalis.
	pT3	Testículo – Tumor que invade o cordão espermático com ou sem invasão vascular/linfática.
	pT4	Testículo – Tumor que invade o escroto com ou sem invasão vascular/linfática.

TUMORES UROLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.		
pN Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	pNX	Testículo – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	pN0	Testículo – Ausência de metástase em linfonodo regional. Rim – O exame histopatológico de um espécime de linfadenectomia regional incluirá, geralmente, 8 ou mais linfonodos.
	pN1	Testículo – Metástase em massa de linfonodos com 2 cm ou menos em sua maior dimensão e 5 ou menos linfonodos positivos, nenhum com mais de 2 cm em sua maior dimensão.
	pN2	Testículo – Metástase em massa de linfonodos com 2 cm ou mais até 5 cm em sua maior dimensão; ou mais de 5 linfonodos positivos, nenhum com mais de 5 cm; ou evidência de extensão tumoral extranodal.
	pN3	Testículo – Metástase em massa de linfonodos com mais de 5 cm em sua maior dimensão.
pM Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	pMX	Testículo – A categoria pM corresponde à categoria M.

TUMORES UROLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.		
Graduação Histológica	GX	O grau de diferenciação não pode ser avaliado.
	G1	Pênis, Rim, Pelve Renal, Ureter, Bexiga e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Bem diferenciado. Próstata – Bem diferenciado (anaplasia discreta) (Gleason 2-4)
	G2	Pênis, Rim, Pelve Renal, Ureter, Bexiga e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Moderadamente diferenciado Próstata – Moderadamente diferenciado (anaplasia moderada) (Gleason 5-6)
	G3-4	Pênis, Rim, Pelve Renal, Ureter, Bexiga e Carcinoma de células transicionais da próstata (uretra prostática) – Pouco diferenciado/indiferenciado Próstata – Pouco diferenciado/indiferenciado (anaplasia acentuada) (Gleason 7-10)
Marcadores Séricos (para Testículo)	SX	Os marcadores tumorais séricos não estão disponíveis ou não foram realizados.
	S0	Marcadores tumorais séricos dentro dos limites normais.
	S1	DHL < 1,5 x N e HCG (mUI/ml) < 5.000 e AFP (ng/ml) < 1.000
	S2	DHL 1,5 - 10 x N ou HCG (mUI/ml) 5.000 – 50.000 ou AFP (ng/ml) 1.000 – 10.000
	S3	DHL > 10 x N ou HCG (mUI/ml) > 50.000 ou AFP (ng/ml) > 10.000

TUMORES UROLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª 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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
PRÓSTATA C61 (aplicável somente para adenocarcinomas)	I	T1a N0 M0 G1	A1 A2
	II	T1a N0 M0 G2 T1a N0 M0 G3-4 T1b N0 M0 Qualquer G T1c N0 M0 Qualquer G T1 N0 M0 Qualquer G T2 N0 M0 Qualquer G	B1 B2
	III	T3 N0 M0 Qualquer G	C1 C2
	IV	T4 N0 M0 Qualquer G Qualquer T N1 M0 Qualquer G Qualquer T Qualquer N M1 Qualquer G	D0 D1 D2

TUMORES UROLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	MARCADOR
TESTÍCULO C62 (aplica-se somente aos tumores de células germinativas)	0	pTis N0 M0	S0, SX
	I	pT1 N0 M0 pT2 N0 M0 pT3 N0 M0 pT4 N0 M0	SX
	IA	pT1 N0 M0	S0
	IB	pT2 N0 M0	S0
		pT3 N0 M0 pT4 N0 M0	S0 S0
	IS	Qualquer pT N0 M0	S1, S2, S3
		Qualquer pTX N0 M0	S1, S2, S3
	II	pTX N1 M0	SX
		pTX N2 M0	SX
		p TX N3 M0	SX
	IIA	pT N1 M0	S0
		pT N1 M0	S1
		pTX N1 M0	S0
pTX N1 M0		S1	
IIB	pT N2 M0	S0	
	pT N2 M0	S1	
	pTX N2 M0	S0	
	pTX N2 M0	S1	
IIC	Qualquer pT N3 M0	S0	
	Qualquer pT N3 M0	S1	
	Qualquer pTX N3 M0	S0	
	Qualquer pTX N3 M0	S1	
III	Qualquer pT Qualquer N M1	SX SX	
	Qualquer pT Qualquer N M1a		
	Qualquer pTX	SX	
	Qualquer N M1	SX	
	Qualquer pTX	SX SX	
	Qualquer N M1a		

TUMORES UROLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.			
	III A	Qualquer pT Qualquer N M1 Qualquer pT Qualquer N M1a Qualquer pTX Qualquer N M1 Qualquer pT Qualquer N M1a Qualquer pTX Qualquer N M1 Qualquer pTX Qualquer N M1a Qualquer pT Qualquer N M1 Qualquer pT Qualquer N M1a	S0 S0 S0 S0 S1 S1 S1 S1
	III B	Qualquer pT N1 M0 Qualquer pT N2 M0 Qualquer pT N3 M0 Qualquer pTX N1 M0 Qualquer pTX N2 M0 Qualquer pTX N3 M0 Qualquer pT Qualquer N M1 Qualquer pTX Qualquer N M1a	S2 S2 S2 S2 S2 S2 S2 S2
	III C	Qualquer pT N1 M0 Qualquer pT N2 M0 Qualquer pT N3 M0 Qualquer pTX N1 M0 Qualquer pTX N2 M0 Qualquer pTX N3 M0 Qualquer pT Qualquer N M1 Qualquer pTX Qualquer N M1a Qualquer pT Qualquer N M1b Qualquer pTX Qualquer N M1b	S3 S3 S3 S3 S3 S3 S3 S3 Qualquer S Qualquer S

TUMORES UROLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
RIM C64 (aplicável ao carcinoma de células renais)	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-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª 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	

TUMORES UROLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável exclusivamente aos seguintes tipos histológicos nas topografias especificadas: Carcinomas de Pênis, Adenocarcinomas e Carcinomas de células transicionais da Próstata, Tumores de células germinativas dos Testículos, Carcinomas de células Renais, Carcinomas de Pelve Renal e do Ureter, Carcinomas da Bexiga e Carcinomas da Uretra.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
BEXIGA C67 (aplicável somente para carcinoma)	0a	Ta N0 M0	
	0is	Tis N0 M0	
	I	T1 N0 M0	
	II	T2a N0 M0 T2b N0 M0	
	III	T3a N0 M0 T3b N0 M0 T4a N0 M0	
	IV	T4b N0 M0 Qualquer T N1 M0 Qualquer T N2 M0 Qualquer T N3 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª 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	

Quadro 24 – Quadro-resumo da classificação de tumores malignos oftalmológicos segundo o TNM 6ª edição

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.</p> <p>ATENÇÃO: <i>Os carcinomas de pálpebra são classificados como tumor oftalmológico. O melanoma da pálpebra é classificado como os tumores cutâneos.</i></p> <p><i>Atualmente, nenhum grupamento por estádios é recomendado para os tumores de pálpebra.</i></p> <p><i>Para avaliação do T nos melanomas malignos de úvea, também podem ser utilizados os recursos diagnósticos adicionais, tais como a angiografia com fluoresceína e cintilografia.</i></p> <p><i>Para retinoblastoma bilaterais, os olhos devem ser classificados separadamente. A classificação não é aplicável a casos com regressão espontânea completa do tumor. Os exames da medula óssea e do líquido cerebrospinal podem melhorar a exatidão da avaliação do T nos retinoblastomas.</i></p>		
T Exame físico e diagnóstico por imagem	TX	O tumor não pode ser avaliado.
	T0	Não há evidência do tumor primário.
	Tis	Carcinoma <i>in situ</i> .

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
	T1	<p>Pálpebra – Tumor de qualquer tamanho, sem invasão da conjuntiva tarsal; ou tumor na margem palpebral, com 5 mm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Conjuntiva - Tumor com 5 mm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) da conjuntiva bulbar.</p> <p>Melanoma Maligno de Íris – Tumor limitado à íris. T1a – Tumor que compromete um quarto ou menos da íris. T1b – Tumor que compromete mais de um quarto da íris. T1c – Tumor com glaucoma melanomático.</p> <p>Melanoma Maligno de Corpo Ciliar e Coroide – Tumor com 10 mm ou menos em sua maior dimensão e 2,5 mm ou menos na maior altura (espessura máxima). T1a – Tumor sem extensão extraocular. T1b – com extensão extraocular microscópica. T1c – com extensão extraocular macroscópica.</p> <p>Retinoblastomas – Tumor confinado à retina. T1a – Qualquer olho em que o maior tumor mede 3 mm ou menos de altura e não existe tumor localizado a menos de 1 DD (1,5 mm) do nervo óptico ou fóvea. T1b – Todos os olhos nos quais o(s) tumor(es) estão confinados à retina, independente da localização ou tamanho (até a metade do volume do olho).</p> <p>Sarcoma de Órbita – Tumor com 15 mm ou menos em sua maior dimensão.</p> <p>Carcinoma de Glândula Lacrimal - Tumor com 2,5 cm ou menos em sua maior dimensão, limitado à glândula lacrimal.</p>

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
	T2	<p>Pálpebra – Tumor que invade a conjuntiva tarsal ou tumor na margem palpebral, com mais de 5 mm até 10 mm em sua maior dimensão.</p> <p>Conjuntiva – Tumor com mais de 5 mm em sua maior dimensão, sem invasão das estruturas adjacentes.</p> <p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) da conjuntiva bulbar com extensão córnea.</p> <p>Melanoma Maligno de Íris – Tumor confluyente ou que se estende ao corpo ciliar ou coroide. T2a – Tumor com glaucoma melanomálico.</p> <p>Melanoma Maligno de Corpo Ciliar e Coroide - Tumor com mais de 10 mm até 16 mm em seu maior diâmetro e com mais de 2,5 mm até 10 mm de espessura. T2a – sem extensão extraocular. T2b – com extensão extraocular microscópica. T2c – com extensão extraocular macroscópica.</p> <p>Retinoblastomas – Tumor com disseminação contígua aos tecidos ou espaços adjacentes (vítreo ou espaço sub-retiniano). T2a – Disseminação tumoral mínima para o vítreo e/ou espaço subretiniano. T2b – Disseminação tumoral maciça para o vítreo e/ou espaço sub-retiniano. T2c – Doença intraocular irreversível. Tumor que preenche mais de dois terços do olho ou sem possibilidade de reabilitação visual ou uma ou mais das seguintes condições estão presentes: tumor associado ao glaucoma neovascular ou do ângulo fechado; extensão do tumor ao segmento anterior; extensão do tumor ao corpo ciliar; hifema (significativo); hemorragia vítrea maciça; tumor em contato com o cristalino; ou apresentação clínica semelhante à celulite orbitária (necrose tumoral maciça).</p>

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
	T2	<p>Sarcoma de Órbita – Tumor com mais de 15 mm em sua maior dimensão sem invasão do globo ocular ou parede óssea.</p> <p>Carcinoma de Glândula Lacrimal – Tumor com mais de 2,5 cm até 5 cm em sua maior dimensão, limitado à glândula lacrimal.</p>
	T3	<p>Pálpebra – Tumor que compromete toda a espessura da pálpebra; ou tumor na margem palpebral, com mais de 10 mm em sua maior dimensão.</p> <p>Conjuntiva – Tumor que invade estruturas adjacentes, excluindo a órbita.</p> <p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) que se estende(m) ao saco conjuntival, conjuntiva palpebral ou carúncula. T3a – Tumor com extensão à esclera e glaucoma melanomalítico.</p> <p>Melanoma Maligno de Íris – Tumor com extensão à esclera.</p> <p>Melanoma Maligno de Corpo Ciliar e Coroide - Tumor com mais de 16 mm em sua maior dimensão e/ou com mais de 10 mm na maior espessura, sem extensão extraocular.</p> <p>Retinoblastomas – Invasão do nervo óptico ou revestimentos ópticos.</p> <p>Sarcoma de Órbita – Tumor de qualquer tamanho com invasão difusa dos tecidos orbitários e/ou paredes ósseas.</p> <p>Carcinoma de Glândula Lacrimal – Tumor que invade o periósteo. T3a – Tumor com 5 cm ou menos que invade o periósteo da fossa da glândula lacrimal. T3b - Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão, com invasão do periósteo.</p>

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
	T4	<p>Pálpebra – Tumor que invade estruturas adjacentes, incluindo conjuntiva bulbar, esclera/globo ocular, partes moles da órbita, invasão perineural, osso/periósteo da órbita, cavidade nasal/seios paranasais e sistema nervoso central.</p> <p>Conjuntiva – Tumor que invade a órbita com ou sem extensão adicional. T4a – Tumor que invade tecidos moles orbitários. T4b – Tumor que invade o osso. T4c – Tumor que invade os seios paranasais. T4d – Tumor que invade o cérebro.</p> <p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor que invade a pálpebra, o globo ocular, a órbita, os seios paranasais ou o sistema nervoso central.</p> <p>Melanoma Maligno de Íris – Tumor com extensão extraocular.</p> <p>Melanoma Maligno de Corpo Ciliar e Coroide - Tumor com mais de 16 mm em sua maior dimensão e/ou com mais de 10 mm na maior espessura, com extensão extraocular.</p> <p>Retinoblastomas – Tumor extraocular.</p> <p>Sarcoma de Órbita – Tumor que invade o globo ocular ou estruturas periorbitárias tais como: pálpebras, fossa temporal, cavidade nasal/seios paranasais ou sistema nervoso central.</p> <p>Carcinoma de Glândula Lacrimal – Tumor que invade partes moles da órbita, nervo óptico ou globo ocular com ou sem invasão óssea; tumor que se estende além da órbita às estruturas adjacentes, incluindo o cérebro.</p>
N Exame físico e diagnóstico por imagem	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
	N0	Ausência de metástase em linfonodo regional.
	N1	Metástase em linfonodos regionais.

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
M Exame físico e diagnóstico por imagem	MX	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada.
	M0	Ausência de metástase à distância.
	M1	Metástase à distância.
pTNM		As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M, exceto para as categorias especificadas.
pT Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	pTX	Melanoma Maligno de Conjuntiva e Retinoblastoma – O tumor primário não pode ser avaliado.
	pT0	Melanoma Maligno de Conjuntiva e Retinoblastoma – Não há evidência de tumor primário.
	pT1	Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) de conjuntiva bulbar, confinado(s) ao epitélio. Retinoblastoma – Tumor confinado à retina, vítreo ou espaço sub-retiniano. Sem invasão da coroide ou do nervo óptico.
	pT2	Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) de conjuntiva bulbar com 0,8 mm ou menos de espessura com invasão da lâmina própria. Retinoblastoma – Invasão mínima do nervo óptico ou revestimentos ópticos ou invasão focal da coroide. pT2a – Tumor que invade o nervo óptico até o nível da lâmina crivosa, sem, contudo, ultrapassá-la. pT2b – Tumor que invade focalmente a coroide. pT2c – Tumor que invade o nervo óptico até o nível da lâmina crivosa, sem, contudo, ultrapassá-la e invade focalmente a coroide.

TUMORES OFTALMOLÓGICOS		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.		
	pT3	<p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor(es) de conjuntiva bulbar com mais de 0,8 mm de espessura com invasão da lâmina própria ou tumores envolvendo a conjuntiva palpebral ou curúncula conjuntival.</p> <p>Retinoblastoma – Invasão significativa do nervo óptico ou revestimentos ópticos ou invasão maciça da coróide. pT3a – Tumor que invade o nervo óptico além do nível da lâmina crivosa, mas não até a linha de ressecção. pT3b – Tumor que invade maciçamente a coróide. pT3c – Tumor que invade o nervo óptico além da lâmina crivosa, mas não até a linha de ressecção e que invade maciçamente a coróide.</p>
	pT4	<p>Melanoma Maligno de Conjuntiva – Tumor que invade pálpebra, globo ocular, órbita, seios paranasais ou sistema nervoso central.</p> <p>Retinoblastoma – Extensão extraocular, incluindo uma das seguintes condições: invasão do nervo óptico até a linha de ressecção; invasão da órbita, através da esclera; extensão para dentro da órbita, anterior e posterior; extensão para o cérebro; extensão para o espaço subaracnoideo do nervo óptico; extensão para o ápice da órbita; extensão para o quiasma óptico, sem ultrapassá-lo e extensão para o cérebro, além do quiasma óptico.</p>
pN Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	As categorias pN correspondem às categorias N.	

TUMORES OFTALMOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.			
pM Exame físico, endoscopia, diagnóstico por imagem e histopatológico	As categorias pM correspondem às categorias M.		
Gradação histológica	GX	O grau de diferenciação não pode ser avaliado.	
	G0	Melanoma Maligno de Conjuntiva – Melanose primária adquirida.	
	G1	Bem diferenciado. Melanoma Maligno de Conjuntiva – Melanoma maligno surgindo em nevus.	
	G2	Moderadamente diferenciado. Melanoma Maligno de Conjuntiva – Melanoma maligno surgindo em melanose primária adquirida. Carcinoma de Glândula Lacrimal – inclui o carcinoma adenoide cístico sem padrão basaloide (sólido).	
	G3	Pouco diferenciado. Melanoma Maligno de Conjuntiva – Melanoma maligno surgindo de novo em uma área na qual não havia lesão pré-maligna. Carcinoma de Glândula Lacrimal – inclui o carcinoma adenoide cístico com padrão basaloide (sólido).	
	G4	Indiferenciado.	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
PÁLPEBRA C44.1	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6ª EDIÇÃO	OUTRO
CONJUNTIVA C69.0	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		

TUMORES OFTALMOLÓGICOS			
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – É aplicável aos tumores de olho e de seus anexos, incluindo os carcinomas, os melanomas, os sarcomas de partes moles e do osso e aos retinoblastomas.			
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6^a EDIÇÃO	OUTRO
MELANOMA MALIGNO DE CONJUNTIVA C69.0	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6^a EDIÇÃO	OUTRO
MELANOMA MALIGNO DE ÚVEA C69.3 C69.4 (Coroide)	I	T1 N0 M0	
	II	T2 N0 M0	
	III	T3 N0 M0 T4 N0 M0	
	IV	Qualquer T N1 M0 Qualquer T Qualquer N M1	
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6^a EDIÇÃO	OUTRO
RETINOBLASTOMA C69.2	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6^a EDIÇÃO	OUTRO
SARCOMA DE ÓRBITA C69.6	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		
CID-O/3	ESTADIAMENTO	TNM 6^a EDIÇÃO	OUTRO
CARCINOMA DE GLÂNDULA LACRIMAL C69.5	Nenhum grupamento por estádios é recomendado.		

Quadro 25 – Quadro-resumo da classificação de linfoma de Hodgkin segundo o TNM 6ª edição

LINFOMA DE HODGKIN	
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Deve ser usada a Classificação de Ann Arbor, pois não é considerado prático propor sua substituição por uma classificação TNM.</p> <p>ATENÇÃO: <i>Utilizam-se duas classificações para estadiamento: uma delas com base em informações de exame histopatológico do baço e de linfonodos obtidos na laparotomia (patológico pS) e outra feita sem tal exploração (clínico cS).</i></p>	
<p>Não há proposição de classificação TNM para os linfomas de Hodgkin.</p>	
CID-O/3	
DOENÇA DE HODGKIN	<p>Estádio I – Comprometimento de uma única cadeia linfonodal (I) ou comprometimento localizado de um único órgão ou localização extralinfática (IE).</p> <p>Estádio II – Comprometimento de duas ou mais cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (II), comprometimento localizado de um único órgão ou localização extralinfática e seu(s) linfonodo(s) regional(ais) com ou sem comprometimento de outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (IIE).</p> <p>Estádio III – Comprometimento de cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma (III) que podem também ser acompanhados pelo comprometimento localizado de um único órgão ou localização extralinfática relacionada (IIIE), comprometimento do baço (IIIS) ou de ambos (IIIE+S).</p> <p>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 à distância (não regional).</p> <p>Classificação A e B (sintomas) – Cada estágio deve ser dividido em A e B, de acordo com a ausência ou a presença de sintomas gerais definidos. São eles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Perda inexplicável de mais de 10% do peso corporal habitual nos seis meses anteriores ao primeiro atendimento. 2 – Febre inexplicável, com temperatura acima de 38° C. 3 – Sudorese noturna.
LINFOMA NÃO HODGKIN	
<p>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – Até a 6ª edição do TNM, não é considerado prático propor uma classificação TNM para os linfomas não Hodgkin.</p>	

SEGUIMENTO DE TUMORES

Todo paciente e os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente com câncer se questionam: O que vai acontecer com esse paciente ao longo do tempo?

Classicamente, utiliza-se o marco de cinco anos como limite para avaliar se o paciente está curado, se a doença permanece ou se houve recidiva da doença. Contudo, essa regra geral deve ser adaptada aos diferentes tipos de tumores, faixa etária e sexo.

O seguimento temporal dos pacientes com neoplasia maligna é fundamental para avaliar a efetividade do tratamento realizado no hospital, validar os protocolos de tratamento e comparar as transformações decorrentes da incorporação de novos recursos de tratamentos e das novas tecnologias.

Assim, o seguimento de tumores - que constitui a segunda etapa no processo de implantação dos Registros Hospitalares de Câncer – tem grande importância, pois além de consolidar a atividade do RHC, permite dar visibilidade à qualidade e à consistência do conjunto de informações sobre o paciente e sua(s) neoplasia(s).

A atividade de seguimento necessita estar amparada numa política institucional que valorize a geração e a utilização de informações para subsidiar o processo de gestão da instituição. Nesse contexto, o seguimento de tumores assume destaque como fonte de informações para avaliação da efetividade dos tratamentos propostos e dos reflexos decorrentes da incorporação de novos tratamentos e recursos técnicos. Portanto, para marcar esses tempos e movimentos, deve-se cotejar os dados das fichas de registro de tumor e seguimento com as anotações do Livro de Ocorrência do RHC, que devem conter o registro de todas as mudanças significativas que aconteceram na instituição, seja nas instalações, na estrutura organizacional, na assistência ou no perfil da clientela atendida.

As informações de seguimento possibilitam a realização de estudos de sobrevivência, desde simples frequência de ocorrência até o emprego de sofisticadas técnicas estatísticas que permitem traçar curvas de sobrevivência e elaborar gráficos, tratando adequadamente as perdas e óbitos.

Rotinas operacionais e procedimentos específicos de trabalho são empregados no seguimento de tumores, cujas nuances são identificadas e trabalhadas na medida em que se acumula experiência.

As peculiaridades que justificam tratamento específico devem ser incluídas na rotina do RHC e anotadas no livro de ocorrência, para assegurar que as situações semelhantes tenham o mesmo tratamento no futuro.

À semelhança da atividade de cadastro de casos novos, o seguimento é aprimorado com a experiência acumulada pelo registrador e pela instituição, pois as variáveis envolvidas no processo de coleta de dados são numerosas, assim como as peculiaridades no atendimento de cada paciente e o modo de funcionamento do hospital. Cada clínica anota no prontuário as informações sobre o paciente e sua doença, contudo, podem ocorrer variações de hospital para hospital e entre as regiões geográficas.

As Fichas de Registro de Tumor e a Ficha de Seguimento são complementares e igualmente importantes. Elas servirão de documento para coleta dos dados que alimentarão os bancos de informações do RHC, a partir dos quais será possível separar subgrupos e compará-los ou realizar análises específicas.

Assim sendo, na implantação, implementação, consolidação e manutenção do Registro Hospitalar de Câncer é fundamental criar infraestrutura de suporte que permita acompanhar, de modo sistemático, os casos de câncer atendidos na instituição e a evolução dos pacientes.

O seguimento será feito ao longo do tempo, em períodos pré-determinados, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano, tendo por base a data do diagnóstico do câncer. Para os tumores de mama também é preconizada a realização do seguimento no vigésimo ano.

Em cada um desses momentos serão levantadas as informações referentes ao período de tempo transcorrido desde a avaliação anterior até a realização da avaliação atual.

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 preencher os critérios de elegibilidade para seguimento (caso analítico exceto portadores de tumor de pele não melanoma e tumores *in situ*).

Os procedimentos e orientações aqui descritos levam em consideração a utilização das orientações emanadas pelo Instituto Nacional de Câncer-INCA e a utilização do Programa de Computador SisRHC, desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo INCA aos hospitais de câncer por intermédio das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

Ressalte-se que as classificações utilizadas para codificar as informações referentes ao seguimento dos tumores são as mesmas utilizadas no cadastro dos casos e com semelhante rigor técnico.

SELEÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER ELEGÍVEIS PARA SEGUIMENTO

Cada hospital tem suas peculiaridades e uma clientela com características próprias, que subsidiarão o estabelecimento de critérios, as necessárias adaptações e a quantificação da população alvo para o seguimento.

Serão elegíveis para seguimento, os casos de câncer codificados pela CID-O-3ª EDIÇÃO como /3 (maligno, localização primária) e os tumores /0 (benignos) e /1 (incertos se benigno ou maligno), se incluídos pela Comissão Assessora na relação de tumores cadastráveis, por interesse científico.

Contudo, nem todos os casos de câncer cadastrados no Registro Hospitalar devem ser acompanhados ao longo do tempo. Cada hospital deve estabelecer seus parâmetros, recomendando-se acompanhar apenas os casos cadastrados como analíticos, excluindo-se destes os tumores *in situ* e os tumores de pele (exceto os melanomas, dermatofibrossarcomas e os sarcomas de Kaposi), graças ao seu bom prognóstico (normalmente muito favorável), o que demandaria esforço desnecessário que pode ser direcionado aos demais casos, otimizando o processo de seguimento.

Para o acompanhamento temporal dos casos de neoplasias malignas, selecionados para seguimento pelo Registro Hospitalar de Câncer, a Ficha de Seguimento (anexo 2) é usada, como documento para coleta das informações.

Aqueles casos nos quais o óbito ocorreu no transcurso do primeiro ano de acompanhamento terão suas informações integralmente incluídas na Ficha de Registro de Tumor e não é necessário abertura de ficha de seguimento. A não ser nos casos nos quais ocorrer recidiva ou for realizado tratamento para recidiva ou metástase.

Na Ficha de Registro de Tumor cadastram-se as informações referentes ao paciente e sua doença - tanto dos casos analíticos quanto dos casos não analíticos, até completar o primeiro tratamento. A partir dessa data, e apenas para aqueles casos selecionados para seguimento dentre os casos classificados como analíticos, as informações serão coletadas na Ficha de Seguimento.

Lembrando que se convencionou a data do diagnóstico de câncer como a data base a partir da qual serão estabelecidos os respectivos intervalos de seguimento.

As informações que compõem essas duas fichas são complementares e devem ser trabalhadas em conjunto. Os recursos de informática auxiliarão na associação das fichas, na análise dos casos e no cruzamento das informações do banco de dados, permitindo identificar os casos a serem acompanhados, os correspondentes intervalos de tempo de acompanhamento pré-estabelecidos.

Por não ser incomum que um mesmo paciente possa ser atendido em mais de um hospital para diagnóstico e tratamento de um mesmo tumor, o tumor destes pacientes poderá ser classificado de modo diferente em cada instituição, em relação a ser ou não analítico e ter ou não seguimento.

Pacientes com mais de um tumor poderão ter um desses tumores cadastrado como caso analítico em um hospital e como caso não analítico no outro. O que resultaria no seguimento de cada um dos tumores no hospital no qual foi classificado como caso analítico.

Todo processo novo ao ser implantado gera dúvidas, insegurança e resistência que logo serão superadas e a atividade de seguimento se transformará num processo dinâmico e recompensador para todos envolvidos na tarefa.

DIMENSIONAMENTO DO SEGUIMENTO

O processo de seguimento de pacientes é complexo e cumulativo. A cada ano, novos casos são agregados ao conjunto de pacientes a ser seguido pela equipe do Registro Hospitalar de Câncer até que se complete os 15 anos de seguimento, quando se atinge a estabilidade, desde que o número de casos novos se mantenha constante durante todo o período. Para os casos de mama, o processo só se completará após 20 anos.

Assim, antes de iniciar a atividade de seguimento de pacientes com diagnóstico de câncer atendidos no hospital, deve-se elaborar criterioso planejamento, que se seguirá de treinamento e da realização do teste piloto. Com isso, procura-se minimizar a ocorrência de problemas futuros e assegurar que o projeto seja consistente e possa dispor dos recursos físicos e de pessoas em número e com qualificação suficientes para garantir a operacionalização, o gerenciamento e a continuidade da atividade.

Para facilitar a rotina de trabalho no RHC, cada registro de câncer deverá preencher o quadro 26, para visualizar os grupos de pacientes a serem seguidos.

Quadro 26 – Quadro de registro de câncer para visualização dos pacientes a serem seguidos

Ano de Funcionamento do RHC	INTERVALO DE ANOS PARA O SEGUIMENTO									
	1	2	3	4	5	6-7	8-10	11-15	16-20	
1º ano	1									
2º ano	1	2								
3º ano	1	2	3							
4º ano	1	2	3	4						
5º ano	1	2	3	4	5					
6º ano	1	2	3	4	5					
7º ano	1	2	3	4	5	6-7				
8º ano	1	2	3	4	5	6-7				
9º ano	1	2	3	4	5	6-7				
10º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
11º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
12º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
13º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
14º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
15º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10			
A partir do 16º ano	1	2	3	4	5	6-7	8-10	11-15		
20º ano (C50 – mama)	1	2	3	4	5	6-7	8-10	11-15	16-20	

Deve-se considerar que em decorrência da necessidade do RHC fazer a análise dos casos de câncer com um intervalo de tempo nunca inferior a 6 meses, em relação à data da primeira consulta do paciente no hospital, em geral, quando do cadastro do caso novo pelo RHC, também será possível coletar os dados referentes ao primeiro ano de seguimento. Entretanto, se tiver transcorrido menos de 1 ano, as informações referentes ao primeiro ano poderão ser coletadas somente por ocasião do seguimento do segundo ano.

Outro ponto bastante relevante é o reconhecimento da importância das atividades do Registro Hospitalar de Câncer pelos profissionais da instituição. O apoio gerencial é fundamental para o estabelecimento das parcerias necessárias à viabilização do seguimento de pacientes.

Tomando por base o Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer, onde foi implantado, em 1983, o primeiro Registro Hospitalar de Câncer do Brasil, o quadro de seguimento para o período de 1984 a 2010, é o seguinte:

Quadro 27 – Quadro de seguimento para o período de 1984 a 2010

Planejamento anual de Seguimento	Ano de matrícula no HC-I									
	Ano de realização	1º	2º	3º	4º	5º	6-7º	8-10º	11- 15º	16- 20º*
1984	1983									
1985	1984	1983								
1986	1985	1984	1983							
1987	1986	1985	1984	1983						
1988	1987	1986	1985	1984	1983					
1989	1988	1987	1986	1985	1984					
1990	1989	1988	1987	1986	1985	1983				
1991	1990	1989	1988	1987	1986	1984				
1992	1991	1990	1989	1988	1987	1985				
1993	1992	1991	1990	1989	1988	1986	1983			
1994	1993	1992	1991	1990	1989	1987	1984			
1995	1994	1993	1992	1991	1990	1988	1985			
1996	1995	1994	1993	1992	1991	1989	1986			
1997	1996	1995	1994	1993	1992	1990	1987			
1998	1997	1996	1995	1994	1993	1991	1988	1983**		
1999	1998	1997	1996	1995	1994	1992	1989	1984**		
2000	1999	1998	1997	1996	1995	1993	1990	1985**		
2001	2000	1999	1998	1997	1996	1994	1991	1986**		
2002	2001	2000	1999	1998	1997	1995	1992	1987**		
2003	2002	2001	2000	1999	1998	1996	1993	1988**	1983***	
2004	2003	2002	2001	2000	1999	1997	1994	1989**	1984***	
2005	2004	2003	2002	2001	2000	1998	1995	1990**	1985***	
2006	2005	2004	2003	2002	2001	1999	1996	1991**	1986***	
2007	2006	2005	2004	2003	2002	2000	1997	1992**	1987***	
2008	2007	2006	2005	2004	2003	2001	1998	1993**	1988***	
2009	2008	2007	2006	2005	2004	2002	1999	1994**	1989***	
2010	2009	2008	2007	2006	2005	2003	2000	1995**	1990***	

* Realizado exclusivamente para os tumores de mama (C50)

** Concluído seguimento, exceto para tumores de mama

*** Concluído seguimento para tumores de mama

Desse modo, é muito importante estimar o número de casos a serem seguidos, para que se possa criar a infraestrutura e treinar os registradores para desempenhar essa tarefa.

Recomenda-se que não seja criado grupo de registradores exclusivamente para realizar o seguimento, mas que essa atividade seja incorporada às rotinas dos demais registradores, pois além

de aproveitar a experiência já acumulada no cadastro dos casos novos, enriquece e diversifica a rotina de trabalho do registrador.

No início, toda atividade em implantação é um desafio e será necessário superar obstáculos e resistências logo e a nova atividade será reconhecida como um trabalho prazeroso e menos complexo do que parecia inicialmente. Porém, não é menos importante que o cadastro de casos novos, e com igual exigência de alto teor de conhecimento técnico.

No seguimento, o registrador consultará o prontuário de saúde do paciente com novo olhar, que poderá resultar na identificação de lacunas na existência de informações relevantes ao registro da evolução do paciente e do tumor. Poderá ser necessária a realização de reunião com o corpo clínico e com os demais profissionais da equipe de saúde, na busca da melhoria da qualidade das informações disponíveis no prontuário.

Por outro lado, outras fontes de informações até então inexploradas ou ainda não disponíveis poderão ser bastante úteis. Sua identificação e acesso tornar-se-ão fundamentais para a atividade de seguimento.

Em algumas instituições, haverá a necessidade de adotar medidas de caráter gerencial, administrativo e político que norteiem e suportem o seguimento temporal dos pacientes pela área assistencial.

Outra decisão importante a ser tomada em conjunto pelas áreas de Registro, de Atenção médico-assistencial e de Arquivo é o estabelecimento da estratégia de seguimento ao longo do ano. Pode-se optar pela realização do seguimento concomitantemente com o cadastro de novos casos, ou inicialmente pela realização do cadastro dos casos novos e depois pela dedicação da equipe exclusivamente à atividade de seguimento.

Também terá de ser definida a sequência de realização do seguimento, podendo ser:

- a) Por data de diagnóstico (corresponde ao "aniversário" do tumor - 1º ano de seguimento, 2º ano de seguimento e assim por diante);
- b) Por clínica de atendimento (pediatria, ginecologia, oncologia etc);
- c) Por topografia (pulmão, próstata, mama etc.);
- d) Por ano de matrícula;
- e) Por número de prontuário (sequencial a partir de listagem de todos os casos a serem seguidos naquele ano).

Cada uma dessas opções tem suas vantagens e desvantagens, devendo a instituição optar por aquela que lhe pareça ser a mais adequada, levando sempre em consideração a disponibilidade do arquivo médico e o apoio das clínicas, uma vez que elas poderão colaborar muito no esclarecimento de informações contidas no prontuário, no agendamento dos pacientes para consulta de seguimento e na busca ativa de casos.

Também será fundamental articular-se com o arquivo médico para adotar uma rotina de localização, recuperação e disponibilidade dos prontuários. Muitas vezes esses prontuários poderão ter sido transferidos para arquivos intermediários ou inativos (arquivo morto), até mesmo localizados

em áreas físicas externas ao hospital. Nesses casos, uma logística de transporte dos prontuários terá de ser operacionalizada.

As equipes de epidemiologia e estatística também devem ser contatadas para a posterior análise estatística dos dados, a construção das tabelas de sobrevida e a posterior análise dos resultados.

Atualmente, esse processo pode ser muito simplificado pela utilização de programas informatizados de entrada de dados (o SisRHC) e de bioestatística.

Com o tempo, fica evidente a possibilidade de utilização dos dados da base de dados do RHC e o potencial de novos estudos, assim como a implantação de linhas de pesquisas que poderão se tornar realidade, dando visibilidade à atividade do RHC e consolidando sua importância como fonte sistemática de informações a respeito dos pacientes atendidos por câncer no hospital.

ACESSO AOS PRONTUÁRIOS

Na etapa de planejamento, deve ter sido realizada estimativa do número de prontuários a serem vistos anualmente, assim como o método de trabalho a ser adotado no seguimento de pacientes. Pode-se fazer o seguimento por clínica de atendimento, por topografia do tumor, por tempo de seguimento, por ano de matrícula ou por número de prontuário.

Assim, ter-se-á o número aproximado de prontuários a serem solicitados ao serviço de arquivo para cadastro de casos novos e para o seguimento de tumores.

Dependendo do número total de prontuários a serem solicitados, poderá haver necessidade de redimensionar o quantitativo de pessoal que trabalha no arquivo, também considerando os períodos de férias.

Muitas vezes, esse é um ponto pouco valorizado e que pode resultar em motivo de atrito e descontentamento por parte da equipe de pessoas que trabalham no arquivo, aflorada pela sobrecarregada de trabalho e, no outro lado, pelo grupo de registradores que não é atendido em sua demanda de prontuários para análise, o que resulta na redução da produção.

O envolvimento das clínicas no seguimento dos pacientes - que foram nelas atendidos - pode resultar na necessidade de convocar o paciente para reavaliação, com o objetivo específico de obter informações de sua evolução para o seguimento. Isso pode acarretar impacto com aumento no número de consultas e de solicitação de prontuários das clínicas ao arquivo. Assim, o arquivo também sofrerá impacto pelo incremento na movimentação dos prontuários entre o arquivo, as clínicas e o registro de câncer.

Independente do fluxo a ser adotado, a atividade de seguimento dos tumores resultará no aumento do número de prontuários a ser manipulado e controlado pelo arquivo médico.

Portanto, esse planejamento deve ser coordenado e a equipe do departamento de pessoal ser oportunamente acionada, se necessário, para seleção e capacitação de pessoal.

Em geral, a rotina de solicitação dos prontuários para cadastro ou seguimento é a mesma, não havendo diferenciação na operacionalização da solicitação no interior do arquivo médico.

Em muitos hospitais, por decisão gerencial ou absoluta falta de espaço, o arquivo de prontuários utiliza mais de uma área física para guardar documentos, muitas vezes em prédios separados. Nesses casos, poderão ser envolvidas outras áreas administrativas que sejam responsáveis pelo transporte desses documentos entre os diferentes locais. O arquivo deverá prever também o impacto do seguimento nesse fluxo de prontuários e se encarregar dessas providências.

Após a utilização dos prontuários, no seguimento de tumores, em geral, o fluxo inverso é feito com a devolução dos prontuários ao arquivo que se responsabiliza pela transferência deles ao local de armazenamento.

Portanto, é imprescindível estabelecer as demandas e as rotinas a serem obedecidas pelo RHC e pelas clínicas na solicitação de prontuários ao arquivo médico.

IDENTIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

O prontuário de saúde do paciente é a principal fonte de informação e também aquela que, prioritariamente, deve ser usada para o seguimento de tumores. Contudo, têm-se de identificar, no conjunto de formulários e documentos que compõem o prontuário, quais devem ser avaliados para resgate das informações, entre eles: as folhas de evolução clínica, os resultados de exames, as folhas de parecer e a cópia de atestado de óbitos.

Nas folhas de evolução, em geral, encontramos a data de atendimento e informações referentes ao caso, com procedimentos e condutas adotados, além das informações sobre o estado geral do paciente e a evolução da doença. Na maioria dos hospitais, o prontuário é utilizado por todos os membros da equipe de saúde, de diferentes formações profissionais, para fazerem suas anotações referentes à doença e ao paciente. Entretanto, se houver folhas específicas para clínicas especializadas, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia e demais categorias profissionais, assim como para pareceres e prescrição, elas também devem ser consultadas, pois podem fornecer informações valiosas.

Os laudos de anatomia patológica, exames por imagem, endoscopia e patologia clínica também podem ajudar na busca de informações.

Relatórios e laudos médicos de outras instituições, declarações sociais, espelhos de AIH (autorização de internação hospitalar) e APAC (autorização de procedimento de alta complexidade) devem ser avaliados.

É importante ressaltar que o seguimento será realizado para cada tumor do paciente de modo independente.

Foi estabelecido que a data de referência para o seguimento do tumor é sempre a data do “aniversário” desse tumor, que corresponde à data do seu diagnóstico. Também está convencionado, como regra geral, que as informações referentes à determinada data de aniversário do tumor devem ser o mais próximo possível dessa data e que só serão coletadas as informações cujas datas estejam compreendidas no período de tempo de quatro meses anteriores e posteriores à data de aniversário, ou seja, um tumor que tenha data de aniversário em 15 de julho, terá como limite o período compreendido entre o dia 16 de março e 16 de novembro do mesmo ano, e as informações fora desse período deverão ser desconsideradas.

Assim, se o paciente tiver mais de um tumor primário classificado como analítico, o seguimento será feito para cada tumor, podendo ou não coincidir com a data do seguimento de outros tumores do mesmo paciente.

Nesses casos, o seguimento de dois ou mais tumores de um mesmo paciente poderá ser feito de modo simultâneo, para aproveitar que o prontuário está disponível para consulta, não esquecendo de considerar para cada tumor a respectiva data de aniversário. Poderá acontecer que tumores diagnosticados em anos diferentes tenham períodos de tempo diferentes a serem considerados.

Quando ocorre óbito, todas as fichas deverão ser atualizadas e encerradas. Para tanto, se o paciente tiver mais de um tumor primário e for informado o óbito para um deles, nas fichas dos demais tumores também deverão ser incluídas as informações referentes ao óbito, também considerando as informações referentes à causa básica e à causa morte para cada um dos tumores.

Atenção em relação às fontes, pois as informações referentes ao óbito podem estar presentes em diferentes partes do prontuário, seja por cópia da declaração de óbito ou nas folhas de evolução, anotações de informações prestadas por familiares ou até mesmo por companhias de seguro. Em alguns hospitais, a anotação do óbito é anotada também na capa do prontuário.

Também vale a pena ressaltar que a atividade de seguimento irá colaborar significativamente para o aprimoramento do prontuário e da qualidade da informação hospitalar.

Portanto, em cada instituição, os registradores devem ser treinados considerando-se as características do prontuário hospitalar, as rotinas dos serviços e as peculiaridades da instituição. Esse é um processo dinâmico e aperfeiçoável.

Lembre que toda informação relevante a respeito das rotinas e processos de trabalho deve ser anotada no Livro de Ocorrência.

ANOTAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS DE INFORMAÇÕES NÃO DISPONÍVEIS

O trabalho de resgate de informações realizado por ocasião do seguimento não se esgota na consulta ao prontuário como única fonte de informações. É complementado por outras fontes e, em alguns casos, pela busca ativa, por meio de carta, telegrama, telefone, correio eletrônico (e-mail), correio radiofônico e visita domiciliar. A obtenção de informações complementares por esses meios alternativos, que não estavam disponíveis no prontuário, é frequente.

Nesses casos, cabe ao registrador anotar no prontuário, em local previamente definido, a informação que conseguir coletar sobre o paciente e que não constava do prontuário como, por exemplo, a realização de tratamento em outras instituições, ocorrência de óbito ou mudança de endereço, tendo o cuidado de identificar a fonte da informação e o nome do registrador. Entretanto, antes de adotar essa conduta, deve ser obtida autorização da direção do hospital e, quando houver, da comissão de prontuário do hospital, para evitar conflitos com outros profissionais de saúde, ficando claro se a autorização é exclusiva para o coordenador do RHC ou extensiva aos registradores.

ARQUIVO INATIVO E INTERMEDIÁRIO

Em alguns hospitais, por limitação de espaço físico, os prontuários que não estão sendo frequentemente utilizados podem ser transferidos para outras áreas, em especial os prontuários inativos (por óbito ou alta), criando um arquivo auxiliar denominado arquivo inativo, mais conhecido como arquivo morto.

Outra alternativa também bastante utilizada é criar um arquivo intermediário, com prontuários de pacientes que não têm comparecido regularmente ao hospital. A critério de cada instituição, este período é estabelecido e em geral definido entre um e cinco anos.

Se os arquivos intermediário e inativo estiverem localizados em ambiente físico diferente do arquivo ativo, pode haver dificuldade no acesso a esses prontuários, seja pela dificuldade de localizá-los ou decorrentes da necessidade de transportá-los. Em alguns casos, outro problema adicional é a precária infraestrutura desses arquivos auxiliares, muito inferiores à existente no arquivo ativo.

Em algumas situações, se houver instalações adequadas e se o número de prontuários a ser revisto justificar, deve-se avaliar a alternativa de deslocar o registrador até esses arquivos, ao invés de trazer os prontuários às instalações do RHC.

Cada uma dessas alternativas deve ser estudada à luz das facilidades e dificuldades de cada instituição, sem esquecer que o registrador necessita, para o desempenho de sua atividade, de ambiente adequado e de materiais de apoio como manuais e livros de codificações.

CUIDADOS COM DOCUMENTOS VELHOS E MAL CONSERVADOS

A guarda de documentos deve ser feita em ambientes que permitam obedecer a requisitos de preservação e conservação, que nem sempre são observados, em especial nos arquivos inativos, que muitas vezes são transferidos para áreas precárias, propiciando acúmulo de poeira.

Ambientes úmidos podem ser favoráveis à proliferação de fungos.

Também é possível que nesses locais tenham sido aplicados raticidas e outros praguicidas, que podem constituir risco potencial para as pessoas que venham a manusear esses documentos.

Pessoas com história de alergia ao manusear tais documentos podem ter problemas respiratórios ou dermatológicos em decorrência da fragmentação das folhas, presença de produtos químicos ou agentes biológicos.

Nessas situações, se existir na instituição serviço de saúde do trabalhador, é importante solicitar ajuda na melhoria das condições do ambiente de trabalho e na indicação do uso de equipamentos de proteção individual, como máscaras para pó, jaleco e luvas.

Outros recursos que podem ser utilizados são o uso de aspirador de pó antes do manuseio do prontuário ou sua exposição ao sol pela abertura de janelas.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Atualmente, muitos hospitais têm optado pela informatização de suas documentações, criando prontuários eletrônicos, a partir dos quais é possível fazer consultas ou até mesmo selecionar e importar informações relevantes para o cadastro do caso e a realização do seguimento de pacientes.

Nesses casos, torna-se necessário conseguir o acesso ao prontuário pelos registradores, o que, em geral, é feito por meio de acesso identificado com uso de senhas pessoais e intransferíveis.

Também existe a necessidade de treinamento básico em informática e específico nos sistemas informatizados a serem utilizados.

O coordenador do RHC deverá avaliar em conjunto com a área de informática e com o(s) responsável(is) pelo(s) sistema(s) o conteúdo das bases de dados do hospital, para que seja definido o perfil e o nível de acesso dos usuários.

A FICHA DE SEGUIMENTO DE TUMOR

O conteúdo do Ficha de Seguimento obedece às mesmas regras e codificações estabelecidas para a Ficha de Registro de Tumor que, por sua vez, estão em acordo com as padronizações sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – por meio da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC), pela Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR), pelo Consenso de Padronização das Informações para os Registros de Câncer coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer.

Este conjunto de informações, coletadas de modo sistemático e padronizado, também deve atender às necessidades de informações do próprio hospital.

Na elaboração da Ficha de Seguimento houve a preocupação de que ela, além de ser instrumento de coleta de dados, seja também um documento para entrada de dados para digitação, assim sendo, os itens foram distribuídos em colunas.

Foi padronizado que, em todos os itens, quando existentes, a opção 8 corresponde a “não se aplica” e a opção 9 a “sem informação”. Assim, a numeração das opções em cada item é feita em ordem crescente, iniciando com o número um e ficando vazios os números entre a última opção e o dígito nove (sem informação).

Para facilitar a operacionalização da rotina de seguimento anual do Registro Hospitalar de Câncer, sempre que for possível conciliar, quando for realizado o seguimento de um determinado tumor, também devem ser avaliados os demais tumores do mesmo paciente. Contudo, é importante ressaltar a obrigatoriedade de efetuar o seguimento de cada tumor segundo a data de diagnóstico de cada tumor, respectivamente.

Muita atenção ao coletar as informações referentes à qualidade de vida do paciente. Apesar do paciente ser o mesmo, as opções 4 (ativo com sintomas) e 5 (bem, sem queixas) avaliam a qualidade de vida do paciente no momento da avaliação e em relação aos sintomas e queixas relacionados àquele tumor que está sendo avaliado. Do mesmo modo, se forem realizados seguimentos de

diferentes tumores do mesmo paciente, com períodos de tempo diferentes, cada tumor deve ser avaliado em relação à qualidade de vida do paciente no momento avaliado, respectivamente.

A seguir são apresentados, em detalhe, o conteúdo de cada item da ficha e as respectivas instruções de preenchimento.

FONTES DE INFORMAÇÕES PARA O SEGUIMENTO

Para realizar o seguimento de pacientes, a fonte prioritária de informações é o prontuário de saúde do hospital. Entretanto, em muitos casos, essa fonte não é suficiente e outros recursos devem ser utilizados, os quais serão definidos e priorizados em função das características do hospital, de sua clientela e da cidade onde está instalado.

BUSCA EM OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÕES NO PRÓPRIO HOSPITAL

Existem várias outras fontes que poderão ser utilizadas na busca de informações sobre os pacientes. Assim, na etapa de planejamento do seguimento, deve-se fazer um mapeamento de todas as informações existentes no hospital que possam ser consultadas na busca de informações sobre o paciente, em adição à busca direta no prontuário, que é a fonte prioritária e mais importante de informação.

Nesse mapeamento poderão ser identificadas fontes que poderão ser consultadas via sistemas informatizados ou manualmente. Entre elas, destacam-se:

Prontuário eletrônico – Os hospitais possuem níveis diferenciados de informatização, porém, na maioria deles, já existe algum tipo de informatização do prontuário, seja na inclusão de laudos de exames complementares, no agendamento de consultas e procedimentos, nos registros de documentos de faturamento tais como APAC (autorização para realização de procedimentos de alta complexidade) e AIH (autorização para internação hospitalar), a partir dos quais é possível saber se o paciente continua em tratamento ou se foi a óbito.

Outras fontes institucionais – Cada instituição deve identificar as fontes potenciais de informação e, em cada uma dessas fontes, quais as informações possíveis de extrair. São exemplos: Os arquivos nosológicos, os bancos de óbitos, os cadastros de internações, os registros de fornecimento de medicamentos pela farmácia, o fornecimento de vale transporte e cestas básicas pelo serviço social, o registro de visitas domiciliares, o fornecimento de declarações para fins previdenciários. Todos podem ser usados para saber se o paciente está vivo e se mantém algum tipo de contato com a instituição.

Classicamente, além do prontuário, são utilizadas para seguimento as informações provenientes do Sistema de Notificação de Óbitos (seja na Secretária Municipal de Saúde ou nos cartórios de registro de óbitos), o envio de carta, telegrama ou, mais recentemente, correio eletrônico; as ligações telefônicas para pacientes, familiares e contatos; as visitas domiciliares com essa finalidade exclusiva ou utilizando recursos já existentes, como o programa de saúde da família e também os serviços de remoção por ambulância.

Outras bases de dados, como aquelas da justiça eleitoral, também podem ser usadas.

BUSCA NO SISTEMA DE MORTALIDADE

O Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM - coleta de modo sistemático todos os atestados de óbito emitidos no país, a partir das Secretarias Municipais de Saúde, totalizados nas Secretarias Estaduais de Saúde e, posteriormente, enviados para consolidação no Ministério da Saúde.

Como a maioria dos pacientes com diagnóstico de câncer que procura os hospitais onde estão instalados os RHC é proveniente do próprio estado ou de estados vizinhos, uma articulação com a Secretaria Estadual da Saúde no sentido de ter acesso às informações do Banco de Dados do SIM, poderá facilitar enormemente o trabalho de seguimento de pacientes. Porém, existe uma dificuldade inicial, sem dúvida bastante relevante, que é obter acesso a essas informações restritas e sigilosas. O caminho é estabelecer um acordo, no qual sejam resguardados o sigilo e a integridade dos dados. O passo seguinte é uma filtragem dos dados para a seleção de óbitos ocorridos no estado, selecionando o período de tempo a partir do qual o Registro de Câncer foi implantado, uma vez que óbitos ocorridos anteriormente a essa data não são de interesse do RHC.

Uma vez selecionado o período de tempo, a maioria dos óbitos não tem interesse direto para o seguimento e, devido às proporções desses bancos de dados, poderá inviabilizar seu manuseio nos microcomputadores dos registros de câncer, que muitas vezes possuem capacidade de armazenamento, memória e velocidade de processamento limitada. Assim, um segundo filtro

deve ser incluído para os casos de óbitos nos quais constem da Declaração de Óbito, no campo 49 – Causas da morte, os diagnósticos abaixo listados, que correspondem ao agrupamento neoplasias:

- Pela CID-9: 140 a 208 (neoplasias malignas) e 235 a 239 (comportamento incerto);
- Pela CID-10: C00 a C97 (neoplasias malignas) e D37 a D48 (comportamento incerto).

Nem todas as informações da base de dados do SIM são de interesse do RHC, sua inclusão sobrecarrega o banco de dados e, portanto, uma nova seleção é indicada, apenas com as seguintes informações da Declaração de Óbito, que são do interesse do RHC:

- Data do óbito;
- Nome do falecido;
- Nome da mãe;
- Data do nascimento;
- Sexo;
- Causas da morte (partes I e II).

O nome da mãe foi incluído para, juntamente com a data de nascimento e sexo, ser utilizado para identificar o paciente, em especial nomes comuns, quando é frequente a ocorrência de homônimos, tais como Maria da Conceição Silva e José Pereira de Souza.

Superada essa etapa e de posse das informações, dois novos desafios surgem: o primeiro, como ter acesso às informações. O formato e a estrutura do banco de dados fornecido pela Secretaria da Saúde, não necessariamente é o mesmo utilizado pelo Registro de Câncer ou não está em um padrão que possa ser diretamente reconhecido pelo Epi-Info. O segundo desafio é como garantir que no futuro as informações sejam atualizadas.

Para superar essas dificuldades, deve-se contar com o apoio da equipe de informática, que se articulará com a equipe de informática da Secretaria de Saúde para que o banco seja exportado numa linguagem padrão que possibilite sua conversão para uma base de dados que possa ser lida pelo Epi-Info ou mesmo criar uma nova pesquisa com base em recursos existentes no Registro de Câncer, como por exemplo, as ferramentas do Windows. Essa ferramenta de busca deverá permitir a busca do paciente pelo nome completo ou apenas por parte dele. Por outro lado, a garantia de continuidade no fornecimento de informações sobre os óbitos incluídos no SIM dependerá de articulação institucional e do esforço pessoal dos envolvidos.

Vale ressaltar que é muito importante envidar todos os esforços no sentido de obter esse banco de dados, pois facilitará sobremaneira o trabalho de seguimento de pacientes.

Essas informações, guardados os preceitos de sigilo e confidencialidade dos dados, também poderão ser disponibilizadas a outras áreas da instituição.

Dependendo dos recursos de informática, em especial da área de desenvolvimento de programas, poderia ser criado ou utilizado um programa de computador que possibilitasse a pesquisa simultânea no banco de dados do RHC e na base de dados oriunda do SIM para identificar os casos comuns, substituindo a busca individual de cada paciente, com considerável redução de tempo na execução dessa tarefa.

Recursos adicionais, como a união das informações referentes a vários anos, que permitam pesquisas do tipo “a partir de”, facilitam o processo de busca, pois dispensam a entrada em cada banco de dados anual, utilizando como data de início o ano referente à última informação disponível.

Uma pesquisa mais sofisticada é a utilização da busca por fonema, que permite a localização de nomes com o mesmo fonema e grafia diferente, tais como Luiz e Luis, Rafael e Raphael.

Também vale a pena ressaltar que, no preenchimento das informações cadastrais no Sistema de Mortalidade, poderão ocorrer falhas ou erros de digitação, assim sendo, não encontrar um paciente na base de dados do SIM não deve ser interpretado como garantia absoluta de que o paciente esteja vivo, pois pode ter sido falha no preenchimento da causa morte, omitindo o diagnóstico de câncer, o que, por conseguinte, leva a que o caso não preencha os critérios de seleção no momento da seleção de casos do banco do SIM para criar a base a ser enviada ao RHC. Poderá também o óbito ter ocorrido em localização territorial diferente dessa Secretaria de Saúde, e o caso ser incluído no banco de dados de outro estado da federação. Finalmente, falhas na digitação de campos chaves ou a abreviação de nomes poderão comprometer a recuperação do caso no momento do resgate.

Contudo, com todas as falhas que possam vir a acontecer, o benefício de dispor dessas informações é infinitamente maior.

Se não for de todo possível obter as informações diretamente do sistema de mortalidade, que tem a vantagem de passar por sistema de verificação e correção de informações, a listagem de óbitos também poderá ser consultada nos cartórios de registros de óbitos ou cemitérios locais.

OUTRAS FONTES EXTERNAS

Existem outras fontes sistemáticas de informações que podem ser consultadas para auxiliar no seguimento de paciente, contudo, por se tratarem de fontes externas vinculadas a sistemas de informações na maioria das vezes não relacionadas à saúde, poderão ter acesso ainda mais difícil, mas que foram em momentos anteriores utilizadas por profissionais de saúde em trabalhos científicos pontuais.

Essas fontes são colocadas aqui mais a título de informação do que como caminhos a serem buscados; entretanto, se forem viáveis, não devem ser desprezadas.

São exemplos dessas fontes, os dados da receita federal, alimentados anualmente com informações de parcela significativa da população; os dados da justiça eleitoral que a cada pleito

eleitoral registra as pessoas que compareceram às respectivas Juntas Eleitorais nos dias de votação e os programas sociais do governo que distribuem mensalmente benefícios.

Outra fonte de informações pouco utilizada é o cadastro do PIS/PASEP e do DATASUS.

Nesses casos é importante avaliar se vale a pena tal esforço, em virtude do número de casos a serem identificados exclusivamente por essas fontes, antes de realizar a busca ativa. Ou ainda, se apenas nos casos referentes àqueles em que não se obteve informação após a realização da busca ativa, seria tentada essa alternativa, no sentido de reduzir o número de casos sem informação.

BUSCA ATIVA

Esgotadas as fontes de informações sistemáticas disponíveis ao hospital, resta fazer a busca ativa do paciente, empregando diferentes recursos, em função da disponibilidade de pessoal, dos recursos institucionais, dos recursos financeiros e do número de pacientes.

Para concretizar essa etapa é muito importante selecionar e treinar as pessoas que entrarão em contato com os pacientes, em especial por meio de contato telefônico, em que há interação direta com o paciente, com seus familiares ou com pessoas de seu relacionamento. Outra modalidade que também pode ser empregada é a visita domiciliar.

Classicamente, são utilizados, para entrar em contato com o paciente, os recursos de correio (carta, aerograma ou telegrama), utilizando o endereço postal do paciente no seu cadastro no hospital. No caso de carta, poderá ser utilizado o recurso adicional de encaminhar junto à correspondência do hospital, um envelope selado para resposta do paciente e até mesmo uma carta pré-formatada, para que o paciente ou seu familiar apenas marque as opções correspondentes.

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Este grupo de informações será usado durante o seguimento para identificar um determinado paciente e os seus tumores, além de permitir a associação das informações do seguimento àquelas existentes nas fichas de registro de tumores.

No uso do sistema informatizado de apoio aos registros hospitalares de câncer, o SISRHC, a entrada desses itens é desnecessária, tendo em vista que a Ficha de Seguimento está associada a uma Ficha de Registro de Tumor, que possibilita a imediata recuperação das informações de identificação do paciente.

Apesar de serem dados individuais, específicos, intransferíveis, excludentes e de preenchimento obrigatório, pode ser necessário sua atualização, como será explicitado no item nome do paciente, pois este pode ser modificado ao longo da vida do paciente.

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUMOR

As informações a seguir serão utilizadas para identificar um tumor específico do paciente, para inclusão das informações de seguimento a ele referente.

No uso do sistema informatizado SISRHC, a entrada destes itens não é necessária, pois serão importadas da ficha de registro de tumor correspondente.

ACOMPANHAMENTO DE TUMORES

Nas versões anteriores da ficha, existia um quadro no qual a primeira linha era preenchida com as informações do tumor em análise e as demais com os outros tumores que o paciente apresentasse, para que fosse possível identificar outros tumores durante o seguimento.

Essa tarefa agora é realizada pelo sistema informatizado de apoio aos RHC (SisRHC).

Assim, deve ser preenchido apenas com as seguintes informações do tumor que está sendo avaliado:

Serão anotadas as seguintes informações:

- Número do tumor (corresponde à ordem cronológica do diagnóstico do tumor);
- Data do 1º diagnóstico (data em que foi firmado o diagnóstico do tumor);
- Topografia (localização topográfica do tumor);
- Morfologia (tipo morfológico do tumor);

Quadro 28 – Quadro de acompanhamento de tumores

Nº do tumor	Data do 1º diagnóstico	Localização do tumor primário	Tipo histológico

Lembre que, se o tumor for único, haverá uma única ficha de seguimento; se for múltiplo, haverá tantas fichas quanto forem os tumores primários, considerando-se as exceções e os tumores *in situ*.

NÚMERO DO TUMOR

NÚMERO DO TUMOR

Este item é atribuído diretamente pelo SisRHC como parte do número de identificação do paciente no RHC do hospital e corresponde aos dois últimos dígitos, atribuídos de forma sequencial para cada paciente.

Se um mesmo paciente tiver mais que um tumor primário (item 51) será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, pois o número de registro refere-se ao paciente e não ao tumor, o qual é identificado pelos dois últimos dígitos, e complementado pelos itens referentes à topografia (item 25), à histologia (item 26) e à data do diagnóstico do tumor (item 22).

DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO DIAGNÓSTICO

Corresponde ao item 22 da Ficha de Registro de Tumor. Refere-se à data na qual pela primeira vez foi estabelecido o diagnóstico de câncer.

Essa data é a base para estabelecer a data de “aniversário” do tumor, que será usada para realização do seguimento anual. Também é usada no cálculo do tempo de sobrevida.

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA NA CID-O/3)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

 .

Esta informação é proveniente do item 25 da ficha de registro de tumor e é codificada usando os códigos topográficos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – terceira edição (CID-O-3ª-edição).

Durante o seguimento do tumor, o registrador tem condição de reavaliar as informações referentes à topografia e à histologia, pois podem estar disponíveis novas informações que permitam a correta identificação de casos anteriormente classificados como de localização provável desconhecida (C80.9) ou mesmo a mudança de topografia e histologia por novos exames ou informações adicionais, não disponíveis à época do cadastro do caso.

Se for possível identificar a correta localização primária do tumor, para tumores anteriormente classificados como de localização desconhecida, a ficha de registro de tumor deve ser atualizada, colocando a correta topografia primária no item 25 e excluindo a informação do item 49, que ficará em branco. Do mesmo modo, se em seguimentos anteriores essa informação ainda não era disponível e o campo referente à localização da ficha de seguimento tiver sido preenchido com a informação anterior, deve ser também corrigido.

Quando houver mudança de diagnóstico, o campo topografia (item 25) deverá ser alterado.

A informação é coletada dos laudos de anatomia patológica, de relatórios e laudos ou ainda nas Folhas de Evolução e nas Folhas de Pareceres.

TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO

 /

O tipo histológico será coletado do item 26 da Ficha de Registro de Tumor. À semelhança do item anterior, também poderá ser atualizado.

Se por ocasião do cadastro do caso a morfologia do tumor não estava claramente definida ou se, posteriormente, decorrente do emprego de novas técnicas de diagnóstica (a exemplo da imuno-histoquímica) ou pela emissão de laudo suplementar pela anatomia patológica, o diagnóstico morfológico for modificado, a informação do item 26 (tipo histológico do tumor primário) deve ser atualizada.

Se durante a coleta de informações do seguimento for identificada a mudança de histologia do tumor primário, que não havia sido identificada nos seguimentos anteriores, porque à época a informação ainda não era disponível, deve ser também corrigida na ficha de seguimento e na ficha de registro de tumor (item 26).

Essa informação pode ser coletada dos laudos de anatomia patológica, de relatórios e laudos, ou ainda nas Folhas de Evolução e nas Folhas de Pareceres.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

Na Ficha de Seguimento existe um quadro sumário em que serão anotados os códigos correspondentes às informações de seguimento coletadas para cada tumor. São informações referentes à fonte das informações, às datas de referência, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente, ao tratamento realizado e à ocorrência de metástases e recidivas da doença.

FICHA DE SEGUIMENTO

Quadro 29 - Ficha de seguimento

Ano de seguimento	Data da identificação do evento	Data da última informação do paciente	Fonte da Informação	Estado da doença	Qualidade de sobrevivida	Tratamento subsequente	Tipo de recidiva	Novas metástases à distância	Data da recidiva / metástase	Código registrador
1º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
2º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
3º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
4º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
5º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
7º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
10º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
15º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									
20º ANO	/ /	/ /							/ /	
	Obs.									

Cada linha do quadro acima corresponde à avaliação de determinado período de tempo pré-estabelecido, em relação à data do diagnóstico do câncer.

Em cada um desses momentos serão levantadas as informações desde a avaliação anterior até a realização da avaliação atual. Para os tumores de mama (C50), recomenda-se também realizar o seguimento no 20º ano.

Na primeira linha serão anotados os dados referentes ao primeiro ano de acompanhamento, inclusive o primeiro tratamento realizado na instituição.

Na segunda linha, tudo que ocorrer entre o final do acompanhamento anterior e o término do segundo ano de acompanhamento. O mesmo procedimento deve ser aplicado em relação ao terceiro, quarto e quinto ano de avaliação.

A partir do quinto ano, os intervalos aumentam. Assim, na linha correspondente ao sétimo ano será anotado tudo que ocorrer durante o quinto e sétimo ano. No décimo ano, o intervalo corresponde a três anos, ou seja, durante o oitavo, nono e décimo anos de seguimento. Na linha correspondente ao 15º ano, serão avaliados cinco anos (do 11º ao 15º).

Apenas para os tumores de mama o seguimento será feito no 20º ano com as informações do período transcorrido entre o 16º e o 20º ano de sobrevivência.

A seguir, estão detalhados os procedimentos a serem adotados na coleta de cada uma das informações.

DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

DATA DE IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

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

Esta é a primeira informação realmente nova na ficha de seguimento. Ela indica a data correspondente à informação que está sendo coletada, ou seja, a data do registro no prontuário, da realização do exame ou do procedimento, da consulta médica, do telefonema, da postagem da carta resposta etc.

Essa data deve ser o mais próximo possível da data de aniversário do tumor no final do período de avaliação. Assim, só devem ser coletadas informações cujas datas estejam compreendidas no período de tempo de quatro meses anteriores e quatro meses depois da data de aniversário do tumor. As informações que ocorrerem fora desse período devem ser desconsideradas, contudo, não confundir a data do acontecimento com a data de seu registro, pois se for um evento relevante para a avaliação do paciente ou do tumor e que tenha acontecido durante o período em análise, deve ser considerado, mesmo que a data de registro da informação seja posterior.

DATA DA ÚLTIMA INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

DATA DA ÚLTIMA INFORMAÇÃO

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

Uma informação muito relevante é a data da última informação do paciente. Deve ser coletada toda vez que se fizer um levantamento de informações sobre o paciente. Será muito importante nos casos de perda do paciente ou para cálculos de sobrevida e tempo de seguimento.

Essa data refere-se à última informação disponível, e não se restringe ao período de quatro meses antes e após a data de aniversário do tumor.

A cada período de seguimento, deve ser incluída a data da última informação sobre o paciente por ocasião desse seguimento, sem alterar as datas que foram incluídas nos períodos anteriores, pois correspondiam àqueles respectivos períodos., A data correspondente ao último período de avaliação deverá ser utilizada para cálculo de sobrevida

Deve ser coletada a partir de qualquer fonte confiável de informação. É atualizável e deve ser modificada toda vez que uma informação mais recente seja coletada.

FONTE DA INFORMAÇÃO

FONTE DA INFORMAÇÃO

1. Prontuário de saúde
2. Sistema de mortalidade
3. Carta, telegrama ou correio eletrônico
4. Telefone
5. Visita domiciliar
6. Saúde da família (ESF/PSF - Estratégia/programa de saúde da família)
7. Outros
9. Sem informação

Conhecer as fontes de informações que são utilizadas para o seguimento dos pacientes é importante para definir as estratégias e os meios de realizar o seguimento e inferir a qualidade da informação.

1. Prontuário – A fonte prioritária de informações para o seguimento de pacientes é o prontuário de saúde da própria instituição onde o paciente realiza seu tratamento.

2. SIM – Aqueles hospitais que conseguirem acesso às bases de dados do SIM contarão com uma importante e confiável base de dados a respeito dos óbitos ocorridos na área geográfica de cobertura.

3. Carta, telegrama ou e-mail – Carta, telegrama ou correio eletrônico podem ser utilizados em locais onde as pessoas tenham endereço estável e em local de acesso aos correios. Muitas comunidades não dispõem de serviço de correios, e como alternativa caixas de correio comunitárias podem ser utilizadas. Nos últimos anos, tem se disseminado o uso de correios eletrônicos; entretanto, muitas pessoas trocam com frequência o seu provedor, perdendo-se esse rápido e efetivo meio de contato.

4. Telefone – O telefone foi durante muito tempo um excelente meio de contato nas zonas urbanas. Contudo, a disseminação do uso de telefonia móvel, em substituição aos telefones fixos e a mudança bastante comum de operadora, com a conseqüente troca do número do aparelho móvel, fez com que este meio de comunicação tivesse utilização limitada para fins de seguimento. Com a mudança de legislação que possibilita ao usuário manter o mesmo número, mesmo que troque a operadora, abre-se a perspectiva de incremento no uso do telefone em apoio à atividade de seguimento de pacientes.

5. Visita domiciliar – Hospitais que dispõem de equipe para realizar visitas domiciliares são importantes para o resgate de pacientes que não são localizados pelos meios acima descritos. Alguns hospitais têm contato com o apoio de voluntários para realizar essa atividade. É importante que as pessoas sejam informadas a respeito de que tipo de informação devem coletar.

6. Saúde da família - ESF/PSF (Estratégia/programa de saúde da família) – Os Programas de Saúde da Família podem ser acionados para realizarem visita ou mesmo para identificar, em seus registros, informações sobre os pacientes por eles acompanhados. É também importante discutir com a equipe as informações a serem coletadas e definir o fluxo das solicitações e o retorno destas até o registro de câncer.

7. Outros – Diferentes alternativas poderão ser utilizadas e incluídas na opção outros. Cada hospital, em função da organização de sua infraestrutura de apoio, do nível sócio-econômico-cultural dos pacientes e das características e hábitos das localidades nas quais está instalado o hospital e onde residem os seus pacientes, terá à disposição do registro de câncer uma “cesta” de produtos e facilidades a serem utilizados para identificar e obter informações do paciente.

São exemplos dessas alternativas, a utilização de programas de emissoras de radiodifusão e o contato por intermédio de associações de bairros e sindicatos e, ainda, a consulta a bases de dados da Secretaria da Receita Federal, Justiça Eleitoral, Previdência Social, Secretarias Municipais de Saúde, serviços de remoção e, mais recentemente, por meio da internet.

Assim sendo, a estratégia de seguimento de pacientes da zona rural será diferente daquela adotada nos grandes centros urbanos.

Recursos comunitários tais como as associações de moradores, os sindicatos, as instituições religiosas e os serviços públicos poderão ser importantes parceiros no seguimento.

9. Sem Informação – Esta opção somente será marcada após terem sido esgotadas todas as possibilidades incluídas nos itens anteriores e acessíveis aos hospitais.

ESTADO DA DOENÇA

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 respectiva informação da presença ou ausência do câncer.

Deve-se ter especial atenção com os casos classificados como portadores de doença em remissão ou doença estável, pois as opções desse item são excludentes: vivo ou morto, com e sem doença e sem informação.

Nas três primeiras o paciente está vivo e nas três seguintes, morto.

Poderá também estar com ou sem sinais de presença da doença em acompanhamento.

Opção 1 (Vivo, sem câncer) – a informação disponível é que o paciente está vivo e sem sinais da presença do câncer.

Opção 2 (Vivo, com câncer) – o paciente está vivo, entretanto, apresenta evidências da doença, seja ela no sítio primário ou à distância.

Na opção 3 (Vivo, SOE) está disponível apenas a informação de que o paciente está vivo, sem a avaliação de presença ou ausência da doença. Assim, esta opção é comumente assinalada quando existe apenas a informação de que o paciente está vivo, o que ocorre, por exemplo, se o paciente compareceu ao hospital para pegar medicamentos ou para realizar um determinado exame ou ainda se foi atendido na emergência. Sabe-se, portanto, que o paciente está vivo, sem outra especificação (SOE). Esta também é marcada quando se busca informação por telefone e a pessoa contactada não dispõe de detalhes sobre o estado de saúde do paciente, mas pode assegurar que esteja vivo.

Opção 4 (Óbito, sem câncer) - o paciente que estava sem evidência da doença morre por causa não relacionada ao tumor. É, por exemplo, o caso de um paciente que estava curado e que morreu por acidente automobilístico ou infarto agudo do miocárdio.

Na opção 5 (Óbito, com câncer) - o paciente que apresentava sinais da presença do câncer faleceu por uma causa que pode estar ou não diretamente relacionada ao tumor.

A opção 6 (Óbito, SOE) – é assinalada quando o paciente falece por causa desconhecida ou não relacionada ao câncer e não se tem informação referente ao câncer, se estava presente ou

não. Quando não se tinha informação sobre a atividade da doença, mas no atestado de óbito está explicitado que o paciente morreu por causa diretamente relacionada ao câncer, a opção a ser marcada é a 5.

Atenção: *Quando for obtida informação referente à ocorrência de óbito do paciente, as fichas de seguimento devem ser atualizadas antes da inclusão das informações do óbito na ficha de cadastro do tumor.*

Ao incluir as informações do óbito, a Ficha de Registro de Tumor no SisRHC é automaticamente encerrada e não será mais possível incluir novas informações (inclusive aquelas referente ao óbito) na ficha de cadastro e na ficha de seguimento.

Opção 9. Sem Informação – a ser marcada quando o paciente foi perdido de seguimento no período.

Algumas vezes, a informação não disponível em determinado período de tempo poderá ser obtida em avaliações posteriores, permitindo a recuperação parcial da informação. São exemplos: o paciente que perde contato com o hospital (opção 9 – sem informação), e que reaparece ou falece em momento posterior, permitindo desse modo que se faça a inferência de que naquele momento anterior, no qual não se tinha informação, o paciente estava vivo, e assim permitiu atualizar o dado que anteriormente havia sido incluído como sem informação.

Esse dado posteriormente obtido permitirá apenas a codificação como vivo ou morto, SOE.

Essa reconstrução de informação deve ser feita com rigoroso critério e ter por base a informação resgatada, sem “achismos”.

A informação adicional de que estava com ou sem doença só é possível quando as avaliações anterior e posterior forem absolutamente concordantes, ou seja, se o paciente estava sem câncer na avaliação anterior e também na avaliação posterior, pode-se afirmar que na avaliação intermediária também estava sem câncer, desde que se tenha a informação que nesse intervalo de tempo o paciente não realizou qualquer tipo de tratamento em outra instituição.

Por outro lado, se nas duas avaliações apresentou doença, e não houve qualquer intervenção entre elas, pode-se colocar que o paciente estava com doença. Também deve ser levado em consideração o intervalo de tempo entre as duas avaliações subsequentes.

Na dúvida, sempre optar por SOE – Sem outra especificação.

QUALIDADE DE SOBREVIDA (Índice de Zubrod ou Karnofsky)

QUALIDADE DA SOBREVIDA

1. Assintomático ou com sintomas mínimos
2. Sintomático, comparecendo às consultas
3. Permanece no leito pelo menos metade do dia
4. Permanece no leito mais da metade do dia
5. Acamado, necessitando de cuidados constantes
6. Agônico
8. Não se aplica (óbito)
9. Sem Informação

Neste item, será avaliado o modo de vida e o bem-estar do paciente. Atenção para não confundir com a avaliação da doença. Ter ou não sua qualidade de vida comprometida e a evolução da doença são duas avaliações interdependentes, mas que não guardam uma relação direta de causa e efeito.

A avaliação deve ser feita em relação à condição do paciente ao final do período de avaliação. Assim, se o paciente vinha bem, mas ao final do período apresentou incapacidade severa, deve ser anotada a incapacidade, tendo o cuidado de desprezar estados transitórios, como, por exemplo, o indivíduo que está acamado porque foi submetido a uma cirurgia não relacionada ao tumor ou tem alguma incapacidade porque fraturou o tornozelo em um tombo e está com bota gessada.

Nesse 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; assim, se o paciente apresentar alguma sequela ou limitações decorrentes de outra doença, malformação genética ou de acidente, não deve ser levado em consideração.

Utiliza-se como critério de avaliação, as classificações de Zubrod ou de Karnofsky, que apresentam correlações entre si, e é possível estabelecer uma equiparação entre elas, como demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 30 – Equiparação entre as classificações de Zubrod e Karnofsky

Zubrod	Karnofsky	Critério
0	100 – 90	Paciente assintomático ou com sintomas mínimos
1	89 – 70	Paciente sintomático, mas com capacidade para o comparecimento ambulatorial
2	69 – 50	Paciente permanece no leito menos da metade do dia
3	49 – 30	Paciente permanece no leito mais da metade do dia
4	29 – 10	Paciente acamado, necessitando de cuidados constantes
	< 9	Paciente agônico

As opções são apresentadas em ordem crescente de severidade e apenas uma das opções deve ser assinalada.

Na opção 1 – Assintomático ou com sintomas mínimos – são incluídos os pacientes que estão realizando suas atividades diárias normalmente, sem limitações ou com restrições mínimas.

A opção 2 – Sintomático, comparecendo às consultas – é destinada àqueles pacientes que mesmo apresentando sintomas, sejam eles limitantes ou não, ainda assim conseguem realizar a maioria de suas atividades e têm comparecido regularmente às consultas e às sessões de tratamento. Incluem-se, nesta opção, as amputações de seguimentos do aparelho digestivo com colocação de estomas e o edema de membro superior decorrente da mastectomia, e a utilização de próteses.

Na opção 3 – Permanece no leito menos da metade do dia – são incluídos aqueles pacientes que necessitam permanecer em repouso menos da metade do dia, mas que estão impossibilitados de realizar grande parte das atividades e rotinas do dia-a-dia e comumente necessitando de auxílio de terceiros.

A opção 4 – Permanece no leito mais da metade do dia – é marcada quando o paciente passa a maior parte do dia no leito. Suas atividades estão comprometidas e ele se sente incapacitado. Inclui os pacientes cuja doença ou respectiva terapêutica levou a uma incapacidade tal como déficit motor decorrente da neurocirurgia.

Na opção 5 - Acamado, necessitando de cuidados constantes – estão os pacientes severamente incapacitados, que permanecem no leito praticamente todo o dia e necessitam de auxílio de outros com frequência. Deve ser assinalada somente para aqueles pacientes que estão acamados por motivo diretamente relacionado ao câncer, independente da doença estar ou não sob controle. Não deve ser anotado nesta opção o paciente acamado, por exemplo, por um acidente automobilístico ou por uma convalescença temporária.

Opção 6 - Agônico – Para os pacientes em fase terminal, com severa incapacidade mesmo para realizar atividades simples, sem a ajuda de outros.

Opção 8 - Não se aplica (óbito) – Utilizada exclusivamente para os casos de óbito dos pacientes que falecerem no período de tempo transcorrido entre a última avaliação e a atual, encerrando, desse modo, o seguimento temporal do paciente.

Opção 9 - Sem informação – para os casos nos quais não foi possível obter informação sobre a qualidade de vida do paciente referente ao período em avaliação, incluindo os perdidos de seguimento.

TRATAMENTO SUBSEQUENTE

TRATAMENTO

1. Nenhum
2. Cirurgia
3. Radioterapia
4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia
6. Transplante de medula
7. Imunoterapia
8. Outros
9. Sem informação

Atenção: Existe correlação entre as informações da Ficha de Registro de Tumor e as da Ficha de Seguimento, portanto, a descrição de cada opção referente ao tratamento é rigorosamente idêntica àquela utilizada no item 34 da Ficha de Registro de Tumor – Primeiro Tratamento Recebido no Hospital.

Devem-se considerar exclusivamente os tratamentos antineoplásicos efetuados após o primeiro tratamento realizado no hospital (item 34 da Ficha de Registro de Tumor), avaliando-se sempre o que ocorreu no intervalo de tempo transcorrido entre o final da avaliação anterior e o término do período em avaliação.

Assim, quando da avaliação do 7º ano, serão anotados os tratamentos efetuados entre o 5º e o 7º anos após o diagnóstico inicial do tumor.

Especial atenção deve ser dedicada em relação ao primeiro ano de tratamento, pois na Ficha de Registro de Tumor devem ter sido cadastradas apenas as informações referentes ao primeiro tratamento realizado no hospital (item 34). Assim, na primeira linha do Ficha de Seguimento - que corresponde ao primeiro ano de acompanhamento - serão registrados todos os tratamentos efetuados nesse intervalo de tempo, em continuidade ao primeiro tratamento.

Os registros dos tratamentos devem ser feitos de modo cronológico, podendo ser marcadas uma ou mais opções.

As opções também podem ser repetidas, caso uma mesma modalidade de tratamento tenha sido aplicada mais que uma vez, de modo sequencial ou não. Desse modo, um paciente que tenha sido submetido a quimioterapia, cirurgia, radioterapia e uma nova quimioterapia deverá ter a seguinte anotação: |4|2|3|4|.

Neste item, foi propositadamente excluída a opção 8 (não se aplica), pois ela é desnecessária pela existência da opção nenhum (1).

Essa 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 Específicas dos Serviços.

TIPO DE RECIDIVA

RECIDIVA

1. Local
2. Regional
8. Não se aplica
9. Sem informação

A doença em remissão ou sem evidência de atividade nas avaliações anteriores poderá, em determinado momento do seguimento, voltar a apresentar manifestações, seja pelo reaparecimento no local de origem ou pela ocorrência de metástase. Isso caracteriza a recidiva da doença, que evidencia o recrudescimento da doença.

Não confundir com o comprometimento de outros órgãos e comprometimento ganglionar não regional, que são considerados metástase à distância.

Também não deve ser confundido com o surgimento de outro tumor primário.

Atualmente, há tumores cuja expressão de atividade se faz por aumento de níveis de marcadores tumorais (recidiva bioquímica). Essa informação deve ser assinalada quando houver a constatação da elevação dos níveis séricos dessas substâncias, exceto nos casos em que exista evidência objetiva de que esse aumento se dá em decorrência da presença de metástase.

Será considerado **local (opção 1)**, quando os novos sinais de doença ocorrerem na mesma topografia do tumor primário.

Na opção 2 – Regional serão incluídas as ocorrências em regiões justapostas ou na cadeia ganglionar responsável pela drenagem linfática da área do tumor primário.

A opção 8 – Não se aplica é reservada para aqueles casos nos quais não houve a recidiva tumoral.

A opção 9 – é usada nos casos **sem informação** incluindo aqueles que foram perdidos de seguimento.

NOVAS METÁSTASES A DISTÂNCIA

NOVAS METÁSTASES

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

A informação sobre a ocorrência de metástases a distância, associadas ao tumor em seguimento, deve ser feita com a utilização do código de localização topográfica da CID-O/3ª EDIÇÃO, com três dígitos, registrada em ordem cronológica do aparecimento.

O comprometimento de outros órgãos e tecidos pela invasão por contiguidade ou do envolvimento por comprometimento ganglionar é considerado metástase à distância.

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

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

Na constatação da ocorrência de metástases disseminadas - assim entendido a ocorrência de mais de quatro metástases - por falta de um código mais apropriado, deve-se preencher com o código C80.

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

Como a ocorrência de metástases pode acontecer a qualquer tempo, o registro dessa informação poderá ser obtido na maioria dos impressos do prontuário, contudo, o registro mais frequente 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 DE APARECIMENTO DA RECIDIVA/METÁSTASE

DATA DA RECIDIVA/ METÁSTASE

Esta data está diretamente relacionada aos dois itens anteriores, registrando-se a primeira data na qual o evento foi identificado pelo médico assistente. Nos casos de ocorrência de ambos (recidiva e metástase), deve-se registrar a data que ocorrer primeiro.

Deverá ser usado o padrão dd/mm/aaaa.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DOS REGISTRADORES

Cada registrador deve ter seu número de identificação, que será incluído na ficha, na linha correspondente a cada período de seguimento, para que seja possível identificar o responsável pela coleta de informações, se necessário.

OBSERVAÇÃO RELEVANTE RELACIONADA AO SEGUIMENTO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO

Este é um campo alfa-numérico de texto livre a ser utilizado para o cadastro de qualquer informação julgada importante para melhor avaliação do caso ou para lembrar algo em avaliação futura.

São exemplos de informações que devem ser anotadas nesse campo, a critério da instituição: a informação de que o paciente foi considerado fora de possibilidade terapêutica atual – FPT e a respectiva data; o abandono de tratamento; a data e o nome da cirurgia principal; encaminhamento a outras instituições e o código do registrador que fez o seguimento.

RECOMPONDO INFORMAÇÕES DE SEGUIMENTO

O seguimento de pacientes deve ser feito de modo sistemático, tendo por base os períodos pré-determinados e rotinas estabelecidas por cada hospital, de acordo com suas peculiaridades e infraestrutura. Toma-se por base a documentação existente no próprio hospital, com destaque para o prontuário de saúde do paciente.

Contudo, apesar da consulta a múltiplas fontes e do uso de recursos adicionais, em alguns casos não é possível obter informações a respeito do paciente. Nesses casos, deve-se anotar a data da última informação disponível, pois mesmo que não seja útil para fechar o seguimento do período em análise, poderá ser usado para estudos de sobrevida.

É importante salientar que esse caso não deve ser a priori considerado como definitivamente perdido de seguimento. Ele deverá, no próximo período de seguimento, ser novamente avaliado e, caso sejam obtidas informações, o período "em aberto" poderá ser recomposto com as informações coletadas ou pela inferência de dados.

Todavia, é necessário muito critério nessa dedução de informações a partir da comparação das informações de períodos anteriores e posteriores referentes ao paciente e sua doença.

Dados referentes à mudança na topografia e na histologia devem ser atualizados a qualquer momento, se rigorosamente confirmados. Também devem ser atualizadas as mudanças de endereço, telefone e nome da paciente.

As demais informações, cujas atualizações se façam com base em inferência, só devem ser realizadas após criteriosa análise, pois nem sempre é possível fazer a recomposição da informação a partir de dados subsequentes.

DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

Esta data refere-se à data de registro da informação que está sendo coletada no documento que está sendo usado como fonte, ou seja, a data do registro no prontuário, da realização do exame ou procedimento, da consulta médica, do telefonema, da postagem da carta resposta ou do registro da informação nas bases de dados consultadas.

Assim, quando a informação for obtida a partir da recomposição de informações, a data de identificação será posterior à data final do período de seguimento, pois só está sendo possível recompor as informações do seguimento em questão com base nos dados obtidos no seguimento posterior. Nesses casos, a data que deve ser anotada é aquela referente à data do último seguimento realizado e que permitiu a recomposição das informações do anterior.

DATA DA ÚLTIMA INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

Esta data refere-se à última informação disponível e deve ser coletada a partir de qualquer das fontes consultadas pelo RHC. Não se restringe ao período de quatro meses antes e após a data de aniversário do tumor, pois mesmo que não seja útil para atualizar o período de seguimento em análise, poderá ser útil em estudos de sobrevida. É atualizável e deve ser modificada toda vez que uma informação mais recente seja coletada.

FONTE DA INFORMAÇÃO

No caso de recomposição de informações, a fonte da informação deverá obrigatoriamente ser preenchida com a opção 7 – outros, independente da fonte que tenha sido utilizada para obter a informação, no seguimento posterior, pois nesse caso a informação está sendo deduzida e sua relação com a fonte primária da informação é feita de modo indireto.

ESTADO DA DOENÇA

Como neste item avalia-se o “status” vital do paciente e a respectiva informação da presença ou ausência do câncer, é possível, a partir da análise das informações de períodos anteriores e subsequentes, estabelecer a situação do período intermediário.

Se o paciente estiver vivo no período posterior, estava vivo anteriormente. Resta saber se com câncer ou sem câncer.

Se no período anterior e posterior estava sem câncer e não houver qualquer relato de recidiva e tratamento entre os dois períodos, poderá ser marcada a opção 1. Vivo, sem câncer.

Se do mesmo modo, nas duas avaliações estava vivo e com câncer, sem relato de tratamento entre os dois períodos que justificasse uma ausência de doença na avaliação intermediária e recidiva entre as duas avaliações, também pode ser considerado vivo, com câncer (opção 2).

Se não houver informações que possa permitir a avaliação da doença, será assinalada a opção 3 – Vivo, SOE.

Entretanto, se a informação que se obteve é da morte do paciente em período anterior à data correspondente ao final do período de seguimento anterior (aquele que estava em aberto), pode-se ter certeza do óbito do paciente. Resta, portanto, saber se com câncer ou não. Se houver relato explícito da presença ou da ausência do tumor por ocasião do óbito, este deverá ser considerado.

À semelhança da avaliação de vivo, se o paciente estava sem evidência de câncer, considerado curado, e não houver qualquer evidência de recidiva da doença, assinalar a opção 4 – óbito, sem câncer.

Se os relatos eram da presença da doença e não houver qualquer relato de tratamento que possa ter interferido no curso da doença, será marcada a opção 6 – óbito com câncer.

Porém, se não existe informação para estabelecer com certeza a presença ou ausência da doença, marcar apenas a informação do óbito, usando a opção 6 – óbito, SOE.

Se existe apenas a informação de que o paciente estava vivo em período anterior à data de avaliação, sem informação posterior que permita ter avaliação no final do período, deve permanecer a marcação da opção 9 – sem informação, no período de avaliação.

QUALIDADE DE SOBREVIDA (Índice de Zubrod ou Karnofsky)

Esta informação é muito mais difícil de avaliar que aquela do item anterior, pois o evento morte é marcante e bem definido, enquanto a qualidade de vida do paciente é muito mutável e condicionada a diversos fatores, alguns deles até mesmo subjetivos.

Assim, a não ser que exista relato em avaliações posteriores, especificamente sobre a condição do paciente no período não avaliado, esse item deve ser marcado com as opções 8 – não se aplica - para os casos de óbitos ocorridos durante o período em análise ou 9 – sem informação - para os demais casos.

TRATAMENTO

Este item, à semelhança do item anterior, somente poderá ser preenchido se houver relato preciso da ocorrência de tratamento no período. Caso contrário, deve ser preenchido com a marcação do item 9 – sem informação.

TIPO DE RECIDIVA

A doença que havia sido considerada em remissão ou sem evidência de atividade na avaliação anterior poderá apresentar sinais de atividade na avaliação posterior, evidenciando recidiva da doença, muitas vezes sem a identificação precisa do momento no qual surgiram os primeiros sinais desse recrudescimento da doença.

Se nas avaliações anterior e posterior não houver relato de recidiva e nem de tratamento durante o período transcorrido entre as duas avaliações que possa ter controlado a doença após recidiva ocorrida no período, poder-se-á marcar 8 – não se aplica.

Se houver registro explícito da ocorrência de recidiva local ou regional no período que estava em aberto, marcar respectivamente as opções 1 ou 2 – de acordo com o caso.

Nos demais casos, permanece a opção 9 – sem informação.

NOVAS METÁSTASES A DISTÂNCIA

Também neste item, a informação só poderá ser assinalada se existir informação precisa sobre a ocorrência de metástases no período em aberto.

Nos demais casos, o item permanece deixado em branco.

DATA DE APARECIMENTO DA RECIDIVA/METÁSTASE

Se o item referente ao aparecimento de recidiva ou de metástase tiver sido preenchido, a data de seu aparecimento será informada. Caso tenham ocorrido as duas (recidiva e metástase), será anotada a data da que ocorrer primeiro. Se não estiver disponível, preencher com 99/99/9999.

OBSERVAÇÕES RELEVANTES RELACIONADAS AO SEGUIMENTO DO PACIENTE

Utiliza-se este campo para informar outros dados que sejam relevantes a respeito do seguimento do paciente e que tenham acontecido durante o período de avaliação.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

Informar o código do registrador que foi o responsável pela recomposição dos dados.

PERDA DE SEGUIMENTO

Mesmo depois de utilizar todas as possíveis fontes de informação sobre o paciente, às vezes não é possível obter qualquer informação sobre o paciente. Nesses casos, os itens referentes ao seguimento devem ser preenchidos com a opção 9 – sem informação. No item referente à data da última informação do paciente será anotada a data correspondente à última informação, mesmo que a data seja anterior ao início do período de avaliação.

No próximo período de avaliação, o paciente deve ser incluído no grupo de pacientes a ser seguido.

Após três períodos sucessivos de avaliação sem obter informação, o paciente será definitivamente considerado perdido de seguimento e excluído do conjunto de pacientes a serem acompanhados.

CRÍTICA ENTRE OS ITENS DA FICHA DE SEGUIMENTO

O seguimento de tumores será feito exclusivamente para os casos classificados como analíticos, nos intervalos de tempo pré-estabelecidos.

Se o paciente tiver mais de um tumor primário classificado como analítico, o seguimento será feito para cada tumor, tendo por base a data de diagnóstico do respectivo tumor.

Sempre que for possível conciliar a operacionalização do seguimento de mais de um tumor, esse procedimento poderá ser adotado, levando-se sempre em consideração que as informações do seguimento deverão ser aquelas compreendidas no período de quatro meses anteriores e posteriores

à data do “aniversário” do tumor, que corresponde à data do diagnóstico. A exceção refere-se à data do óbito, que poderá ser resgatada a qualquer momento e que levará ao encerramento do seguimento e conclusão do caso, inclusive de outros tumores primários.

São analíticos apenas os pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento específico para câncer e que são tratados no hospital; aqueles que já chegam com o diagnóstico, sem contudo terem dado início ao tratamento antineoplásico específico; e os pacientes que chegam com diagnóstico e estão no curso do primeiro esquema terapêutico.

Os demais casos, ou seja, aqueles que chegam ao hospital com doença em estágio terminal (FPT); aqueles que já chegam com o primeiro tratamento realizado, apenas para receberem uma modalidade terapêutica não disponível no hospital de origem; os que, por algum motivo, não chegam a realizar o primeiro tratamento preconizado; os que chegam para tratar recidivas tumorais ou para ouvir parecer sobre seu caso, retornando ao hospital de origem, são cadastrados como casos não analíticos por não serem de interesse prioritário da instituição para efeitos de registro e acompanhamento temporal.

A indicação se o caso é ou não elegível para seguimento será feita a partir do preenchimento do item seguimento (item 39) da ficha de registro de tumor.

Se o caso for definido para seguimento, será atualizado no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo, décimo quinto e vigésimo ano (este apenas para os tumores de mama CID C50) a contar da data do diagnóstico.

O sistema informatizado de apoio aos RHC, o SisRHC, deverá estar capacitado para realizar duas operações:

1 – emitir relação mensal de casos a serem seguidos;

2 – inclusão na base de dados das informações referentes ao seguimento, vinculadas ao tumor seguido e ao paciente.

O seguimento será realizado para cada tumor, tendo por base a data do diagnóstico. Assim, se o paciente tiver mais de um tumor primário classificado como analítico, o seguimento será feito para cada tumor, e a data pode ou não coincidir com o seguimento de outros tumores do mesmo paciente. Esse procedimento só poderá ser simultâneo se as informações a serem coletadas forem compreendidas no período de quatro meses anteriores e posteriores à data do “aniversário” do tumor, que corresponde à data do diagnóstico.

Nos casos de óbito, todas as fichas deverão ser atualizadas e encerradas. Para isto, se o paciente tiver mais de um tumor primário e for informado o óbito para um deles, o sistema deverá abrir as demais fichas para inclusão das informações referentes ao óbito.

Atenção: *No momento do seguimento, é importante a identificação do paciente e do tumor a ser seguido (definido pelo número do tumor, que está por sua vez vinculado à localização topográfica – item 25 da Ficha de Registro de Tumor).*

A completa identificação de cada tumor (último dígito do número de cadastro no RHC) deverá ser feita pelo preenchimento obrigatório das seguintes informações:

NÚMERO DO TUMOR – Quando o paciente apresenta tumor primário múltiplo, esse número é atribuído de modo sequencial a cada novo tumor primário.

A partir do diagnóstico do segundo tumor primário, o item 51 (mais de um tumor) deverá estar preenchido obrigatoriamente com 2 – sim, nas fichas de cadastro de todos os tumores. Se havia sido registrado um único tumor primário e posteriormente foi diagnosticado um segundo tumor, por ocasião da inclusão do segundo tumor na base de dados do SisRHC, o item 51 da primeira ficha deverá ser modificado de 1 (não) ou 3 (duvidoso), para a opção 2 (sim).

Se for um caso com indicação de seguimento (item 35 – seguimento preenchido com 1 – sim), deverá ser programado o seguimento em função da data de diagnóstico desse tumor.

DATA DO DIAGNÓSTICO (item 22) – Informação vinculada ao tumor, definido pelo número do tumor, localização topográfica – (item 25) e tipo histológico – (item 26).

TOPOGRAFIA (item 25) – À semelhança dos itens anteriores, está associada ao número do tumor e ao tipo histológico – item 26.

MORFOLOGIA (item 26 – Histologia) - Informação também vinculada ao tumor e à localização topográfica.

Para a inclusão das informações do seguimento referentes ao primeiro ano, deve-se selecionar o tumor do qual foi feito o seguimento, corretamente identificado pelas informações acima.

DATA DA INFORMAÇÃO REFERENTE AO PRIMEIRO SEGUIMENTO – Esta data informada no formato dd/mm/aaaa não poderá ser inferior à data do diagnóstico e não poderá ser superior a 16 (dezesseis) meses da data do diagnóstico desse tumor.

FONTE DE INFORMAÇÃO – Refere-se à origem da informação que está sendo resgatada. Seu preenchimento é obrigatório e as opções de preenchimento são:

1. Prontuário de saúde
2. Sistema de mortalidade
3. Carta, telegrama ou correio eletrônico
4. Telefone
5. Visita domiciliar
6. Saúde da família (ESF/PSF - Estratégia/programa de saúde da família)
7. Outros
9. Sem informação

ESTADO DA DOENÇA – Esta informação está diretamente relacionada ao tumor em análise e não guarda relação com os demais tumores que o paciente possa vir a apresentar.

O preenchimento deste item é obrigatório e tem como opções de preenchimento:

- 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

Quando for preenchido com as opções 4, 5 ou 6 – óbito - obrigatoriamente, o item data do óbito da ficha de Registro do tumor deve ser preenchido com a data do óbito (se a data for indeterminada, deve-se preencher com a data média do período) e o item referente à qualidade de vida será obrigatoriamente preenchido com a opção 8 (não se aplica).

QUALIDADE DE SOBREVIDA – A informação a ser incluída neste campo está relacionada ao estado geral do paciente como um todo.

O preenchimento é obrigatório com uma das opções a seguir:

1. Assintomático ou com sintomas mínimos
2. Sintomático, comparecendo às consultas
3. Permanece no leito pelo menos metade do dia
4. Permanece no leito mais da metade do dia
5. Acamado, necessitando de cuidados constantes
6. Agônico
8. Não se aplica (óbito)
9. Sem Informação

TRATAMENTO – Todo tratamento realizado durante o primeiro ano, inclusive aquele que compõe o primeiro tratamento antineoplásico realizado no hospital ou fora, em ordem cronológica.

O preenchimento do item é obrigatório e permite assinalar uma ou mais casas, aceitando a repetição de um mesmo dígito, duas ou mais vezes, com as opções:

- 1 - Nenhum
- 2 - Cirurgia
- 3 - Radioterapia

- 4 - Quimioterapia
- 5 - Hormonioterapia
- 6 – Transplante de medula óssea
- 7 - Outro
- 9 – Sem informação

PRESENÇA DE METÁSTASE À DISTÂNCIA – Esta informação também deverá estar vinculada especificamente ao tumor seguido. Não devem ser computadas metástases de outros tumores. Seu preenchimento é opcional e pode permanecer em branco. Quando preenchido, utilizar os códigos morfológicos da CID-O/3, com três dígitos.

OBSERVAÇÕES – Campo alfa-numérico livre de preenchimento opcional.

VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS ANUAL E SUA LIBERAÇÃO

Uma importante etapa nas atividades do RHC é a validação do banco de dados referente a cada ano-calendário, pois a análise dos casos e as solicitações de levantamentos nos bancos de dados dos Registros Hospitalares de Câncer, em geral, são feitos levando-se em consideração o ano de matrícula do paciente no hospital.

Cada RHC coleta um conjunto de dados que pode variar de acordo com as necessidades do hospital e com sua capacidade de obtenção dessas informações. Portanto, essa é uma decisão necessária quando do início da coleta de casos, definindo quais itens serão utilizados a partir da lista de itens classificados como opcionais ou complementares.

Contudo, existe o conjunto mínimo dos itens obrigatórios e, independente dos itens adicionais escolhidos, a nomenclatura e as definições referentes a cada item são as mesmas para todos os registros, pois foram estabelecidas e padronizadas com base nas classificações nacionais ou padrões internacionais recomendados para as instituições de saúde.

A etapa de validação das informações do banco de dados do SisRHC deve ser realizada pelo coordenador do RHC, antes da liberação final das informações da base de dados para consultas, para transmissão dos dados para o IntegradorRHC e para emissão do relatório anual do RHC, correspondente àquele ano.

Essa etapa finaliza o processo de alimentação do SisRHC, iniciada com a identificação dos casos novos de câncer, seguida da coleta de dados e sua transcrição para as fichas correspondentes – de Registro e seguimento, que são posteriormente incluídas na base de dados.

Pode ser realizada à medida que os casos forem sendo digitados ou em conjunto, ao final da inclusão no SisRHC dos casos novos de câncer de um determinado ano.

Porém, existe uma etapa que é anterior ao preenchimento das fichas. Refere-se à identificação dos casos a serem cadastrados, a partir da verificação dos casos novos de câncer atendidos no

hospital e que atendem aos critérios de inclusão no Registro Hospitalar de Câncer, considerando a lista de tumores notificáveis do hospital.

Esse processo não é controlado pelo SisRHC e é diretamente relacionado à qualidade dos mecanismos e rotinas de identificação dos casos novos de câncer e da capacidade técnica do registrador. Sua verificação só é possível por auditoria amostral ou pela correlação do banco de dados do RHC com outras bases de dados do hospital.

Uma vez selecionado para inclusão no RHC, o caso também deve ser classificado como analítico ou não analítico, pois esse é um exercício que compete exclusivamente ao registrador de câncer.

Esta seleção (analítico e não analítico) será importante para que se possa determinar se o caso terá ou não seguimento.

Neste capítulo, o foco é a validação de dados. Para esclarecer as dúvidas referentes ao correto preenchimento do item, devem ser consultados os capítulos referentes aos critérios de seleção de casos a serem cadastrados no RHC e os capítulos referentes ao preenchimento das fichas do RHC (Registro de tumor e de seguimento).

INCLUSÃO DOS CASOS NA BASE DE DADOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Foram incluídas críticas no próprio SisRHC, para facilitar o processo de validação, que identificam, durante o processo de digitação de cada caso e no momento da solicitação de gravação do caso no banco de dados, as inconsistências e os casos que não se enquadram nas regras gerais de coerência de casos de câncer pré-estabelecidas.

Algumas das críticas são referentes apenas às opções que constam em cada item das fichas, com o objetivo de evitar a inclusão de dados inexistentes para aquele item específico. Como exemplo, em relação ao item sexo, só são aceitas as opções 1 – Masculino, 2 – feminino.

Para outros itens, no entanto, levam-se em consideração o cruzamento de determinados itens com outros da ficha. Isso ocorre na crítica que correlaciona sexo com topografia (não aceita tumor de testículo em mulheres ou tumor de colo uterino em homens) ou, ainda, quando relaciona topografia e histologia, entre outras críticas.

Ao final do processo de digitação, poderão ocorrer várias situações que não foram previstas segundo as regras do RHC e que são relacionadas, para que se possa conferir se são decorrentes de erro de digitação ou se se tratam de situações incomuns, porém possíveis de ocorrer.

Quando for identificado um erro, faz-se a correção e manda-se executar o processo de gravação. Nessas situações, o sistema automaticamente classifica o caso como “coerente” e, para identificação visual no banco de dados, lhe é atribuída a cor azul.

Contudo, se ao conferir o caso, for identificado que não houve erro de digitação, o preenchimento da ficha deverá ser verificado. Se houver dúvida quanto ao preenchimento, o caso deverá então ser gravado como um caso incoerente até que se confirme o preenchimento dos dados. Dessa forma, no banco de dados, o caso será identificado pela cor vermelha.

Havendo a confirmação de que a ficha foi preenchida corretamente, o caso pode então ser gravado, apesar da crítica do sistema e classificado como caso "validado", e sua cor de identificação no banco será a verde.

Vale ressaltar que, em muitos casos, ao digitar a ficha no SisRHC, identifica-se, com base nas críticas do sistema, a ocorrência de erro de digitação e procede-se à imediata redigitação. Se houver dúvida se ocorreu erro de transcrição do dado do prontuário ou se houver necessidade de revisão do caso, a ficha digitada ficará pendente, marcada como "incoerente", até sua posterior validação ou correção.

VALIDAÇÃO DA BASE DE DADOS NO REGISTRO DE CÂNCER PELO COORDENADOR DO RHC

O coordenador do RHC deve conhecer as regras de cadastro dos casos e o significado e correlações de cada item da ficha. Só assim poderá fazer a análise crítica do banco de dados e validar casos inconsistentes na lógica binária dos programas de computador utilizada pelo SisRHC, pois esta é uma atribuição e responsabilidade que lhe compete.

Essa autoridade se reflete no perfil de usuário do sistema, que só permite que o coordenador valide casos, e só pode ser delegada em casos muito especiais e para pessoas tecnicamente capacitadas.

Para auxiliar o coordenador a identificar situações de inconsistência, seguem algumas situações de críticas:

Quadro 31 – Situações de críticas

Item da ficha	Criticado com
ITENS OBRIGATÓRIOS	
Caso analítico	<ul style="list-style-type: none">• Ficha de seguimento
Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Localização do tumor primário
Idade	<ul style="list-style-type: none">• Gerada a partir da data de nascimento com a data de 1ª consulta
Data da 1ª consulta	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico e tratamento anterior• Data de diagnóstico• Data do início do tratamento no hospital
Data do diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico e tratamento anteriores• Data de 1ª consulta• Data do início do tratamento no hospital

Item da ficha	Criticado com
ITENS OBRIGATÓRIOS	
Diagnóstico e tratamento anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Data da 1ª consulta • Data do Diagnóstico e • Data do Início do tratamento no hospital
Localização do tumor primário	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Tipo histológico do tumor primário (vide correlação topografia x histologia) • Estadiamento clínico do tumor (vide TNM)
Tipo histológico do tumor primário	<ul style="list-style-type: none"> • Localização do tumor primário (vide correlação topografia x histologia) • Estadiamento clínico do tumor (vide TNM) • Estadiamento patológico (pTNM) (vide TNM)
Estadiamento clínico do tumor – TNM	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Localização do tumor primário • Tipo histológico do tumor primário (vide – pTNM)
Estadiamento patológico do tumor – pTNM	<ul style="list-style-type: none"> • Localização do tumor primário • Tipo histológico do tumor Primário (vide – pTNM) • Códigos de preenchimento - TNM
Data do início do primeiro tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento Anteriores • Data de triagem • Data do diagnóstico e • Data da 1ª consulta
Principal razão para a não realização do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro tratamento recebido • Data do início do tratamento • Data do óbito • Estado da doença no final do primeiro tratamento
Primeiro tratamento recebido no hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Principal razão para a não realização do tratamento • Data do óbito • Estado da doença no final do primeiro tratamento
Estado da doença no final do primeiro tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Principal razão para a não realização do tratamento • Primeiro tratamento recebido • Data do óbito
Data do óbito	<ul style="list-style-type: none"> • Principal razão para a não realização do tratamento • Primeiro tratamento recebido • Estado da doença ao final do primeiro tratamento • Causa básica da morte

Item da ficha	Criticado com
ITENS OBRIGATÓRIOS	
Relação do óbito do paciente com o câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Data do óbito
Indicação de realização de seguimento	<ul style="list-style-type: none"> • Caso analítico
Data de preenchimento da ficha	<ul style="list-style-type: none"> • Data da triagem • Data da primeira consulta
Item da ficha	Criticado com
ITENS OPCIONAIS	
Data da triagem	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento anteriores • Data da primeira consulta • Data do diagnóstico • Data do início do tratamento no hospital • Data do óbito
Localização provável do tumor Primário	<ul style="list-style-type: none"> • Localização do tumor primário
Ocorrência de mais de um tumor primário	<ul style="list-style-type: none"> • Necessário o preenchimento de uma ficha para cada tumor
Causa básica da morte do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Data do óbito
ITENS COMPLEMENTARES	
Não possuem críticas no SisRHC, por serem definidas por cada Hospital.	

CRÍTICA NOS ITENS OBRIGATÓRIOS DA FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

Se o caso for classificado como analítico, é necessário abrir ficha de seguimento. Essa regra não se aplica aos tumores *in situ*, aos tumores de pele (exceto os melanomas) ou se o paciente tiver falecido no transcurso do 1º ano de seguimento.

O campo sexo será cruzado com a topografia do tumor primário.

Idade – este item não tem crítica na entrada de dados, pois ele é preenchido automaticamente pelo sistema, a partir da data de nascimento e da data de primeira consulta. Entretanto, será um campo chave quando da realização de levantamentos e da seleção de casos, pois algumas topografias são prevalentes ou raras em determinadas faixas etárias.

A data da 1ª consulta deve ser igual ou posterior à data da triagem. Em relação à data do início do tratamento no hospital e à data de diagnóstico, dependerá do preenchimento no campo diagnóstico e tratamento anterior.

Existe a correlação entre a data da 1ª consulta, a data do diagnóstico e o item diagnóstico e tratamento anteriores, pois caso o paciente já chegue ao hospital com diagnóstico, esta data será anterior à data da consulta; entretanto, se chegar sem diagnóstico, será posterior. Da mesma forma será feito com a data do início do tratamento no hospital.

O item diagnóstico e tratamento anteriores é correlacionado com as datas da primeira consulta, de diagnóstico e de início do tratamento, pois deve haver coerência entre elas.

A localização do tumor primário é campo chave para o RHC. Está diretamente correlacionada com o tipo histológico do tumor primário. Em caso de dúvida, deve ser consultada a tabela de correlação topografia x morfologia no capítulo "Correlação entre localização do tumor primário e tipo histológico do tecido tumoral".

O tipo histológico do tumor primário também é campo chave e deve ser correlacionado com a localização do tumor primário e com o estadiamento clínico e patológico do tumor (TNM e pTNM).

O estadiamento clínico do tumor – TNM é estabelecido a partir das informações da localização e da extensão do tumor primário e do tipo histológico. A idade também é parâmetro de avaliação. Existe no SisRHC uma tabela com os códigos existentes.

O estadiamento patológico do tumor – pTNM é estabelecido a partir das informações da localização e da extensão do tumor primário e do tipo histológico. No SisRHC foi incluída uma tabela com os códigos possíveis.

A data do início do primeiro tratamento no hospital é correlacionada com o item diagnóstico e tratamentos anteriores e, a partir dessa correlação, com as datas de triagem, da primeira consulta e do diagnóstico.

Principal Razão para a Não Realização do Tratamento – Guarda relação com o campo primeiro tratamento recebido, com a data do início do primeiro tratamento, com a data da ocorrência do óbito e com o campo estado da doença ao final do tratamento.

O campo primeiro tratamento recebido no hospital, se o paciente efetuou o tratamento proposto, tem que obrigatoriamente estar preenchido com a opção 8 (não se aplica) e também deverá ter a data de início do tratamento e o estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital preenchidos. Se não realizou tratamento, o campo tem que estar preenchido com algum valor diferente de 8 (não se aplica), a data de início do tratamento não será preenchida, o primeiro tratamento será marcado como nenhum (opção 1) e o estado ao final do tratamento será preenchido com 8 (não se aplica). O primeiro tratamento pode não ter sido realizado ou ter sido interrompido pela ocorrência do óbito.

As informações referentes ao Primeiro Tratamento Recebido no Hospital estão correlacionadas às opções dos itens principal razão para a não realização do tratamento, à data de ocorrência do óbito e ao estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital.

Estado da Doença no Final do Primeiro Tratamento, à semelhança dos itens anteriores, deve obedecer às correlações com a principal razão para a não realização do tratamento, com o primeiro tratamento recebido e com a data do óbito.

O item Data do Óbito, quando preenchido, deve encerrar as fichas de cadastro de tumor e de seguimento. Também deve ser informada a relação do óbito do paciente com o câncer e pode ter relação com a principal razão para a não realização do tratamento, com o primeiro tratamento realizado, com o estado da doença ao final do primeiro tratamento e com a causa básica da morte.

O item relação do óbito do paciente com o câncer será preenchido para os pacientes que foram a óbito, e o preenchimento da data do óbito é obrigatório.

A indicação de realização de seguimento está diretamente relacionada com os casos analíticos e a abertura de fichas de seguimento.

Finalmente, a data de preenchimento da ficha que será atribuída diretamente pelo SisRHC deve ser posterior à data da triagem e à data da primeira consulta no hospital.

CRÍTICA NOS ITENS OPCIONAIS DA FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

Do mesmo modo que nos itens obrigatórios, aqueles hospitais que optarem pelo preenchimento dos itens opcionais serão submetidos a críticas por ocasião da entrada de dados no SisRHC.

A data da triagem será sempre anterior ou igual à data da primeira consulta e à data do óbito.

A localização provável do tumor primário só será preenchida quando a localização do tumor primário for desconhecida (C80.9).

Quando o item ocorrência de mais de um tumor primário for preenchido com a opção 2 (sim), obrigatoriamente, deverão existir tantas fichas de cadastro de tumor quantos forem os tumores primários.

Para que a causa básica da morte do paciente seja preenchida, é necessário que o campo data do óbito esteja preenchido.

Quadro 32 - Críticas e estrutura do banco de dados do registro hospitalar de câncer, para a Ficha de Registro de Tumores

ITEM	NOME	TIPO	TAMANHO	PREENCHIMENTO
ITENS OBRIGATÓRIOS				
-	ANALÍTICO	Caractere	1	1 ou 2
01	PRONTUÁRIO	Caractere	7	Nº do prontuário hospitalar
-	IDENTIFICAÇÃO NO RHC	Caractere	20	Atribuído pelo SisRHC
02	NÚMERO DA IDENTIDADE	Caractere	16	Número do documento
03	TIPO DE DOCUMENTO	Caractere	1	1 a 9, exceto 8
04	NOME	Caractere	40	Nome completo do paciente
05	NOME DA MÃE	Caractere	40	Nome completo da mãe do paciente
06	SEXO	Caractere	1	1,2
07	DATA NASCIMENTO	Data	8	dd/mm/aaaa
08	IDADE	Numérico	3	Calculado diretamente pelo sistema
09	LOCAL DE NASCIMENTO	Caractere	2	Sigla do estado ou ex (estrangeiro)
10	RAÇA / COR	Caractere	1	1, 2, 3, 4, 5 ou 9
11	ESCOLARIDADE	Caractere	1	1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 9
12	OCUPAÇÃO	Caractere	4	Classificação de ocupações da CBO
13	PROCEDÊNCIA	Caractere	7	Classificação de municípios do IBGE
14	ENDEREÇO	Caractere	70	Endereço (logradouro, número e complemento)
15	BAIRRO	Caractere	20	Nome do bairro
16	CIDADE	Caractere	20	Nome da cidade
17	SIGLA DA UNIDADE DA FEDERAÇÃO	Caractere	2	Sigla do estado ou ex (estrangeiro)
18	TELEFONE	Caractere	10	Código da cidade e número do telefone
19	CEP – CÓDIGO POSTAL	Caractere	8	Código de endereçamento postal
20	E-MAIL	Caractere	24	Descrição completa do endereço eletrônico

ITEM	NOME	TIPO	TAMANHO	PREENCHIMENTO
ITENS OBRIGATÓRIOS				
21	DATA DA PRIMEIRA CONSULTA	Data	8	dd/mm/aaaa
22	DATA DO DIAGNÓSTICO	Data	8	dd/mm/aaaa
23	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIOR	Caractere	1	1, 2, 3, 4 ou 9
24	BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO	Caractere	1	1 a 9, exceto 8
25	LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	Caractere	4	Código de topografia CID-O/3º versão
26	TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO	Caractere	5	Código de histologia CID-O/3º versão
27	TNM	Caractere	3	Código do TNM Clínico – 6ª edição
28.a	ESTADIAMENTO INICIAL (com base no TNM)	Caractere	2	Código alfanumérico de estadiamento TNM
28.b	OUTRO ESTADIAMENTO	Caractere	2	Código alfanumérico de estadiamento
29	pTNM	Caractere	3	Código do TNM Patológico – 6ª edição
30	LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA	Caractere	4 campos com 3	Código topográfico da metástase - CID-O/3
31	CLÍNICA DO INÍCIO DO TRATAMENTO	Caractere	2	Código da clínica de início de tratamento
32	DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO	Data	8	dd/mm/aaaa
33	RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO	Caractere	1	1 a 9
34	PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO	Caractere	8	1 a 9
35	ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO	Caractere	1	1 a 8 (exceto 7) e 9
36	DATA DO ÓBITO	Data	8	dd/mm/aaaa
37	RELAÇÃO DO CÂNCER COM O ÓBITO	Caractere	1	1, 2 e 9
38	CASO ANALÍTICO	Caractere	1	1, 2
39	SEGUIMENTO	Caractere	1	1, 2

ITEM	NOME	TIPO	TAMANHO	PREENCHIMENTO
ITENS OBRIGATÓRIOS				
40	CÓDIGO DO REGISTRADOR	Caractere	1	1 a 9
-	DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA	Data	8	Gerado pelo SisRHC
ITENS OPCIONAIS				
41	ESTADO CONJUGAL ATUAL	Caractere	1	1,2,3,4 e 9
42	DATA DA TRIAGEM	Data	8	dd/mm/aaaa
43	HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER	Caractere	1	1, 2 e 9
44	CONSUMO DE ÁLCOOL	Caractere	1	1 a 4, 8 e 9
45	TABAGISMO	Caractere	1	1 a 4, 8 e 9
46	ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO	Caractere	1	1,2,3,8 e 9
47	CLÍNICA DE ENTRADA	Caractere	2	Código da clínica
48	EXAMES RELEVANTES	Caractere	1	1 a 5, 8 e 9
49	LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL	Caractere	3	código de topografia CID-O/3º versão
50	LATERALIDADE DO TUMOR	Caractere	1	1,2,3, 8 e 9
51	MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO	Caractere	1	1,2 e 3
52	CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO	Caractere	1	1 a 4, 8 e 9
53	CUSTEIO DO TRATAMENTO	Caractere	1	1 a 4, 8 e 9
54	CAUSA BÁSICA DA MORTE	Caractere	4	Código de morbidade da CID-10
ITENS COMPLEMENTARES				
1-7	DEFINIDOS POR CADA HOSPITAL – OPÇÕES	Caractere	1	0 a 9
1-3	DEFINIDOS POR CADA HOSPITAL – DATA	Data	8	dd/mm/aaaa

CRÍTICA NOS ITENS DA FICHA DE SEGUIMENTO

O seguimento de tumores será feito exclusivamente para os casos classificados como analíticos e com indicação de seguimento, nos intervalos de tempo pré-estabelecidos.

Se o paciente tiver mais de um tumor primário classificado como analítico, o seguimento será feito para cada tumor, tendo por base a data de diagnóstico do respectivo tumor.

Todas as informações do seguimento são associadas às informações que constam da ficha de registro de tumor.

A data de identificação do evento guarda relação direta com a data do diagnóstico do tumor e deve corresponder a um dos períodos pré-estabelecidos.

A data da última informação do paciente deve ser igual ou superior à última data de identificação do evento.

A fonte da informação é preenchida com uma das opções válidas. Se for marcada a opção 2 (sistema de mortalidade), obrigatoriamente devem ser preenchidos os itens referentes ao óbito na Ficha de Registro de Tumor e encerrado o seguimento. Se a opção marcada for a 9 (sem informação), os itens referentes ao estado da doença, qualidade da sobrevida, tratamento subsequente, tipo de recidiva, novas metástases e data de recidiva devem ser preenchidas com 9 – sem informação.

Se o item estado da doença for preenchido com as opções de 1 a 3 (paciente vivo), também devem ser preenchidos os itens qualidade de sobrevida, tratamento subsequente, tipo de recidiva, novas metástases e data de recidiva. Quando for preenchido com as opções 4 a 6 (óbito), o item qualidade de sobrevida será preenchido com a opção 6 (óbito) e complementadas as informações dos itens referentes ao óbito na Ficha de Registro de Tumor e encerrado o seguimento.

O item qualidade da sobrevida somente será preenchido quando o paciente estiver vivo, com a opção correspondente. Em caso de óbito será marcada a opção 6 (óbito) e se não tiver informação, a opção 9 (sem informação).

Para os pacientes vivos, deve ser marcada uma das opções do item tratamento subsequente.

Somente quando o paciente tiver o item estado da doença assinalado com a opção 2 (vivo com câncer) ou 5 (óbito com câncer), o item tipo de recidiva será marcado com as opções 1, 2 ou 9 e o item novas metástases à distância poderá ser preenchido com a inclusão do código correspondente à topografia da metástase, se houver ocorrência de metástase.

Quando o item novas metástases A distância for preenchido, também deverá ser informada a data da recidiva/metástase.

O campo observação é livre e não tem nenhum tipo de crítica a ele associado, cabendo ao registrador avaliar a necessidade de incluir informações nesse campo.

No quadro a seguir, estão listadas as possibilidades de preenchimento para cada item da ficha de seguimento.

Quadro 33 - Críticas e estrutura do banco de dados do registro hospitalar de câncer, para a ficha de seguimento

NOME	TIPO	TAMANHO	PREENCHIMENTO
Data da identificação do evento	data	8	dd/mm/aaaa
Data da última informação do paciente	data	8	dd/mm/aaaa
Fonte de informação	caractere	1	1 a 7 e 9
Estado da doença	caractere	1	1 a 7 e 9
Qualidade da sobrevida	caractere	1	1 a 6, 8 e 9
Tratamento subsequente	caractere	8	1 a 9
Tipo de recidiva	caractere	1	1, 2, 8 e 9
Novas metástases à distância	caractere	4 campos com 3 posições	Código topográfico da CID-O/3 com 3 dígitos
Data da recidiva/metástase	data	8	dd/mm/aaa

VALIDAÇÃO DOS CASOS NO SisRHC

Conhecendo as regras básicas do RHC e as críticas incluídas no SisRHC, o coordenador do RHC poderá iniciar o processo de validação dos bancos de dados.

Esse processo poderá ser feito à medida que surjam os casos para validação ou somente no final do processo de inclusão dos casos novos correspondentes a um determinado ano-calendário.

Para fazer a validação, o coordenador do RHC selecionará, no SisRHC, cada prontuário que foi gravado como incoerente, a partir da seleção da opção manutenção na barra de ferramentas do sistema e, a seguir, as opções localização avançada e selecionar os incoerentes. Aparecerá então um quadro, no qual será possível selecionar e editar cada ficha de tumor gravada como incoerente. As inconsistências serão apresentadas para cada caso.

O coordenador fará então a análise global de cada caso de modo crítico e detalhado, consultando o manual do RHC e as classificações CID-O e TNM, se necessário.

Ao final dessa análise, caso tenha identificado algum erro, faz a correção e o caso será regravado como caso sem inconsistência.

Se identificar situação não usual, que necessite apoio da clínica que acompanhou o paciente ou de revisão da anatomia patológica, manterá o caso como inconsistente até que tenha a resposta

da consulta que encaminhará ao serviço correspondente. Dependendo da resposta, fará correções para regravação ou homologará o caso como validado, se optar por manter a ficha como está, considerando que apesar de incomum é a maneira correta de cadastrar o caso.

Somente após ter completado a revisão de todos os casos incoerentes, o coordenador poderá passar para a etapa final de análise do banco de dados, procedendo à análise dos relatórios do SisRHC.

CRÍTICA A PARTIR DOS RELATÓRIOS PADRONIZADOS DO SisRHC

A última etapa no processo de validação do banco de dados para sua liberação deve ser realizada utilizando os relatórios produzidos pelo próprio SisRHC, selecionando-se apenas o ano em análise.

No relatório distribuição do total de casos de câncer, por localização do tumor primário, segundo o sexo, deve-se verificar se houve grandes mudanças na distribuição dos casos de câncer, por topografia e sexo, em relação aos anos anteriores. Se isso ocorrer, é importante que se busque os motivos, tais como mudança no perfil da clientela, abertura ou fechamento de serviços, abertura de outros hospitais de câncer na mesma região, entre outros. Se não houver justificativa, deve-se fazer uma auditoria dos casos antes da liberação do banco de dados.

O mesmo procedimento deve ser feito com o relatório distribuição dos casos de câncer segundo diagnóstico e tratamento anteriores, e também com a distribuição dos casos de câncer segundo o sexo e os relatórios de distribuição das dez neoplasias mais frequentes (relatórios 29 a 33 e 38).

Também poderá exportar o banco de dados selecionando o ano em análise para um formato que possa ser lido pelo EPI-INFO, no qual deve ser rodada a frequência (FREQ) dos principais itens, de modo que se possa observar a distribuição nas diversas opções de cada item e o número de casos em que foi marcada a opção 9 – sem informação. Se os valores encontrados fugirem do que tem sido o comportamento do item nos anos anteriores, a constatação deve ser investigada.

Outro recurso que também pode ser utilizado no EPI-INFO é o cruzamento de dois itens pelo comando TABLES.

Após todas essas verificações, o banco de dados poderá ser liberado para consulta e transmissão para o integradorRHC. Outra possibilidade de exportação é para o Excel.

Contudo, se no futuro, em especial após emissão de listagens para atender a solicitações de levantamentos e subsídio a pesquisas, forem constatados erros ou inconsistências, os casos devem ser revistos individualmente e se necessário corrigidos.

LIÇÕES APRENDIDAS

O trabalho no RHC é motivante, entre outros motivos, pelo constante aprendizado e aprimoramento técnico da equipe.

Assim sendo, o processo de validação é uma grande oportunidade de identificar falhas e a correspondente necessidade de retreinamento ou inclusão de condutas no livro de ocorrências do RHC do Hospital.

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 desses pacientes e também a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente.

Algumas informações são de caráter geral e devem ser produzidas por todos os hospitais que possuem Registro Hospitalar de Câncer. Outras informações são específicas a hospitais que atendam a determinados tipos de câncer ou clientela como, por exemplo, os tumores pediátricos e as informações referentes ao transplante de medula óssea.

Os relatórios que constituem o conjunto básico de informações podem ser obtidos diretamente do SisRHC, por meio dos relatórios padronizados, listados abaixo:

- Tabela 1 - Distribuição do total de casos de câncer, por localização do tumor primário, segundo o sexo.
- Tabela 2 - Distribuição dos linfomas e leucemias, segundo o tipo histológico, por sexo.
- Tabela 3 - Distribuição do total de casos de câncer segundo a clínica de entrada.
- Tabela 4 - Distribuição do total de casos de câncer segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento.
- Tabela 5 - Distribuição dos casos de câncer segundo diagnóstico e tratamento anteriores.
- Tabela 6 - Distribuição dos pacientes com idade acima de 19 anos, com casos de câncer segundo o estadiamento clínico da doença.
- Tabela 7 - Distribuição dos pacientes com idade de 0 a 19 anos, com casos de câncer segundo o estadiamento clínico da doença.
- Tabela 8 - Distribuição dos casos de câncer segundo o sexo.
- Tabela 9 - Distribuição dos casos de câncer segundo a cor da pele.
- Tabela 10 - Distribuição dos casos de câncer segundo o local de nascimento.

- Tabela 11 - Distribuição dos casos de câncer segundo a procedência.
- Tabela 12 - Distribuição dos casos de câncer segundo o grau de instrução.
- Tabela 13 - Distribuição dos casos de câncer segundo a ocupação.
- Tabela 14 - Distribuição dos casos de câncer segundo o número de tumores primários.
- Tabela 15 - Distribuição dos casos de câncer segundo a base mais importante do diagnóstico.
- Tabela 16 - Distribuição dos casos de câncer segundo a faixa etária e sexo.
- Tabela 17 - Distribuição dos casos de câncer segundo o primeiro tratamento recebido no hospital.
- Tabela 18 - Distribuição dos casos de câncer, cujo tratamento inicial não pôde ser realizado e o motivo pelo qual não foi realizado
- Tabela 19 - Distribuição dos casos de câncer segundo o estado da doença ao final do primeiro tratamento.
- Tabela 20 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes em crianças (idade 0 a 18 anos) segundo a localização do tumor primário.
- Tabela 21 - Distribuição dos casos de câncer segundo a origem de encaminhamento para o hospital.
- Tabela 22 - Distribuição dos casos de câncer segundo o estado conjugal.
- Tabela 23 - Distribuição dos casos de câncer segundo a realização de diagnóstico e tratamento anterior à chegada ao hospital, por clínica responsável pela matrícula.
- Tabela 24 - Distribuição dos casos de câncer por estadiamento clínico segundo a assistência prévia.
- Tabela 25 - Distribuição dos casos de câncer por assistência prévia segundo o estadiamento clínico.
- Tabela 26 - Indicadores referentes ao intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre: matrícula - diagnóstico, diagnóstico - início do tratamento e matrícula - início do tratamento no hospital.
- Tabela 27 - Mediana de intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre matrícula, diagnóstico e início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital.
- Tabela 28 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre: matrícula - diagnóstico e diagnóstico - início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital.
- Tabela 29 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes segundo o sexo.
- Tabela 30 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes em homens segundo a localização do tumor primário.
- Tabela 31 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes em mulheres segundo a localização do tumor primário.

Tabela 32 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes por localização do tumor primário segundo o estadiamento clínico.

Tabela 33 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes por estadiamento clínico segundo a localização do tumor primário.

Tabela 34 - Distribuição dos casos de câncer por topografia da ocorrência da 1º metástase.

Tabela 35 - Relação de pacientes segundo prontuário, nome, tipo histológico, data da 1º consulta e data do primeiro diagnóstico.

Tabela 36 - Relação de pacientes segundo prontuário, nome, localização do tumor primário, data da 1º consulta e data do primeiro diagnóstico.

Tabela 37 - Relação de pacientes por condição de seguimento segundo prontuário, nome, data do primeiro diagnóstico, clínica de atendimento.

Tabela 38 - Distribuição das dez neoplasias mais frequentes em crianças/adolescentes (idade 0 a 19 anos) segundo o tipo histológico.

Finalmente, cada hospital, por interesse específico, poderá detalhar informações ou incluir avaliações específicas. Contudo, recomenda-se que a instituição crie normas rígidas para liberação de informações a partir das bases de dados do RHC, para garantir o sigilo profissional, a privacidade dos pacientes, as normas de produção científica e os aspectos éticos envolvidos.

Em geral, os relatórios para a divulgação dos dados coletados pelo RHC utilizam três tipos de relatórios, a seguir apresentados, cuja amplitude e complexidade serão definidos pelo Coordenador do RHC, ouvindo a Comissão Assessora:

– O **Relatório anual de casos novos** é o principal e mais completo instrumento de divulgação dos dados coletados pelo RHC. Constam desse relatório as informações referentes ao total de casos cadastrados no RHC (casos analíticos e não analíticos), do ano em referência, apresentando as informações relativas ao primeiro ano de contato dos respectivos pacientes com o hospital.

– O **Relatório de seguimento** contém as informações referentes a todos os casos que fizeram seguimento durante o período em análise. Ressalte-se que constam desse relatório apenas os casos analíticos com acompanhamento previsto para o período em análise.

– Os **Relatórios especiais** são elaborados a partir de demandas específicas, cujo escopo e período de cobertura são especificamente definidos. Em geral, contemplam solicitações não cobertas pelos relatórios anteriores.

Cada registro deve elaborar seu planejamento de produção de relatórios, o elenco de informações que comporá seus relatórios e sua respectiva estratégia de divulgação.

O conjunto de tabelas a seguir sugerido é exemplificativo e cabe a cada hospital definir o escopo e detalhamento de seus relatórios, assim como a periodicidade e o meio de divulgação.

O conteúdo dos relatórios deve ser criteriosamente definido para que não ocorra o risco de desperdício de tempo, recursos e energia na geração de informações que não serão utilizadas ou, por outro lado, deixar de produzir informações relevantes para a instituição, que só sejam possíveis a partir dos dados do RHC.

RELATÓRIO ANUAL

O relatório anual do RHC é emitido ao final do processo de cadastro de casos novos de neoplasia maligna atendidos no hospital (casos analíticos e não analíticos), referentes aos casos novos de matrículas no hospital ou de novos tumores primários em pacientes que anteriormente tiveram outros tumores primários cadastrados no RHC do Hospital.

Esse relatório é composto de várias seções, nas quais as informações são apresentadas em diferentes níveis de complexidade e agregação para explicitar perfis e características dos casos atendidos, facilitando o acesso e a compreensão dos dados do RHC.

Para algumas das informações também são apresentados dados que compõem séries históricas, que evidenciam comportamentos e tendências.

O conteúdo do relatório é, portanto, mutável, aperfeiçoável e adaptável às necessidades das demandas dos usuários, às potencialidades do RHC e à disponibilidade de dados no RHC.

Diversos tipos de recursos podem ser usados na elaboração da versão final do relatório, com a apresentação dos dados feita por meio de gráficos, tabelas, quadros, figuras, dados descritivos e analíticos, que facilitam a compreensão e a análise das informações.

A seguir, estão apresentadas sugestões de informações a serem incluídas no relatório anual.

CONJUNTO DE PACIENTES ATENDIDOS

Após uma seção introdutória em que constam informações gerais sobre a instituição, o Registro Hospitalar de Câncer, a composição da equipe de trabalho, a apresentação e o prefácio, inicia-se a apresentação de dados propriamente dita.

Inicialmente, o relatório aborda o conjunto de pacientes que tiveram diagnóstico confirmado de neoplasia maligna (casos incidentes), no ano em referência, matriculados no hospital no qual está instalado o RHC, obtido a partir de levantamento que contempla os casos analíticos e não analíticos, incluídos no período em análise.

O objetivo principal desta seção é dar um panorama geral a respeito da magnitude dos casos novos de câncer atendidos no Hospital e sobre as características da clientela assistida.

Apresentam-se os dados referentes ao percentual de pacientes com câncer no conjunto de pacientes atendidos no hospital. No quadro – Distribuição dos prontuários novos, por tipo de diagnóstico, mostra-se a distribuição dos pacientes atendidos no hospital segundo o tipo de diagnóstico do paciente: casos confirmados de câncer, aqueles com patologia benigna e os com diagnóstico incerto.

Recomenda-se incluir gráfico, no qual é representada a série temporal da distribuição dos pacientes matriculados no hospital segundo o tipo de diagnóstico, por ano de matrícula. Assim, pode-se ter visualização da tendência temporal da participação dos casos de câncer em relação ao conjunto de pacientes atendidos no hospital no período.

A seguir, podem ser apresentados alguns cruzamentos de dados que possibilitarão conhecer as características gerais dos pacientes atendidos e dos recursos hospitalares envolvidos, são eles:

Gráfico – Séries temporais da distribuição dos pacientes matriculados no hospital segundo o sexo (gênero), por ano de matrícula;

Tabela – Distribuição do total de neoplasias malignas matriculados segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento, no hospital, para avaliar a participação de cada clínica como porta de entrada de casos novos de câncer no hospital.

Tabela – Distribuição do total de casos novos de câncer matriculados no Hospital, por localização topográfica, segundo o sexo. Essa é a principal tabela desse conjunto de dados, pois evidencia a frequência de cada topografia e sua ocorrência em cada sexo.

Tabela – Distribuição dos pacientes por procedência e por Origem do encaminhamento. Estas duas tabelas mostram a distribuição geográfica dos pacientes atendidos no hospital.

Tabela – Distribuição do total de casos de câncer por estadiamento clínico. Permite que se tenha ideia do quão avançada é a doença no momento da chegada do paciente ao hospital.

Tabela – Distribuição das solicitações mensais de levantamentos a partir dos bancos de dados do Registro de Câncer. Para atender a demandas não sistemáticas de informações, explicita a produção de relatórios e levantamentos não sistematizados pelo RHC, para atender a demandas específicas dos usuários e da direção do hospital. Complementarmente, outra tabela – Distribuição das solicitações de levantamentos segundo o solicitante, demonstra quais serviços têm utilizado as informações do RHC com maior frequência.

CASOS ANALÍTICOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS

Na segunda parte do relatório, sugere-se que sejam apresentadas as informações referentes aos casos novos de neoplasia maligna, classificados como analíticos, pois constituem o foco principal de interesse do hospital e são aqueles casos em que o hospital tem maior compromisso e responsabilidade com os resultados finais.

Os casos são selecionados a partir da marcação com “sim” no item referente a casos analíticos da ficha de cadastro de casos novos.

Para tornar mais fácil a identificação e a compreensão das informações e tabulações do relatório, essa parte é dividida em subseções de acordo com o nível de corte e agregação das informações.

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES

São apresentados alguns conjuntos de tabelas que auxiliam o hospital a traçar o perfil deste grupo de pacientes, classificado como casos analíticos.

Inicialmente, são feitas as clássicas distribuições dos pacientes em relação ao gênero, faixa etária, raça/cor da pele, estado conjugal e local de nascimento:

Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo o gênero apresenta a distribuição dos casos de neoplasia maligna segundo o sexo do paciente.

Tabela – Distribuição dos pacientes por faixa etária. As faixas poderão ser definidas em função do tipo de clientela e do número de casos, trabalhando com faixas maiores ou menores. Recomenda-se agrupar em faixas de cinco anos, dos 20 aos 80 anos. Abaixo dos quinze, nas faixas etárias de zero a dois anos de idade (lactantes), três aos sete anos (pré-escolar) e de oito aos quinze (pré-adolescente). Os casos acima de 80 anos são agrupados em uma única classe, por causa do número reduzido de casos.

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 facilitar sua visualização.

Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo a raça/cor da pele. Esta é uma tentativa de avaliar a questão racial, que é muito prejudicada entre nós, pela miscigenação racial, comum no Brasil.

O grau de instrução do paciente, como potencial avaliador da condição socioeconômica do paciente está na Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo os anos de escolaridade.

Tabela – Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas segundo o estado conjugal apresenta os casos de câncer distribuídos em função do estado conjugal do paciente. Não confundir com estado civil.

Tabela – Histórico Familiar de Câncer, do Consumo de Bebida Alcoólica e do Consumo de Tabaco procura-se avaliar fatores de risco genéticos e associados ao estilo de vida.

Para avaliar a distribuição geográfica dos casos de câncer, devem-se elaborar algumas tabelas, a saber:

Para avaliar a origem dos pacientes, elaborar a 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.

As Tabelas referentes à Distribuição dos casos de câncer, por Procedência do paciente, avaliam o município de origem que pode ser complementada pela Tabela com o Bairro, que discrimina o bairro dentro do município.

Finalmente, deve-se incluir um quadro com o Número de Casos Analíticos, o Percentual de Óbitos no Primeiro Ano e o Percentual de Pacientes que Farão Seguimento.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DAS NEOPLASIAS TUMORAIS MALIGNAS ATENDIDAS

No conjunto de tabelas anteriores, procura-se traçar o perfil do paciente. A seguir, são apresentadas as informações referentes aos tumores e ao atendimento do paciente no hospital.

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 onde está instalado o RHC, que são complementadas pela Origem do encaminhamento.

Para se conhecer o responsável financeiro pelo tratamento, constroem-se as tabelas de Custeio do Diagnóstico e de Custeio do Tratamento.

Com a Tabela – Exames Relevantes para o Diagnóstico e Planejamento da Terapêutica do Tumor, explicitam-se os recursos utilizados para estabelecer e detalhar o diagnóstico, para que se estabeleça a abordagem terapêutica ao tumor.

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.

Desse 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.

A seguir, elabora-se um conjunto de tabelas com a finalidade de identificar a topografia e a extensão do tumor. São elas: Tabela – a Distribuição dos Casos de Câncer por Localização do Tumor Primário segundo o sexo do paciente; a Distribuição dos Casos por Estadiamento Clínico do Tumor; e a Lateralidade do tumor Primário. Naqueles casos em que não se tem confirmação da topografia do tumor, mas apenas forte evidência, produz-se uma tabela com a Localização Provável do Tumor Primário.

Pode-se selecionar, do conjunto de casos de câncer, 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.

Como se estima que em torno de 5% dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna exista mais de um tumor, é importante conhecer a ocorrência de tumores múltiplos no conjunto de pacientes atendidos. Para isso, sugere-se:

Inclusão da Tabela – Distribuição das neoplasias malignas cadastradas segundo o número de tumores primários.

Também se pode fazer a seleção das topografias mais frequentes, em cada sexo e em crianças, respectivamente: Tabela – Distribuição das topografias mais frequentes segundo o sexo do paciente e a topografia do tumor, Gráfico – Distribuição percentual das neoplasias mais frequentes, por sexo, atendidas no hospital. O mesmo gráfico pode ser feito para os tumores pediátricos.

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.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM NEOPLASIAS TUMORAIS MALIGNAS

Algumas clínicas, do hospital são importantes como porta de entrada na instituição, enquanto outras se destacam no tratamento antineoplásico dos pacientes.

A porta de entrada dos pacientes no hospital é avaliada pela Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital, identificando-se a importância das diversas clínicas na avaliação inicial do paciente.

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. Pode-se cruzar essa informação com a Clínica de entrada do paciente no hospital. Nas Tabelas – Distribuição das Neoplasias Malignas por Estadiamento Clínico, segundo o Diagnóstico e Tratamento Anteriores.

Para subsidiar o processo gerencial do hospital, quatro intervalos de tempo são usualmente utilizados como indicadores da demora no atendimento ao paciente que chega ao hospital. São eles o tempo de espera para atendimento especializado, obtido pelo intervalo de tempo entre a triagem e a data da primeira consulta; 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. Nas Tabelas – Indicadores referentes aos intervalos de tempo (em dias) transcorridos entre triagem e primeira consulta; matrícula e o diagnóstico; diagnóstico e início do tratamento e matrícula e início do tratamento no hospital, apresenta-se o tempo mínimo, o tempo máximo, a média, a mediana, a moda, o primeiro e o 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, pode-se especificar segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital, (apresenta-se para as diferentes clínicas) as medianas dos três intervalos estudados. 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, apresentam-se também separados por clínica, os intervalos mínimo, máximo e a respectiva mediana, para os intervalos de tempo entre matrícula/diagnóstico e diagnóstico/início do tratamento.

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.

O estado da doença ao final do primeiro tratamento é apresentado na Tabela – Estado da Doença ao Final do Primeiro Tratamento no Hospital, que pode ser cruzado com a informação referente ao tipo de tratamento realizado, compondo a tabela – Estado da Doença ao Final do Primeiro Tratamento segundo o tipo de tratamento realizado.

Entretanto, 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 metástase estará 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.

AValiação DO ÓBITO DO PACIENTE

Uma importante informação para o acompanhamento dos pacientes é saber a ocorrência do óbito e se ele teve relação direta com o câncer.

Os dados referentes ao tempo de sobrevida devem ser apresentados na parte do relatório referente ao seguimento de pacientes.

Portanto, serão criadas duas tabelas, uma com a Relação do Óbito do Paciente com o Câncer e a outra com as Principais Causas Básicas da Morte do paciente.

TUMORES PEDIÁTRICOS

Nos hospitais com serviço de pediatria oncológica, este grupo de pacientes merece um tratamento diferenciado e específico.

Como não existe consenso em relação à idade para se considerar os tumores infantis e nem se serão incluídos nesse grupo os tumores dos adolescentes, têm sido adotados critérios diferentes pelas várias especialidades médicas e também entre as instituições de saúde. Considerando-se as recentes modificações de conduta dos especialistas em oncologia pediátrica que passaram a incluir em seus estudos e análises a idade limite de 19 anos, por considerarem que os tumores que acometem os indivíduos desta idade ainda apresentam características morfológicas semelhantes àqueles classificados pela CICI (Classificação Internacional do Câncer Infantil). Recomenda-se que os Registros Hospitalares de Câncer considerem em seus relatórios e publicações de tumores infantis e assemelhados a idade limite de 19 anos.

Assim, cada instituição deverá estabelecer a faixa etária que será utilizada para selecionar os casos de tumores pediátricos. A decisão deve ser anotada no livro de ocorrências, assim como a justificativa e quem tomou a decisão.

Esses tumores são analisados e destacados dos demais, em função de suas peculiaridades, que os diferenciam em vários aspectos daqueles que acometem os adultos.

O conjunto de tabelas é derivado daquele referente aos casos analíticos anteriormente apresentados, no qual foi analisado o conjunto de pacientes atendidos no hospital, inclusive as crianças.

A seguir são listadas as sugestões de tabelas e gráficos para compor esse módulo do relatório.

Tabela – Distribuição das neoplasias malignas segundo a fonte de encaminhamento para o hospital.

Tabela – Distribuição do total de neoplasias malignas matriculadas 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, por tipo morfológico, segundo faixa etária.

ITENS COMPLEMENTARES

Aqueles hospitais que optarem pela coleta de itens complementares poderão incluir nos seus respectivos relatórios, quadros, tabelas e gráficos referentes a esses itens.

TOPOGRAFIAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

Por sua relevância no conjunto de informações do relatório, deve ser incluído em um quadro, para cada topografia, a frequência de tumores por sexo e faixa etária (o conhecido "Tabelão") – Distribuição das neoplasias malignas segundo o sexo e a faixa etária.

TOPOGRAFIA POR MORFOLOGIA E SEXO

Outro quadro igualmente importante é composto para cada topografia, no qual é apresentada a frequência de distribuição por morfologia e por sexo. Tabela – Distribuição dos casos cadastrados de neoplasias malignas, por topografia e morfologia, segundo o sexo.

RELATÓRIO DE SEGUIMENTO

Os relatórios de seguimento devem ser realizados em conjunto com os relatórios anuais de casos novos ou, separadamente, apenas com os casos de seguimento. Nesta segunda opção, podem ser referentes ao total de casos ou específicos para determinadas topografias ou períodos de tempo.

Por meio dos relatórios de seguimento, será possível evidenciar a efetividade da assistência prestada ao paciente. É o grande aferidor da qualidade da assistência prestada pelo Hospital.

Seu universo de estudo são os casos de neoplasia maligna atendidos no hospital, classificados como casos analíticos e que tiveram previsão de seguimento temporal.

Os dados de seguimento serão apresentados por meio de quadros e tabelas e os pacientes, acompanhados no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º e 15º anos a partir da data do diagnóstico. Para os casos de neoplasia maligna de mama, também está previsto o acompanhamento no 20º ano.

Os dados coletados no seguimento poderão ser utilizados para a realização de estudos de sobrevida. Entretanto, vale ressaltar que os dois são diferentes. O seguimento coleta informações sobre a doença e o doente ao longo do tempo, possibilitando fazer medições em intervalos específicos e pré-determinados de tempo. Os estudos de sobrevida são mais complexos, estudam o comportamento de modo contínuo ao longo do tempo e permitem avaliar a influência de determinados fatores na evolução do paciente.

As informações do seguimento dos casos analíticos de neoplasias malignas também podem ser usadas para a construção de tábuas de vida. Nesses casos, pode-se obter a informação referente ao tempo médio de sobrevida (com e sem evidência de doença residual); o intervalo livre de doença para os casos com recidiva; o percentual de pacientes vivos e o número de óbitos ocorridos no período.

Assim, é atribuição do RHC elaborar os relatórios de seguimento. Se houver possibilidade de, no hospital, também serem desenvolvidos os estudos de sobrevida, é importante que isso ocorra mediante integração com a equipe do RHC.

As informações relativas ao seguimento serão buscadas inicialmente no prontuário do paciente, resgatando-se o dado existente desde a última anotação nas fichas de seguimento. Finda essa etapa, caso ainda haja a necessidade de complementar informações, poderão ser utilizadas fontes de informação externas ou outras fontes do hospital. Finalmente, havendo recursos, faz-se a busca ativa das informações, contatando pacientes e seus familiares.

RELATÓRIO GERAL PARA PLANEJAMENTO DO SEGUIMENTO

Este relatório é uma estatística do número de casos a serem seguidos e será usado internamente no RHC para planejamento da atividade pelo coordenador do registro.

Deve ser apresentado em forma de tabela, contendo as informações referentes ao número de casos a serem seguidos em um determinado ano-calendário. Os casos são identificados pelo cruzamento de grupos de topografias (três dígitos) e pelo período de seguimento. Assim se conhecerá, a cada ano, o total de casos a ser acompanhado, segundo os períodos de tempo que foram previamente estabelecidos.

Na emissão desse relatório deve ser possível listar todos os casos com seguimento previsto ou filtrar por topografia e/ou por tempo de seguimento (exemplos: todos os casos a serem seguidos em um determinado ano calendário; casos de tumor de uma topografia específica a serem seguidos em determinado ano ou casos de câncer de uma topografia especificada que estejam completando cinco anos de seguimento).

As listagens devem ser impressas com quebra de página por topografia (grupamento de três dígitos) e, dentro de cada topografia, por tempo de seguimento, ordenado por número de matrícula. No cabeçalho, devem ser identificados a topografia e o tempo de seguimento.

Devem constar do relatório: matrícula do paciente, nome, sexo, data de nascimento, data de diagnóstico, ocorrência de mais de um tumor primário, topografia, data da última informação e período de referência para o qual será feito o seguimento.

Os dados de identificação são necessários para a pesquisa nos bancos de óbito e a informação da ocorrência de mais de um tumor para verificar se é possível compatibilizar o seguimento de todos os tumores de um mesmo paciente.

Também deve ser permitido colocar filtro em relação à idade para selecionar, se houver interesse, os tumores pediátricos.

RELATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO DA REALIZAÇÃO DO SEGUIMENTO

Este relatório deve ser emitido para acompanhar o seguimento e deve ser permitido filtrar por topografia ou por período de seguimento, com base em um determinado ano-calendário.

Será construída uma tabela em que se cruzam as topografias (ou grupos de topografias) com o número de casos com previsão de seguimento, o número de casos cujo seguimento foi realizado e o percentual de realização do seguimento.

Uma outra tabela deve ser feita considerando-se os períodos de seguimento pré-estabelecidos, que também são cruzados com o número de casos com previsão de seguimento, o número de casos cujo seguimento foi realizado e o percentual de realização do seguimento.

RELATÓRIOS DESCRITIVOS

Estes relatórios devem ser emitidos ao final do processo de seguimento, e é possível processá-los com o conjunto de tumores para os quais foi realizado o seguimento ou colocar filtro por topografia ou grupo de topografia (três dígitos) ou tempo de seguimento.

PERFIL DO SEGUIMENTO

Na parte inicial do relatório é apresentado um quadro no qual devem constar o número absoluto e o percentual referentes ao total de casos analíticos cadastrados no SisRHC, no período de referência; o número e o percentual de casos com seguimento previsto para o período em estudo e o número e percentual dos casos efetivamente seguidos.

As características gerais dos pacientes em seguimento serão apresentadas em um grupo de tabelas a seguir descritas:

Tabela – Número e percentual de pacientes a serem seguidos, por topografia, segundo o sexo do paciente. Esta tabela corresponde à tabela de topografia segundo o sexo do relatório anual de casos novos cadastrados.

Tabela – Fonte de Informação – evidencia a participação de cada tipo de fonte no fornecimento de dados para o seguimento de pacientes.

Tabela – Percentual de perda de casos, por intervalo de seguimento.

RESULTADO DO SEGUIMENTO

Os resultados do seguimento devem ser apresentados em relação ao total de casos seguidos no período e discriminados por cada topografia avaliada. Se houver mais de um período de avaliação, também deve ser desmembrado por intervalo de tempo de seguimento.

Deve ser avaliada a frequência de cada uma das seguintes variáveis: o Estado da Doença; a Qualidade da Sobrevida; o Tratamento Subsequente; o Tipo de Recidiva e a Ocorrência de Metástases.

As informações do seguimento anual de pacientes também serão utilizadas para calcular o desfecho ao final de cada período de avaliação, ou seja, o Percentual de Pacientes Vivos; o Percentual de Pacientes Vivos com Câncer; o Percentual de Pacientes Vivos sem Câncer e o Percentual de Pacientes Falecidos com Câncer e Sem Câncer.

Para cada topografia, podem-se cruzar as informações do estadiamento da doença antes do tratamento e/ou do estado do paciente ao final do tratamento, com o estado do paciente no final do período de seguimento.

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS ESPECIAIS

Os relatórios anuais e de seguimento são elaborados rotineiramente e têm por finalidade divulgar as principais informações coletadas pelo RHC e que são de interesse geral.

Entretanto, o conjunto de dados das bases do Registro Hospitalar de Câncer permite uma série de cruzamentos e saídas personalizadas, de acordo com a necessidade dos usuários ou com o interesse do próprio RHC em divulgar informações específicas.

As saídas especiais são elaboradas para subsidiar estudos, para dar apoio a decisões gerenciais, para elaborar de trabalhos científicos ou para atender a solicitações diferenciadas dos profissionais ou da gerência da instituição.

As informações do RHC poderão ainda ser associadas a outras bases de dados ou a Registros de outras instituições para produção de dados específicos ou consolidados.

Dentre os relatórios especiais, a equipe do RHC poderá elaborar, para inclusão no Relatório Anual, uma abordagem específica sobre um tema central, sobre o qual procede-se uma análise detalhada ou a uma revisão de literatura, apresentado como tema do ano.

Essa 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.

COMPATIBILIZAÇÃO DAS FICHAS DE REGISTRO DE TUMOR (VERSÕES ATUAL E ANTERIOR)

Este capítulo tem por objetivo apresentar as correlações entre as informações das fichas de registro de tumor que vinham sendo utilizadas pelo RHC e a nova ficha que está sendo apresentada e para a qual este manual foi elaborado.

Com base na nova ficha, foi elaborada a nova versão do SisRHC que será usada para a inclusão de todos os casos de câncer cadastrados pelo RHC, sejam eles classificados como analíticos ou como não analíticos.

Informações sobre o conteúdo e a especificação de cada item das fichas devem ser consultadas no capítulo preenchimento da ficha de registro de tumor.

O objetivo deste capítulo é apresentar as correlações entre os itens das fichas, o que é muito importante quando se for trabalhar com bancos de dados referentes a diferentes fichas e, portanto, em diferentes períodos de tempo.

As correlações das fichas de seguimento estão no capítulo seguinte.

Cada item é identificado pelo seu número atual e dentro de cada item, as correspondentes opções de preenchimento.

Alguns itens anteriormente constavam da ficha de seguimento, motivo pelo qual as fichas de cadastro de tumor deverão ser associadas com as fichas de seguimento correspondentes, assim como as várias fichas dos casos de tumores múltiplos.

A ficha proposta apresenta itens que não existiam na anterior, itens que foram modificados e também houve o reposicionamento de ficha em relação à ficha anterior. Na ficha anterior existia o item 31 referente à causa imediata da morte, que foi excluído na nova ficha.

A maioria dos itens da ficha é de preenchimento obrigatório, mas no item idade (08), o preenchido será feito pelo automaticamente sistema, a partir do cálculo da diferença entre a data da primeira consulta (item 21) e a data de nascimento do paciente (item 07). Também serão de preenchimento automático o número de identificação do paciente no RHC do hospital (item 02 da

ficha antiga de registro do tumor) que será atribuído de forma automática e sequencial para cada paciente, assim como a data de inclusão do caso na base de dados do SisRHC.

ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ITEM 01 • NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Ficha nova – item 01	Ficha antiga – item 01
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 02 • NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE CIVIL

NÚMERO DO DOCUMENTO

Ficha nova – item 02	Ficha antigo – item 14 – Cartão SUS
<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"/> <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"/> <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"/>

ITEM 03 • TIPO DE DOCUMENTO

TIPO DE DOCUMENTO

Ficha nova – item 03	Ficha antiga - inexistente
<input type="checkbox"/> 1. Cartão SUS	
<input type="checkbox"/> 2. CPF	
<input type="checkbox"/> 3. Identidade (RG)	
<input type="checkbox"/> 4. Título de eleitor	
<input type="checkbox"/> 5. PIS/PASEP	
<input type="checkbox"/> 6. Certidão de nascimento	
<input type="checkbox"/> 7. Outro	
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	

ITEM 04 • NOME COMPLETO DO PACIENTE

NOME

Ficha nova - 04	Ficha antiga – item 03
<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"/>

ITEM 05 • NOME COMPLETO DA MÃE DO PACIENTE

NOME DA MÃE

Ficha nova – item 05	Ficha antiga - inexistente
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

ITENS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS

ITEM 06 • SEXO DO PACIENTE

SEXO

Ficha nova – item 06	Ficha antiga – item 04
<input type="checkbox"/> 1. MASCULINO	<input type="checkbox"/> 1. MASCULINO
<input type="checkbox"/> 2. FEMININO	<input type="checkbox"/> 2. FEMININO
	<input type="checkbox"/> 3. IGNORADO

ITEM 07 • DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

DATA DO NASCIMENTO

Ficha nova – item 07	Ficha antiga – item 06
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 08 • IDADE DO PACIENTE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

IDADE

Ficha nova – item 08	Ficha antiga – item 05
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 09 • LOCAL DE NASCIMENTO DO PACIENTE

LOCAL DE NASCIMENTO

Ficha nova – item 09	Ficha antiga – item 07
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 10 • RAÇA / COR DA PELE DO PACIENTE

RAÇA / COR

Ficha nova – item 10	Ficha antiga – item 08
<input type="checkbox"/> 1. Branca	<input type="checkbox"/> 1. Branca
<input type="checkbox"/> 2. Preta	<input type="checkbox"/> 2. Preta
<input type="checkbox"/> 3. Amarela	<input type="checkbox"/> 3. Amarela
<input type="checkbox"/> 4. Parda	<input type="checkbox"/> 4. Parda
<input type="checkbox"/> 5. Indígena	<input type="checkbox"/> 5. Indígena
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 11 • ESCOLARIDADE DO PACIENTE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

ESCOLARIDADE

Ficha nova – item 11	Ficha antiga – 09 grau de instrução
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1. Analfabeto
<input type="checkbox"/> 2. Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> 2. 1º grau incompleto
<input type="checkbox"/> 3. Fundamental completo	<input type="checkbox"/> 3. 1º grau completo
<input type="checkbox"/> 4. Nível médio	<input type="checkbox"/> 4. 2º grau completo
<input type="checkbox"/> 5. Nível superior incompleto	Inexistente
<input type="checkbox"/> 6. Nível superior completo	<input type="checkbox"/> 5. Nível superior
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 12 • OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO PACIENTE

OCUPAÇÃO

Ficha nova – item 12	Ficha antiga – item 10
<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"/>

ITEM 13 • PROCEDÊNCIA DO PACIENTE (CÓDIGO DO IBGE)

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

Ficha nova – item 13	Ficha antiga – item 11
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

ITEM 14 • ENDEREÇO PERMANENTE DO PACIENTE

ENDEREÇO

Ficha nova – item 14	Ficha antiga - Seguimento
<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"/>

ITEM 15 • BAIRRO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE

BAIRRO

Ficha nova – item 15	Ficha antiga - Seguimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ITEM 16 • CIDADE DE RESIDÊNCIA PERMANENTE

CIDADE

Ficha nova – item 16	Ficha antiga - Seguimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ITEM 17 • UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA DO PACIENTE

UF

Ficha nova – item 17	Ficha antiga - Seguimento
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 18 • TELEFONE DE REFERÊNCIA DO PACIENTE

TELEFONE

Ficha nova – item 18	Ficha antiga – Seguimento
<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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 19 • CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL (CEP) DA RESIDÊNCIA DO PACIENTE

CEP

Ficha nova – item 19	Ficha antiga – Seguimento
<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"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 20 • CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO COM O PACIENTE

e-mail

Ficha nova – item 20	Ficha antiga – inexistente
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	inexistente

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

ITEM 21 • DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

DATA DA 1ª CONSULTA

Ficha nova – item 21	Ficha antiga – item 15
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 22 • DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO DIAGNÓSTICO

Ficha nova – item 22	Ficha antiga – item 16
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 23 • DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

Ficha nova - item 23	Ficha antiga – item 17
<input type="checkbox"/> 1. Sem diag./sem trat.	<input type="checkbox"/> 1. Sem diag./sem trat.
<input type="checkbox"/> 2. Com diag./sem trat.	<input type="checkbox"/> 2. Com diag./sem trat.
<input type="checkbox"/> 3. Com diag./com trat.	<input type="checkbox"/> 3. Com diag./com trat.
<input type="checkbox"/> 4. Outros	<input type="checkbox"/> 4. Outros
	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 24 • BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

Ficha nova – item 24	Ficha antiga – item 18
<input type="checkbox"/> 1. Clínica	<input type="checkbox"/> 1. Exame clínico e/ou patologia clínica
<input type="checkbox"/> 2. Pesquisa clínica	<input type="checkbox"/> 3. Endoscopia <input type="checkbox"/> 4. Cirurgia exploradora / necrópsia
<input type="checkbox"/> 3. Exame por imagem	<input type="checkbox"/> 2. Exame por imagem
<input type="checkbox"/> 4. Marcadores tumorais	Inexistente (estava incluído em patologia clínica)
<input type="checkbox"/> 5. Citologia	<input type="checkbox"/> 5. Citologia ou hematologia
<input type="checkbox"/> 6. Histologia da metástase	<input type="checkbox"/> 6. Histologia da metástase
<input type="checkbox"/> 7. Histologia do tumor primário	<input type="checkbox"/> 7. Histologia do tumor primário
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

ITEM 25 • LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA PELA CID-0/3)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

Ficha nova – item 25	Ficha antiga – item 19
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

ITEM 26 • TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO

Ficha nova – item 26	Ficha antiga – item 20
<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"/>

ITEM 27 • CLASSIFICAÇÃO DO TUMOR MALIGNO ANTES DO TRATAMENTO

TNM CLÍNICO INICIAL (TNM)

Ficha nova – item 27	Ficha antiga – item 23
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 28.a • ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR

ESTADIAMENTO INICIAL (com base no TNM)

Ficha nova – item 28.a	Ficha antiga – item 22 (a)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 28.b • OUTRO ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR ANTES DO TRATAMENTO (para sistemas de estadiamento diferentes do TNM)

OUTRO ESTADIAMENTO (diferente do TNM)

Ficha nova – item 28.b	Ficha antiga – item 22 (b)
<input type="text"/> <input type="text"/>	

ITEM 29 • pTNM – CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS, PATOLÓGICO

TNM PATOLÓGICO (pTNM)

Ficha nova – item 29	Ficha antiga – item 24
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 30 • LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

Ficha nova – item 30	Ficha antiga – item 25
<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"/>

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

ITEM 31 • CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

CLÍNICA DO INÍCIO DO TRATAMENTO

Ficha nova – item 31	Ficha antiga – item 13
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ITEM 32 • DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

Ficha nova – item 32	Ficha antiga – item 26
<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"/>

ITEM 33 • PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

Ficha nova – item 33	Ficha antiga – item 27
<input type="checkbox"/> 1. Recusa do tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Recusa do tratamento
<input type="checkbox"/> 2. Tratamento realizado fora	inexistente
<input type="checkbox"/> 3. Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas	<input type="checkbox"/> 2. Doença avançada, falta de condições clínicas <input type="checkbox"/> 3. Outras doenças associadas
<input type="checkbox"/> 4. Abandono do tratamento	<input type="checkbox"/> 4. Abandono do tratamento
<input type="checkbox"/> 5. Complicações de tratamento	<input type="checkbox"/> 5. Complicações de tratamento
<input type="checkbox"/> 6. Óbito	<input type="checkbox"/> 6. Óbito
<input type="checkbox"/> 7. Outras razões	<input type="checkbox"/> 7. Outras razões
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 34 • PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

Ficha nova – item 34	Ficha antiga – item 28
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Nenhum	1. Nenhum
2. Cirurgia	2. Cirurgia
3. Radioterapia	3. Radioterapia
4. Quimioterapia	4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia	5. Hormonioterapia
6. Transplante de medula óssea	6. Transplante de medula óssea
7. Imunoterapia	7. Imunoterapia
8. Outras	8. Outras
9. Sem informação	9. Sem informação

ITEM 35 • ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º- TRATAMENTO NO HOSPITAL

Ficha nova – item 35	Ficha antiga – item 29
<input type="checkbox"/> 1. Sem evidência da doença (remissão completa)	<input type="checkbox"/> 1. Sem evidência da doença (remissão completa)
<input type="checkbox"/> 2. Remissão parcial	<input type="checkbox"/> 2. Remissão parcial
<input type="checkbox"/> 3. Doença estável	<input type="checkbox"/> 3. Doença estável
<input type="checkbox"/> 4. Doença em progressão	<input type="checkbox"/> 4. Doença em progressão
<input type="checkbox"/> 5. Suporte terapêutico oncológico / término do tratamento oncológico	<input type="checkbox"/> 5. Fora de possibilidade terapêutica
<input type="checkbox"/> 6. Óbito	<input type="checkbox"/> 6. Óbito
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 36 • DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

DATA DO ÓBITO

Ficha nova – item 36	Ficha antiga – item 30
<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"/>

ITEM 37 • RELAÇÃO DO ÓBITO DO PACIENTE COM O CÂNCER

ÓBITO EM VIRTUDE DO CÂNCER

Ficha nova – item 37	Ficha antiga – inexistente
<input type="checkbox"/> 1. Sim	
<input type="checkbox"/> 2. Não	
<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	

ITENS DE SELEÇÃO DO PACIENTE PARA SEGUIMENTO

ITEM 38 - CASO ANALÍTICO

CASO ANALÍTICO

Ficha nova - 38	Ficha antiga
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não

ITEM 39 • INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

SEGUIMENTO

Ficha nova – item 39	Ficha antiga – item 33
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

ITEM 40 • CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DOS REGISTRADORES

Ficha nova – item 40	Ficha antiga – item 34
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ITENS OPCIONAIS

ITEM 41 • ESTADO CONJUGAL ATUAL

ESTADO CONJUGAL ATUAL

Ficha nova – item 41	Ficha antiga – item 36
<input type="checkbox"/> 1. Solteiro	<input type="checkbox"/> 2. Solteiro
<input type="checkbox"/> 2. Casado	<input type="checkbox"/> 1. Casado
<input type="checkbox"/> 3. Viúvo	<input type="checkbox"/> 4. Viúvo
<input type="checkbox"/> 4. Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> 3. Desquitado/ separado/ divorciado
<input type="checkbox"/> 5. União consensual	<input type="checkbox"/> inexistente
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 42 • DATA DA TRIAGEM

DATA DA TRIAGEM

Ficha nova – item 42	Ficha antiga – item 37
<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"/>

ITEM 43 • HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

Ficha nova – item 43	Ficha antiga – item 38
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 44 • HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA**CONSUMO DE ÁLCOOL**

Ficha nova – item 44	Ficha antiga – item 39 alcooolismo
<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 2. Ex-consumidor	inexistente
<input type="checkbox"/> 3. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 4. Não avaliado	inexistente
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 45 • HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO**TABAGISMO**

Ficha nova – item 45	Ficha antiga – item 40
<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 2. Ex-fumante	inexistente
<input type="checkbox"/> 3. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 4. Não avaliado	inexistente
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 46 • ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

Ficha nova – item 46	Ficha antiga – item 41
<input type="checkbox"/> 1. SUS	<input type="checkbox"/> 1. SUS
<input type="checkbox"/> 2. Não SUS	<input type="checkbox"/> 2. Não SUS
<input type="checkbox"/> 3. Veio por conta própria	<input type="checkbox"/> 3. Veio por conta própria
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	inexistente
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 47 • CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

CLÍNICA DE ENTRADA

Ficha nova – item 47	Ficha antiga – item 12 (obrigatório)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ITEM 48 • EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

EXAMES RELEVANTES

Ficha nova – item 48	Ficha antiga – item 42
<input type="checkbox"/> 1. Exame clínico e patologia Clínica	<input type="checkbox"/> 1. Exame clínico e patologia Clínica
<input type="checkbox"/> 2. Exames por imagem	<input type="checkbox"/> 2. Exames por imagem
<input type="checkbox"/> 3. Endoscopia e cirurgia exploradora	<input type="checkbox"/> 3. Endoscopia e cirurgia exploradora
<input type="checkbox"/> 4. Anatomia patológica	<input type="checkbox"/> 4. Anatomia patológica
<input type="checkbox"/> 5. Marcadores tumorais	inexistente
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 49 • LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL

Ficha nova – item 49	Ficha antiga – item 43
<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"/>

ITEM 50 • LATERALIDADE DO TUMOR

LATERALIDADE

Ficha nova – item 50	Ficha antiga – item 44
<input type="checkbox"/> 1. Direita	<input type="checkbox"/> 1. Direita
<input type="checkbox"/> 2. Esquerda	<input type="checkbox"/> 2. Esquerda
<input type="checkbox"/> 3. Bilateral	<input type="checkbox"/> 3. Bilateral
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	<input type="checkbox"/> 9. Sem informação

ITEM 51 • OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

Ficha nova – item 51	Ficha antiga – item 21 (obrigatório)
<input type="checkbox"/> 1. Não	<input type="checkbox"/> 1. Não
<input type="checkbox"/> 2. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Sim
<input type="checkbox"/> 3. Duvidoso	<input type="checkbox"/> 3. Duvidoso

ITEM 52 • CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO

Ficha nova – item 52	Ficha antiga – inexistente
<input type="checkbox"/> 1. Público (SUS)	
<input type="checkbox"/> 2. Plano de saúde	
<input type="checkbox"/> 3. Particular	
<input type="checkbox"/> 4. Outros	
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	

ITEM 53 • CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

CUSTEIO DO TRATAMENTO

Ficha nova – item 53	Ficha antiga – inexistente
<input type="checkbox"/> 1. Público (SUS)	
<input type="checkbox"/> 2. Plano de saúde	
<input type="checkbox"/> 3. Particular	
<input type="checkbox"/> 4. Outros	
<input type="checkbox"/> 8. Não se aplica	
<input type="checkbox"/> 9. Sem informação	

ITEM 54 • CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

CAUSA BÁSICA DA MORTE

Ficha nova – item 54	Ficha antiga – item 32
<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"/>

ITENS COMPLEMENTARES

A partir do modelo de ficha adotado em 2000, foi criada a possibilidade do hospital incluir itens para atender a necessidades específicas de informação da instituição.

Para facilitar seu armazenamento e posteriores tabulações, foram criados no programa informatizado de apoio aos RHC – o SISRHC, sete itens denominados complementares, que possibilitam a configuração do tipo múltipla escolha, com até 10 opções (de 0 a 9). Os itens 8 e 9 são pré-determinados, respectivamente, para as opções Não se Aplica e Sem Informação e mais três itens do tipo data (DD/MM/AAAA).

COMPATIBILIZAÇÃO DAS FICHAS DE SEGUIMENTO DE TUMOR (VERSÕES ATUAL E ANTERIOR)

A nova ficha de seguimento foi idealizada para ser utilizada com o suporte do SisRHC, motivo pelo qual as informações referentes à identificação do tumor não são coletadas, pois serão importadas diretamente do cadastro feito quando da inclusão da Ficha de Registro do Tumor correspondente.

Assim, as informações de identificação do tumor e o quadro de acompanhamento de tumores que existiam nas versões anteriores da ficha de seguimento, no qual a primeira linha era preenchida com as informações do tumor em análise e as demais com os outros tumores que o paciente apresentasse, para que fosse possível identificar outros tumores durante o seguimento, ficam reduzidas a apenas uma linha com as informações referentes ao tumor em seguimento. Essa tarefa agora passa a ser realizada pelo sistema informatizado de apoio aos RHC (SisRHC).

A data do primeiro diagnóstico do tumor será importada do item 22 da ficha de registro de tumor; a localização, do tumor primário do item 25; e a sua morfologia, do item 26.

As informações sobre o endereço do paciente passaram a fazer parte da ficha de registro de tumor (itens 14 a 19).

O quadro sumário com as informações sobre a doença, o doente, o tratamento e o óbito do paciente foi mantido e ampliado na ficha de seguimento. Nele serão anotados os códigos correspondentes às informações de seguimento que forem coletadas para cada tumor e o código do registrador que foi o responsável pela coleta dos dados. São informações referentes à fonte das informações, às datas de referência, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente, ao tratamento realizado e à ocorrência de metástases e recidivas da doença.

Assim, a nova ficha é mais simples que a anterior, mas mantém a mesma lógica de preenchimento, apesar das mudanças implementadas.

Atenção - Se o tumor for único haverá uma única ficha de seguimento, se for múltiplo, haverá tantas fichas quantos forem os tumores primários, considerando-se as exceções e os tumores *in situ*.

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Ficha nova – item 1	Ficha antiga
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Corresponde ao item 01 da ficha de registro de tumor. É o número de identificação do paciente no hospital.

NOME COMPLETO DO PACIENTE

NOME

Ficha nova – item 2	Ficha antiga – item 3
<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>
<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>

Este campo tem como equivalente o item 04 da ficha de registro de tumor.

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUMOR

No uso do sistema informatizado SISRHC, a entrada destes itens não é necessária, pois serão importados da ficha de registro de tumor correspondente.

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DE TUMORES

Nas versões anteriores da ficha, existia um quadro em que a primeira linha era preenchida com as informações do tumor em análise e as demais com os outros tumores que o paciente apresentasse, para que fosse possível identificar outros tumores durante o seguimento.

Essa tarefa agora é realizada pelo sistema informatizado de apoio aos RHC (SisRHC), permanecendo na nova ficha apenas a primeira linha, a qual permite identificar o tumor em seguimento.

Atenção - Se o tumor for único haverá uma única ficha de seguimento, se for múltiplo, haverá tantas fichas quantos forem os tumores primários, considerando-se as exceções e os tumores *in situ*.

NÚMERO DO TUMOR

NÚMERO DO TUMOR

Este item é atribuído diretamente pelo SisRHC como parte do número de identificação do paciente no RHC do hospital.

DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

DATA DO DIAGNÓSTICO

Corresponde ao item 22 da Ficha de Registro de Tumor.

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO (TOPOGRAFIA NA CID-0/3)

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

Esta informação é proveniente do item 25 da ficha de registro de tumor.

TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

TIPO HISTOLÓGICO

O tipo histológico será coletado do item 26 da Ficha de Registro de Tumor.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

DATA DE IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

Ficha nova	Ficha antiga
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DATA DA ÚLTIMA INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

DATA DA ÚLTIMA INFORMAÇÃO

Ficha nova	Ficha antiga
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

FONTE DA INFORMAÇÃO

FONTE DA INFORMAÇÃO

Ficha nova	Ficha antiga
1. Prontuário de saúde	1. Consulta médica 2. Consulta a outro profissional de saúde
2. Sistema de mortalidade	inexistente
3. Carta, telegrama ou correio eletrônico	3. Carta ou telegrama
4. Telefone	4. Telefone
5. Visita domiciliar	5. Visita domiciliar
6. Saúde da família (ESF/PSF - Estratégia/ programa de saúde da família)	inexistente
7. Outros	6. Outros
9. Sem informação	9. Sem informação

ESTADO DA DOENÇA

ESTADO DA DOENÇA

Ficha nova	Ficha antiga
1. Vivo, sem câncer	1. Vivo, sem câncer
2. Vivo, com câncer	2. Vivo, com câncer
3. Vivo, SOE	3. Vivo, SOE
4. Óbito, sem câncer	4. Óbito, sem câncer
5. Óbito, com câncer	5. Óbito, com câncer
6. Óbito, SOE	6. Óbito, SOE
9. Sem Informação	9. Sem Informação

QUALIDADE DE SOBREVIDA (Índice de Zubrod ou Karnofsky)

QUALIDADE DA SOBREVIDA

Ficha nova	Ficha antiga
1. Assintomático ou com sintomas mínimos	4. Ativo, com sintomas
2. Sintomático, comparecendo às consultas	3. Alguma incapacidade
3. Permanece no leito pelo menos metade do dia	
4. Permanece no leito mais da metade do dia	2. Severamente incapacitado
5. Acamado, necessitando de cuidados constantes	1. Muito grave (acamado)
6. Agônico	
8. Não se aplica (óbito)	8. Não se aplica
9. Sem informação	9. Sem informação

TRATAMENTO SUBSEQUENTE

TRATAMENTO

Ficha nova	Ficha antiga
1. Nenhum	1. Nenhum
2. Cirurgia	2. Cirurgia
3. Radioterapia	3. Radioterapia
4. Quimioterapia	4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia	5. Hormonioterapia
6. Transplante de medula	6. Transplante de medula
7. Imunoterapia	7. Imunoterapia
8. Outros	8. Outros
9. Sem informação	9. Sem informação

TIPO DE RECIDIVA

RECIDIVA

Ficha nova	Ficha antiga - inexistente
1. Local	
2. Regional	
8. Não se aplica	
9. Sem informação	

NOVAS METÁSTASES A DISTÂNCIA

NOVAS METÁSTASES

Ficha nova	Ficha antiga
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DATA DE APARECIMENTO DA RECIDIVA/METÁSTASE

DATA DA RECIDIVA/ METÁSTASE

Ficha nova	Ficha antiga
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

CÓDIGO DO REGISTRADOR

Ficha nova	Ficha antiga - inexistente
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVAÇÃO RELEVANTE RELACIONADA AO SEGUIMENTO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO

Ficha nova	Ficha antiga - inexistente
Campo alfanumérico de texto livre	Campo alfanumérico de texto livre

INDICADORES DE DESEMPENHO DO REGISTRO HOSPITALAR

As atividades do Registro Hospitalar de Câncer – RHC podem ser melhor monitoradas com a utilização de indicadores de produção, de produtividade e de qualidade.

Por meio desses indicadores será possível identificar pontos fortes e de melhoria, com a correspondente necessidade de intervenção nos processos de coleta, armazenamento e divulgação de dados, assim como no treinamento da equipe.

Neste capítulo são apresentados 19 indicadores que foram agrupados em quatro áreas de aplicação, a saber: tomada de decisão; planejamento institucional; qualidade da assistência prestada e avaliação de desempenho.

Recomenda-se que alguns desses indicadores sejam selecionados para inclusão nos relatórios anual do RHC do hospital e a escolha deve ser feita em função da estrutura e do estágio de desenvolvimento do RHC e do próprio hospital, que estabelecerão o conjunto de indicadores a serem produzidos, assim como sua periodicidade, os destinatários e meios de divulgação.

Também é aconselhada a utilização de gráficos, recurso que auxilia na compreensão do desempenho do indicador. Nesses casos, podem-se acrescentar dados de anos anteriores para observar tendências.

Porém, o mais importante é que não basta apenas produzir indicadores, eles têm de ser analisados e utilizados para monitoramento e análise crítica.

INDICADORES DE PROCESSO

Estes indicadores estão diretamente relacionados e retratam a quantidade de prontuários cadastrados e o volume de atendimento de solicitações ao RHC. Os quadros abaixo se referem à identidade de cada indicador desse grupo.

Quadro 34 - Número de casos novos cadastrados no período

Unidade de medida	Número absoluto
Fonte dos dados	SisRHC
Finalidade	Expressa o número absoluto de casos novos cadastrados no RHC, no período de avaliação
Fórmula de cálculo	Somatório do número de casos novos cadastrados no período
Caráter	Essencial

Quadro 35 - Percentual de casos notificáveis

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Controle interno do RHC e número de casos novos incluídos no SisRHC
Finalidade	Análise da magnitude do número de casos de câncer em relação ao total de pacientes atendidos no hospital, no período
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos cadastrados no período}}{\text{Número de matrículas no hospital, no período selecionado}} \times 100$
Número de matrículas no hospital, no período selecionado	
Caráter	Essencial

Quadro 36 - Percentual de casos que iniciam processo para diagnóstico e tratamento no hospital

Unidade de Medida	Percentual (%)
Fonte de dados	RHC (Prontuário Hospitalar Único; formulários específicos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento)
Finalidade	Análise sobre a magnitude dos casos que chegam ao hospital para iniciar processo diagnóstico e tratamento e capacidade da rede para o encaminhamento com diagnóstico
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de casos sem diagnóstico e sem tratamento}}{\text{N}^\circ \text{ de casos cadastrados no RHC / ano}} \times 100$
Caráter	Opcional

Quadro 37 - Percentual de casos que chegam ao hospital com doença avançada e sem diagnóstico

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Variáveis diagnóstico e tratamento anteriores e estadiamento. Controle interno do número de casos cadastrados no período
Finalidade	Análise sobre a magnitude dos casos que chegam ao hospital sem diagnóstico e com doença avançada (estádios III e IV ou correspondente). Podem ser desmembrados por clínica, por topografia ou por estadiamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos com doença avançada e sem diagnóstico}}{\text{Número de casos cadastrados no período}} \times 100$
Número de casos cadastrados no período	
Caráter	Opcional

Quadro 38 - Percentual de casos analíticos

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Número de casos novos incluídos no SisRHC e campo analítico
Finalidade	Análise da magnitude do número de casos de câncer classificados como analítico, em relação ao total de casos matriculados no período
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos classificados como analíticos}}{\text{Número total de casos novos, no período selecionado}} \times 100$
Caráter	Essencial

Quadro 39 - Número de solicitações de levantamentos atendidas no período

Unidade de medida	Número absoluto
Fonte dos dados	Controle interno de solicitações do RHC
Finalidade	Expressa o número absoluto de solicitações de levantamentos no período. Pode ser desmembrado por solicitante e por mês
Fórmula de cálculo	Somatório do número de solicitações de levantamentos ao RHC durante o período em análise
Caráter	Essencial

Quadro 40 - Percentual de casos com topografia classificada na categoria SOE- sem outra especificação

Unidade de Medida	Percentual (%)
Fonte de dados	RHC (Prontuário Hospitalar Único; formulários específicos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento)
Finalidade	Análise sobre a qualidade da localização específica do tumor
Fórmula de cálculo	= N° de casos com topografia SOE x 100
N° de casos cadastrados no RHC	
Caráter	Opcional

Quadro 41 - Mediana do intervalo de tempo transcorrido no hospital entre a data do diagnóstico de câncer e a data de preenchimento da Ficha de Registro de Tumor pelo RHC

Unidade de medida	Dias
Fonte dos dados	Data do diagnóstico e data do preenchimento da Ficha de Registro de Tumor
Finalidade	Análise sobre o intervalo de tempo transcorrido entre a data de preenchimento da ficha do RHC e a data de diagnóstico do paciente, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem terem iniciado o tratamento específico para o tumor
Fórmula de cálculo	Mediana do intervalo de tempo entre as variáveis data de preenchimento da Ficha de Registro de Tumor e a data de diagnóstico de câncer
Parâmetro para análise	Menor que dois anos
Caráter	Opcional

Quadro 42 - Número de relatórios e publicações divulgados no período

Unidade de medida	Número absoluto
Fonte dos dados	Controle interno de publicações do RHC
Finalidade	Expressa o número absoluto de relatórios e publicações divulgados no período. Pode ser desmembrado por tipo de publicação e por mês
Fórmula de cálculo	Somatório do número de publicações divulgadas no período em análise
Caráter	Opcional

Quadro 43 - Percentual de casos de neoplasia maligna sem informação, por variáveis selecionadas

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Campos selecionados das fichas de Cadastro de Tumor e de Seguimento
Finalidade	Análise da magnitude da ausência de informação no prontuário ou outra fonte de informação usada pelo RHC
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos sem informação na variável definida}}{\text{Número de casos cadastrados no RHC, no período selecionado}} \times 100$
Caráter	Essencial
Parâmetro para análise	Menor que 10%
Variáveis sugeridas (mínimas)	Sexo, clínica de início do tratamento, diagnóstico e tratamento anterior, base mais importante do diagnóstico, localização do tumor primário, TNM, principal razão para a não realização do 1º tratamento no hospital, primeiro tratamento recebido, estado da doença ao final do primeiro tratamento, estado da doença e qualidade de vida

Quadro 44 - Percentual de casos de neoplasia maligna por estágio clínico da doença

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Número de casos novos cadastrados no SisRHC e campo Estadiamento
Finalidade	Análise sobre a magnitude da condição em que chegam os pacientes em relação ao estágio de avanço da doença. Pode ser desmembrado por Clínica de atendimento ou por topografia do tumor primário
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos estratificados em estágio inicial e avançado}}{\text{Número de casos cadastrados no RHC no período selecionado}} \times 100$
Caráter	Opcional

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

Estes indicadores estão relacionados à eficiência do hospital no atendimento aos casos de neoplasias malignas no período em análise e são referentes a intervalos de tempo obtidos pela associação entre datas que marcam o atendimento hospitalar ao paciente com câncer.

Quadro 45 - Mediana do intervalo de tempo transcorrido no hospital entre a data da triagem e a 1ª consulta na clínica que realiza o tratamento do paciente

Unidade de medida	Dias
Fonte dos dados	Data da triagem e data da primeira consulta. Pode ser calculado para o total de pacientes cadastrados e também estratificado por clínica
Finalidade	Análise sobre o intervalo de tempo transcorrido entre o primeiro contato do paciente com o hospital e a primeira consulta na clínica que irá tratar o paciente. Se forem estratificados por clínica, também será possível estabelecer a comparação entre as diferentes clínicas do Hospital
Fórmula de cálculo	Mediana do intervalo de tempo entre as variáveis, data de 1ª consulta e a data da triagem, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico estabelecido. Pode ser desagregado por clínica
Parâmetro para análise	Intervalo deve ser inferior a 30 dias
Caráter	Opcional

Quadro 46 - Mediana do intervalo de tempo transcorrido no hospital entre a 1ª consulta e o 1º diagnóstico confirmado de câncer

Unidade de medida	Dias
Fonte dos dados	Data da primeira consulta e data do diagnóstico. Pode ser calculado para o total de pacientes cadastrados e também estratificado por clínica
Finalidade	Análise sobre o intervalo de tempo transcorrido entre a primeira consulta na clínica que irá tratar o paciente e o estabelecimento do diagnóstico de câncer. Se forem estratificados por clínica, também será possível estabelecer a comparação entre as diferentes clínicas do hospital
Fórmula de cálculo	Mediana do intervalo de tempo entre as variáveis data de diagnóstico e data da primeira consulta, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico estabelecido. Pode ser desagregado por clínica
Parâmetro para análise	Intervalo deve ser inferior a 60 dias
Caráter	Opcional

Quadro 47 - Mediana do intervalo de tempo transcorrido no hospital, entre a data do 1º diagnóstico confirmado de câncer e o início do 1º tratamento antineoplásico

Unidade de medida	Dias
Fonte dos dados	Data do diagnóstico e data de início do tratamento. Pode ser calculado para o total de pacientes cadastrados e também estratificado por clínica
Finalidade	Análise sobre o intervalo de tempo transcorrido entre a confirmação do diagnóstico de câncer e o efetivo início do tratamento antineoplásico, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem terem iniciado o tratamento específico para o tumor
Fórmula de cálculo	Mediana do intervalo de tempo entre as variáveis data de início do tratamento e data da confirmação do diagnóstico de câncer, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico estabelecido. Pode ser desagregado por clínica
Parâmetro para análise	Intervalo deve ser inferior a 30 dias
Caráter	Opcional

Quadro 48 - Mediana do intervalo de tempo transcorrido, no hospital, entre a triagem e o início do 1º tratamento antineoplásico

Unidade de medida	Dias
Fonte dos dados	Data da triagem e data do início do tratamento. Pode ser calculado para o total de pacientes cadastrados e também estratificado por clínica
Finalidade	Análise sobre o intervalo de tempo total, transcorrido entre efetivo o início do tratamento antineoplásico do paciente e a data da triagem, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem terem iniciado o tratamento específico para o tumor
Fórmula de cálculo	Mediana do intervalo de tempo entre as variáveis data de início do tratamento e data da triagem, para pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico estabelecido. Pode ser desagregado por clínica
Parâmetro para análise	Intervalo deve ser inferior a 120 dias
Caráter	Opcional

INDICADORES DE QUALIDADE

Estes indicadores estão relacionados à qualidade e à efetividade da assistência prestada no hospital.

A qualidade dos dados do RHC é assegurada por meio de um conjunto de procedimentos que são executados nas diferentes etapas do processo de coleta, de tabulação, de análise e de divulgação dos dados. As medidas utilizadas com esse objetivo têm o propósito prioritário de fazer a validação interna e externa dos dados do RHC e garantir que tais dados reproduzam o universo de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna que foram atendidos no hospital.

Quadro 49 - Percentual de casos de neoplasia maligna com confirmação anátomo-patológica

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Variável base mais importante do diagnóstico
Finalidade	Análise sobre a magnitude da confirmação do diagnóstico de câncer com base em exame anátomo-patológico. Pode ser desmembrado por clínica de atendimento ou por topografia do tumor primário.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos com diagnóstico por citologia/histologia}}{\text{Número de casos cadastrados no RHC no período selecionado}} \times 100$
Parâmetro para análise	Igual ou maior que 95%
Caráter	Essencial

Quadro 50 - Percentual de casos analíticos com seguimento efetivamente realizado

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Variável seguimento e controle interno do RHC referente ao número de casos com seguimento realizado no período
Finalidade	Análise da efetiva realização do seguimento de casos
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos com seguimento realizado no período (excluindo os óbitos)}}{\text{Total de casos analíticos (excluindo os óbitos) para o período}} \times 100$
Parâmetro para análise	Maior ou igual a 95%
Caráter	Essencial

Quadro 51 - Percentual de casos analíticos sem evidência da doença ao final do primeiro tratamento antineoplásico no hospital

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Variáveis: caso analítico, primeiro tratamento recebido no hospital e estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital
Finalidade	Análise sobre a magnitude da cura da doença, de casos analíticos, ao final do primeiro tratamento realizado no hospital. Pode ser desmembrado por clínica de atendimento ou por topografia do tumor primário.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de casos analíticos sem evidência de doença}}{\text{Número de casos analíticos no período}} \times 100$
Caráter	Opcional

Quadro 52 - Percentual de perda de seguimento

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Controle interno do RHC referente ao número de casos com seguimento realizado, no período
Finalidade	Análise da cobertura do seguimento, em períodos selecionados (pode ser em cinco anos ou em cada intervalo de seguimento)
Fórmula de cálculo	Número de casos com seguimento realizado nos primeiros cinco anos x 100 Número de casos com previsão de seguimento programado para o período
Parâmetro para análise	menor ou igual a 10%
Caráter	Opcional

Quadro 53 - Percentual de óbitos no primeiro ano

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Data do óbito e número de casos novos cadastrados no período
Finalidade	Análise da ocorrência de óbito durante o primeiro ano
Fórmula de cálculo	Número de casos com óbito no primeiro ano x 100 Número de casos novos cadastrados no período (observar a data da 1ª cons.)
Parâmetro para análise	Inferior a 50%
Caráter	Opcional

Quadro 54 - Percentual de casos com tumor primário desconhecido

Unidade de medida	Percentual (%)
Fonte dos dados	Topografia e controle interno do número de casos cadastrados
Finalidade	Análise da magnitude dos casos com tumor primário desconhecido no período. Pode também ser aplicado a cada topografia, com especificação SOE
Fórmula de cálculo	Número de casos cadastrados com topografia C80.9 x 100 Número de casos novos cadastrados no período
Parâmetro para análise	Inferior a 5%
Caráter	Opcional

Esses são alguns indicadores que podem ser utilizados para avaliar e monitorar o desempenho do RHC. A critério do Coordenador do RHC ou por sugestão da Comissão Assessora ou da Direção do Hospital, outros indicadores ou o desdobramento dos indicadores acima apresentados poderão ser aplicados.

Vale ressaltar que a aplicação dos indicadores só tem sentido se seus resultados forem usados para análise crítica que resultará em plano de ação para implementar medidas com o objetivo de melhoria contínua nos processos de trabalho, na capacitação de pessoas ou na implementação de medidas que resultarão no aprimoramento do Registro Hospitalar de Câncer.

ESTUDOS TEMPORAIS

Para avaliar a efetividade do tratamento realizado no hospital, validar protocolos de diagnóstico e tratamento e avaliar o impacto da incorporação de novas técnicas, podem ser realizados estudos temporais, com base nas informações coletadas pelo registro hospitalar de câncer. Dentre os objetivos do Registro Hospitalar de Câncer, podemos destacar:

- O aumento na eficiência do seguimento dos pacientes atendidos no hospital, por meio das avaliações periódicas, padronização e sistemática, com coleta de dados referentes à evolução da enfermidade e ao bem-estar do paciente nos períodos pré-estabelecidos, já descrito no capítulo seguimento de tumores, na (página 228);

- O apoio aos estudos prognósticos, nos quais 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;

- O fornecimento de informações para subsidiar a realização de estudos do tipo casos e controles; e

- O auxílio na atividade de vigilância de alguns fatores de risco, naqueles casos nos quais as informações estão disponíveis nos RHC como, por exemplo, o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica e a história familiar de câncer.

Essa potencialidade confere ao RHC papel relevante para a realização de estudos e pesquisas clínicas, pois reduz consideravelmente o tempo e o dispêndio de recursos financeiros na seleção e na coleta de dados referentes aos pacientes com objetivos científicos.

Para o desenvolvimento de estudos clínico-epidemiológicos mais específicos, é necessário que profissionais com formação técnica especializada acompanhem o desenho do estudo, principalmente na definição da amostra, se for o caso, e das populações em estudo. É importante que fiquem claras as limitações das variáveis de um RHC, o que não impede que sua base de dados seja um plano inicial para estudos mais aprofundados.

Finalmente, se houver recursos disponíveis, pode-se refinar e elevar o nível de complexidade, realizando estudos temporais que permitam elaborar gráficos, desde a simples frequência de ocorrência em períodos selecionados até o emprego de técnicas estatísticas específicas como, por exemplo, as análises de sobrevida.

Contudo, para se atingir esse nível de excelência no RHC, é fundamental assegurar que o trabalho de coleta tenha sido realizado com qualidade e submetido a processo de validação.

Rotinas operacionais específicas devem ser implantadas para a seleção de informações, limpeza e validação dos bancos de dados e a criação da(s) base(s) de dados direcionada(s) para essas análises, cujas nuances devem ser rigorosamente observadas.

Assim, as informações provenientes do seguimento dos casos analíticos possibilitam a realização de estudos de acompanhamento, que podem ser bastante simples, como aqueles que avaliam o percentual de pacientes vivos, mortos e perdidos de seguimento ao final de cada período de seguimento.

Essa mesma linha de trabalho pode abrigar trabalhos um pouco mais sofisticados pelo cruzamento de dados ou ainda pelo desdobramento de algumas dessas informações. Entretanto, para operacionalizar estudos desse nível, necessitar-se-á do uso de profissionais capacitados em bioestatística e da disponibilidade de aplicativos informatizados.

Os estudos temporais fazem essencialmente a análise de variáveis, isoladamente (análise univariada) ou em associação (análise multivariada) e, a partir dessas análises, fazem-se inferências sobre a realidade.

No caso restrito de variáveis independentes entre si é possível, com razoável segurança, interpretar um fenômeno complexo usando as informações da análise estatística das variáveis mais relevantes, isoladamente, com o emprego de técnicas estatísticas denominadas medidas de tendência central e de dispersão dos dados.

Essa simplificação tem vantagens e desvantagens, pois quando um fenômeno depende de muitas variáveis, como é o estudo dos casos de câncer, o uso simplista das análises univariadas é falho, pois não basta conhecer informações estatísticas isoladas. É necessário também conhecer a totalidade dessas informações que só é possível pela análise integrada do conjunto das variáveis.

Assim, as relações existentes entre as variáveis não são percebidas e nem seus efeitos antagônicos ou sinérgicos (resultante da interferência simultânea dessas variáveis), o que complica a interpretação desse resultado final se forem apenas consideradas as variáveis de modo isolado.

O desenvolvimento científico tem ampliado em várias ordens de grandeza nossa capacidade de obter informações e também de como podem ser analisadas e interpretadas.

Cada vez mais, uma grande quantidade de informação necessita ser processada antes de ser transformada em conhecimento. Portanto, cada vez mais, necessitamos de ferramentas estatísticas que apresentem uma visão mais global do que aquela possível numa abordagem univariada.

Portanto, a análise multivariada corresponde a um conjunto de métodos que utilizam simultaneamente todas as variáveis de interesse na interpretação teórica do conjunto de dados obtidos e exercem a influência no resultado final, avaliado pelos diferentes desfechos de interesse (vivo ou morto, com e sem câncer).

O detalhe minucioso desse tipo de trabalho foge ao escopo desta publicação. Assim, tratar-se-á apenas superficialmente do assunto, dando-se uma ideia geral.

A literatura tem evidenciado que o marco de cinco anos – em relação à data do diagnóstico – como intervalo de tempo é suficiente para avaliar se o paciente está curado, se a doença está sob controle ou se está em progressão ou apresentou recidiva. Entretanto, essa regra pode e deve ser flexibilizada em função das características do tumor e dos pacientes, adaptada em função do gênero, faixa etária e outras características do tumor e dos pacientes.

Para os RHC, ficou determinado que o seguimento será realizado em períodos pré-determinados, que correspondem ao primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto anos, com base na data do diagnóstico do câncer. Para os tumores de mama, também é preconizada a realização do seguimento no vigésimo ano. Esses intervalos de tempo baseiam-se nas evidências da literatura científica que apontam diferentes tempos de sobrevida para os diversos tipos de câncer, bem como seus variados estágios de progressão. Assim sendo, optou-se por esta padronização nos RHC.

A aplicação de técnicas estatísticas permitem que pacientes com diagnósticos realizados em diferentes períodos de tempo sejam incluídos no mesmo grupo de análise, considerando, para tanto, os pacientes comparados, ajustando-se as datas de diagnóstico como momento zero da série temporal e a partir daí, seguindo no tempo, como grupo homogêneo. Entretanto, se intervenções muito grandes ocorrem, com mudança nos critérios ou nos procedimentos de diagnóstico, na abordagem terapêutica e no desfecho dos casos de câncer, o resultado desses estudos pode ficar comprometido. Nesses casos, pode ser recomendado que se trabalhe com grupos distintos, para que seja possível comparar os resultados entre eles.

Alguns tumores de alto índice de mortalidade e baixa sobrevida poderão, para efeito de análise, ter o tempo de seguimento reduzido.

O tamanho da amostra também deve ser considerado, pois tumores muito raros podem não apresentar frequência que permita dar significância estatística ao estudo e populações muito grandes podem ser aferidas por meio de amostras, reduzindo custo e tempo de estudo.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O PACIENTE, O TRATAMENTO REALIZADO E O ÓBITO DO PACIENTE COM CÂNCER

Na Ficha de Seguimento existe um quadro sumário no qual serão anotados os códigos correspondentes às informações de seguimento coletadas para cada tumor.

São informações referentes à fonte das informações, às datas de referência, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente, ao tratamento realizado e à ocorrência de metástases e recidivas da doença, constituindo um conjunto de dados que será a base a ser utilizada para os estudos temporais de pacientes com câncer.

Nesses estudos, os campos de data são importantes pois serão utilizados para estabelecer os intervalos de tempo e os marcos de acompanhamento. A data de diagnóstico constitui-se no marco referencial para a maioria das análises.

Cada linha do quadro corresponde à avaliação de determinado período de tempo pré-estabelecido em relação à data do diagnóstico do câncer. Em cada um desses intervalos, serão levantadas as informações desde a avaliação anterior até a realização da avaliação atual. Para os tumores de mama (C50), recomenda-se também realizar o seguimento no 20º ano.

Quadro 55 – Quadro-sumário para ficha de seguimento

Ano de seguimento	Data da identificação do evento	Data da última informação do paciente	Fonte da informação	Estado da doença	Qualidade de sobrevida	Tratamento subsequente	Tipo de recidiva	Novas metástase a distância / Observações	Data da recidiva / metástase
1º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
2º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
3º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
4º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
5º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
7º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
10º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
15º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								
20º ANO	/ /	/ /							/ /
	Obs.								

A descrição detalhada do conteúdo de cada item está descrita no capítulo referente à ficha de seguimento de casos de câncer.

A data de identificação do evento não é usada para cálculo, mas apenas para fins administrativos, para conhecer o dia no qual a informação foi coletada.

Já a data da última informação sobre o paciente é muito importante quando não se dispõe ainda da informação ao final do período de avaliação. Por exemplo, o paciente tem informação até

o 13º ano de seguimento, mas ainda não completou o 15º ano, quando então completa um período pré-definido de avaliação.

Como nos estudos temporais, em geral, a partir da associação das datas de acompanhamento com a data referencial de diagnóstico do tumor, se estabelecem intervalos de tempo para análise (que geralmente são transformados em dias) e é possível utilizar esta data, da última informação, para trabalhar com o maior tempo possível de acompanhamento.

O estado da doença do paciente é uma informação fundamental como desfecho nos estudos temporais, separando os grupos de pacientes naqueles vivos e os mortos e, em cada grupo, aqueles com câncer e os sem câncer, comparando se houve diferença de desfecho ao longo do tempo ou associado a outras variáveis, como o estadiamento do tumor e o tipo de tratamento realizado.

Também se utiliza com frequência a análise com base nas informações sobre o modo de vida e o bem-estar do paciente (não confundir com a avaliação da evolução da doença). Nessa avaliação considera-se a condição do paciente ao final do período de avaliação. Assim, nessa análise, pretende-se avaliar o bem-estar do paciente, independente da doença estar ou não em atividade e dos reflexos da doença no dia-a-dia do paciente. Utilizam-se, como critério para coleta de informação, as classificações de Zubrod ou de Karnofsky.

O tratamento realizado pode ser importante no desfecho da doença, por isso, é uma das variáveis que pode ser utilizada e que é particularmente importante em tipos específicos de câncer.

Também se pode avaliar o tempo livre de doença e a ocorrência de recidiva, proveniente das informações incluídas nos itens tipo de recidiva, ocorrência de novas metástases a distância e data de aparecimento da recidiva/metástase.

PERDA DE SEGUIMENTO

Técnicas estatísticas permitem tratar as perdas de seguimento ao longo do tempo. Contudo, se esse número de perdas for muito grande, o resultado dos estudos estará comprometido, podendo resultar em análises tendenciosas ou erradas. O tratamento das perdas não é técnica trivial, demandando profissionais com conhecimento especializado para sua execução. O importante, como já citado anteriormente, é que a construção da base de dados do RHC seja confiável e de qualidade, prevendo a compatibilidade das informações, pois não será em etapas posteriores, como a de análise, que os problemas de estruturação poderão ser corrigidos e ajustados.

CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

O objetivo principal de implantar um Registro Hospitalar de Câncer – RHC é construir e disponibilizar uma base de dados sobre os casos de câncer atendidos no hospital para consultas, elaboração de relatórios e de publicações, produzidos pela equipe do próprio Registro Hospitalar e também por pesquisadores e pelo corpo clínico.

Entretanto, esse conjunto de dados deve ser mantido em segurança e com critérios rígidos de segurança das informações e abordagem ética e de confidencialidade que resguardem os interesses dos pacientes, dos profissionais envolvidos na assistência e da instituição. Isso se deve ao fato que frequentemente o RHC recebe solicitações de informações específicas para atender a demandas gerenciais ou para a elaboração de apresentações ou para subsidiar a produção de trabalhos científicos.

O atendimento hospitalar ao paciente com neoplasia maligna é multiprofissional e, portanto, os dados coletados pelo RHC são de interesse dos profissionais envolvidos em atividades administrativa, assistencial e de pesquisa.

O prontuário de saúde do paciente – principal fonte de dados do RHC – além de ser utilizado como registro das avaliações, diagnósticos e procedimentos realizados durante a assistência ao paciente, também é usado como veículo de comunicação entre os membros da equipe de comunicação, que anotam informações relevantes sobre o paciente e que devam ser transmitidas aos demais membros da equipe de atendimento ao paciente. Também é um conjunto de documentos com fins legais e para estudos científicos, e o médico e demais profissionais que o utilizam estão obrigados a respeitar o sigilo das informações, garantido por instrumentos legais (Código Penal art. 154) e éticos (Código de Ética de todas as profissões da área de saúde).

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, que 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”.

Assim, a guarda do sigilo referente às informações dos pacientes da instituição, por determinação legal e dos códigos de ética profissional e institucional (se houver), deve ser estendida 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. Esse sigilo deve ser mantido mesmo após a morte do paciente ou a divulgação da informação por familiares ou terceiros e a quebra do sigilo será punida de acordo com o que prevê a legislação.

Admite-se como exceção apenas os casos em que o silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do paciente, de terceiros ou da comunidade.

Desse modo, existem duas classes de informações que podem ser obtidas por meio 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 e aos planos e seguros de saúde, o vínculo de prestação de serviço é estabelecido entre o hospital e o pagador do tratamento, sem nenhum contrato direto de prestação de serviço entre paciente e o(s) profissional(ais) que lhe atende(m). Nesse caso, o prontuário do paciente e suas respectivas informações são de propriedade da instituição que deverá zelar por sua guarda e sigilo.

Quando o paciente procura diretamente o médico que o assiste e é acompanhado em hospital privado, a responsabilidade pela liberação de informações é do médico assistente, pois é ele o guardião da documentação do paciente, cuja responsabilidade pode ser transferida ao hospital.

Vale, no entanto, ressaltar que, além das informações a respeito dos achados clínicos e dos resultados de exames complementares, outras informações estão anotadas no prontuário. São informações e impressões dos profissionais que assistem ao paciente, assim como instruções de conduta a serem seguidas 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.

Assim, não cabe aos profissionais do RHC liberar qualquer informação diretamente para o paciente ou para seus familiares. Caso venha a ser solicitado, deve encaminhar a solicitação à clínica do médico assistente ou ao serviço social do hospital.

Solicitações institucionais de órgãos gestores de saúde em nível Federal, Estadual ou Municipal, dos pagadores dos serviços prestados ou de instituições de ensino e pesquisa devem ser enviadas por intermédio da direção do hospital, a quem cabe decidir pelo atendimento ou não da solicitação, comunicando sua decisão de modo formal ao coordenador do RHC.

Mesmo que o profissional de saúde e a direção do hospital não sejam os guardiões e únicos usuários das informações contidas no prontuário, cabe a eles decidir quais informações podem ser divulgadas, a quem, utilizando quais meios e em que circunstâncias. Isso é para resguardar os interesses do paciente, dos profissionais e da própria instituição, garantindo não haver dano para o paciente ou ao seu tratamento.

Deve ser elaborado um procedimento escrito e validado pela direção do hospital que torne obrigatória a formalização das solicitações de levantamento de dados das bases do RHC, sempre por escrito, em formulário elaborado especificamente com essa finalidade, no qual devem estar explicitados a identificação do solicitante, o escopo da solicitação, o período de abrangência, a finalidade a que se destina e o serviço ao qual o solicitante esteja vinculado.

Para residentes, prestadores de serviço, estagiários e pessoas com vínculo temporário ao hospital deverá ser aposta 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.

Para pessoas externas à instituição, a solicitação só deve ser atendida com autorização expressa da direção ou por pessoa por ela formalmente delegada com essa atribuição e autoridade.

O RHC poderá elaborar formulários diferenciados – por tipo de solicitante - ou ainda a solicitações em meio eletrônico, se esta for julgada uma conduta mais apropriada.

Por ocasião da entrega ao solicitante do respectivo levantamento, será exigida a assinatura do Termo de Compromisso, no qual estão explícitas as limitações no uso das informações e a obrigatoriedade de citação do RHC do hospital como fonte dos dados.

As informações que constam dos Relatórios Anuais do RHC e da própria instituição, os dados que constem de publicações científicas e apresentações em eventos científicos ou ainda aquelas que tenham sido disponibilizadas pelo hospital na sua página eletrônica são de domínio público, podendo ser utilizadas desde que identificada a fonte dos dados. Procedimento idêntico é adotado para os dados de seguimento do paciente.

Tanto para a publicação de dados quanto para a liberação de informações referentes às solicitações específicas, deve-se obedecer às orientações e restrições impostas pelas Comissões de Ética, Científica e de Prontuário de cada hospital.

SAÍDAS NÃO ROTINEIRAS

As saídas especiais só se justificam se não estão contempladas por meio dos dados divulgados nas 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.

Esses relatórios, uma vez preparados, poderão ser considerados apropriados para divulgação. Nesses casos, tanto poderão ser incorporados às publicações como divulgados de modo específico ou a públicos direcionados. Ao serem entregues aos solicitantes, eles determinarão o destino dos relatórios.

Se no levantamento constarem dados que identifiquem o paciente, qualquer divulgação deve assegurar o sigilo e a identificação da fonte dos dados.

Se as solicitações especiais motivarem publicações, os dados desses relatórios, por terem sido publicados, são considerados de domínio público, podendo ser liberados desde que assegurada a identificação da fonte dos dados.

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 por meio de memorando interno.

Para residentes, estagiários e pessoas vinculadas temporariamente ao hospital, deverá fazer parte da 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 à demanda de informações de solicitações de trabalhos cooperativos interinstitucionais, as solicitações deverão ser sempre encaminhadas pelo representante do hospital no projeto, que será responsável pelo uso adequado dos dados e pela identificação da fonte.

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 por intermédio 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.

As solicitações feitas por instituições ou profissionais sem vínculo atual ou anterior com o hospital deverão ter sempre a autorização da direção do hospital, a qual, se julgar necessário, ouvirá a chefia dos serviços responsáveis pela geração dos dados primários.

PARA A IMPRENSA

Qualquer solicitação de informações para a imprensa, instituições representativas dos trabalhadores ou organizações não governamentais de defesa do interesse dos pacientes ou similares, só será atendida e liberada por intermédio da Direção do Hospital ou, por delegação desta, pela Assessoria de Comunicação do Hospital.

OUTRAS SITUAÇÕES E AS NÃO PREVISTAS

Em qualquer situação, se o supervisor do RHC julgar necessário, condicionará a liberação dos dados à autorização da Chefia de Serviço ou, em última instância, à Direção do Hospital.

Nos casos não enquadrados nos critérios acima, o Coordenador do RHC deve avaliar a solicitação e, quando julgar necessário, encaminhar à Comissão de Ética, Direção do Hospital ou a quem julgar pertinente.

SELEÇÃO E FORMAÇÃO DO REGISTRADOR

Para que o Registro Hospitalar de Câncer – RHC possa gozar de credibilidade junto ao corpo clínico, à administração e aos profissionais de saúde do Hospital, necessita de:

- Registradores competentes e que adotem condutas padronizadas;
- Cobertura assegurada dos casos matriculados; e
- Informações submetidas a processo de validação da qualidade destas no âmbito do hospital.

Portanto, o trabalho do registrador é um dos pilares do RHC e sua atividade é especializada, pois envolve conhecimentos específicos e visão sistêmica do caso de câncer a ser cadastrado ou acompanhado.

Deve ser realizado o trabalho com rigor técnico e dedicação, para que as informações por ele cadastradas reproduzam com fidedignidade a realidade da assistência institucional ao paciente com câncer.

Também se requer disciplina operacional, pois é uma atividade realizada de modo repetitivo e sistematizado, requerendo do registrador atenção e poder de concentração durante a execução do trabalho.

Contudo, apesar da padronização e da aplicação de protocolos de tratamento, por se tratar de informações sobre pessoas, apresentam alto grau de diferenciação e especificidade a cada caso avaliado. Portanto, o trabalho deve ser realizado por profissional com bom conhecimento técnico e poder de discernimento, para que possa identificar as peculiaridades de cada caso e assim enquadrá-lo de modo correto.

Sua atividade não é a simples transcrição das informações do prontuário para as fichas do RHC. Ao selecionar e recuperar informações do prontuário, o registrador deverá também se ater

às informações que ali estão disponíveis, sem interpretá-las, modificá-las, fazer inferências ou interpretações dos dados.

Portanto, é desejável que o registrador não possua formação profissional na área de saúde e a ele deve ser oferecido, de modo obrigatório, o treinamento específico para o desempenho de sua atividade como registrador.

Todavia, cada instituição deverá definir o perfil do seu registrador, mas a formação na área da saúde não será um fator de impedimento para o bom desempenho da função.

Como toda atividade profissional que tem por base formação específica, e que demanda o domínio de conhecimentos e ferramentas específicas que proporcionem o desempenho da atividade com qualidade, um bom registrador se faz ao longo do tempo, em um processo de aperfeiçoamento contínuo, com supervisão constante e especial atenção para que não ocorram erros sistemáticos (viéses) na coleta de informações. Por amostragem, o coordenador do RHC deverá periodicamente revisar casos cadastrados para identificar se estão ocorrendo falhas no processo de resgate ou transcrição da informação no cadastro de casos novos ou por ocasião do seguimento, assim como identificar necessidade de treinamento de capacitação ou atualização e as decorrentes correções do manual e do livro de ocorrências.

Faz parte dessa formação o conhecimento básico de anatomia, de terminologia de saúde, do prontuário de saúde do paciente e do fluxo dos pacientes na instituição.

Ainda, deve conhecer detalhadamente o Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC, no qual estão descritas as codificações de todos os itens da ficha de registro de tumor. Por fim, deve saber utilizar a última edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O, derivada da décima revisão da CID, a Classificação de Tumores Malignos – TNM, a Classificação Internacional de Tumores Classificação Internacional do Câncer na Infância – CICI, e os códigos de identificação dos municípios brasileiros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O retreinamento do registrador deve ser programado a cada revisão ou atualização do conjunto de itens que compõem as fichas de registro de tumor e da ficha de seguimento ou em decorrência da publicação de novas edições das classificações utilizadas. Deve-se também considerar, para efeito de treinamento, as constantes mudanças em consequência da introdução de novos protocolos de tratamento, da incorporação de novos recursos técnicos de diagnóstico e tratamento ou mesmo de mudanças no perfil da instituição, de sua clientela, de suas rotinas administrativas e até mesmo dos sistemas institucionais de informação e de informática.

Desde que se iniciou no Brasil a atividade de registrador, há 25 anos, muitas mudanças ocorreram nas instituições de saúde, seja pela incorporação de recursos tecnológicos, pela profissionalização da gestão hospitalar ou pela utilização intensa de recursos de informática. Os serviços de documentação de saúde estão mais bem estruturados e a qualidade e a disponibilidade dessa documentação para análise pelo RHC melhorou muito.

Também evoluíram muito os sistemas de armazenamento, as críticas de consistência de dados, a identificação de casos e a emissão de relatórios padronizados ou personalizados.

Mas o registrador continua insubstituível na sua atividade especializada de identificação, seleção, coleta e associação de informações referentes aos casos de câncer.

Ele é a memória viva da instituição, da sua evolução, dos seus erros e acertos, de como se chegou à situação atual e quais as peculiaridades de cada etapa vivenciada. Assim, o registrador tem múltiplos papéis no RHC e também frente ao corpo clínico e à administração do hospital. Sua formação se faz ao longo do tempo, com estudo e acúmulo de experiência em um processo contínuo de consolidação e de aprimoramento.

Assim sendo, o registrador consegue identificar mudanças nas rotinas e procedimentos assistenciais, reconhece a incorporação de novos recursos de diagnóstico e tratamento, detecta mudanças nas rotinas de trabalho e no fluxo de pacientes na instituição.

Além das atividades específicas no RHC, o registrador pode colaborar com o Corpo Clínico do hospital, pois pode identificar informações conflitantes ou divergentes sobre o mesmo paciente e tem condição de buscar auxílio junto ao médico assistente para elucidar a dúvida.

Nos casos em que os resultados de exames complementares só são liberados após a alta ou mesmo o óbito do paciente, o registrador pode informar ao médico assistente a necessidade de aprimorar ou modificar o diagnóstico previamente estabelecido.

Naqueles casos que fogem a condutas padronizadas da instituição, podem ser identificadas situações que mereçam o envio do caso ao chefe de clínica, à comissão de prontuário, à comissão de óbito, ao comitê de ética ou ao corpo clínico para análise, respeitadas a conduta Ética, o sigilo profissional e as normas administrativas da instituição.

Informações relevantes para o registro do caso ou para o seguimento não podem ser coletadas utilizando unicamente a lógica binária dos sistemas computacionais, por mais desenvolvidos que sejam seus algoritmos. São exemplos as informações referentes a: diagnóstico e tratamentos anteriores, a base mais importante do diagnóstico, os exames relevantes para o diagnóstico e a terapêutica do tumor.

No relacionamento do RHC com as clínicas e com a administração do hospital, os registradores são a interface para decodificar as informações das bases de dados do RHC e personalizá-las por meio de relatório, de acordo com a solicitação e a demanda dos usuários. Também esclarecem dúvidas e auxiliam na correta e otimizada seleção de casos para estudos.

Outra característica mais pitoresca, mas não menos importante é a capacidade de “adivinhar” as informações escondidas sob a letra de determinados profissionais.

Importante aliado de pesquisadores, sejam eles da instituição ou externos, o Registrador poderá participar da discussão do objeto de estudos científicos e da seleção de casos para a realização de estudos clínicos e epidemiológicos.

Acima de tudo, o registrador de câncer é um profissional que pode, com sua experiência, identificar mudanças no perfil dos pacientes, na assistência e na evolução dos casos de câncer tratados na instituição. Poderá colaborar no treinamento da equipe de saúde, na utilização das classificações utilizadas pelo hospital, na identificação de casos atípicos e na busca de informações dos pacientes por ocasião da realização do seguimento de tumores.

Por isso, o registrador de câncer é um profissional indispensável ao hospital que mantém o RHC em atividade e naquilo que é o mais nobre de sua atividade, o registro de informações com qualidade, a elaboração de relatórios personalizados, a realização de análises críticas e a proposição de planos de ação. Também no relacionamento com outros profissionais da instituição, ele é necessário, insubstituível e essencial.

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 acima descritas, será exigido como escolaridade mínima o ensino médio completo (antigo segundo grau).

Também é desejável que apresente, como características individuais de personalidade, ter poder de concentração, capacidade de desempenhar atividades monótonas e repetitivas, boa caligrafia e organização.

TREINAMENTO

Concluído o processo de seleção, o candidato a registrador deverá receber treinamento específico nos padrões mínimos preconizados pelo INCA, que o capacitará a resgatar as informações existentes para cadastro e seguimento dos casos de neoplasias malignas e a desenvolver as atividades complementares que compõem o conjunto de atividades no âmbito do RHC.

Deve ser capaz de identificar os casos de neoplasia maligna atendidos no hospital e classificá-los como casos analíticos ou não analíticos pela identificação das informações que constam do prontuário de saúde dos casos notificáveis, nos diferentes formulários que serão as fontes de dados para o cadastro do caso de neoplasia maligna, procedendo ao correto preenchimento da Ficha de Registro de Tumor e de Seguimento.

Também deve dominar a técnica de 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.

Ao final do treinamento teórico, deverá ser iniciado o treinamento prático sob supervisão, utilizando inicialmente prontuários selecionados e, em seguida, os casos novos que chegam ao RHC, sem abrir mão da supervisão direta até que possa trabalhar de modo independente, consultando os manuais, as classificações, seus pares, o coordenador do RHC e os médicos assistentes, em caso de dúvida.

Nessa etapa, o novo registrador será liberado para cadastrar os casos que serão revistos integralmente em um 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.

A discussão com outros registradores e com o Coordenador do RHC é um rico processo de capacitação dos novos registradores.

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 de saúde ao arquivo, no arquivamento de fichas, na inclusão de casos nos bancos de dados e no resgate de informações. É também necessário o treinamento básico em informática e o conhecimento das rotinas administrativas do hospital.

Além disso, é desejável que o registrador tenha participação ativa na elaboração dos relatórios anuais do RHC.

ATIVIDADES DE SEGUIMENTO

Depois de dominar o cadastro de casos novos, o registrador deverá ser treinado para realizar o seguimento anual dos casos analíticos. Para essa atividade será importante o domínio do cadastro de casos novos.

Contudo, haverá um treinamento específico para identificação das informações no prontuário, referente aos recursos disponíveis e às rotinas de cada instituição, assim como a utilização de fontes externas de informações e as técnicas de abordagem de pacientes e familiares na busca ativa de informações.

ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Periodicamente, os registradores deverão ser submetidos a treinamento de atualização, em especial, quando houver mudança no conteúdo das fichas ou em qualquer uma das classificações ou do 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.

Também é recomendada a participação em eventos científicos, em especial, da Reunião Bienal da Associação Brasileira de Registros de Câncer – ABRC, ocasião em que há oportunidade de atualização e intensa troca de experiências e conhecimento das melhores práticas.

GLOSSÁRIO

Este glossário foi elaborado com a finalidade específica de auxiliar o trabalho do registrador e não deve ser utilizado para outra finalidade, fora deste contexto, sem criteriosa análise e validação prévia.

O objetivo primordial deste glossário é fazer com que o registrador saiba o significado da palavra no contexto do RHC. Portanto, não é uma coletânea de definições e nem da terminologia técnica.

Não se trata de uma compilação de termos médicos e nem tem a pretensão de esgotar todos os significados ou representação das palavras ou expressões abaixo listadas.

O trabalho do Registrador de Câncer pressupõe o conhecimento de grande número de termos utilizados pelos profissionais de saúde. Assim, existe a necessidade de incluí-los neste glossário, o que resultou em significativo aumento em seu tamanho.

Para os termos apresentados, o significado diz respeito ao contexto no qual é usado no Registro Hospitalar de Câncer – RHC, podendo não corresponder integralmente ao seu significado lato sensu.

Com vistas a padronizar a pesquisa nesta lista, os termos são apresentados em ordem alfabética e no singular. Portanto, deve-se procurar, por exemplo, por tumor múltiplo em vez de tumores múltiplos.

Também foram incluídas referências cruzadas, ou seja, quando se apresenta um determinado termo, podem aparecer entre parênteses sinônimos que constem deste glossário.

Foram incluídas algumas siglas correspondentes a protocolos de tratamento. São apenas exemplificativas, pois esse é um processo dinâmico e não é possível manter a lista atualizada.

Em relação à versão anterior do Manual, foi feita a revisão geral do conteúdo, a inclusão de novos termos e também a exclusão de alguns dos significados referentes a itens e opções das fichas de cadastro e de seguimento, uma vez que, no capítulo dedicado às instruções de preenchimento da ficha, foram exaustivamente comentadas e explicadas.

A

ABRC – Associação Brasileira de Registros de Câncer. Associação que congrega os registradores de câncer no Brasil e realiza reunião bienal para atualização técnica.

ABVD – Sigla correspondente às seguintes drogas: doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina, utilizadas no tratamento da Doença de Hodgkin.

Acelerador linear – Equipamento que emite radiação ionizante de megavoltagem, por meio de radiação eletromagnética em um acelerador de partículas nucleares em substituição às fontes naturais com substância radioativa, empregadas no tratamento antineoplásico.

Acompanhamento temporal – Vide seguimento anual.

Acre (AC) – Estado situado na região norte.

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 sobre o qual existe evidência epidemiológica de estar associado a determinados tipos de câncer.

Adrenalectomia – Cirurgia realizada para retirada das glândulas adrenais (suprarrenais)

Adrenal – Vide suprarrenal.

Adulto – Indivíduo com idade superior a dezoito anos (dezoito anos, onze meses e trinta dias).

Afasia – Perda da palavra falada, escrita, mímica ou tátil, consequente de lesão no cérebro.

Afasia auditiva – Incapacidade de entender palavras faladas causada por lesão cerebral.

Afasia sensorial – Incapacidade de compreender linguagem falada, escrita ou símbolos de linguagem tácteis causada por lesão cerebral.

AFP ou AFP+n – Vide Alfa-fetoproteína.

Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer – IARC (International Agency for Research on Cancer) – Agência internacional fundada em 1965, 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.

Aguda(o) – Que ocorre de modo súbito ou imediatamente após o fato gerador. Vide também crônica.

Alagoas (AL) – Estado situado na região nordeste.

Alfa-fetoproteína (AFP ou aFP+n) – Marcador tumoral para tumores de fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas.

Alogênico – Refere-se ao transplante de medula cujas células do doador foram obtidas de um indivíduo compatível.

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.

Amígdala – Nome de várias estruturas irregularmente elipsoides. Vide amígdala do cerebral, amígdala lingual e amígdala do cerebelo.

Amígdala cerebral - Pequena estrutura em forma de amêndoa, situada dentro da região antero-inferior do lobo temporal do cérebro, que se interconecta com várias estruturas do cérebro, o que lhe garante importante desempenho na mediação e controle das atividades emocionais como amizade, amor e afeição, nas exteriorizações do humor e, principalmente, nos estados de medo e ira e de agressividade.

Amígdala lingual – Massa de tecido linfóide localizada na base da língua.

Amígdala palatina – Cada uma das glândulas em forma de amêndoa existente à entrada da garganta, entre os pilares do véu do paladar. Também chamada de tonsila ou apenas amígdala.

Ampola – Dilatação com forma de frasco ou extremidade dilatada de um canal. Presente no canal semicircular do ouvido, nos ductos mamários e nas vias biliares (ampola de Vater).

Ampola de Vater – Dilatação localizada na entrada do conduto biliar comum e do conduto pancreático no duodeno.

Amputação – Cirurgia para retirada de parte de um órgão, membro ou segmento corporal.

Analítico – Vide caso analítico.

Anamnese – Conjunto de informações colhidas quando do primeiro contato do paciente com o serviço de saúde durante uma consulta ou por ocasião da internação, em entrevista direta com o paciente ou acompanhante. São feitas perguntas sobre a identificação do paciente, suas queixas, sinais e sintomas, com vistas a conhecer a história do paciente e formular hipóteses de diagnóstico e linhas de conduta.

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.

Análise univariada – São técnicas estatísticas que estudam variáveis independentes entre si, com razoável segurança, cujos métodos principais são as medidas de tendência central e de dispersão dos dados.

Análise multivariada – Vide multivariada.

Anatomia patológica – Modalidade de exame realizado por meio do estudo macroscópico e microscópico de líquidos orgânicos e tecidos, que permite identificar a presença de células tumorais, sua morfologia (tipo de célula) e assim, estabelecer o diagnóstico.

Anexectomia – Cirurgia ginecológica para retirada de ovário e trompa uterina.

Ângulo esplênico – Curvatura em ângulo reto do intestino grosso, na transição do cólon transverso para o cólon descendente, localizado no lado esquerdo do abdômen, junto ao baço.

Ângulo hepático – Curvatura em ângulo reto, do intestino grosso, na transição do cólon ascendente para o cólon transverso, localizado no lado direito do abdômen, junto ao fígado.

Ângulo Anormalidades Cromossômicas – São alterações que determinam o desencadeamento e o comportamento das neoplasias.

Aniversário do tumor – Data correspondente ao dia em que foi confirmado o diagnóstico de câncer pela primeira vez. Essa data será utilizada nos anos seguintes, como referência, para a realização do seguimento dos casos de câncer (1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º, 15º e para os tumores de mama, também no 20º ano).

Antígeno – Substância capaz de produzir reação imunológica no organismo, participando da resposta imune pela formação dos complexos antígeno-anticorpos, nos quais o organismo reconhece o antígeno como estranho a ele.

Antígeno carcinogênico 125 (CA 125) – Marcador tumoral para tumor de ovário.

Antígeno carcinogênico 15.3 (CA 15.3) – Marcador tumoral para tumor de mama.

Antígeno carcinogênico 19.9 (CA 19.9) – Marcador tumoral para tumores de estômago, pâncreas, vias biliares, cólon e pulmão.

Antígeno carcinogênico 27 (CA 27) – Marcador tumoral para tumor de mama.

Antígeno carcinogênico 29 (CA 29) – Marcador tumoral para tumor de mama.

Antígeno carcino-embrionário ou carcino-embriogênico (CEA) – Marcador tumoral para tumor de estômago, cólon, mama, ovário, útero, placenta, fígado, reto, canal anal e carcinomas.

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 monitoração da evolução da doença. Não devem ser analisados isoladamente.

Antígeno prostático específico (PSA) – Marcador para tumor de próstata.

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, 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 da sua presença no organismo, com a ocorrência de determinados tipos de câncer ou, ainda, com a ocorrência de câncer em determinadas topografias.

Antineoplásico – vide tratamento antineoplásico.

Aparelho cardiovascular ou circulatório – Composto pelo coração e pelos vasos sanguíneos (veias e artérias), responsável pelo bombeamento e pela circulação do sangue no organismo.

Aparelho digestivo ou digestório – Responsável pelo processo de digestão dos alimentos. É composto pela 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 gênito-urinário – Conjunto de órgãos responsáveis pela produção, armazenamento e eliminação da urina (urinário) e pelo sistema reprodutor (masculino ou feminino), que guardam íntima relação e possuem partes comuns (uretra e os órgãos sexuais externos).

Aparelho respiratório – Responsável pelo processo de oxigenação do sangue e eliminação do gás carbônico do organismo, composto pelas seguintes estruturas: rinofaringe (nariz e cavum), traqueia, brônquios e pulmões.

Aparelho urinário – Responsável pela filtração sanguínea e formação da urina através da qual são eliminadas várias substâncias do organismo, composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Têm íntima relação com o aparelho reprodutor em ambos os sexos.

APC (Gene APC) – Marcador tumoral para tumor de cólon.

Apêndice cecal – Estrutura do aparelho digestivo, anexa à porção inicial do cólon ascendente.

Aplicação de quimioterapia – Vide quimioterapia.

Aplicação de radioterapia – Vide radioterapia.

Apneia – Suspensão temporária da respiração.

Aréola – Área que circula o mamilo (bico do peito), de coloração mais forte que o restante da pele da mama.

Arquivo de prontuários – Serviço do hospital dedicado à guarda, organização, preservação e disponibilização dos prontuários de saúde dos pacientes para assistência e pesquisa.

Artelho – Dedo do pé. Vide pododáctilo.

Ascite – Presença de líquido no interior da cavidade abdominal, que pode ser secundário ao comprometimento do tumor ou de suas metástases.

Associação Brasileira de Registros de Câncer – Vide ABRC

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.

Astenia – Nome técnico de debilidade, diminuição das forças do organismo, enfraquecimento ou fraqueza.

Atendimento hospitalar – Qualquer modalidade de assistência prestada ao paciente em regime ambulatorial ou de internação por qualquer dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

Atestado de Óbito (vide Declaração de óbito) – Documento emitido quando do falecimento da pessoa, que identifica o falecido, a causa direta da morte e a doença de base. É uma importante fonte de informação a respeito de mortalidade.

Atlas – Primeira vértebra do pescoço, a qual sustenta a cabeça.

Ato cirúrgico – Procedimento médico realizado no paciente, por meio de incisão cirúrgica, com o objetivo de corrigir problemas, retirar tecidos ou colher material para exame.

Átrio – Câmara, cavidade. Denominação das aurículas do coração e também da parte principal da cavidade timpânica.

Aurícula – Cada uma das cavidades superiores do coração. Pavilhão do ouvido.

Autogênico – Refere-se ao transplante de medula cujas células do doador foram obtidas do próprio paciente.

Autorização para liberar dados – Ato de liberar informações sobre os casos de câncer atendidos no hospital, a partir dos bancos de dados do RHC, de acordo com normas pré-estabelecidas, de modo a garantir o sigilo das informações e a propriedade dos dados.

Avaliação da doença – Ato médico de avaliar as informações e proceder a exame clínico, ao qual podem ser associados exames complementares do paciente para determinar a presença de doença e seu estágio de evolução. Também pode ser avaliada a resposta ao tratamento realizado.

Avaliação da qualidade – Ato de avaliar as informações do paciente, para determinar seu estado de bem-estar e qualidade de vida.

Avaliação de seguimento – Avaliação para efeito de levantar o estado da doença e do paciente ao final de intervalos de tempo pré-determinados, para efeito do seguimento temporal, tendo por base a data do 1º diagnóstico de câncer.

AVE – Sigla encontrada no prontuário para identificar o Acidente Vascular Encefálico. Vide AVC.

AVC – Sigla para identificar o Acidente Vascular Cerebral. Pode ser hemorrágico (popularmente chamado de derrame) ou isquêmico (isquemia cerebral).

B

β-HCG (Gonadotrofina coriônica humana – Fração beta) – Marcador tumoral para neoplasia de fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas.

β-2 Micro (Beta-2 Microglobulina) – Marcador tumoral para mieloma múltiplo.

Bacinete – Reservatório renal onde se principiam os ureteres.

Baço – Órgão do sistema linfático que participa do processo de produção e distribuição das células do sangue, localizado no terço superior esquerdo do abdômen, próximo ao estômago e 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, convertido para meio eletrônico e armazenado 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 das Fichas de Registro de Tumor e de seguimento.

Banda – Parte lateral, lado.

Base acessória – Base de dados complementar à base de dados principal, geralmente construída para finalidade específica ou que é utilizada para fornecer informações ao RHC.

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 desta base com a base de casos analíticos permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição.

Base de dados principal do RHC – Constituída pelos casos de neoplasias malignas classificados como casos analíticos.

Basocelular (neoplasia) – Tumor epitelial proveniente das células basais (camada mais profunda da pele) ou de estruturas que delas derivam.

BEG – Sigla encontrada nos prontuários de saúde para “Bom Estado Geral”.

Benigno – Tumoração que não apresenta as características de proliferação ou de disseminação dos cânceres (vide neoplasia maligna e tumor maligno).

Beta-HCG (Gonadotrofina coriônica humana – Fração beta) – Marcador tumoral para neoplasia de fígado, testículo, ovário, placenta e outros tumores de células germinativas.

Beta-2 microglobulina (b2 micro) – Marcador tumoral usado para mielomas múltiplos 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 do tumor.

Bioquímico – Relativo às reações químicas que se processam no organismo humano.

Blástica – Sufixo referente às lesões caracterizadas por proliferação tecidual.

Blastoma (tumor) – Lesão tecidual expansiva, cujo comportamento biológico poderá ser classificado como maligno (câncer) ou benigno.

Boca – Parte inicial do aparelho digestivo responsável pelo processo de mastigação dos alimentos, composto por: lábios, língua, gengivas, assoalho da boca, palato e bochechas.

Boca anastomótica – Orifício artificial feito por meio de intervenção cirúrgica, com o objetivo de criar uma passagem entre o interior de um órgão oco e a superfície da pele. É uma derivação no trajeto normal do aparelho respiratório ou do digestivo.

Borderline – Nome de origem inglesa que significa limite, fronteira, margem. É usado para expressar a condição de limite ou transição.

BPO – Sigla encontrada no prontuário para identificar a Biópsia Per-Cutânea, ou seja, a biópsia cujo material foi obtido por punção através da pele.

Braquiterapia – Modalidade de tratamento radioterápico que utiliza implantes intersticiais, moldes, sementes, agulhas ou aplicadores intracavitários de materiais radioativos, tais como césium, radium, radon ou ouro radioativo para tratamento de tumores, a fim de obter uma maior concentração da energia na intimidade do tumor e reduzir a dose nos tecidos e estruturas da vizinhança.

Breslow – Estadiamento empregado para os melanomas de pele.

Burkitt – Vide tumor de Burkitt.

C

CA – Usado como abreviatura de câncer ou de antígeno carcinogênico.

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 27 (Antígeno carcinogênico 27) – Marcador tumoral para câncer de mama.

CA 29 (Antígeno carcinogênico 29) – Marcador tumoral para câncer de mama.

CACON – Centros de referência de alta complexidade em oncologia – Unidade hospitalar que possui condição técnica, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Esses hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física e são designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica.

Cadastro de casos malignos não analíticos – Refere-se ao preenchimento das fichas de registro de tumor (a mesma ficha utilizada para os casos analíticos, porém com um número menor de itens preenchidos).

CA 125 (Antígeno Carcinogênico 125) – Marcador tumoral para neoplasias de ovário.

Calcitonina (CT) – Marcador tumoral para câncer de tireoide.

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 entre a porção terminal do cólon descendente e o ânus.

Câncer (neoplasia maligna) – Nome genérico atribuído a um conjunto de mais de 100 doenças que apresentam como característica comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Por dividirem-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas).

Câncer de pele – Neoplasia maligna localizada na pele, em qualquer parte do corpo. Existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Dependendo da camada de células comprometida, é classificado em basocelular (camada profunda) e epidermoide (superficial respectivamente). Em geral, é de bom prognóstico, excetuando-se os melanomas.

Cânula – Tubo para inserção em uma cavidade, ducto ou vaso do corpo (p ex, para drenagem), cujo lume é comumente ocupado por um trocarte, durante o ato de inserção.

Cânula Traqueal – Tubo metálico ou de plástico que é fixado na abertura feita na traqueia para facilitar a respiração em caso de obstrução das vias aéreas superiores.

Caracterização do diagnóstico – Conjunto de informações da Ficha de Registro de Tumor, relacionado ao diagnóstico, que demonstrou os recursos utilizados, seu grau de complexidade e de certeza do diagnóstico.

Caracterização do tumor – Conjunto de informações da Ficha de Registro de Tumor relacionadas à caracterização do tumor: localização, tipo histológico e extensão do tumor. Para efeito de emissão de relatórios das pesquisas 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 à neoplasia maligna (ex.: adenocarcinoma)

Carcinoma basocelular – Vide basocelular.

Carcinoma in situ – Tumor em fase inicial, de extensão microscópica, sem ramificações, envolvimento local, regional ou a distância.

Carcinoma papilar intraductal in situ (CDIS) – Denominação de um tipo específico de carcinoma *in situ* de mama.

Carcinoma de células transicionais – Tumores localizados em regiões de justaposição de dois tipos diferentes de linhagem tecidual.

Carina – Qualquer uma de várias estruturas, arestas ou apófises, que sugerem uma quilha (peça principal e inferior da embarcação, que se estende da popa à proa). Refere-se à bifurcação dos brônquios pulmonares.

Caso de câncer – Novo tumor primário, que se enquadre nos critérios da classificação internacional de doenças para oncologia, como neoplasia maligna (câncer).

Caso analítico – Aquele caso de neoplasia maligna que se enquadre nos critérios pré-estabelecidos como alvo prioritário do RHC por ser um caso no qual o hospital interferiu diretamente, resultando em impacto na evolução da doença. Por isso, são incluídos no relatório anual do hospital, em tabulações que tentam avaliar a efetividade do hospital no cuidado ao paciente com diagnóstico de neoplasia maligna.

Caso incoerente – Aquele que, ao ser incluído no banco de dados, é identificado pelo sistema de críticas como apresentando incompatibilidade entre as informações.

Caso não analítico – Caso de neoplasia maligna que não preenche os critérios pré-estabelecidos para classificação como caso analítico, por ter chegado ao hospital apenas para complementação terapêutica ou já com doença avançada sem possibilidade de se beneficiar da terapêutica específica para o tumor, recebendo apenas tratamento sintomático ou paliativo. As informações referentes a esses casos são menos completas que as dos casos analíticos, e são excluídos de quase todas as tabulações específicas, especialmente as do cálculo de sobrevivência. Porém, elas podem ser incluídas em tabulações com a finalidade de avaliar a magnitude que o total de casos de câncer representa para o hospital e também no cômputo do número total de casos de câncer atendidos no Hospital.

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 compatível com a relação de tumores notificáveis elaborada pela comissão assessora do RHC para o Hospital.

Categoria de topografia da CID com três caracteres – É o agrupamento de tumores, utilizando apenas os três primeiros dígitos do código numérico da CID-O/3, no qual o primeiro caractere é a letra C, seguido de dois números.

Cateter – Instrumento tubular que é introduzido em canais, vasos ou cavidades do corpo para a retirada ou injeção de fluidos, substâncias ou medicamentos. Também usado para manutenção de uma passagem e, especialmente, na retirada de urina da bexiga, através da uretra.

Causa adicional de morte – Outros diagnósticos de doenças que o paciente apresente que, sem ser a causa direta do óbito, tiveram participação na estado geral de saúde do paciente.

Causa básica (do Óbito) – Vide causa básica da morte.

Causa básica da morte desconhecida – Quando a(s) causa(s) do óbito for(em) desconhecida(s) ou não especificada(s). Nesse caso, utiliza-se o código R69.X da CID-10, correspondente a “outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade”.

Causa básica da morte – Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que conduziram à lesão fatal.

Causa da morte (Causa mortis) – Doença ou sua complicação que foi diretamente responsável pela morte do paciente.

Causa desconhecida da morte – Preencher com o código R99.X da CID-10 – “outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade”.

Causa imediata da morte – Vide causa básica da morte.

Cauterização – Modalidade de tratamento realizada por meio de queimadura química, pelo frio ou calor. Utilizada no tratamento de lesões superficiais.

Cavidade bucal (oral) – Vide boca.

Cavidade oral (bucal) – Vide boca.

CDIS – Vide carcinoma papilar intraductal *in situ*.

CEA – Vide Antígeno carcino-embriogênico.

Ceará (CE) – Estado situado na região nordeste.

Ceco – Parte inicial e mais larga do intestino grosso, para dentro da qual se abre o intestino delgado. Na sua extremidade inferior está localizado o apêndice cecal.

Cefaleia – Nome técnico para dor de cabeça.

Células B (linfócitos B) – Células do sistema linfático que produzem anticorpos, que se ligam na superfície de certos tipos de bactérias e atraem células específicas do sistema imune e proteínas do sangue, digerindo as bactérias e células estranhas ao normal.

Células T (linfócitos T) – Células do sistema linfático que ajudam a proteger o organismo contra vírus, fungos e algumas bactérias. Também desempenham importante papel nas funções das células B.

Células NK (linfócitos NK) – Células do sistema linfático que têm como alvo as células tumorais e protegem contra uma larga variedade de agentes infecciosos.

Células Escamosas – Tipo de célula presente na pele ou no epitélio e que recobre alguns órgãos.

Células germinativas – Células provenientes das células primitivas das gônadas embrionárias (órgão precursor do ovário ou testículo), sexualmente indiferenciadas.

Centros de referência de alta complexidade em oncologia – vide CACON.

CEP (código de endereçamento postal) – Código numérico utilizado pelos Correios para identificar endereços.

Cérebro – Órgão constituído por celular do tecido nervoso, alojado no crânio, ocupando sua parte anterior e superior. Faz parte do sistema nervoso central juntamente com o cerebelo, o tronco cerebral e a glândula pineal. É constituído de duas porções iguais, chamadas de hemisférios cerebrais, localizados à direita e à esquerda.

Cerebelo – Parte pósterio-inferior do encéfalo, localizada acima da ponte de Varólio e do quarto ventrículo. Consiste em um lobo médio e dois laterais. É ligado com as outras porções do encéfalo por três pares de pedúnculos: o superior, ligando-o com o cérebro; o médio, com a ponte de Varólio; e o inferior, com a medula. Sua função consiste em coordenar os músculos e manter o equilíbrio do corpo.

Cervicotomia – Cirurgia exploratória no pescoço (região cervical).

Ciclo de Quimioterapia – Conjunto de drogas (quimioterápicos) que são ministradas ao paciente com câncer, em dose e periodicidade pré-determinados para o tratamento do tumor, constituindo etapas do tratamento. Esses 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) – Elaborada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, destina-se à codificação de diagnósticos, utilizada pelos RHC para codificação de causa morte e comorbidade.

CID-10 – Décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (vide CID).

CID-O/3 (Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 3ª edição) – Elaborada Organização Mundial da Saúde, a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, para uso em oncologia. Tem por finalidade classificar os tumores segundo sua topografia, morfologia e comportamento biológico.

Cintigrafia (cintilografia) – Exame por imagem realizado por meio da expressão da quantidade de emissão radioativa de substância (radiomarcador) utilizada como meio de contraste, que é captada para avaliar a funcionalidade de um órgão ou a presença de tumor primário ou metastático nos ossos, rins, cérebro, tireoide, etc. Esse tipo de exame é denominado, genericamente, de exame de medicina nuclear.

Cirurgia – Tratamento de doenças, lesões ou deformidades por meio de operações ou ainda a aplicação de técnica cirúrgica para retirar tecido (total ou parcialmente), implantar próteses, estabelecer ou retirar conexões ou para corrigir problemas, utilizando incisão (corte) dos tecidos como via de acesso.

Cirurgia a laser – Técnica cirúrgica na qual se utiliza o calor originado por fonte de radiação laser em substituição ao uso tradicional do bisturi.

Cirurgia alargada – Ato cirúrgico no qual, além da retirada do tecido tumoral, se procede à retirada de tecidos adjacentes ou de gânglios pela possibilidade de estarem com acometimento pelo crescimento e disseminação do tumor.

Cirurgia combinada – Cirurgia na qual são realizados dois ou mais procedimentos simultaneamente ou de modo sequencial. Essa técnica é frequente aplicada em cancerologia, em cirurgias nas quais se faz a ressecção do tumor que atinge mais de um órgão, tecidos adjacentes 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.

Cirurgia do tumor – Cirurgia realizada com a finalidade de retirar tecido tumoral total ou parcialmente.

Cirurgia estereotáxica – Procedimento eficaz para atingir, com precisão, áreas individualizadas do encéfalo com menor lesão possível de estruturas adjacentes, o que é possível pela introdução de uma cânula-guia para que, posteriormente, seja aplicada microquantidade de drogas diretamente na estrutura desejada.

Cirurgia exploradora – Ato cirúrgico executado quando ainda não se tem o diagnóstico definitivo ou em situações caracterizadas como de emergência, com o objetivo de visualizar o local onde há indícios de ocorrer alguma anormalidade, com fins de estabelecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos.

Cirurgia para retirada de massa tumoral – Vide cirurgia do tumor.

Cirurgia para retirada de tecido metastático – Vide cirurgia da metástase.

Cissura – Vide Sulco.

Cissura palpebral - Fenda ou abertura entre as pálpebras.

Cistectomia – Ressecção cirurgia total ou parcial da bexiga urinária.

Citogenética – Técnica laboratorial empregada para avaliação das alterações nos cromossomos das células blásticas. A identificação de alterações específicas nos cromossomos auxilia no correto estabelecimento do diagnóstico de neoplasia, ajuda na classificação da doença e no planejamento do tratamento.

Citologia – Estudo das células para estabelecer sua linhagem histológica e o diagnóstico de câncer pela detecção da 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 colorretal.

Citoquímica – Técnica que utiliza reações químicas em nível celular para confirmação de diagnóstico de câncer.

Classificação de comportamento biológico – Vide código de comportamento biológico.

Classificação de Ocupações do IBGE – Classificação numérica de ocupações que permite agrupar as diversas ocupações para fins estatísticos.

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 – terceira edição (CID-O/3) – (vide CID-O/3).

Clínica de entrada – Serviço por meio do qual o paciente iniciou seu processo de diagnóstico ou tratamento no hospital. É a porta de entrada do paciente no hospital.

Clinicamente tumor maligno – Diagnóstico de câncer estabelecido em base clínica, quando no processo de estabelecimento do diagnóstico do tumor não for possível realizar a caracterização definitiva (por exame microscópico). Nesses casos, o médico – com base em exame clínico, laboratorial ou por imagem – pode considerar que existe informação suficiente para firmar o diagnóstico clínico de tumor maligno. Nesse caso, utiliza-se o código M9990/3 (cl clinicamente tumor maligno – CID-O/3 página 191) para a morfologia do tumor.

Cloaca – Abertura fetal comum ao conduto urogênico e ao intestino.

Cobalto (supervoltagem) – Modalidade de tratamento radioterápico que utiliza pastilha de cobalto como fonte natural de radiação do aparelho.

Cobertura – Vide percentual de cobertura.

Codificação do tumor – Utilização de códigos numéricos associados à topografia e ao tipo histológico do tumor para caracterização do câncer.

Codificação dos itens – Utilização de códigos numéricos correspondentes às opções de cada item para sua inclusão em bases de dados informatizadas e com fins estatísticos. Padronizou-se que o número 8 corresponde à opção “não se aplica” e que o número 9 é referente à opção “sem informação”.

Código de comportamento biológico – A CID-O/3 permite a identificação do comportamento biológico das células tumorais pela utilização de um dígito que é agregado ao código da morfologia (após a barra) e que corresponde às seguintes categorias: Neoplasia maligna primária (código de comportamento /3); Neoplasia *in situ* (Intraepitelial 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 (código /0).

Código de morfologia – Código numérico da CID-O/3 que identifica o tipo morfológico do tumor e o comportamento biológico do tumor.

Código de topografia – Código numérico da CID-O/3 que identifica a localização do tumor no corpo do paciente. O quarto dígito (após o ponto) permite a especificação mais detalhada da localização.

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), cujo uso nos RHC é exclusivamente para codificar mortalidade.

Códigos de C81 a C96 – São utilizados na CID-10 para expressar, em um mesmo código, o diagnóstico topográfico e morfológico. Esses códigos não são utilizados pelos RHC para caracterizar a topografia do tumor. Seu uso é exclusivamente para mortalidade.

Coefficiente de mortalidade – Vide taxa de mortalidade.

Colectomia – Cirurgia para a extirpação de parte do cólon (intestino grosso) ou de todo ele.

Colédoco – Canal responsável pelo transporte da bile desde a vesícula biliar até o duodeno.

Coledocolitíase – Presença de cálculo no colédoco (canal que leva a bile para o intestino). Também chamada popularmente de pedra na vesícula.

Colo do útero (Colo uterino) – Porção inferior do útero, cujo acesso é possível pela vagina, sendo possível a coleta do material para realização de exame citológico, com fins preventivos (Papanicolau). O colo do útero é sítio de grande incidência de câncer na mulher.

Cólon (intestino grosso) – Faz parte do aparelho digestivo, composto de três porções: o cólon ascendente, o transverso e o descendente. O cólon inicia no final do intestino delgado e termina no reto.

Cólon ascendente (intestino grosso) – Porção inicial do intestino grosso, localizado do lado direito do abdômen, comunicando-se na sua porção inferior com o intestino delgado (ílio) e na porção superior, com cólon transverso. O apêndice cecal é uma estrutura acessória do cólon e está localizado na sua porção inferior.

Cólon descendente (intestino grosso) – Porção 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 média do intestino grosso, localizado na parte superior do abdômen, comunicando-se à direita com o cólon ascendente e à esquerda, com o descendente.

Colonoscopia – Exame do interior do cólon, mediante o uso do colonoscópio.

Colonoscópio – Equipamento para realizar exame endoscópico do reto, sigmoide e intestino terminal.

Colostomia – Abertura do intestino grosso e sua exteriorização na parede do abdômen (boca anastomótica) pela fixação do cólon à pele. Esse procedimento é indicado nos casos de obstrução intestinal ou após ressecção de parte do intestino grosso. Formação cirúrgica de um ânus artificial no cólon através da parede abdominal.

Comando list do Epi-Info – Executa procedimento do programa Epi-Info para emissão de listagem dos campos selecionados.

Comando select do Epi-Info – Executa a seleção de casos que atendam ao critério incluído na linha de comando para um determinado campo do programa Epi-Info.

Comando tables do Epi-Info – Executa o comando do programa Epi-Info para geração de tabelas a partir de duas variáveis selecionadas.

Comissão assessora – Composta por profissionais que representem as diversas especialidades envolvidas no atendimento ao paciente com câncer no hospital. É constituída com a finalidade de apoiar as atividades do RHC, para dirimir dúvidas e referendar as condutas estabelecidas pelo coordenador do RHC.

Comissura – Linha de junção de duas partes que formam um ângulo (por exemplo, o ângulo das pálpebras ou da boca). Faixa de fibras que liga partes correspondentes, (esquerda e direita) principalmente, do cérebro e da medula espinal.

Complicação do tratamento – Considera-se como complicação do tratamento, as ocorrências que estão diretamente relacionadas ao tratamento realizado. São exemplos dessa situação as estenoses e queimaduras secundárias à radioterapia, as complicações cardíacas secundárias ao uso de determinados quimioterápicos ou as complicações pós-operatórias, tais como as infecções. As complicações podem acontecer imediatamente após o início do tratamento ou tardias.

Comportamento biológico (do tumor) – Vide código de comportamento biológico.

Comportamento incerto (malignidade limítrofe – “borderline” – e de baixo potencial maligno) – São as neoplasias cujo exame microscópico evidencia tratar-se de células cujo comportamento biológico é incerto ou desconhecido, de acordo com os critérios da classificação CID-O/3, classificado com o código de comportamento /1 (e as benignas /0) desde que tenham sido consideradas pelo patologista como sendo tumor *in situ* ou maligno.

Compressão raquídea – Redução do interior do canal medular, por compressão em virtude de lesão expansiva do tumor, suas metástases ou do disco intervertebral, produzindo manifestação clínica.

Comprometimento a distância – Vide metástase.

Comprometimento bilateral – Aquele que ocorre em órgão único (cérebro, tireoide) ou duplo (pulmões, rins), quando o câncer acomete os dois lados do corpo (direito e esquerdo). Deve-se considerar o tipo histológico e o intervalo de tempo entre os diagnósticos, para estabelecer se são sincrônicos ou não e primário/múltiplo ou não.

Comprometimento de áreas contíguas – Neoplasia que compromete dois ou mais locais contíguos dentro de uma determinada categoria de três algarismos da CID-O/3 e cujo local de origem não possa ser determinado. Deve ser codificada sob a subcategoria .8 (lesão invasiva) a menos que a combinação das localizações acometidas esteja especificamente classificada em outra parte ou tenha um código específico.

Comprometimento de outro(s) órgão(s) e tecido(s) – Crescimento tumoral em local diferente daquele do tumor primário. Pode ser por contiguidade ou pela disseminação a distância.

Comprometimento ganglionar regional – Acometimento tumoral da cadeia ganglionar responsável pela drenagem linfática do local de aparecimento do tumor primário.

Comprometimento simultâneo – Tumores cujas manifestações clínicas ou achados de exames de diagnóstico tenham ocorrido na mesma época, independente do tipo histológico.

Comprovação citológica – Confirmação do diagnóstico com base em exame microscópico de células tumorais (primário ou metastático).

Comprovação histológica – Comprovação do diagnóstico por meio de exame microscópico de tecidos tumorais (primário ou metastático).

Condiloma genital – Doença sexualmente transmitida (DST) que se manifesta na região genital pela infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) de tipo 6 e 11. Também conhecido popularmente como crista de galo.

Condroma – Tumor benigno constituído por hiperplasia de tecido cartilaginoso. Vide neoplasia óssea e condromatosa.

Condromatoso – Relativo à cartilagem.

Confirmação de diagnóstico – Procedimento(s) realizado(s) para validar o diagnóstico realizado em outras instituições ou diagnóstico anteriormente estabelecido apenas em bases clínicas.

Conização do colo uterino (uterina) – Técnica cirúrgica empregada para retirada do colo de útero, sob a forma de cone, preservando o corpo uterino. É utilizada no tratamento do carcinoma do colo uterino *in situ* ou microinvasor.

Conjunto de dados – Agrupamento de dados de um paciente, grupo de pacientes ou de determinado tumor, realizado de modo sistemático e obedecendo a critérios pré-estabelecidos, que são incluídos em uma 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.

CONPREV – Coordenação de Prevenção e Vigilância. Faz parte da estrutura organizacional do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Sua função é atuar na prevenção do câncer nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento da doença nos estágios iniciais), vinculada à vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer) para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos, prestando assessoria técnica e desenvolvendo eventos e programas, com ações educativas e informativas destinadas à população brasileira.

Constipação – Evacuação infrequente e dificultosa das fezes. Popularmente chamada de prisão de ventre. Também pode ser usada para identificar o estado mórbido caracterizado por inflamação aguda e catarro das fossas nasais. Vide obstipação.

Consulta – Modalidade de atendimento ao paciente realizado por profissional de saúde com o objetivo de coletar informações sobre a doença e o paciente.

Consulta médica – Entrevista e exame clínico realizados por médico com o objetivo de fornecer orientação, estabelecer o diagnóstico, realizar avaliação, esclarecer dúvidas ou acompanhar o tratamento e a evolução do paciente. Na consulta também podem ser solicitados exames, realizados pequenos procedimentos e prescritos medicamentos.

Consulta por outro profissional de saúde (exceto médico) – Entrevista realizada por profissional de saúde, com o objetivo de auxiliar no processo terapêutico do paciente. Também pode-se realizar medidas de dados antropométricos (peso e altura, por exemplo), dados vitais (temperatura, frequência do pulso e níveis de pressão arterial, por exemplo) e avaliações físicas durante a consulta.

Controle de qualidade – Procedimentos realizados com o intuito de assegurar que as informações coletadas, sua inclusão nos bancos de dados, a tabulação ou a sua divulgação retratem fielmente o conjunto do qual foram retiradas.

Controle de solicitação de prontuários – Procedimentos utilizados por ocasião da solicitação, controle de movimentação e devolução dos prontuários ao arquivo, para acompanhar o fluxo e a confidencialidade da documentação do paciente.

Corpo do relatório – Conjunto de informações que compõem um relatório, podendo ser apresentadas sob a forma de textos, tabelas, quadros, gráficos e figuras.

Correção do banco de dados – Rotina a ser realizada durante a inclusão de dados ou na conclusão do processo de cadastro de casos novos e antes da emissão dos relatórios anuais consolidados e da liberação dos bancos para consultas. Os bancos de dados devem ser submetidos a processo de validação e se surgirem dúvidas em relação aos dados, as fichas deverão ser revistas. Se necessário, os próprios prontuários serão consultados e, se confirmadas as incorreções, o banco deverá ser corrigido.

Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer – Vide CONPREV

Correio Eletrônico (e-mail) – Modalidade de comunicação utilizando meio eletrônico, por meio da rede mundial de computadores (internet), em que cada usuário possui um endereço eletrônico que pode ser acessado para envio de texto ou arquivo anexado. Essa nova modalidade de comunicação está substituindo a comunicação tradicional por carta ou telegrama e pode ser utilizada para o seguimento de pacientes.

CMV – Vide citomegalovírus

Craniotomia – Cirurgia exploratória realizada através de abertura da calota craniana para acesso direto ao sistema nervoso central.

Credibilidade – Atributo a ser perseguido pela equipe do RHC em relação às bases de dados do registro de câncer, como resultado da confiança dos seus usuários de que eles efetivamente 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 – Não existe consenso em relação à idade para se considerar os tumores infantis, adotando-se diferentes critérios entre as várias especialidades médicas e nas instituições de saúde. Considerando as recentes modificações de conduta dos especialistas em oncologia pediátrica que passaram a incluir em seus estudos e análises a idade de 19 anos por considerarem que os tumores que acometem os indivíduos dessa idade ainda apresentam características morfológicas semelhantes às aquelas classificadas pela CICI (Classificação Internacional do Câncer Infantil). Para efeito do Registro Hospitalar de Câncer são considerados nos relatórios de tumores infantis e assemelhados à idade limite de 19 anos.

Cricoide – Semelhante a um anel. Anular. Vide cartilagem cricoide.

Cartilagem cricoide – Cartilagem localizada no pescoço, em torno da traqueia.

Cartilagem tireoide – Saliência cartilaginosa existente no pescoço, abaixo do osso hioide, junto à laringe. Tem maior crescimento nos indivíduos do sexo masculino, pela maior presença de testosterona. Popularmente é conhecida como pomo-de-adão.

Cóccix – Pequeno osso da extremidade inferior da coluna vertebral.

Criocirurgia – Modalidade de intervenção cirúrgica efetuada com instrumentos resfriados. Para atingir as baixas temperaturas, geralmente utiliza-se o dióxido de carbono ou o nitrogênio líquido.

Crioterapia – Modalidades de tratamento que utilizam baixas temperaturas.

Crítério – Regra, princípio ou parâmetro que permite julgamento ou separação do grupo avaliado (de pessoas ou dados) em grupos pré-definidos.

Crítério de exclusão – Parâmetro a ser usado para selecionar os casos que serão excluídos em relação aos demais.

Crítério de seleção – É estabelecido para selecionar os casos cujo diagnóstico preenche os requisitos para cadastro e inclusão nas bases de dados do RHC (vide caso notificável). Esses critérios devem ser periodicamente revistos pela Comissão Assessora do RHC,

Crítério para inclusão – Padrões estabelecidos para selecionar os pacientes cujo diagnóstico de câncer preencha os requisitos para cadastro e inclusão nas bases de dados do RHC (vide caso notificável).

Crítério para liberação de informação – Regra a ser seguida para autorizar a divulgação dos dados coletados e armazenados pelo RHC, com os necessários cuidados de sigilo e propriedade das informações.

Crítica na entrada de dados – Recurso de informática utilizado para alertar sobre a entrada de dado que apresente inconsistência com outras informações, ou seja, incorreto em relação aos critérios pré-estabelecidos.

Crônica(o) – Aquela que persiste. Doença, complicação ou efeito de longa duração.

Cruzamentos de informações – Técnica usada para associar duas ou mais variáveis para identificar ou quantificar os casos que atendem ou não àqueles requisitos. Também utilizada para gerar quadros, tabelas e gráficos.

CT – Vide calcitonina (marcador tumoral) ou tomografia computadorizada.

Cuidados paliativos – Tipo de assistência prestada a paciente com doença em estágio terminal, cujo objetivo é reduzir sofrimento e melhorar a qualidade de vida, sem intenção de ação oncológica específica sobre o tumor.

Curetagem – Raspagem de tecidos de lesões superficiais para fins de diagnóstico ou tratamento. Muito usada em lesões de pele e do colo do útero.

Curetagem semiótica – Raspagem de tecido para retirada de material celular ou secreção com o objetivo de estabelecer diagnóstico.

CYFRA 21-1 – Vide Fragmentos de citoqueratina 19.

D

Dado – Refere-se a uma característica, uma data ou a uma classificação que é associada ao paciente ou à sua doença. Depois de analisado, o dado se transforma em informação.

Dado coletado – Cada registro, incluído nas fichas do RHC, de acordo com requisitos pré-estabelecidos e a capacidade de obtenção do dado pelo RHC, de forma padronizada.

Dado de seguimento – Vide seguimento anual.

Dado demográfico e cultural – Diz respeito à identificação e às características individuais do paciente (vide demografia).

Dado do prontuário – Registro no prontuário referente ao paciente, sua doença, tratamento e acompanhamento ao longo do tempo e da assistência prestada no hospital.

Dado publicado – Divulgação dos dados do RHC por meio de relatórios anuais, artigos, anais de congresso ou disponibilizados na rede mundial de computadores (internet), tornando o dado de domínio público. Esses dados podem ser amplamente divulgados, tendo-se o cuidado de informar a sua fonte.

Data – Refere-se ao dia, mês e ano no qual determinado evento ocorreu. Deve ser preenchida no padrão DD/MM/AAAA (com dois dígitos para o dia, dois para o mês e quatro para o ano). Se a data não for de todo conhecida, deve-se usar o correspondente à data média do período. Para a data totalmente desconhecida, usar 99/99/9999.

Data de “aniversário” do tumor – Esta data é utilizada como parâmetro para o seguimento anual dos casos analíticos. Corresponde, nos anos posteriores, à data (dia e mês) na qual foi efetivamente estabelecido o primeiro diagnóstico de câncer para o tumor primário do paciente.

DD/MM/AAAA – Padrão usado no preenchimento dos campos do tipo data.

Deambulação – Descrição do modo como o paciente anda. Caminhada.

Declaração de Óbito – Documento legal e obrigatório emitido por médico, quando constata a morte do paciente. Dele constam informações que identificam o falecido, a doença responsável pela morte (causa básica) e as outras doenças que, a juízo do médico, tenham influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito (causas contribuintes). A declaração das causas de morte é feita no “Modelo Internacional de Certificado Médico das Causas de Morte”, utilizado em todos os países e recomendado pela Assembleia Mundial de Saúde, da OMS, em 1948. As causas da morte são preenchidas pelo médico e posteriormente recebem um código segundo a CID-10.

Demografia – Descrição de características referentes às populações humanas. São exemplos as descrições referentes à distribuição da população em relação à cor, ao sexo, à idade, ao local de nascimento e à escolaridade.

Derrame pleural – Presença de líquido na cavidade pleural (entre os pulmões e o gradil costal, ambos revestidos pela pleura). Pode ser secundário à presença de tumor primário ou metastático.

Desarticação – Separação de um seguimento ósseo a partir de uma articulação. No caso de cirurgia, para ressecção, faz a desarticação na articulação proximal.

Diafragma – Músculo largo que separa a cavidade torácica da cavidade abdominal.

Diagnóstico – Conhecimento ou determinação de uma doença ou estado patológico pelos seus sintomas, sinais ou alterações detectadas por meio de entrevista (anamnese), exame físico (clínico) e exames complementares (laboratório, imagem etc).

Diagnóstico diferencial – Refere-se a outras doenças ou estados patológicos, cujos sinais e sintomas, por serem semelhantes àqueles da doença em investigação, poderiam causar confusão ou até mesmo levar ao erro no estabelecimento do diagnóstico de câncer e, conseqüentemente, na abordagem terapêutica. A confiança no correto diagnóstico é fundamental para estabelecer a correta estratégia para o tratamento.

Diagnóstico incerto – Refere-se àqueles casos cujas informações disponíveis no prontuário do paciente permitem estabelecer com segurança que se trata de uma lesão tumoral; entretanto, não é ainda possível evidenciar se essa lesão é maligna ou benigna.

Diagnóstico incompleto – Refere-se àqueles casos nos quais as informações disponíveis no prontuário do paciente não permitem estabelecer com segurança o diagnóstico de patologia tumoral e da sua condição de malignidade.

Diagnóstico morfológico – Identificação do tipo de tecido (célula) que constitui o tumor do paciente.

Diferenciação celular – Identificação do padrão histológico e das características das células do tecido tumoral, em comparação com o tecido normal.

Difuso – Diz-se de uma lesão tumoral que não está circunscrita. Pode ser uma expansão local da doença ou mesmo a sua disseminação a tecidos distantes por metástase.

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. Também é usada para descrever o abaulamento de um órgão com cavidade, onde um processo de obstrução impede o trânsito normal, provocando a retenção de material no interior do órgão e, conseqüentemente, sua dilatação.

Disfagia – Dificuldade na deglutição.

Disgerminoma – São tumores que se desenvolvem em geral na parte central do organismo, em células provenientes das linhagens germinativas primordiais das gônadas embrionárias em fase na qual ainda são sexualmente indiferenciadas (em testículo e ovário).

Dislalia – Dificuldade em articular palavras em consequência de lesão dos órgãos da fonação.

Dislexia – Dificuldade em articular palavras em consequência de lesão dos órgãos da fonação.

Dismenorreia – Cólica que acompanha o período menstrual. Menstruação dolorosa ou difícil.

Dispneia – Nome técnico da dificuldade na respiração. Sensação de sufocação e opressão. Popularmente chamada de falta de ar.

Dissecção – Liberação de tecidos ou estruturas do corpo humano, das estruturas ou tecidos a eles justapostos.

Distal – Porção terminal de um seguimento do corpo. Extremidade mais distante em relação ao centro do corpo.

Distrito Federal (DF) – Espaço territorial, situado no estado de Goiás, onde Brasília está localizada e onde funciona a sede do governo federal.

Divulgação de informações – Liberação de informações para uso específico ou amplo. Ao divulgar informações, é importante atentar para o sigilo e a propriedade das informações, assim como para o correto uso dessas informações. As informações de domínio público poderão ser utilizadas sem autorização específica, desde que citada a fonte e a correta identificação do dado. O RHC divulga suas informações de caráter geral de modo sistemático. As saídas especiais terão sua liberação condicionada a autorizações prévias.

DM – Sigla encontrada no prontuário do paciente para indicar o diagnóstico de Diabete Mellitus.

DPP – Sigla para identificar a Data Provável do Parto, para paciente gestante.

Documento de entrada de dados – Formulário utilizado para a coleta estruturada de dados que é desenhado de modo a facilitar o processo de inclusão dos dados nas bases de dados do RHC.

Documentação de saúde do paciente – 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 individualizados e preservados no prontuário de saúde do paciente.

Doença de Bowen – Denominação atribuída ao carcinoma de células escamosas intraepidérmico.

Doença de Hand-Schuller-Christian (vide Doença de Letterer-Siwe) – É uma síndrome observada com mais frequência em crianças e jovens, caracterizada por histiocitose de células de Langerhans disseminada e a tríade clássica de defeitos osteolíticos nos ossos membranosos, exoftalmia e diabete insípido (que só ocorre em uma pequena porcentagem de casos, embora a sua presença seja diagnóstica). A doença não costuma ser fatal, mas é crônica e, algumas vezes, progressiva. A síndrome de Hand-Schuller-Christian e a síndrome de Letterer-Siwe compartilham uma patologia semelhante.

Doença de Hodgkin – É uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos, tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem essas células através do corpo. Por apresentar características específicas, é classificada sob denominação específica, em função da sua morfologia (M9596/3 a 9667/3).

Essa doença pode ocorrer em qualquer faixa etária; no entanto, é mais comum na idade adulta jovem, dos 15 aos 40 anos, atinge maior frequência entre 25 a 30 anos. A incidência de novos casos permaneceu estável nas últimas cinco décadas, enquanto a mortalidade foi reduzida em mais de 60% desde o início dos anos 70, em decorrência dos avanços no tratamento. A maioria dos pacientes com Doença de Hodgkin pode ser curada com tratamento atual.

Doença de Letterer-Siwe (Vide Doença de Hand-Schuller-Christian).

Doença de Paget – É um tipo raro de câncer de pele semelhante a uma mancha cutânea inflamada e hiperemiada (dermatite). Ela origina-se nas glândulas cutâneas ou subcutâneas, geralmente a partir de um câncer dos condutos mamários, formando-se em torno do mamilo. A doença de Paget também pode apresentar o aspecto de uma erupção vermelha, exsudativa e crostosa na virilha ou em torno do ânus, podendo originar-se nas glândulas sudoríparas próximas. Não deve ser confundida com a doença metabólica que acomete ossos e que tem o mesmo nome de doença de Paget.

Doença isquêmica do coração – Ocorre devido à 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 aos critérios para cadastro – Vide casos notificáveis.

Doença neoplásica benigna ou doença não tumoral – Vide neoplasia benigna.

Doença imunoproliferativa – São tipos especiais de linfomas, caracterizados por intensa proliferação das células que participam da defesa imunológica do nosso organismo, em especial os linfócitos, acometendo principalmente a mucosa intestinal.

Dorsal – Relativo ao dorso, parte posterior ou costas.

Dorso – Região posterior do corpo, costas.

Ducto – Conduto, canal, cano. O mesmo que conduto ou sua variante ducto. Utilizado para nomear o canal por onde são drenadas as secreções glandulares.

Duodeno – Porção inicial do intestino delgado, localizado no abdômen superior, entre o estômago e o jejuno. Está justaposto ao pâncreas e ao fígado.

Doppler – A ultrassonografia permite também, por meio do efeito doppler, se conhecer o sentido e a velocidade de fluxos sanguíneos. Vide ultrassom diagnóstico.

DUM – Sigla para identificar a Data da Última Menstruação da paciente.

E

E-mail – Vide Correio Eletrônico

EAS (elementos anormais e sedimento urinário) – Sigla utilizada para identificar o exame sumário de urina.

Ecografia – Vide ultrassonografia.

ECG (eletrocardiograma) – Traçado gráfico que representa a condução do estímulo elétrico no coração, usado para avaliar o funcionamento do coração.

Ectomia – Radical que aposto como terminação ao nome de um órgão indica retirada (apêndicectomia, gastrectomia).

Educação infantil – Corresponde à chamada pré-escola, composta pela creche e o maternal.

Efetividade – Produção de resultado real e positivo como resposta a uma intervenção ou procedimento. Sua aferição, no RHC, dentre outras maneiras, poderá ser feita por meio do seguimento temporal dos pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna tratados no hospital.

Eficácia – Produção de um efeito desejado como resposta a uma intervenção ou procedimento.

Eficiência – Ação de produzir um efeito como resposta a uma intervenção ou procedimento.

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 (glicemia, volemia).

Emissão de relatórios – Produção de documento contendo dados e informações dos pacientes cadastrados pelo RHC, geralmente ao final do cadastro anual de casos novos pelo Registro Hospitalar de Câncer ou para atender a uma solicitação especial.

Empregado (vide trabalhador) – Pessoas com vínculo empregatício com contrato regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), sejam eles os próprios empregados de fundação de apoio, pessoas cedidas, residentes e, por extensão, os estagiários.

Encéfalo – Parte do Sistema Nervoso Central – SNC, localizado no interior do crânio e composto pelo cérebro, fossa craniana, cerebelo e tronco cerebral (vide cérebro).

Encefalorragia – Derramamento de sangue para dentro do cérebro ou que ocorre dentro da cavidade craniana. Também chamada de derrame ou hemorragia cerebral.

Endo – Radial que significa no interior de, dentro.

Endocérvice – Porção interna e central do colo uterino. Nessa região, coleta-se material para realização do exame preventivo ginecológico (Papanicolau).

Endoscopia – Exame realizado pela introdução no organismo (por orifício natural ou artificial), de aparelho de fibra óptica, ao qual são acoplados fonte de luz, instrumentos para biópsia, sucção e registro de imagens, com o objetivo de visualizar estruturas internas, coletar material para citologia e biópsia e realizar registro fotográfico ou filmar lesões e estruturas. Atualmente, a esses aparelhos são também conectados câmeras de vídeo e instrumentos cirúrgicos que permitem a realização de procedimentos cirúrgico endoscópicos.

ENE – Vide Enolase Neuro Específica.

Enolase neuro específica (ENE ou NSE) – Marcador tumoral para pulmão, suprarrenal e tubo digestivo.

Ensino básico – Corresponde à antiga pré-escola (CA) e o primário (4 anos).

Ensino fundamental – Período de formação escolar composto de nove anos. Corresponde ao antigo CA (curso de alfabetização) somado aos oito anos do antigo curso fundamental.

Ensino médio – Antigo ginásio, somado ao colegial.

Ensino primário – Primeiros quatro anos do curso regular de formação.

Ensino superior – Curso de nível universitário.

Enterorragia – Hemorragia que provém dos intestinos. Também chamada hemorragia intestinal.

Entrada de dados – Processo utilizado para inclusão dos dados coletados (e transcritos para as Fichas do RHC) nas bases de dados do RHC. Antes do ano 2000, utilizou-se o programa RHCFCH.REC, desenvolvido especialmente para essa finalidade a partir do EPI-INFO. Atualmente, é usado o SisRHC, concebido, desenvolvido, atualizado e mantido pelo INCA.

Enucleação ocular – Retirada cirúrgica total do globo ocular.

Envolvimento ganglionar – Comprometimento dos gânglios linfáticos (também denominados de nódulos linfáticos) responsáveis pela drenagem linfática na região onde o tumor está localizado. Esse comprometimento é considerado metástase.

EPI – Radical que, apostado às palavras, tem o significado de superficial ou sobre (epiderme, epiglote).

Epi-Info – Programa de computador desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos Estados Unidos para uso pelas instituições de saúde no manuseio e tratamento estatístico de dados em meio magnético. O programa também possui um módulo que permite a criação de questionários e a criação do seu correspondente banco de dados.

Epidemiologia – Estudo da ocorrência e distribuição das doenças na população e dos fatores associados a essas doenças.

Epidermoide – Relativo ao tumor que acomete os tecidos da pele.

Epiglote – Lâmina delgada cartilaginosa e elástica, com ligação com a parte posterior da língua. É a responsável pelo fechamento da passagem de ar que comunica a faringe com a glote, no ato da deglutição.

Epistaxe – A hemorragia que provém da cavidade nasal. Também chamada de hemorragia nasal, rinorragia ou hemorrinia.

Epitélio – Tecido tegumentar que reveste as superfícies externas e internas e exerce, em certos órgãos, funções secretórias e sensoriais.

Esofagectomia – Cirurgia para retirada do esôfago. Pode ser a retirada total (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 traqueia e à frente do coração.

Esofagectomia – Retirada cirúrgica total ou parcial do esôfago.

Especificidade – Característica atribuída aos exames relacionada à capacidade de o exame indicar, com resultado positivo, quando a alteração, anormalidade ou doença estiver efetivamente presente.

Espinocelular – Tipo de tumor cutâneo que acomete a camada superficial da pele.

Espírito Santo (ES) – Estado situado na região sudeste.

Esplênico – Relativo ao baço.

Esplenectomia – Cirurgia realizada para a extirpação do baço (órgão popularmente chamado de passarinha).

Estágio terminal – Estado dos pacientes com doença muito avançada, aos quais se julga não haver benefício real na aplicação de recursos terapêuticos com objetivo de cura ou controle da doença. A esses pacientes são ministrados apenas tratamentos com finalidade paliativa ou sintomática (vide FPT e TTO).

Estereotáxica – Técnica que permite acesso a áreas tumorais com mínimo dano às estruturas circunvizinhas, por meio da fixação do corpo do paciente e o direcionamento do procedimento à área cujas coordenadas espaciais sejam muito bem definidas. Vide cirurgia estereotáxica e radioterapia estereotáxica.

Estômago – Órgão do aparelho digestivo (responsável pelo processo de homogeneização e absorção dos alimentos) que está localizado no lado esquerdo e na parte superior do abdômen, logo abaixo do diafragma, em contato com o baço, o pâncreas e o fígado. O estômago que é composto de três partes, fundo, corpo e antro, está unido ao esôfago e ao duodeno.

Estoma – Abertura não natural, feita em órgão do aparelho digestivo, respiratório ou urinário, com a finalidade de abrir passagem com o ambiente exterior ou de reestabelecer o fluxo no interior desses órgãos e sistemas por processos obstrutivos.

Estrangeiro (EX) – Pessoas não nascidas no Brasil, independente de serem ou não naturalizadas.

Estrogênio – Hormônio sexual feminino, produzido pelos ovários ou administrado às pacientes como terapêutica hormonal de reposição.

Estroma – Tecido conjuntivo que forma a substância básica, a estrutura de suporte, ou a matriz de um órgão.

Estrutura do banco de dados – Desenho e especificação do conteúdo e forma de armazenamento dos dados coletados pelos registradores em meio magnético. Para cada campo devem ser estabelecidos o número e tipo de caracteres que serão aceitos, se existe alguma restrição ou associação com outros campos, cujo objetivo é uma maior qualidade das informações.

EVA Karnofsky (Evaluation Karnofsky Performance Status - KPS) – Avaliação da condição da qualidade de vida do paciente utilizando a escala de Karnofsky.

Esvaziamento axilar – Retirada cirúrgica dos gânglios linfáticos da cadeia linfática da região da axila.

Esvaziamento cervical – Retirada cirúrgica dos gânglios localizados na cadeia ganglionar do pescoço.

Esvaziamento ganglionar – Retirada cirúrgica de cadeia ganglionar com finalidade de investigar comprometimento dos gânglios por tumor ou para prevenção de disseminação da doença.

Evolução da doença – Refere-se à avaliação da doença, se está sem evidência da doença, se teve remissão parcial, se a doença está estável, se houve progressão ou se foi considerada fora de possibilidades terapêuticas.

Exame auxiliar de diagnóstico – Uso de recursos empregando diferentes técnicas e tipos de exames (patologia clínica, imagem, traçados etc), com grau diferenciado de complexidade para fornecer dados adicionais importantes para o estabelecimento do diagnóstico. O grau máximo de certeza é dado pelo exame histológico do tumor primário.

Exame citológico – Avaliação das estruturas das células do organismo para identificar anormalidades e comportamento biológico. O material para o exame é obtido de líquidos orgânicos (líquor, derrame pleural, urina, líquido de ascite), por raspado de lesões superficiais e de secreções. Também estão incluídos nesse grupo, as células obtidas por punções aspirativas com agulha fina e o teste de Papanicolau.

Exame clínico – Avaliação clínica realizada pelo médico utilizando seus sentidos e o auxílio de equipamentos simples como o estetoscópio, aparelho para verificar os níveis de pressão sanguínea arterial e abaixador de língua, entre outros.

Exame de anatomia patológica (anatomo-patologia) – Executado por meio da visualização de tecidos e das células coletadas do tumor ou de tecidos do organismo do paciente. Pode ser executado com a utilização de corantes (para realçar determinadas estruturas), para diagnosticar e caracterizar tumores. Constituem os exames de máxima certeza no estabelecimento do diagnóstico. O exame pós-morte e a necropsia também são incluídos nesse tipo de exame. A realização do exame compreende a descrição macroscópica da peça e a sua avaliação microscópica incluindo o emprego de técnicas de imunohistoquímica.

Exame de cintigrafia (cintilografia) – Realizado por meio da utilização de contraste contendo substâncias radioativas, cuja captação realizada por uma sonda cintigráfica ou por uma gama-câmara permite a produção de imagem do órgão ou região avaliada, com gradiente de cores que corresponde a intensidade da radiação captada. São realizados em serviços de medicina nuclear.

Exame de laboratório – Vide exame de patologia clínica.

Exame de medicina nuclear – Utiliza substância radioativa como contraste ou marcador, cuja intensidade de captação é utilizada para a produção de imagem colorida que retrata a estrutura e funcionalidade do órgão avaliado.

Exame de patologia clínica – Conhecidos popularmente como exames de laboratório. São realizados em material biológico como sangue, fezes, urina ou secreções. Em alguns casos, apesar de sua simplicidade, podem ser suficientes para estabelecer o diagnóstico, como, por exemplo, um hemograma fornecendo dados que permitem estabelecer com segurança o diagnóstico de leucemia. Em outros casos, os exames de patologia clínica podem subsidiar o direcionamento a ser adotado na pesquisa do diagnóstico, como quando se constata a presença de sangue em um exame de urina, fornecendo indícios para a pesquisa da presença de um tumor na bexiga.

Exame de Ultrassom (ultrassonografia) – Tipo de exame de imagem que é realizado com o emprego de equipamentos de ultrassom, sem utilização de radiação ionizante. Seu uso é particularmente frequente na avaliação da cavidade abdominal.

Exame de urina – Vide EAS.

Exame endoscópico – Realizado pela introdução no organismo (por orifício natural ou artificial) de aparelho de fibra óptica, com o objetivo de visualizar estruturas internas, coletar material ou fazer biópsia. Atualmente, a esses aparelhos podem ser conectadas câmeras de vídeo e instrumentos cirúrgicos, que são utilizados na realização de procedimentos cirúrgicos endoscópicos.

Exame Físico – Parte do exame clínico do paciente, tendo por base os dados coletados na anamnese e as observações pessoais do examinador, para identificação de sinais e sintomas que possam auxiliar no estabelecimento do diagnóstico e no acompanhamento da evolução da doença.

Exame histológico – Visualização macroscópica e microscópica de tecidos (inclusive peças cirúrgicas e amostras do tumor primário ou metástases) obtidos através de biópsia ou retirados em cirurgias, por curetagem de tecidos superficiais e intrauterina pós-dilatação ou ainda na autópsia (vide exame de anatomia patológica).

Exame por imagem – São agrupados sob esta denominação os exames cujo resultado (dependendo da técnica empregada e do tipo de equipamento) é apresentado sob a forma de imagem (radiologia, medicina nuclear, ultrassom, ressonância magnética, tomografia computadorizada).

Exame radiográfico (radiológico, Raios-X) – 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, os que necessitam da intervenção do médico radiologista ou cirurgião para sua execução, seja para puncionar um determinado órgão, colocar cateter ou realizar procedimento médico orientado pelo R-X. Fazem parte desse grupo: a radiografia estereotáxica, a uretrocistografia retrógrada, a mielografia, a linfografia e a urografia percutânea.

Exame pré-operatório – Os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos deverão passar por avaliação prévia para avaliar o risco relativo à cirurgia, do ponto de vista clínico. O exame clínico deve ser complementado por exames laboratoriais e o eletrocardiograma.

Exame radiológico – Vide exame radiográfico.

Exame relevante – Aqueles exames cujos resultados fornecem informação que possibilita o estabelecimento do diagnóstico do tumor, leva ao início do tratamento ou, ainda, pode resultar na mudança do curso do tratamento.

Excisão – Retirada de lesão tumoral ou tecido, por meio de cirurgia, biópsia ou cauterização (a quente, a frio, elétrica ou química).

Excisão local de tecido canceroso – Retirada de pequena lesão tumoral por biópsia excisional ou pequenas intervenções cirúrgicas ou cauterização (a quente, a frio, elétrica ou química). Esse procedimento é comum no câncer de pele.

Exérese – Remoção cirúrgica ou excisão de um órgão ou parte dele.

Extensão clínica da doença – Avaliação da extensão da doença, tendo por base o exame clínico do paciente e exames por imagem ou endoscopia, realizados 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, exames de imagem ou endoscopia, sem levar em conta as metástases e o envolvimento ganglionar.

Extensão direta – Acometimento de estruturas justapostas ao tumor primário, pelo crescimento local do tumor. 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 – Avaliação da extensão do câncer expressa no sistema TNM pelos critérios de avaliação do parâmetro do tumor (T), do envolvimento ganglionar (N) e da presença de metástases (M). Como se trata de uma condição dinâmica (extensão da doença), deve ser retratada a avaliação que ocorreu antes do início do tratamento antineoplásico específico para o tumor.

F

FA – Vide fosfatase alcalina.

Faixa etária – Agrupamento de idade, em geral por 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 aquela cuja faixa etária vai do zero aos quinze anos, o adolescente dos quinze aos dezoito, o adulto a partir dos dezoito e o velho a partir dos sessenta anos.

FAP – Vide fosfatase ácida prostática.

Faringe – Tubo musculomembranoso ligeiramente afunilado que se comunica, em cima, com as fossas nasais e a boca e, embaixo, continua com a laringe e o esôfago.

FAS – Vide fosfatase ácida sérica.

Fáscia – Camada ou faixa de tecido fibroso que cobre o corpo sob a pele e envolve músculos e certos órgãos.

Fascite – Processo inflamatório que acomete a fáscia. Vide fáscia.

FC – Sigla para identificar a Frequência Cardíaca do paciente, expressa pelo número de batimentos por minuto (bpm).

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – Vide FIGO

Ficha de registro de tumor – Utilizada no processo de coleta de informações, a partir do prontuário médico. Nela são incluídos os dados referentes ao primeiro ano de acompanhamento do paciente no hospital (tendo como referência a data do primeiro diagnóstico do tumor). Também pode ser usada como documento de entrada de dados no processo de alimentação dos bancos de dados. As informações dos anos subsequentes serão anotadas nas fichas de seguimento anual.

Ficha de seguimento – Formulário usado como instrumento para coleta de dados relacionados à evolução do paciente e da doença, obedecendo às mesmas codificações estabelecidas para a Ficha de Registro de Tumor. Ambas atendem às necessidades de informações do Hospital e às padronizações estabelecidas.

Ficha operatório – Formulário utilizado para registro de informações referentes a um determinado ato cirúrgico.

Ficha de coleta de dados – Formulário usado para a coleta de dados do paciente e de seu câncer. No RHC são utilizadas a ficha de registro de tumor e a ficha de seguimento.

Fígado – Órgão do aparelho digestivo onde são processadas a maioria das reações bioquímicas do organismo, estando localizado na parte superior do abdômen, à direita, logo abaixo do diafragma e junto do estômago, pâncreas e intestino. O primário tumor que acomete o fígado é denominado de Hepatoma (vide hepático).

FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) – Associação internacional responsável pelo estabelecimento de estadiamento utilizado para os tumores ginecológicos e que foi incorporado ao TNM.

Figura – Denominação usada para identificar desenhos e fotos incluídas em relatórios.

Fisiológico – Relativo ao funcionamento normal do organismo.

Flatos – Gases. Também usado para relatar a eliminação de gases pela boca ou pelo ânus.

Flatulência – Distensão do estômago ou dos intestinos por ar ou gases.

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 de informação – Qualquer formulário, documento, laudo, traçado, base de dados ou relato que, isolado ou em conjunto, possa ser utilizado como referência para a coleta de informação do paciente, seu câncer, a assistência prestada ao paciente, sua evolução e o óbito. Os dados podem vir provenientes de fonte primária ou secundária.

Fonte primária – Quando o dado é coletado diretamente com o paciente, seu responsável ou por quem produz o dado (vide fonte de informação).

Fonte secundária – Quando o dado é coletado a partir de um formulário, outra base de dado, cópia de documento ou qualquer outro tipo de registro pré-existente, sem contato direto com a fonte primária da informação. Em geral, os dados coletados pelo RHC são obtidos por terceiros e transcritos para o prontuário ou outros formulários e bases de dados, os quais constituem as fontes de informações do registro. Assim, o RHC geralmente trabalha com dado secundário, exceto quando tem a necessidade de obter informação e fazer contato direto com o médico assistente, quando solicita revisão de casos pela patologia ou se, durante o seguimento, necessita fazer contato direto com o paciente. Por outro lado, os bancos de dados do RHC também são fontes secundárias de dados sobre os pacientes com câncer atendidos no hospital, para os registros de base populacional e usuários.

Fora de possibilidade terapêutica – 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. Vide cuidados paliativos.

Fosfatase ácida prostática (FAP ou PAP) – Marcador tumoral para tumor de próstata.

Fosfatase ácida sérica (FAS ou SAP) – Usada para monitorar a resposta à terapêutica nos tumores de próstata.

Fosfatase alcalina (FA) – Marcador tumoral para metástases para fígado e osso.

Fossa – Cova, buraco, cavidade. Designação (acompanhada do respectivo qualificativo) de grande número de depressões ou cavidades do corpo humano, tais como: fossa ilíaca, fossa nasal, fossa parietal etc.

FPT – Vide fora de possibilidade terapêutica.

FR – Sigla para identificar a Frequência Respiratória do paciente, expressa pelo número de incursões por minuto (ipm)

Fragments de citoqueratina 19 (CYFRA 21-1) – Marcador tumoral para pulmão.

Frênulo – Pequeno freio. Parte, semelhante a um freio, de certos órgãos (língua, lábio e glândula).

Fulguração – Retirada de lesão, por cauterização, feita com uso de corrente elétrica.

Funcionário – Pessoa com vínculo empregatício com o serviço público. Popularmente, é usado para tratar das pessoas que trabalham na instituição. Vide também empregado.

G

Gamagrafia – Técnica utilizada em exame de imagem, pela medicina nuclear, para captação de emissões de substâncias ionizantes usadas como contraste em exames de cintilografia.

Gânglios linfáticos – Parte do sistema linfático que funciona como filtro no sistema de drenagem da linfa, motivo pelo qual são sede de lesões metastáticas regionais. A avaliação do comprometimento ganglionar é muito importante no estadiamento clínico da doença. Vide linfonodos e nódulo linfático.

Gastrectomia – Cirurgia para retirada do estômago ou de parte dele.

Gastrectomia total – Cirurgia para ressecção total do estômago.

Gastrectomia parcial – Cirurgia para a retirada de parte do estômago.

Gástrico – Relativo ao estômago.

Gastro – Prefixo relacionado ao estômago.

Gastroduodenopancreatectomia – Ressecção cirúrgica abdominal ampliada, com a retirada total ou parcial do estômago (gastro), porção inicial do intestino delgado (duodeno) e pâncreas.

Gastrorragia – A hemorragia que provém do estômago. Também chamada de Hemorragia Gástrica.

Gastrostomia – Abertura do estômago para a pele, feita por cirurgia, quando uma obstrução do esôfago, ou do próprio estômago, impede a chegada de alimentos ao estômago.

Gene APC – As mutações do gene da polipose adenomatosa colônica (APC) que são precursoras dos tumores colorretais e marcadores para detectar tumores colorretais.

Gênero (sexo) – Refere-se aos gêneros masculino e feminino. Em geral, o termo gênero é substituído pelo termo sexo.

Germe oportunista – Aquele que produz infecção em pacientes imunodeprimidos. Muitas vezes, esses germes fazem parte da flora normal do organismo humano e adquirem caráter patogênico apenas quando as defesas normais do organismo estão comprometidas.

Germinativos (tumores) – Desenvolvem-se a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos) sexualmente indiferenciadas.

GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) – Sigla em inglês, para designar o Tumor Estromal Gastrointestinal.

Glande – Extremidade do pênis ou do clitóris.

Glicemia – Dosagem da concentração de açúcar (glicose) no sangue. Normalmente é realizada com o paciente em jejum e é utilizada para o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com Diabetes.

Glia – Estroma reticular ou fibrilar que serve de sustentáculo do tecido nervoso. Vide neuroglia e estroma.

Gliomas – Tipo de tumores que acometem o parênquima de sustentação do sistema nervoso central.

Glossário – Vocabulário em que se dá a explicação de palavras obscuras ou pouco usadas. Dicionário de termos técnicos de uma arte ou ciência. Resenha alfabética. O glossário é fundamental para a compreensão e a padronização de terminologia.

Glosso – Relativo à língua.

Glossopelvemandibulectomia – Cirurgia alargada para ressecção da língua, assoalho da boca e mandíbula.

Glote – Abertura entre as cordas vocais, na parte superior da laringe.

Goiás (GO) – Estado situado na região centro-oeste, do qual parte foi retirada para criação do estado de Tocantins. Também fica em Goiás o Distrito Federal, no qual está a capital do Brasil, Brasília.

Gonadotrofina coriônica humana – fração beta – (vide -HCG).

Gráfico – Representação utilizada para apresentação visual de uma sequência de dados numéricos ou não.

Grau de instrução – Refere-se ao nível de escolaridade do paciente, utilizado como avaliador indireto da condição socioeconômica do paciente.

Grau máximo de certeza do diagnóstico – É dado pelo exame anatomopatológico (histologia) do tumor primário coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame *post-mortem*.

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 à miscigenação racial, não é possível classificar as pessoas pelo grupo étnico, utilizando-se para esta finalidade a cor da pele.

H

Halsted – Técnica cirúrgica utilizada para o tratamento dos tumores de mama. Vide mastectomia radical a Halsted.

Hardware – Nome em inglês utilizado para designar os equipamentos de informática.

HAS – Sigla encontrada no prontuário para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, popularmente denominada de Pressão Alta.

HCG fração – Vide -HCG

Hélix – Rebordo exterior do pavilhão da orelha.

Hemangioma – Tumor benigno, constituído por vasos sanguíneos de nova formação.

Hematopoético – Relacionado à formação do sangue.

Hematêmese – Vômito sanguíneo que pode provir do estômago ou do esôfago.

Hemático – Relativo ao sangue.

Hematopoético – Que forma o sangue. Relativo aos órgãos hematopoéticos, responsáveis pela formação do sangue. Que diz respeito à hematopoese.

Hematúria – Presença de sangue na urina. Pode ser visualizada pela modificação da coloração da urina (hematúria macroscópica) ou detectada pela presença de células sanguíneas no exame de urina (hematúria microscópica).

Hemi – Prefixo representativo de metade.

Hemicolectomia – Retirada parcial do intestino grosso (cólon).

Hemograma – Exame que determina a contagem, a proporção de elementos celulares e aspecto global do sangue periférico. Conjunto de alterações das células sanguíneas que permite a conclusão a respeito do diagnóstico e do prognóstico da doença do paciente.

Hemoptise – Hemorragia no aparelho respiratório, caracterizada pela expulsão de sangue, com tosse e expectoração.

Hemoptoico – Diz-se do escarro em que há presença de sangue.

Hemorragia – Derramamento copioso de sangue para fora dos vasos sanguíneos pelo rompimento ou lesão das veias ou artérias.

Hemorragia cerebral – Derramamento de sangue para dentro do cérebro ou que ocorre dentro do crânio. Também chamada de derrame cerebral ou de encefalorragia.

Hemorragia espontânea – Aquela que ocorre em pacientes com distúrbio da coagulação sanguínea, aí incluída a que ocorre na hemofilia.

Hemorragia gástrica – A que provém do estômago. Também chamada de gastrorragia.

Hemorragia Interna – Aquela na qual o sangue extravasado fica dentro do corpo, não havendo exteriorização do sangramento. Quando existe exteriorização, ela se dá por meio de orifício natural do organismo (ouvido, boca ou anus).

Hemorragia intestinal – A que provém dos intestinos. Também chamada de enterorragia.

Hemorragia nasal – A hemorragia que provém da cavidade nasal. Também chamada de epistaxe, rinorragia ou hemorrinia.

Hemorragia primária – A que ocorre como resultado imediato de uma ferida ou rompimento espontâneo de uma veia ou artéria.

Hemorragia pulmonar – A hemorragia que provém dos pulmões. Também denominada de pneumorragia.

Hemorragia renal – Aquela hemorragia que é proveniente dos rins. Também denominada de nefrorragia. Vide hematúria.

Hemorragia secundária – A hemorragia que sobrevém a uma ferida ou acidente, após um intervalo de tempo considerável.

Hemorragia uterina – A que é proveniente do útero. Também denominada de metrorragia.

Hemorragico – Relativo à hemorragia.

Hemorrinia – Vide hemorragia nasal.

Hepatectomia – Cirurgia realizada com o objetivo de ressecção de parte do fígado.

Hepático – Referente ao fígado (órgão do aparelho digestivo onde se processa a maioria das reações bioquímicas do organismo, estando localizado na parte superior do abdômen, à direita, logo abaixo do diafragma e junto do estômago, pâncreas e intestino).

Hepatoma – Tumor primário localizado no fígado.

Herpes simples (HS) – Vírus associado à ocorrência de alguns tipos de câncer. Manifesta-se por doença aguda, inofensiva, causada por vírus, caracterizada por grupos de vesículas aquosas na pele e nas membranas mucosas dos lábios ou das narinas (herpes labial) ou da superfície mucosa dos genitais (herpes genital).

Herpes zoster (zona) – Doença inflamatória aguda dos gânglios e nervos. É caracterizada por erupção de grupos de pequenas vesículas sobre a base inflamada, geralmente em forma de cinta e unilateral, acompanhada

de dores nevralgias, nas regiões cutâneas onde se situam as ramificações dos troncos de nervos afetados. Também chamada de cobreiro, cobreiro e zona.

Histerectomia – Cirurgia para retirada do útero.

Histerectomia parcial – A cirurgia que retira apenas parte do útero.

Histerectomia radical – Aquela cirurgia que retira o útero e seus anexos (trombas, ovários e ligamentos).

Histerectomia simples – Aquela cirurgia que retira apenas o útero, permanecendo os ovários.

Histologia – Estudo das células e tecidos do organismo, realizado por exame microscópico, para identificação e determinação das características de um tecido ou de células, assim como de sua organização e funcionalidade. Permite identificar o tipo de célula do qual é composto um determinado tumor.

Histórico de consumo – Refere-se à avaliação da frequência e quantidade de consumo de um determinado item ou substância.

Histórico familiar – Refere-se ao levantamento da ocorrência e da frequência de determinadas doenças na família do paciente.

Histórico patológico progressivo – HPP – Levantamento de todas as doenças que o paciente já teve ou tem e que foram ou são significantes para o paciente e para a evolução da sua doença.

HPP – Vide histórico patológico progressivo.

Hormônio – Cada uma das várias substâncias segregadas por glândulas endócrinas (tireoide, ovários, testículos, hipófise, suprarrenais etc.) que, passando para os vasos sanguíneos, têm efeito específico sobre as atividades de outros órgãos.

Hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) – Secreção do lobo anterior da hipófise, que tem um efeito estimulante sobre o córtex adrenal.

Hormônio folicular (FSH) – Também chamado de hormônio ovárico. É o hormônio que influencia as funções sexuais femininas.

Hormônio hipofisário – São produzidos pela glândula hipófise. Destaca-se entre os do lobo anterior dessa glândula, o que regula o crescimento do esqueleto e o aumento do peso corporal, enquanto os do lobo posterior são a vasopressina, que eleva a tensão arterial e aumenta a peristalse e a ocitocina, que estimula as contrações uterinas.

Hormônio inibitório – Aquela substância de natureza hormônica que neutraliza ou inibe a ação de um hormônio. Anti-hormônio.

Hormônio luteinizante (LH) – O hormônio do lobo anterior da hipófise que, na mulher, estimula especialmente o desenvolvimento de corpos lúteos e, no homem, o desenvolvimento de tecido intersticial.

Hormônio pancreático (ou das ilhotas do Langerhans) – Hormônios dos quais o mais importante é a insulina, que regula o metabolismo do açúcar.

Hormônio paratireoide ou paratormônio – Hormônio que regula o nível de cálcio e fosfatos do sangue e a ossificação.

Hormônio sexual – Os hormônios produzidos pelas gônadas (testículo e ovários) e que origina os caracteres secundários masculino e feminino.

Hormônio testicular – Hormônio que influencia as funções sexuais masculinas.

Hormônio tireoideano (T3 e T4) – O hormônio cujo excesso ou insuficiência acarreta respectivamente o hipertireoidismo e o hipotireoidismo (com bócio e, em casos graves, o cretinismo)

Hormônio suprarrenal – Hormônio que aumenta os caracteres sexuais secundários masculinos, regulam o metabolismo dos carboidratos e minerais, diminuem a atividade do coração e aumentam a pressão arterial.

Hospital de apoio – Unidade hospitalar de menor complexidade, que recebe os pacientes que necessitem apenas de suporte clínico ou durante tratamento ambulatorial de longa duração.

Hospital especializado em câncer – Tipo de unidade hospitalar dotada de recursos especializados e que atua, exclusivamente, no atendimento a pacientes com neoplasias malignas. Vide serviços de oncologia. Vide CACON e UNACON.

Hospital privado – Hospitais não públicos, que prestam serviço privado, podendo também atender por intermédio de convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Hospital público – Hospital próprio 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 especializada (quaternária) ou hospital geral com serviço especializado (terciária) no atendimento ao paciente com patologia neoplásica maligna, que recebe os pacientes de outras unidades de menor complexidade e capacidade instalada, preferencialmente já com diagnóstico estabelecido ou para confirmação diagnóstica.

Hospital do Câncer – Unidade própria do Ministério da Saúde que faz parte da estrutura do INCA. É um hospital de referência. A unidade I é a unidade de maior complexidade dedicada ao atendimento a pacientes com neoplasia maligna confirmada ou sob suspeita clínica. A unidade II é dedicada aos tumores ginecológicos e abdominais. A unidade III aos tumores de mama e a Unidade IV aos pacientes com doença em atividade após o término do tratamento oncológico. 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, em decorrência de sua especialização e complexidade.

HPV - Human Papillomavirus – É a sigla em inglês para papiloma vírus humano, que são vírus capazes de provocar lesões de pele ou da mucosa. Na maior parte dos casos, as lesões têm crescimento limitado e habitualmente regredem espontaneamente. Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV. Eles são classificados em: baixo risco de câncer e alto risco de câncer. Somente os de alto risco estão relacionados a tumores malignos, com maior probabilidade de provocar lesões persistentes e estarem associados a lesões pré-cancerosas. São os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros. Já os HPV de tipo 6 e 11, encontrados na maioria das verrugas genitais (ou condilomas genitais) e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade, apesar de serem encontrados em pequena proporção em tumores malignos.

HS – (vide Herpes simples).



IACR – International Association of Cancer Registries – Vide Associação Internacional de Registros de Câncer.

IAM – Vide Infarto agudo do miocárdio.

IARC – International Agency for Research on Cancer – Vide Agência Internacional de Pesquisa em Câncer.

Identidade civil – Documento oficial de identificação, emitido por instituição governamental. São exemplos a certidão de nascimento, a carteira de identidade, a carteira nacional de habilitação, as carteiras de registros nos conselhos regionais de categorias profissionais, a carteira profissional, a carteira de estrangeiro e o passaporte.

Identificação de casos – Vide caso notificável.

Identificação de casos no Hospital – A identificação dos casos novos de câncer a serem cadastrados geralmente é feita nos hospitais especializados, diretamente a partir da verificação de todos os prontuários abertos no hospital. Nos hospitais gerais, adota-se a notificação ao registro ou a busca ativa nos serviços de oncologia ou de anatomia patológica.

Identificação do paciente – É feita por meio do nome do paciente, 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).

Íleo – Última porção do intestino delgado. Localizado entre o jejuno e o cólon ascendente.

Impresso do Prontuário – Formulário padronizado que é elaborado com o objetivo de servir para anotação de eventos específicos e que serão anexados ao prontuário do paciente.

Imunofenótipos – Fenótipos são as características físicas das células. Os subtipos principais são T e B, assim chamados porque suas células apresentam características semelhantes a dos linfócitos T ou B normais. Uma vez que essas características são determinadas, o termo utilizado pode ser leucemia linfoblástica aguda tipo T ou leucemia linfoblástica aguda tipo B.

Imunofenotipagem – Determinação do fenótipo dos linfócitos.

Imuno-histoquímica – Técnica laboratorial utilizada para confirmação de diagnóstico laboratorial ou patológico, empregando recursos de reação imunes e químicas para identificar estruturas e componentes da constituição química dos tecidos.

Imunoterapia – Modalidade terapêutica empregada no tratamento antineoplásico, cujo objetivo é aumentar a resposta imune do paciente. Estão incluídos nesta modalidade os tratamentos realizados com substâncias que atuam sobre o sistema imunológico (imunostimulantes ou imunossupressores).

In Situ – Denominação que identifica os tumores em uma fase inicial, circunscrito ao local de surgimento do tumor, sem invasão aos tecidos vizinhos.

INCA - Instituto Nacional de 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.

Incisão – Corte feito com instrumento cortante.

Incompleto – Refere-se ao prontuário que não apresenta as informações necessárias à identificação ou ao cadastro do caso de neoplasia.

Incontinência – Falta de continência. Dificuldade em reter os produtos de excreção (urinária e fecal).

Incontinência verbal – Descomedimento. Falta de moderação, de temperança. Imoderação no falar. Popularmente, a dificuldade de manter a boca calada.

Incontinência urinária – Falta de continência. Dificuldade em reter a urina. Vide nictúria.

Incontinência intestinal – Falta de continência. Dificuldade em reter as fezes.

Indicador – Aquele que indica, ou serve de indicação. Informação, número, razão ou proporção utilizados para aferir o desempenho de determinado serviço, atividade ou item de controle ou acompanhamento.

Indicador gerencial – Informação usada para subsidiar o processo gerencial. Normalmente é de caráter geral e pode estar associado à produção de serviços ou à sua qualidade.

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.

Indicação terapêutica – Ao ser indicada uma modalidade terapêutica ou um conjunto delas para tratar um câncer, em geral, tem-se a expectativa de obter a cura ou a redução do tumor. Esta avaliação trata exclusivamente da intenção do médico quando prescreveu o tratamento.

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.

Índice de Karnofsky – Sistema concebido por Karnofsky, Abelmann, Craver e Burchenal, em 1948, para avaliar a qualidade de vida do paciente, por meio da avaliação da condição de desempenho do paciente, em relação a critérios pré-estabelecidos, aos quais são atribuídas pontuações que podem variar de 10 a 100 pontos. Vide KPS.

Índice de Zubrod (Performance Status of the Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG for Patients with Cancer) – Sistema de avaliação da condição de desempenho do paciente com câncer elaborado pelo grupo de cooperação em oncologia do oriente, que atribui pontuação de zero a cinco, para classificar a qualidade de vida do paciente. O índice foi denominado de Zubrod em homenagem ao oncologista Dr. Charles Gordon Zubrod.

Infarto agudo do miocárdio (IAM) – Doença isquêmica do coração em razão da obstrução dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco. Constitui uma das principais causas de morte na população. É popularmente denominado apenas de infarto.

Infecção oportunista – Aquela que ocorre por germe normalmente não patogênico ou de baixa virulência, que está presente em pacientes com imunossupressão.

Informação – Ato ou efeito de informar. Transmissão de algo relevante, proveniente de dados que são analisados.

Informação analítica – A informação sobre um conjunto de dados a respeito do qual foi feita uma análise detalhada em relação a parâmetros estabelecidos, com esta finalidade.

Informação para o registro de base populacional – O Registro Hospitalar de Câncer é uma das fontes de dados dos registros de câncer de base populacional. O conjunto de dados é pré-definido e constituído de apenas uma parte do total de dados coletados pelo RHC.

Informação sobre a evolução do doente – Dados relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida do paciente, independente da evolução do tumor.

Informação sobre a evolução do tumor – Dados relacionados à evolução do tumor, independente do bem-estar do paciente.

Informação sobre o óbito – É constituída por dados relacionados à morte do paciente e à(s) sua(s) causa(s).

Informação sobre o primeiro tratamento – Dados sobre o tratamento antineoplásico inicial, realizado no hospital e a resposta do tumor a essa terapêutica realizada.

Informação sobre seguimento – Diz respeito à evolução da doença do paciente, e possibilita 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.

Infundíbulo – Parede do ventrículo médio do encéfalo, assim chamada pela sua forma afunilada. Órgão ou parte de órgão que tem a forma de funil.

Instituto Nacional de Câncer – Vide INCA

Intercorrência (clínica) do tratamento – Vide complicação do tratamento

Interesse científico – Perspectiva de benefício pelo uso da informação em pesquisa clínica, pesquisa aplicada à saúde, realização de trabalhos científicos, resultando em melhoria na assistência ou na administração do Hospital.

International Agency for Research on Cancer – IARC – Vide Agência Internacional de Pesquisa em Câncer.

International Association of Cancer Registries – IACR – Vide Associação Internacional de Registros de Câncer.

Internet – Rede mundial de computadores, cujo acesso é livre, por meio da qual se pode ter acesso a informações digitalizadas, a bases de dados públicas e privadas e ao correio eletrônico. Vide intranet.

Intervalo de tempo – Período transcorrido entre dois eventos. No Registro de Câncer os intervalos são utilizados para conhecer a demora na ocorrência de determinado evento em relação à chegada do paciente ao hospital, ou o tempo transcorrido entre dois eventos, ou para concluir uma etapa na assistência ao paciente. Em geral, são utilizados três intervalos de tempo como indicadores 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 se considerando aí 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.

Intervenção cirúrgica – Procedimento médico realizado para corrigir lesões externas, para a coleta de material ou a visualização de estruturas internas ao organismo com finalidade diagnóstica, para retirada de tumores, cálculos ou obstruções, para restabelecer o funcionamento do organismo, bem como de atos que facilitam ou tornam possível o tratamento de lesões internas ou proporcionem a cura do paciente. Também pode ser empregada para a colocação ou retirada de prótese. O procedimento é realizado por meio de abertura cirúrgica ou de orifício natural do organismo.

Intestino grosso (cólon) – Porção do aparelho digestivo terminal, composto de três porções: o cólon ascendente, o transverso e o descendente. Comunica-se na porção proximal com o intestino delgado e na parte distal com o reto.

Intranet – Rede interna de computadores, da instituição, nos moldes da internet, que possibilita o amplo acesso às informações, por meio de sistema de controle de acesso. Vide internet.

Invasão por contiguidade – Envolvimento das estruturas vizinhas ao local de início do tumor primário, em decorrência do crescimento tumoral.

Invasivo – É o tumor maligno que cresce atingindo as estruturas justapostas ou contíguas à sua localização primária.

Iodoterapia – Terapia com o iodo e seus compostos. Emprega-se o iodo radioativo I131 para o tratamento do câncer de tireoide, devido à afinidade do iodo com este tipo de tecido.

Isquemia – Suspensão ou deficiência da circulação do sangue que irriga um órgão.

Isquêmico – Referente à isquemia. Que obstrui ou reduz drasticamente o movimento do sangue através dos vasos sanguíneos. Vide isquemia.

Istmo – Canal ou passagem estreita que une cavidades ou porções de órgãos. Abertura limitada pelo véu do paladar entre a cavidade da boca e a faringe. Parte inferior e média do encéfalo, que une o cérebro ao cerebelo.

Ite – Sufixo relativo a processo inflamatório.

Item – Cada um dos dados que compõem as fichas do RHC.

Item de caracterização do diagnóstico – Refere-se ao dado diretamente associado com os recursos utilizados para estabelecer o diagnóstico, data ou identificação da base mais importante do diagnóstico.

Item de caracterização do tratamento – Dados referentes à terapêutica antineoplásica específica, realizada no Hospital.

Item de caracterização do tumor – Os dados que possibilitam a correta identificação da localização, morfologia e extensão do tumor.

Item de identificação do paciente – Dados de caracterização do paciente. Possibilita sua individualização no conjunto das bases de dados. Também são incluídos, neste grupo, os dados antropométricos.

Item de seguimento do paciente – São os dados relativos ao acompanhamento do doente e da sua doença, ao longo do tempo.

Item demográfico e cultural – Dados de caracterização do paciente que possibilitam traçar perfil e fatores de risco.

Item obrigatório – Item da ficha cujo preenchimento é exigido do registrador, em todos os casos cadastrados e por todos os registros de câncer.

Item opcional – Aqueles itens da ficha de registro de tumor, cuja determinação de coleta pelo RHC será estabelecida por cada RHC, em função das necessidades do hospital e da disponibilidade da fonte primária do dado. Entretanto, uma vez que for definida sua coleta, ela deve ser feita em todos os casos cadastrados pelo Hospital.

J

JEC – Vide junção escamo-colunar.

Jejuno – Segunda porção do intestino delgado, localizado entre o duodeno e o íleo.

Jejunostomia – Cirurgia pela qual se pratica a abertura artificial do jejuno e sua exteriorização pela pele do abdômen, formando boca anastômica com a finalidade de introdução de sonda para alimentação.

Jugal – Diz-se da arcada óssea malar. Que se refere ao osso malar. Vide mucosa jugal.

Junção – Lugar ou ponto em que duas ou mais estruturas coincidem ou se juntam; junta, união, ligação.

Junção escamo-colunar (JEC) – Área do epitélio de revestimento no qual se encontram duas linhagens celulares diferentes do epitélio.

K

Kaposi – Vide Sarcoma de Kaposi.

Karnofsky – Avaliação do desempenho do paciente em relação aos parâmetros de avaliação da qualidade de vida utilizando a escala de Karnofsky. Vide Índice de Karnofsky.

KPS (Karnofsky performance status) – Condição de desempenho na escala de Karnofsky. Sistema de avaliação da qualidade de vida do paciente, que por meio de uma escala, atribui pontuação ao paciente.

L

Laminectomia – Ressecção de uma ou mais lâminas vertebrais (vértebras).

Laparotomia – Abertura cirúrgica da cavidade abdominal.

Laparotomia exploradora – Cirurgia exploradora da cavidade abdominal, realizada em casos de doença abdominal aguda, ferimentos abdominais ou quando ainda não se tem o diagnóstico definido, para visualização da cavidade. Durante a cirurgia, pode-se estabelecer o diagnóstico e adotar procedimentos cirúrgicos específicos.

Laringe – Órgão de constituição complexa, de esqueleto cartilágneo, situado na região média e anterior do pescoço, na frente da porção inferior da faringe, formando a parte terminal superior da traqueia. É o órgão essencial da fonação.

Laringectomia – Ressecção cirúrgica, total ou parcial, da laringe.

Laudo – Escrito no qual um especialista ou um perito emite seu parecer ou responde aos questionamentos que lhe foram feitos pelas partes interessadas. Documento que contém a conclusão da avaliação de profissional de saúde referente a um determinado paciente. Emissão de parecer sobre determinado exame ao qual o paciente foi submetido.

Laudo médico – Documento firmado pelo médico a respeito do diagnóstico, dos procedimentos, das intervenções ou do tratamento realizados em determinado paciente ou, ainda, a emissão de relatório referente à avaliação geral do conjunto de informações sobre o paciente, para encaminhamento a outro profissional de saúde, outra instituição ou para efeito legal.

Leiomio – Relativo à musculatura lisa.

Leiomioma – Denominação do tumor benigno de musculatura lisa.

Leiomioma uterino – Denominação do tumor benigno de musculatura lisa do útero.

Lesão blástica – Aquela na qual existe formação de tecido.

Lesão lítica – Refere-se às lesões nas quais há destruição do tecido.

Lesão múltipla simultânea – Presença de lesões tumorais de uma mesma histologia que ocorrem em diferentes topografias, são consideradas tumores primários distintos, desde que a hipótese de metástase tenha sido descartada.

Lesão pré-cancerosa – A lesão que, apesar de não apresentar as características histológicas de neoplasias, pode vir a se transformar em uma lesão tumoral maligna. Constitui uma etapa intermediária no processo de transformação celular para malignidade.

Lesão sobreposta – A lesão tumoral de uma determinada localização, que envolve mais de uma subcategoria topográfica da CID-O/3, sem que se consiga determinar em qual das subcategorias envolvidas o tumor teve origem. Por conversão, esta lesão deve ser codificada utilizando o dígito 8, na quarta posição (após o ponto - CXX.8), correspondendo à subcategoria lesão sobreposta de....

Lesão única – O tumor solitário em topografia única. Vide tumor único.

Letalidade – Potencialidade da doença em causar a morte do paciente. É utilizado como avaliador da gravidade da doença. Vide taxa de letalidade.

Leucemia – Doenças neoplásicas do sangue que recebem esta denominação genérica e se caracterizam por intensas alterações no processo de formação das células do sangue. Constituem um grupo especial de neoplasias com características peculiares que as diferenciam das outras neoplasias. Vide LLA, LLC, LMA e LMC.

Leucemia bifenotípica – Aproximadamente 5% a 10% dos pacientes com leucemia aguda têm marcadores morfológicos, citoquímicos e imunofenotípicos demonstrando duas linhagens diferentes nos blastos: a linhagem mieloide e a linhagem linfoide. Este subtipo de leucemia é denominado leucemia bifenotípica. A doença pode ter início nas células mais indiferenciadas, antes de se diferenciarem em linfoide ou mieloide. Se esses casos representam a expressão do gene ou a transformação aberrante de uma célula mãe pluripotente, são desconhecidos.

Leucemia Linfoide Aguda – vide LLA

Leucemia Linfoblástica Aguda – Vide LLA.

Leucemia Linfoide Crônica – Vide LLC.

Leucemia Mieloide Aguda – Vide LMA.

Leucemia Mieloide Crônica – Vide LMC.

Levantamento de dados – Recuperação de dados nas bases do Registro de Câncer a partir da seleção efetuada, tendo por base critérios bem definidos e que possibilitam a identificação de casos. Também é possível selecionar casos a partir do cruzamento de dados. O resultado dos levantamentos será usado na realização de estudo, para planejamento e para assistência. A solicitação de levantamento de dados deve ser feita sempre por escrito, em formulário próprio, com especificação da solicitação (critérios e período a ser pesquisado), identificação do solicitante e serviço ao qual está vinculado.

LHP – Sigla para especificar o Laudo Histopatológico. Vide anatomia patológica.

Liberação de informações – Vide divulgação de informações.

Limpeza (do banco de dados) – Conjunto de verificações, cruzamento de variáveis e ferramentas de crítica aplicados sobre as informações do banco de dados, para identificar incorreções e incoerências, com o objetivo de garantir a qualidade e a veracidade das informações.

Linha – Líquido claro que banha os linfonodos, timo, baço, amígdalas, medula óssea e tecidos linfáticos no intestino. Contém proteínas e células linfoides. Linfangioma – Tumor congênito causado por dilatação e neoformação excessiva de vasos linfáticos.

Ligamento – Faixa de tecido fibroso que liga, entre si, os ossos articulados ou suporta as vísceras nos seus devidos lugares.

Linfoide – Que se assemelha ou pertence à linfa ou aos gânglios linfáticos.

Linfomas – Denominação genérica das doenças neoplásicas primárias que acometem o tecido linfático e que possuem características que lhe são peculiares.

Linfomas de Hodgkin – A Doença Linfoma de Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios). Pode-se distinguir a Doença de Hodgkin de outros tipos de linfoma, em parte, através do exame de amostras sob microscopia, pois apresenta células denominadas células de Reed-Sternberg, uma homenagem aos médicos que descreveram primeiramente estas alterações.

A Doença de Hodgkin surge quando um linfócito (frequentemente do tipo B) se transforma em célula maligna (capaz de crescer descontroladamente e se disseminar). A célula maligna começa a produzir cópias idênticas (também chamadas de clones). Com o passar do tempo, estas células malignas podem se disseminar para tecidos adjacentes e, se não tratadas, podem atingir outras partes do corpo. Na Doença de Hodgkin, os tumores disseminam-se de um grupo de linfonodos para outros grupos de linfonodos através dos vasos linfáticos. O local mais comum de envolvimento é a região central do tórax, região também denominada mediastino. Vide linfócitos.

Linfócitos – Células do sistema de defesa do organismo. Existem três tipos de linfócitos: os linfócitos B (ou células B), os linfócitos T (ou células T) e as células “natural killer” (células NK). Cada um desses três tipos de células realiza uma função específica no combate a infecções, e também tem importância no combate ao câncer. Vide células B, células T e células NK.

Linfócitos B (células B) – Células do sistema linfático que produzem anticorpos, ligam-se na superfície de certos tipos de bactérias e atraem células específicas do sistema imune e proteínas do sangue, digerindo as bactérias e células estranhas ao normal.

Linfócitos T (células T) – Células do sistema linfático que ajudam a proteger o organismo contra vírus, fungos e algumas bactérias. Também desempenham importante papel nas funções das células B.

Linfócitos NK (células NK) – Células do sistema linfático que têm como alvo as células tumorais e protegem contra uma larga variedade de agentes infecciosos.

Linfomas não-Hodgkin – Linfomas não classificados como do tipo Hodgkin. Incluem mais de 20 tipos diferentes de linfomas.

Linfonodos (gânglios linfáticos ou nódulos linfáticos) – São encontrados em todas as partes do corpo, principalmente no pescoço, virilha, axilas, pelve, abdômen e tórax; produzem e armazenam leucócitos denominados linfócitos. 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.

Linhagem das leucemias – Os marcadores morfológicos, citoquímicos e imunofenotípicos das leucemias agudas demonstrando duas linhagens diferentes nos blastos: a linhagem mielóide e a linhagem linfóide.

Lipidograma – Dosagem dos níveis sanguíneos de gorduras (lipídios), dentre elas o colesterol e as triglicérides. A coleta de sangue para a dosagem deve ser feita com o paciente em jejum.

Lista de tumores notificáveis – Relação elaborada pela Comissão Assessora do RHC, para identificar os tumores que serão incluídos no 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.

Litíase – Formação de cálculos e concreções, especialmente nas vias biliares e urinárias. Também pode ocorrer no pâncreas e nas glândulas salivares.

Litíase biliar (colelitíase) – Presença ou formação de cálculos na vesícula biliar. Também chamada popularmente de pedra na vesícula.

Litíase renal – Presença ou formação de cálculos nos rins. Nefrolitíase. Popularmente, pedra no rim.

Litíase ureteral – Presença de cálculos nos ureteres.

Lítica – Sufixo indicativo de destruição tecidual.

LLA – Sigla para Leucemia Linfoide Aguda, também chamada de Leucemia Linfoblástica Aguda. Resulta em um dano genético adquirido (não herdado) no DNA de um grupo de células na medula óssea, cujo crescimento incontrolável e o acúmulo das células chamadas de “linfoblastos” bloqueiam a produção das células normais, levando a uma diminuição na produção de glóbulos vermelhos, plaquetas e glóbulos brancos na medula óssea. A LLA apresenta-se sob a forma de subtipos (B e T)

LLC – Sigla para Leucemia Linfoide Crônica. Tipo de câncer sanguíneo, a LLC é a forma mais comum de leucemia em adultos. A maioria das pessoas com LLC está acima de 50 anos de idade. Resulta de uma lesão adquirida (não hereditária) no DNA de uma única célula, um linfócito, na medula óssea. Entretanto, ainda não se conhece o que produz essa lesão no DNA do paciente. Algumas famílias apresentam maior chance de desenvolver a doença.

LMA – Sigla para Leucemia Mieloide Aguda. Doença maligna (câncer) resultante de uma alteração genética no DNA, que se inicia na medula óssea e, por sua vez, invade o sangue periférico. Pode ocorrer em vários passos da diferenciação celular. Desenvolve-se a partir das células pluripotentes em vários estágios de desenvolvimento, sendo os mieloblastos células que perderam a capacidade de diferenciação, mas mantêm a capacidade de multiplicação.

LMC – Sigla para Leucemia Mieloide Crônica. Doença adquirida (não hereditária) envolvendo o DNA na medula óssea. Até o momento, os cientistas ainda não compreendem o que produz essa alteração no DNA de pacientes com esse tipo de leucemia. Alteração esta que proporciona vantagem às células malignas em termos de crescimento e sobrevivência, isto é, as células doentes passam a ter maior sobrevivência que os glóbulos brancos normais, o que leva a um acúmulo no sangue. Diferente da leucemia mieloide aguda, a leucemia mieloide crônica permite o desenvolvimento de outras células normais na medula óssea. Essa é a distinção mais importante da leucemia mieloide aguda, pois explica a progressão menos severa da doença. A frequência da doença aumenta com a idade, passando de aproximadamente um caso a cada 1 milhão de crianças nos primeiros dez anos de vida, a um caso em cada 100 mil indivíduos aos 50 anos e a um caso em cada 10 mil indivíduos acima de 80 anos. O comportamento da doença em crianças e adultos é similar; no entanto, o resultado de um transplante de células-tronco hematopoéticas é melhor em indivíduos mais jovens.

Lobectomia – Cirurgia para retirada parcial do pulmão (lóbulo pulmonar). Extirpação de um lobo ou de um lóbulo.

Lobo – Divisão de um órgão, destacada por uma fissura na superfície, como as do cérebro, fígado e pulmão.

Lóbulo – Subdivisão de lobo, particularmente, cada uma das pequenas massas de tecidos de que vários órgãos (como o fígado e pulmão) são compostos.

Lóbulo da orelha – Extremidade inferior arredondada e mole do pavilhão da orelha.

Lóbulo do nariz – Proeminência cartilaginosa arredondada na parte inferior do nariz.

Local de origem do tumor – Vide localização anatômica do tumor primário.

Localização anatômica do tumor primário – Local onde se inicia o processo tumoral maligno. Utilizam-se os códigos topográficos da CID-O/3 para identificar a localização 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 se dispõe de informações que permitam especificar corretamente a localização do tumor primário, usa-se .9 (SOE – sem outra especificação). Vide localização primária desconhecida.

Localização mal definida – Vide localização primária mal definida.

Localização primária – Vide localização anatômica do tumor primário.

Localização primária desconhecida – Quando isto ocorrer, utiliza-se o código C80.

Localização primária mal definida – Corresponde ao código C76 (neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas) da CID-O/3.

LOTE – Sigla utilizada no prontuário para descrever o estado mental do paciente: Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço. Também usado para especificar uma partilha de medicamentos ou vacinas produzidos simultaneamente (lote de medicamento, de soro ou de vacina).

M

M (ocorrência de metástases) – A letra “eme” (M) representa, na Classificação TNM de Tumores Malignos, a existência ou ausência 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).

Madden – Técnica cirúrgica empregada para ressecção do tumor de mama, é uma mastectomia radical modificada, na qual se preserva (não retira) o músculo peitoral.

Maligno analítico – Caso de neoplasia maligna que preenche os critérios para inclusão no banco de dados de casos analíticos (casos de interesse prioritário do Registro de Câncer). Esses 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, cadastrando-se apenas as informações gerais do caso, do qual não será feito seguimento temporal.

Mama – Corresponde à região mamária, que é sítio mais frequente de neoplasias malignas em mulheres (código topográfico C50).

Mandibulectomia – Ressecção cirúrgica parcial ou total da mandíbula (arcada inferior da boca)

Mamelão – Mamilo masculino.

Mamilo – Bico do peito. Área mais sensível e de coloração mais forte que o restante da mama. Local de abertura dos ductos das glândulas mamárias.

Manual de procedimentos – Conjunto de instruções no qual deve estar claramente definido 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. Será fundamental 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.

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, poderá ser evidência da presença do tumor, ou de atividade da doença; portanto, são usados para diagnóstico, pesquisa de metástases, para avaliar a evolução da doença e da resposta ao tratamento.

Marco – Termo usado para designar referência (como em marco histórico ou marco geográfico), que pode identificar um documento básico ou conjunto de regras (marco regulatório) e também é usado para identificar um ponto de verificação ou controle.

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 – Tipo de cirurgia na qual é feita a retirada total (mastectomia radical) ou parcial (mastectomia parcial) da mama.

Mastectomia parcial – Cirurgia empregada para o tratamento conservador do câncer de mama, na qual é retirada apenas parte da glândula mamária. Vide tumorectomia, quadrantectomia e segmantectomia

Mastectomia radical – A cirurgia realizada para o tratamento do câncer de mama, na qual é retirado todo o tecido mamário e dos gânglios axilares, podendo também haver a retirada do músculo peitoral. Durante muito tempo, foi a principal forma de tratamento para câncer de mama. Existem muitos tipos de mastectomia: a mastectomia radical a Halster, a mastectomia radical modificada (Patey ou Madden), a mastectomia radical simples e a mastectomia subcutânea.

Mastectomia radical a Halsted – Técnica cirúrgica empregada para o tratamento do câncer de mama. É uma mastectomia do tipo radical, que consiste na retirada da glândula mamária associada à retirada dos músculos peitorais e à linfadenectomia axilar completa. Pela sua agressividade, atualmente, é um procedimento incomum, devido à alta morbidade a ela associada e a resultados bastante satisfatórios de técnicas mais conservadoras.

Mastectomia radical modificada – Consiste na retirada da glândula mamária e na linfadenectomia axilar (esvaziamento axilar), com preservação do músculo peitoral. É o procedimento cirúrgico indicado na maioria das pacientes com câncer de mama nos estádios I, II e III ou para tratar tumor acima de três cm, mas sem fixação à musculatura, e também às pacientes que apresentam recidiva após terem recebido tratamento conservador ou que apresentam qualquer condição que as tornem inelegíveis ao tratamento conservador, ou ainda em pacientes que não concordem com a preservação da mama.

Mastectomia radical modificada Madden – A cirurgia radical para o câncer de mama que retira toda a glândula mamária, faz o esvaziamento axilar (retirada dos gânglios linfáticos axilares), mas que preserva os dois músculos peitorais.

Mastectomia radical modificada Patey – A cirurgia para o câncer de mama que consiste na retirada da glândula mamária e na linfadenectomia axilar (esvaziamento axilar), preservando, no entanto, o músculo grande peitoral.

Mastectomia subcutânea – A cirurgia consiste na retirada da glândula mamária, conservando os músculos peitorais e suas aponeuroses, a pele e o complexo aréolo-papilar. Por deixar tecido mamário residual, seu uso é questionado. Não deve ser empregada no tratamento do câncer de mama, no entanto, é indicada no tratamento profilático, embora seus resultados sejam inferiores aos da mastectomia simples.

Mastectomia total – A cirurgia realizada para ressecção do câncer de mama na qual é retirado todo o tecido mamário. Vide mastectomia radical.

Mastectomia total simples – Cirurgia para o câncer de mama que consiste na retirada total da glândula mamaria, incluindo o complexo areolar e a aponeurose do músculo peitoral. Os linfonodos axilares não são retirados. É indicada nos casos de: carcinoma ductal *in situ*, nas recidivas das cirurgias conservadoras, nas lesões ulceradas em pacientes com metástases a distância em que o controle local da doença melhora a qualidade de vida, em pacientes idosas com risco cirúrgico elevado ou que não possuem adenopatias axilares palpáveis ou ainda que apresentem evidência de doença a distância; e nas pacientes selecionadas para tratamento profilático.

Mato Grosso (MT) – Estado situado na região centro-oeste, do qual parte foi retirada para a 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 – Procedimento administrativo de cadastro do paciente no hospital, ao ser aceito para tratamento. Em geral, neste momento, é aberto um prontuário, que recebe um número pessoal de identificação (número de matrícula), atribuído de modo sequencial em ordem crescente.

Matrícula cancelada – Suspensão de registro do paciente no hospital, devido à abertura indevida ou por não estar em acordo com os critérios de aceitação de pacientes novos. Em geral, quando uma matrícula é cancelada, o número de matrícula permanecerá vazio, por ter sido vinculado àquele paciente em particular; no entanto, alguns hospitais optam por atribuir esta matrícula a outro paciente.

Mediastino – Espaço localizado entre os pulmões, à frente da coluna vertebral e por detrás do esterno, onde ficam o coração, brônquios fonte, timo e os gânglios mediastinais. O mediastino é dividido em mediastino anterior situado por detrás do esterno, mediastino médio ocupado pelo coração e o mediastino posterior, junto à coluna vertebral. O mediastino superior fica situado acima do pericárdio.

Mediastinoscopia – Utilização de endoscópio para visualização, coleta de material ou intervenção cirúrgica na região do mediastino.

Mediastinostomia – Abertura cirúrgica do mediastino com finalidade de diagnóstico ou tratamento.

Medula óssea – Matriz geradora do tecido sanguíneo. Pode estar acometida nos casos de leucemia e de outras patologias primárias ou secundárias, avaliada por meio de exame de mielograma e biópsia de medula.

Melanoma – Tumor das células que elaboram melanina, com grande capacidade de metastatizar. Assume cor escura em razão da proliferação de células ricas em melanina. Vide melanoma maligno.

Melanoma maligno – Neoplasia de alto grau de malignidade e poder de metastatização. Quando acomete a pele, deve ser submetido a seguimento temporal.

Melena – Fezes negras e de odor fétido, devido à presença de sangue digerido proveniente de hemorragia no tubo digestivo.

Membrana mucosa – Vide mucosa.

Meninge – Cada uma das três membranas que envolvem o sistema nervoso (dura-máter, aracnoide e pia-máter).

Meningiomas – Tumor que acomete as meninges (membrana que recobre o tecido nervoso central).

Mesotelioma – Tumor que acomete o epitélio de origem mesoblástica (folheto médio situado entre o ectoderma e o endoderma). Quando acomete a pleura (mesotelioma de pleura), é 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 ou líquido céfalo-raquídeo.

Metástase cerebral – Comprometimento cerebral secundário de tumor primário extracerebral. O cérebro é sede de implantação metastática de tumores de várias topografias e diferentes tipos morfológicos.

Metástase de localização mal definida – Refere-se à metástase cuja localização não está claramente definida. Para cadastrá-la, utiliza-se o código C76 – outras localizações e localizações mal definidas, da CID-O/3.

Metástase de localização desconhecida – Diz respeito à metástase da qual não se tem informação sobre sua localização. Vide metástase de localização mal definida.

Metástase ganglionar – Comprometimento secundário (metastático) dos gânglios linfáticos responsáveis pela drenagem da área do tumor, sua ocorrência é relativamente frequente e constitui um dos parâmetros de avaliação para estadiamento do tumor (N do TNM).

Metástase hepática – Acometimento secundário (metastático) 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 (metastático) de tumor primário extraósseo. Os tumores de mama, pulmão e próstata frequentemente apresentam metástase para osso, podendo acometer mais de uma localização óssea.

Metástase pulmonar – Comprometimento pulmonar secundário (metastático) de tumor primário extrapulmonar. O pulmão, devido à sua extensão e vascularização, pode ser sede de múltiplas metástases de um mesmo tumor primário, comprometendo um ou ambos os pulmões.

Metástase a distância – Refere-se ao comprometimento secundário (metastático) que envolve tecidos ou gânglios, não contíguos ao tumor primário.

Metástase disseminada – Assim entendida a ocorrência, em um mesmo paciente, de mais de quatro metástases. Por falta de um código mais apropriado, utiliza-se o código C80 (Localização primária desconhecida) da CID-O/3.

Meteorismo – Ruídos típicos do abdômen distendido, por acumulação de gases no intestino.

Metrorragia – A hemorragia que é proveniente do útero. Também denominada de hemorragia uterina.

Microinvasor – Crescimento tumoral inicial, envolvendo os tecidos justapostos ao local de surgimento do tumor, identificado apenas por meio de exame microscópico.

Mieloide – Que diz respeito à medula dos ossos. Que é constituído por células geradoras dos elementos do sangue, como os granulócitos e eritrócitos produzidos na medula óssea. Vide LMA e LMC.

Mieloma múltiplo – Tumor de células plasmáticas que, por sua origem, tem aparecimento multicêntrico, com origem na medula óssea. Na CID-O/3 é codificado com 9732/3. Vide plasmocitoma e tumor de plasmócitos.

Miíase – Moléstia causada ao homem pela larva de várias espécies de moscas. Popularmente chamada de bicheira.

Minas Gerais (MG) – Estado situado na região sudeste.

Miscigenação – Reprodução por conjugação de indivíduos de raças diferentes. No Brasil, cerca de 35% da população é fruto do cruzamento racial (mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos), o que dificulta muito o estabelecimento dos grupos étnicos. Em geral, os mestiços são classificados 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 – de um conjunto de informações relacionadas às características dos pacientes atendidos, dos recursos utilizados no diagnóstico e tratamento desses pacientes e a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente. Vide missão.

Morfologia – Especificação do tipo e linhagem de célula do tumor, sua diferenciação celular e o respectivo comportamento biológico. Pode ser expressa pela utilização do código numérico da morfologia na CID-O/3.

Morfologia com áreas de diferenciação celular – Quando o exame histológico do tumor evidenciar, no mesmo tumor primário, áreas com diferentes tipos celulares de uma mesma linhagem tecidual. 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 razão para não realização do tratamento.

Mucosa – Tecido epitelial que forra certas cavidades do corpo (boca, canal digestivo, vias respiratórias, condutos excretores do aparelho geniturinário, ouvido médio e saco conjuntivo do olho), e que segrega muco; também chamada de membrana mucosa e túnica mucosa.

Mucosa jugal – Refere-se à mucosa da boca que recobre a arcada do osso malar.

Muito grave (acamado) – Avaliação do estado de bem-estar do paciente. Refere-se à condição predominante do paciente que permanece por longo período ou até mesmo todo o tempo no leito. Também é importante que o motivo que leva o paciente a ficar acamado seja diretamente relacionado à doença ou suas sequelas.

Multivariada (análise) - Quando um fenômeno depende de muitas variáveis, geralmente, não basta apenas conhecer informações estatísticas isoladas, mas é necessário também conhecer a totalidade das informações fornecidas pelo conjunto das variáveis. Se as relações existentes entre as variáveis não são percebidas, serão desconhecidos os efeitos antagônicos ou sinérgicos resultantes da ação mútua a partir das variáveis consideradas. Cada vez mais, grande massa de informação deve ser processada, necessitando de ferramentas estatísticas que apresentem uma visão mais global do fenômeno estudado, empregando a abordagem denominada “Análise Multivariada”, que corresponde a um grande número de métodos e técnicas que utilizam simultaneamente todas as variáveis na interpretação teórica do conjunto de dados obtidos.

Murmurinho – Sussurro, som confuso, murmúrio, barulho ouvido durante a ausculta dos pulmões (murmúrio alveolar) ou do intestino (murmurinho abdominal ou intestinal).

Murmúrio – Vide murmurinho.

MX – Código do sistema TNM a ser empregado na avaliação de metástase, quando sua presença a distância não pode ser avaliada.

N

N (Comprometimento ganglionar) – Parâmetro utilizado na Classificação dos tumores malignos – TNM - para avaliar o comprometimento de cadeias ganglionares pelo tumor. Podem ser utilizadas as seguintes opções: N0, N1, N2, N3 e NX. Para cada localização de tumor, existem cadeias ganglionares a ser avaliadas e definidas no TNM.

N0 – Opção do TNM que corresponde a não existência de evidência de comprometimento ganglionar pelo tumor.

N1 – Código do TNM que evidencia comprometimento pequeno de cadeias ganglionares. Esse código possui critérios específicos para cada topografia tumoral.

N2 – Utiliza-se este código do TNM para evidenciar o comprometimento médio de cadeias ganglionares, de acordo com parâmetros que são definidos para cada localização de tumor.

N3 – O maior comprometimento dos linfonodos regionais pelo câncer, cujos parâmetros da classificação TNM foram estabelecidos em função da localização de tumor primário.

Não analítico – Vide caso não analítico.

Não se aplica – Codificação utilizada em alguns dos itens das fichas do RHC, para identificar que esse parâmetro não deve ser avaliado para o tumor em análise. Para padronização, foi definido que se deve utilizar sempre o número oito (8) para definir esta opção. Assim, deve-se evitar a utilização desse número para outras finalidades, a não ser quando é absolutamente necessário dispor-se de todos os números como opções do item.

Nasofaringe – Parte superior da faringe, situada atrás das fossas nasais.

National Cancer Institute - NCI – Instituto Nacional de Câncer dos Institutos Nacionais de Saúde do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Governo dos Estados Unidos da América (National Cancer Institute / National Institutes of Health / U.S. Department of Health & Human Services / USA).

NCI – Vide National Cancer Institute.

NDN – Sigla encontrada nos prontuários de saúde para “Nada Digno de Nota”. Ausência de informação relevante ou específica em relação ao paciente ou à doença.

Nefroblastoma – Vide tumor de Wilms.

Nefrolitíase (Litíase renal) – Presença ou formação de cálculos nos rins. Popularmente, pedra no rim.

Nefrorragia – Aquela hemorragia que é proveniente dos rins. Também denominada de hemorragia renal. Vide hematúria.

Necropsia – Refere-se ao exame pós-morte do paciente com o objetivo de estabelecer diagnóstico ou definir a causa do falecimento.

NED – Sigla encontrada nos prontuários de saúde para “Nenhuma Evidência de Doença”.

Neoplasia (tumor) – Lesão expansiva de formação recente, cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer), benigno, borderline ou indeterminado. Caracteriza-se pela rápida duplicação celular.

Neoplasia benigna – Lesão tumoral cujo aspecto morfológico não foi classificado como câncer.

Neoplasia de comportamento incerto – A lesão tumoral cujo comportamento biológico não pode ser definido como benigno ou maligno.

Neoplasia *in situ* (Intraepitelial, Não infiltrativo e Não invasivo) – A neoplasia maligna em fase inicial, cujo comportamento biológico é definido em exame histopatológico com o código /2. Desses tumores não é realizado seguimento, mesmo sendo considerados casos analíticos.

Neoplasia intraepitelial – Tumor *in situ* de colo uterino, vulva ou vagina.

Neoplasia maligna (câncer) – Lesão caracterizada pela proliferação celular desordenada e que recebe 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.

Neoplasia Óssea e Condromatosa – Aquelas lesões tumorais que acometem os ossos e tecidos moles das articulações (incluindo cartilagens, ligamentos e cápsulas).

Neoplasma (tumor) – Lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

Neoplasma basocelular – Tumor epitelial proveniente das células basais (camada mais profunda) ou de estruturas que delas derivam.

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 – Os tumores que se desenvolvem a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos) sexualmente indiferenciadas.

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 – Os tumores que acometem as estruturas glandulares.

Neoplasmas epiteliais – Tumores que acometem a pele.

Neoplasmas epiteliais complexos – Aqueles tumores mistos que acometem estruturas localizadas na pele.

Neoplasmas especiais das gônadas – Tumores localizados nas estruturas ligadas à produção de espermatozoides e óvulos.

Neoplasmas fibroepiteliais – Tumores mistos de estruturas musculares e da pele.

Neoplasmas fibromatosas – Os tumores da musculatura estriada.

Neoplasmas lipomatosos – Tumores do tecido gorduroso.

Neoplasmas Mixomatosos – Os tumores de partes moles (tecido conectivo).

Neoplasmas Papilares – Tumores de estruturas papilares das glândulas.

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).

Neurocirurgia estereotáxica – Método minimamente invasivo de cirurgia cerebral. Permite o acesso às áreas mais inacessíveis do cérebro, sem recorrer à abertura extensa do crânio e à destruição desnecessária e indesejável de áreas de cérebro normais que estão ao redor do alvo da cirurgia (vide cirurgia estereotáxica).

Neuroglia – Tecido conjuntivo que forma a estrutura de suporte do sistema nervoso central. Vide glia.

Nictúria – Incontinência noturna da urina. Também denominada noctúria.

NK - Linfócitos NK ou células NK – Células do sistema linfático que atuam na defesa do organismo e que têm como alvo a destruição das células tumorais e a proteção do organismo contra uma grande variedade de agentes infecciosos.

Nistagmo – Oscilação rápida e involuntária do globo ocular ao redor do seu eixo horizontal ou vertical.

Noctúria – Vide nictúria.

Nódulo – Pequena nodosidade. Utilizado tanto para descrever a presença de cistos e pequenos tumores, quanto para a descrição de gânglios linfáticos (nódulos linfáticos). Vide nódulos linfáticos.

Nódulos linfáticos – Fazem parte do sistema de defesa do organismo. 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. Vide Linfonodos.

Núcleo da CID-10 – É composto por três volumes: o primeiro dedicado às 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/3.

Número de casos cadastrados – Expressa o número absoluto (total) de casos cadastrados no período de avaliação.

Número de matrículas no Hospital – Expressa o número absoluto (total) de matrículas novas no período.

Número de publicações realizadas – Expressa o número absoluto (total) de publicações com dados do RHC realizadas no período.

Número de solicitações de informações atendidas – Expressa o número absoluto (total) de solicitações de dados do RHC que foram atendidos no período.

Número de tumores primários – Refere-se ao número de tumores de um mesmo paciente, não considerando as lesões metastáticas. A cada tumor primário, deve corresponder uma Ficha de Registro de Tumor no RHC. São definidos pelo médico assistente, com base no sítio de origem, data do diagnóstico, tipo histológico, comportamento do tumor e lateralidade.

Número do prontuário hospitalar – É o número que identifica o paciente no hospital. É único, pessoal e intransferível.

Número matrícula – Identificação do paciente no hospital, único para cada paciente matriculado. Em geral, é o mesmo número do prontuário hospitalar, atribuído de modo sequencial em ordem crescente, correspondente 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 a existência de comprometimento ganglionar.

O

Óbito – Falecimento. Morte do paciente.

Objetivo do Registro Hospitalar de Câncer – Disponibilizar à comunidade hospitalar um conjunto de informações relacionadas às características dos pacientes atendidos, dos recursos utilizados no diagnóstico e tratamento desses pacientes e a respeito da avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente.

Observação – Campo livre na ficha de seguimento para anotação de informação não prevista para coleta sistemática e que foi considerada pelo registrador como relevante, anotando-se no campo estabelecido para esse fim e transcrevendo-a para o banco de dados do SisRHC.

Obstipação – Evacuação infrequente. Popularmente conhecida como prisão de ventre habitual. Vide constipação.

Oma – Sufixo relativo a tumor, em geral benigno.

Omia – Abertura por meio de intervenção cirúrgica.

OMS – Vide Organização Mundial da Saúde.

Oncologia Cirúrgica – Modalidade de tratamento antineoplásico, utilizando técnicas cirúrgicas. Especialidades médicas cirúrgicas que atuam no campo da oncologia.

Oncologia Clínica – Modalidade de tratamento antineoplásico, realizado por meio de aplicações de substâncias químicas medicamentosas (quimioterápicos), hormônios e estimulantes do sistema imunológico (imunoterapia). Especialidades médicas clínicas que atuam no tratamento especializado do câncer.

Oncológico – Relativo ao câncer.

Ooforectomia – Cirurgia realizada para retirada do(s) ovário(s). Pode ser uni ou bilateral e realizada com o objetivo de retirar massa tumoral dos ovários ou para interromper a produção de hormônios ovarianos.

Opção – Escolha, alternativa. Esta é a denominação utilizada nas fichas do RHC para identificar cada uma das possibilidades de preenchimento dos itens de avaliação das fichas.

Ordem cronológica – Sequência estabelecida em função do tempo, ou seja, do que aconteceu primeiro para o último.

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.

Orofaringe – Estruturas anatômicas situadas na parte posterior da boca, constituída pelas amígdalas palatinas, as cordas vocais, a epiglote e os pilares amigdalianos.

Orquiectomia – Cirurgia realizada para retirada do(s) testículo(s). Pode ser uni ou bilateral e realizada com o objetivo de retirada de massa tumoral nos testículos ou para interromper a produção de hormônio sexual masculino (testosterona).

Órtese – Suporte, aparelhos ou objeto usado para apoiar, fortalecer ou ajudar a realizar atividades ou funções do organismo. São exemplos as bengalas, muletas e aparelhos ortopédicos

Osteomas – Tumores benignos que acometem o tecido ósseo.

Osteossarcomas – Tumores malignos que acometem o tecido ósseo. Vide Sarcoma.

Oto – Relativo ao ouvido.

Otorrino – Relativo ao ouvido e rinofaringe.

Outro – Opção incluída em alguns itens das fichas do RHC como alternativa de coleta para eventos não contemplados nas outras opções do mesmo item.

Ovário – Órgão par do aparelho reprodutor feminino responsável pela produção dos óvulos e dos hormônios sexuais femininos.

P

p-TNM – Classificação patológica (classificação histopatológica pós-cirúrgica) da Classificação de Tumores Malignos – TNM designada pTNM. Tem por base as evidências conseguidas antes do tratamento, complementadas ou modificadas pela evidência adicional conseguida através da cirurgia e do exame histopatológico. A avaliação histopatológica do tumor primário (pT0) exige a ressecção do tumor primário ou biópsia adequada para avaliar a maior categoria pT. A avaliação histopatológica dos linfonodos regionais (pN) exige a remoção representativa de nódulos para comprovar a ausência de metástase em linfonodo regional (pN0) e suficiente para avaliar a maior categoria pN. A investigação histopatológica de metástase a distância (pM0) exige o exame microscópico.

Paciente – Indivíduo com problema de saúde ou sob cuidados médicos que procura o hospital para orientação, diagnóstico ou tratamento.

Palato – Parte superior da boca, composta pelo palato duro e posteriormente o palato mole. Popularmente chamada de céu da boca.

Palmar – Relativo à palma da mão.

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 parcial ou total do pâncreas.

Pan-histerectomia – Cirurgia ginecológica alargada para retirada do útero e seus 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 – Tipo de tumor que acomete tecidos glandulares.

Pará (PA) – Estado situado na região norte.

Paracentese – Cirurgia que consiste em praticar uma punção numa cavidade cheia de líquido, para fazer a drenagem.

Parada cardíaca – Interrupção da função contrátil do músculo cardíaco, provocando uma paralisia na circulação sanguínea, ocasionando, como consequência, uma falta de oxigenação dos tecidos, que dependendo da intensidade e do tempo, pode resultar na morte do paciente.

Parada cárdio-respiratória – Paralisação da função contrátil do músculo cardíaco ou da função ventilatória dos pulmões, em razão de problemas diretamente nesses órgãos ou no sistema nervoso central, provocando a interrupção da circulação sanguínea e do processo de oxigenação do sangue nos pulmões, dando, como consequência, 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, como consequência, 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 – Critério previamente estabelecido para ser utilizado como referência de comparação.

Paraná (PR) – Estado situado na região sul.

Parênquima – Tecido específico que compõe as vísceras e os órgãos glandulares.

Patey – Tipo de cirurgia empregada para retirada da mama. Vide mastectomia radical modificada a Patey.

Pediatria – Clínica destinada ao atendimento de pacientes com idade inferior a 19 anos (aí incluídos os adolescentes). A critério do hospital, pode-se estender o atendimento pediátrico aos pacientes com idade inferior a dezenove (até dezoito anos e onze meses).

Pele – Tecido que recobre toda a superfície corporal, composto por três camadas (epiderme, derme e hipoderme) e por anexos (foliculo piloso, glândulas sudoríparas e estruturas vasculares e nervosas).

Pélvico – Relativo à pelve.

Pelve – Cavidade óssea formada pela união dos ossos íliacos com o sacro e o cóccix; a bacia.

Pelve renal – O mesmo que bacinete. Local onde o rim se comunica com o ureter.

Perfil dos pacientes – Resultado da avaliação do conjunto de pacientes assistidos pelo hospital, por intermédio das variáveis do banco de dados, evidenciando características comuns e aquelas mais frequentes, tais como faixa etária, escolaridade, cor da pele, local de nascimento etc.

Períneo – Região situada entre o ânus e os órgãos sexuais externos.

Período de seguimento – Intervalo de tempo pré-definido, em relação ao qual é feita a avaliação da evolução do câncer e do estado de bem-estar do paciente. No RHC, convencionou-se fazer o seguimento no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º e 15º anos, em relação à data da confirmação do diagnóstico de câncer (aniversário do tumor). Para os tumores de mama, a critério da instituição, pode-se fazer o seguimento nos 20 anos.

Pernambuco (PE) – Estado situado na região nordeste, do qual, atualmente, faz parte o antigo território de Fernando de Noronha.

Pesquisa de Antígeno – Método laboratorial para identificação de antígenos no sangue do paciente.

Piauí (PI) – Estado situado na região nordeste.

Pilar – O que sustenta uma abóbada. Pilares do diafragma: os dois tendões espessos pelos quais o diafragma se insere de cada lado da coluna lombar. Pilar do véu palatino: os dois pares de pregas, em forma de arcadas, constituídas pelo véu palatino.

Placenta – Estrutura intrauterina, mole e esponjosa que é responsável pela troca de nutrientes entre mãe e filho no curso da gestação, por intermédio do cordão umbilical.

Plantar – Relativo à parte inferior do pé. Popularmente chamada de sola do pé.

Plasmocitoma – Tumor de células plasmáticas localizado no osso e classificado com o código morfológico 9731/3. Vide tumor de plasmócitos e mieloma múltiplo.

Plexo – Rede formada pelo entrelaçamento ou anastomose de muitas ramificações de nervos ou de quaisquer vasos sanguíneos.

Plexo braquial – Grande plexo de nervos da nuca e das axilas constituído pelo entrelaçamento dos ramos anteriores dos quatro últimos pares de nervos cervicais e do primeiro dorsal.

Plexo cervical – Plexo constituído pelos nervos dos ramos anteriores das quatro vértebras superiores (cervicais).

Plexo coroide – Prega altamente vascularizada da pia-máter, semelhante a uma franja, que se projeta para dentro dos ventrículos terceiro, quarto e laterais do cérebro. Ela segrega o líquido cefalorraquidiano.

Plexo lombar – Plexo de nervos no músculo psoas, formado pelos ramos anteriores dos quatro primeiros nervos lombares. Vide psoas.

Plexo sacral – Plexo de nervos situado do lado ventral do sacro e formado pelos ramos anteriores do quinto nervo lombar e dos quatro primeiros nervos sacrados.

Plexo solar – Grande rede de nervos e gânglios na face dorsal do estômago, procedente do grande simpático e que inerva as vísceras abdominais.

PNET - Tumor neuroectodérmico periférico – Compreende um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, que são células embrionárias que migram da crista neural. Esses tumores acometem primariamente osso e tecido mole. Dependendo do grau de diferenciação neural, são denominados Sarcoma de Ewing (M-9260/3), quando acometem osso. Se for um tumor indiferenciado, ou tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PPNET) apresentando características de diferenciação neural, deve ser codificado com M-9364/3. O PPNET nas partes moles da parede torácica é referido como tumor de Askin (M-9365/3). Quando estiver localizado no cérebro, deve ser codificado utilizando o código morfológico M-9473/3 da CID-O/3. Para as demais localizações, utilizar o código M-9364/3.

Pneumectomia – Cirurgia para retirada total ou parcial do pulmão (pneumectomia total e pneumectomia parcial).

Pneumonia – Processo infeccioso localizado nos pulmões. Pneumonia aguda: doença infecciosa de aparecimento súbito e recente, no pulmão. Pneumonia crônica: Doença pulmonar infecciosa de longa duração.

Pneumonite – Inflamação do parênquima pulmonar causada por microrganismos, vírus, irritações químicas ou corpos estranhos.

Pneumorragia – A hemorragia que provém dos pulmões. Também denominada de hemorragia pulmonar.

Pneumotórax – Presença de ar entre os pulmões e o gradil costal.

Pododáctilo – Dedo do pé.

Pomo-de-adão – Denominação popular da cartilagem tireoide.

Pós-cirúrgico – Relativo ao período imediatamente após a realização de cirurgia. Pode ser imediato, aquele que acontece nas primeiras 48 horas após a cirurgia, ou tardio, quando acontece depois deste período.

Pós-graduação – Cursos de nível superior realizados após a conclusão do curso de graduação (faculdade). Existem diferentes modalidades. As mais comuns são: especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

Postectomia – Circuncisão. Cirurgia realizada para retirada parcial do prepúcio. Popularmente chamada de cirurgia de fimose.

Precisão – Qualidade daquilo que é exato, exatidão. Qualidade de ser certo. Exatidão de um resultado ou avaliação laboratorial. Quando o exame é preciso, o valor evidencia que o resultado do exame corresponde exatamente ao que existe no organismo.

Preenchimento obrigatório – Diz-se dos campos das fichas do RHC que foram definidos como essenciais ao RHC, devendo ser preenchidos em todos os casos cadastrados. Se a informação não estiver disponível, deverá ser usado o número 9, que corresponde à opção sem informação.

Preenchimento opcional – Aqueles campos cujo preenchimento é condicionado à decisão da instituição em coletar a informação.

Prega – Depressão ou dobra do tecido ou de uma articulação, onde alguma coisa pode se abrigar.

Prepúcio – Pele que cobre a glândula do pênis.

Prescrição – Ato ou efeito de prescrever medicamentosa e instruções para a equipe de saúde, no cuidado ao paciente. Ordem expressa, indicação, preceito ou orientação referente à quantidade, dose, via de introdução, modo e frequência de uso de medicamentos. Formulário usado para a prescrição de medicamentos e instruções à equipe de saúde. Receituário com a medicação a ser usada pelo paciente.

Prescrição de enfermagem – Formulário utilizado para a transcrição do conjunto de procedimentos a serem executados pela equipe de enfermagem, para cuidados diretos ao paciente e as orientações sobre a administração de medicações ao paciente.

Prescrição médica – Formulário ou receituário no qual é transcrito o conjunto de orientações médicas, inclusive administração de medicamentos, a serem seguidos no cuidado direto ao paciente.

Preservação do prontuário – Conservação dos prontuários com a documentação do paciente e de seu tratamento no hospital. Devido ao seu valor legal e científico, deve ser mantido por período de tempo não inferior a dez anos.

Primário (escolaridade) – Corresponde ao antigo curso primário (1ª a 5ª séries) e aos atuais quatro anos do ensino fundamental (antigo primeiro grau). Se a pessoa tiver concluído os cinco anos do antigo primário, deve ser considerado como curso primário incompleto.

Primário (tumor) – Corresponde à localização (topografia) onde o tumor teve início. Um mesmo paciente poderá ter um ou mais tumor(es) primário(s).

Primeiro grau (escolaridade) – É constituído pelos oito anos do curso básico, que correspondem aos antigos primário e ginásio. Atualmente, chama-se ensino fundamental e é composto da primeira à nona série.

Procedimento cirúrgico – Ato médico realizado por meio de incisão cirúrgica com o objetivo de estabelecer diagnóstico de doença cujos exames realizados não possibilitaram chegar a um diagnóstico (a laparotomia exploradora, a toracotomia exploradora, a mediastinotomia exploradora e a craniotomia exploradora), para retirada de tecido tumoral (biópsia ou ressecção), restabelecer funções ou mapear doença.

Procedimento cirúrgico para o câncer – Ato médico realizado com o emprego de técnica cirúrgica, para diagnóstico, mapeamento de doença, 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 que empregam meios magnéticos para armazenamento, seleção, recuperação, tabulação e tratamento estatístico das informações referentes a um grupo de pacientes, possibilitando utilizar um grande número de informações com rapidez e segurança.

Progesterona – Hormônio sexual feminino, produzido pelo corpo-lúteo, ou sinteticamente, e cuja função é preparar a mucosa uterina para receber e desenvolver o óvulo fertilizado, por uma proliferação glandular do endométrio.

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 que possibilita identificar nos bancos de dados os registros incoerentes ou com erro. Pode ser incorporado ao programa de entrada de dados no computador, procedendo a verificação da coerência interna entre itens das fichas já no momento de digitação dos dados, restringindo a entrada de dados incompatíveis com as opções previstas para cada item.

Programa RHC_VALID.PGM – Programa de computador que foi 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 permitindo a emissão do conjunto de listagens a serem conferidas, por um único comando (run RHC_VALID.PGM).

Programa de computador – Conjunto de comandos, previamente definidos, que estabelece a rotina a ser executada, em bloco, pelo computador, para atender a uma determinada finalidade.

Promulgação da CID-10 – Ato técnico-administrativo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que foi realizado, em Genebra, no período de 26 de setembro a 2 de outubro de 1989, em 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 sua adoção autorizada a partir de janeiro de 1993. No Brasil, seu uso foi recomendado a partir de 2005.

Pronação – Rotação da mão, ficando o polegar ao lado do corpo e a palma voltada para baixo. Estado da mão nessa posição. Inclinação para diante, com a face anterior para baixo. Posição de um doente deitado sobre o ventre.

Prontuário – Conjunto de documentos referentes ao passado e presente de uma pessoa.

Prontuário de empregado/funcionário – Prontuário aberto para atendimento de empregado/funcionário ou seu dependente, não deve ser considerado como parte do conjunto de pacientes de um hospital especializado no atendimento a casos de neoplasias malignas, exceto quando se trata de caso de câncer.

Prontuário do paciente – Conjunto de documentos, a respeito do atendimento hospitalar ao paciente e que constitui a principal fonte de informações para o RHC. Contém informações sobre o paciente e sua doença, no transcurso da assistência em caráter ambulatorial e nas internações, desde 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. Além de ser utilizado como veículo de comunicação pela equipe de saúde e como registro de procedimentos realizados no paciente, também constitui um 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 éticos (Código de Ética Médica art. 102, 104, 105, 106, 107 e 108).

Prontuário múltiplo – Tipo de prontuário adotado por algumas instituições, no qual um novo prontuário é aberto 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 de prontuários, não estejam disponíveis no momento da solicitação e que, assim, permanecem após, pelo menos, três solicitações sucessivas, considerados “não localizados” e retirados da lista de prontuários não disponíveis a serem novamente solicitados.

Prontuário único – Aquele que reúne em um único prontuário, podendo ter um ou mais volumes, todas as informações referentes ao tratamento ambulatorial do paciente e de todas as suas internações, desde a matrícula até o óbito ou alta definitiva do paciente. Esse é o tipo de prontuário recomendado às instituições que implantam o RHC.

Prontuário vazio – Prontuário que, após a abertura, não foi utilizado, permanecendo apenas com o formulário de identificação do paciente e as observações iniciais.

Propósito do Registro Hospitalar – Atender às necessidades da administração do hospital, do programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, da assistência ao paciente, individualmente. A implantação de registros de câncer em cada hospital tem por base a convicção de que os pacientes serão mais bem 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), envolvendo a uretra. Faz parte do sistema genito-urinário masculino e é responsável pela produção do fluido seminal.

Prostatectomia – Cirurgia realizada para ressecção da próstata. Vide RTU.

Prótese – Peça artificial usada para substituição de um órgão ou parte do corpo, tais como um olho, uma perna e a dentadura.

Protocolo clínico – Orientação padronizada para tratamento de determinado tipo de doença. Pode ter graus diferenciados em função do estágio da doença ou da resposta do paciente.

Protocolo clínico duplo-cego – Modalidade de investigação clínica na qual é utilizado 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 procedimentos são aplicados de modo aleatório sem que paciente e profissional de saúde saibam a quem está sendo ministrado o verdadeiro, para, desse modo, evitar que o paciente seja sugestionado sobre os resultados esperados ou obtidos.

Proximal – Extremidade mais próxima do centro do corpo humano (umbigo) quando a pessoa está de braços e pernas abertas.

PS Karnofsky (Karnofsky Performance Status) – Condição de Desempenho. Avaliação do desempenho do paciente em relação aos parâmetros de avaliação da qualidade de vida, utilizando a escala de Karnofsky.

PSA (Antígeno Prostático Específico) – Antígeno tumoral usado como marcador específico para câncer de próstata.

Psoas – Cada um dos dois músculos internos da região lombar, um maior e outro menor. O psoas maior começa nas superfícies anterolaterais das vértebras lombares e se insere no trocânter menor do fêmur. O psoas menor começa nas vértebras última dorsal e primeira lombar e se insere na borda da pelve.

Pulmão – Órgão par e muito vascularizado, está localizado na região torácica, tendo o coração alojado entre eles, na região denominada de mediastino. É a sede das trocas do oxigênio pelo dióxido de carbono (CO₂), necessário ao metabolismo do organismo, no processo de trocas gasosas da respiração.

Puxo – Tenesmo. Sensação dolorosa de tensão e constrição, na região anal.

Q

Quadrante – Corresponde a 1/4 da área total. Na mama, recebe denominações específicas, como: quadrantes superiores interno e externo e quadrantes inferiores externo e interno.

Quadrantectomia – Tipo de mastectomia, em que só se remove um quarto da mama. Vide mastectomia.

Quadro – Tabela de dupla entrada no qual são associadas duas variáveis.

Quadro de acompanhamento de tumores múltiplos – Quadro utilizado para identificação de todos os tumores que o paciente possui, quando é portador de tumor primário múltiplo.

Quadro sumário do seguimento temporal do tumor – Quadro no qual são incluídas as informações referentes ao seguimento de um determinado caso de neoplasia maligna (caso analítico).

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 incluídos na base de dados do RHC.

Qualidade de vida do paciente – Avaliação do bem-estar do paciente (sem considerar a doença).

Queilectomia – Cirurgia realizada em pacientes com patologia de quadril, em especial em pacientes jovens para alívio da dor, limitação ou bloqueio de movimento da articulação do quadril.

Quimioterapia – Modalidade de tratamento antineoplásico realizada com o uso de drogas (quimioterápicos), aplicadas de modo fracionado e repetido, de forma isolada ou em conjunto. O tratamento é efetuado em ciclos, que correspondem ao conjunto e sequência de medicamento que são aplicados em períodos pré-determinados de tempo. Esses ciclos poderão ser compostos de um ou múltiplos medicamentos e ter a duração de um ou vários dias.

Quirodáctilo – Dedo da mão.

R

Radiação X (orthovoltagem) – Modalidade de tratamento antineoplásico que utiliza radiação ionizante. Vide Raios X.

Radiocirurgia estereotáxica – Tratamento antineoplásico realizado com aplicação de radiação ionizante em alta dose, direcionada a uma pequena área e requerendo complexo sistema de planejamento. Geralmente utilizado em tumores do cérebro e algumas afecções benignas. É diferente da radioterapia externa convencional.

Radiografia (exame de radiologia) – Exame realizado com a utilização de equipamentos que, quando energizados, emitem radiação ionizante do tipo X.

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 estereotáticas, uretrocistografia retrógrada, mielografia, linfografia e urografia percutânea.

Radiologia simples – São assim classificados os exames radiológicos realizados por técnico em radiologia, sem uso de contraste ou procedimento de intervenção. São exemplos o R-X simples de tórax ou abdômen e as incidências para visualização de ossos.

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.

Razão para não realização do tratamento – Motivo pelo qual o tratamento mais indicado para o paciente deixou de ser realizado.

RE – Vide Receptor de Estrogênio.

Realização de seguimento – Procedimento para acompanhamento ao longo do tempo, em intervalos pré-determinados, dos tumores malignos classificados como analíticos, para avaliar a doença e o doente, no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto anos em relação à data do diagnóstico.

Rebordo – Borda revirada ou voltada para fora.

Receptor de Estrogênio (RE) – Marcador tumoral para câncer de Mama.

Receptor de Progesterona (RP) – Marcador tumoral para câncer de Mama.

Recidiva – Reaparecimento da doença tempos após ter sido considerada como controlada ou curada.

Recurso de diagnóstico – Métodos e técnicas empregados para auxiliar no estabelecimento ou confirmação do diagnóstico e caracterização do câncer.

REG – Sigla encontrada no prontuário para descrever o estado geral do paciente como Regular Estado Geral.

Regime RHD – Vide RHD.

Região dorsal – Região superior das costas, localizada acima da cintura abdominal e que corresponde à parte posterior do tórax.

Região lombar – Região inferior das costas, abaixo da cintura abdominal e que corresponde à parte posterior do abdômen.

Registrado por interesse científico – Tumor cadastrado, em caráter excepcional, mesmo que classificado morfológicamente como tumor benigno (1), devido à raridade do caso, ao comportamento da doença e ao tipo de tratamento realizado, constituindo assim interesse científico.

Registrador de câncer – 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 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 padronizado de informações, coletadas de modo sistemático, a respeito da patologia câncer em uma população (registro populacional) ou em um determinado hospital (registro hospitalar).

Registro Hospitalar de Câncer – RHC – Conjunto de informações, coletadas de modo sistemático e padronizado, a respeito das características demográficas do paciente, do diagnóstico, do tratamento e da evolução da doença, em pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, atendidos em um determinado hospital.

Relatório – Documento técnico contendo informações detalhadas a respeito de determinado assunto, durante um intervalo de tempo estabelecido.

Relatório anual – Documento emitido ao final do processo de cadastro de casos referentes a um determinado ano de matrícula, contendo tabelas, quadros, gráficos, análises e comentários, que o Registro Hospitalar de Câncer – RHC disponibiliza para divulgar as informações coletadas e possibilitar a pesquisa de informações de caráter geral.

Relatórios de seguimento – Documento emitido pelo RHC contendo as informações referentes ao seguimento anual dos casos analíticos. Esse documento tem por finalidade divulgar as principais informações a respeito da qualidade da assistência prestada no hospital e da tendência temporal dos casos de câncer atendidos.

Relatório especial – O conjunto de informações elaboradas a partir de solicitações não programadas, com finalidade específica.

Repouso, hidratação e dieta – Vide RHD.

Resgate das informações – Nos RHCs não é feita a coleta primária de dados. São resgatadas dos prontuários as informações previamente colhidas por outros profissionais.

Resposta do tumor ao tratamento – Constitui a avaliação da resposta do tumor ao tratamento prescrito.

Ressecção – Retirada total ou parcial de tecido ou de 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, cuja análise dos bordos da peça cirúrgica não evidencia comprometimento pelo tumor.

Ressecção transuretral – Vide Ressecção transuretral de próstata.

Ressecção transuretral de próstata (RTU) – É a remoção via uretral, com auxílio de videocâmera, de tumores vegetantes da bexiga (dedos de luva) ou sésseis (base larga) e ainda polipoides (como um cogumelo). Tais tumores são ressecados (cortados) com auxílio de alças especiais e eletrocautério. Posteriormente, no final do procedimento, os fragmentos são retirados por aspiração para exame anátomo-patológico. Realizada geralmente com bloqueio anestésico.

Ressonância magnética nuclear (RMN) – Exame de imagem que utiliza a geração de um campo magnético para estimular as células do organismo, cuja resposta a esse estímulo é captada e utilizada como meio para gerar uma imagem tridimensional.

Reticuloendotelial – Relativo ao sistema reticuloendotelial. Vide sistema reticuloendotelial.

Reto (intestino grosso) – Porção final do cólon descendente, terminando no ânus.

Retroperitônio – Parte posterior do abdômen onde estão localizados os rins e as suprarrenais.

Revisão de casos selecionados – Análise crítica dos casos sobre os quais exista dúvida sobre a coleta, transcrição ou codificação realizada pelo registrador de câncer. Também aplicada aos casos de cadastro incompleto.

Revisão de lâmina – Realização de novo exame e, se necessário, confeccionadas novas lâminas, na anatomia patológica, para confirmação do laudo anterior, ou para dirimir dúvidas.

Revisão do caso – Realizada quando houver 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 – Processo de verificação das informações do banco de dados para sua liberação. Essas revisões fazem parte do processo de validação e controle de qualidade dos dados do RHC, e são efetuadas 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. Se identificados problemas, recomenda-se a realização de revisões específicas.

Revisão quinquenal – Convencionou-se que é necessário rever o conteúdo das fichas do RHC a cada cinco anos, para adequá-las às necessidades de atualização e ao uso de novas versões de classificações. Consequentemente, também devem ser feitas as revisões da diagramação das fichas do RHC e dos respectivos manuais.

RHD (repouso, hidratação e dieta) – Diz-se do tipo de cuidado dispensado ao paciente com câncer, cujo estado avançado da doença não apresenta possibilidade 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, durante o 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 do Câncer I do INCA, tendo como plataforma o 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. Esse programa possui algumas críticas e obrigatoriedade de preenchimento de determinados campos, o que por si só já assegura a consistência de alguns dos dados.

Rim – Órgão par, que faz parte do sistema urinário e está localizado na parte superior e posterior do abdômen (região lombar). É sede do tumor de Wilms, frequente em crianças.

Rino – Relativo ao nariz.

Rinofaringe – Parte superior da árvore respiratória, que se comunica com a orofaringe. O mesmo que nasofaringe.

Rinorragia – A hemorragia que provém da cavidade nasal. Também chamada de hemorragia nasal ou hemorrinia.

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 à realização da cirurgia proposta.

RMN – Vide ressonância magnética nuclear.

Rondônia (RO) – Estado situado na região norte, que corresponde ao antigo território de mesmo nome.

Roraima (RR) – Estado situado na região norte, que corresponde ao antigo território de mesmo nome.

Rotavírus – Tipo de vírus associado a doenças em humanos.

RP – Vide Receptor de Progesterona.

RTU – Vide ressecção transuretral de próstata.

S

Sacral – Relativo ao osso sacro. Vide sacro.

Sacro – Osso ímpar, mediano, simétrico, em forma de pirâmide com o vértice voltado para baixo, resultante da soldadura das vértebras sacras, situado entre os ilíacos e concorrendo com eles para formar a bacia.

Saída especial – Relatórios ou levantamento de informações produzidos para atender a solicitações específicas não programadas, para subsidiar a elaboração de trabalho científico 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.

Sarcoma – Neoplasia maligna que se origina no tecido conjuntivo, especialmente nos ossos, cartilagens e músculos estriados, e se estende aos tecidos adjacentes ou se difunde mediante a corrente sanguínea.

Sarcoma de Kaposi – Espécie de câncer de pele, comum em doentes de AIDS, caracterizado por múltiplos tumores malignos, descrito pela primeira vez pelo dermatologista húngaro Moritz Kaposi (1837-1902).

SED – Sigla encontrada nos prontuários de saúde para “Sem Evidência de Doença”.

Segmentectomia – Técnica cirúrgica na qual se retira apenas um segmento do órgão atingido, preservando o restante do órgão, quer por não ter sido atingido, quer seja pela necessidade de manter operante (mesmo que comprometido) um órgão vital para o organismo humano.

Seguimento anual – Avaliação ao longo do tempo dos casos de neoplasia maligna classificados como analíticos e que se enquadrem nos critérios de seguimento. Deverão ser acompanhados no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto anos, tendo por base a data do diagnóstico. Para os casos de mama também é preconizado o seguimento no vigésimo ano. Em cada período, serão avaliados o tumor e o estado geral do paciente.

Seguimento anual de tumor múltiplo – Realização do seguimento anual em pacientes com mais de um tumor primário. Nesses casos, sempre que for possível, deve-se procurar realizar o seguimento de todos os tumores concomitantemente, observando os diferentes intervalos de tempo, determinados em função dos respectivos aniversários dos tumores. Assim, ao se avaliar um tumor, se possível, avaliam-se os demais tumores do mesmo paciente.

Seguimento do tumor de pele – São passíveis de seguimento, desde que sejam considerados casos analíticos, os tumores localizados na pele das genitálias masculina ou feminina, classificados em um dos seguintes códigos topográficos da Cid-10: C52.9 – Vagina; C51.0 – Grandes lábios; C51.1 – Pequenos lábios; C51.2 – Clitóris; C51.8 e C51.9 – Vulva; C60.0 – Prepúcio; C60.9 – Pênis e C63.2 – Escroto.

Segundo grau (escolaridade) – Corresponde aos antigos cursos colegial, clássico, científico ou normal. Atualmente, é denominado ensino médio. Quando o paciente tiver cursado apenas parte do 2º, grau considera-se, para efeitos da avaliação da escolaridade, como tendo o primeiro grau completo.

Seio – Cavidade que contém ar em um dos ossos cranianos, especialmente uma que comunica com o nariz. Recesso, cavidade, espaço oco, lugar interno, interior, recesso, curvatura, sinuosidade, volta ou âmago.

Seio (mama) – As mamas da mulher. Parte do corpo humano onde ficam as mamas. Colo. Cada uma das mamas da mulher. Popularmente denominado de peito (especialmente o da mulher).

Seio acessório do nariz – Cavidades aéreas dos ossos cranianos que se comunicam com a cavidade nasal, os seios frontal, maxilar, esfenoidal e etmoidal.

Seio aéreo – Cavidade em um osso, que contém ar.

Seios da face – Seios aéreos localizados na face (frontais e maxilares)

Seio esfenoidal – Cada uma de duas cavidades na parte anterior do corpo do osso esfenoidal, que se comunica com as cavidades nasais.

Seio etmoidal – Espaços aéreos ou células dentro do osso etmoidal.

Seio frontal – Cavidade aérea par, revestida de uma membrana mucosa, situada dentro do osso frontal, em cada lado da face e acima da órbita e que se comunica com a fossa nasal através do infundíbulo.

Seio maxilar – Cavidade aérea, no corpo do osso maxilar, que se comunica com o meato médio do nariz.

Seio venoso – Canal dilatado para o sangue venoso, principalmente dentro do crânio.

Seleção de caso – Ato de identificar ou escolher um determinado caso de câncer, a partir de características que lhe são peculiares.

Sem Informação (opção 9) – Convencionou-se que quando a informação referente a determinado item não estiver disponível, será utilizado para identificá-la o número 9 (sem informação).

Seminoma (tumor) – Tumor que 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 (disgerminoma).

Sensibilidade – Propriedade dos exames e testes laboratoriais que está associada à capacidade do referido teste ou exame indicar como inexistente (negativo) quando efetivamente a doença não estiver presente.

Septo – Parede ou membrana que separa duas cavidades ou duas massas de tecido.

Septo alveolar – Placa óssea que separa dois alvéolos dentários.

Septo interauricular – Parede que separa as aurículas do coração.

Septo interventricular – Parede entre os ventrículos do coração.

Septo nasal – Parede osteocartilaginosa entre as duas fossas nasais.

Sergipe (SE) – Estado situado na região nordeste.

Serviços de documentação médica – Setor do hospital responsável pela gestão da documentação (em meio físico) referente à assistência prestada ao paciente. Em alguns hospitais também é responsável pela matrícula, pelo agendamento de consultas e também pelo faturamento e elaboração de estatísticas referentes aos pacientes atendidos. Em geral, realiza um conjunto de atividades hospitalares dedicadas à guarda e preservação da documentação de saúde do paciente. Poderá também abrigar o Registro Hospitalar de Câncer, na estrutura organizacional do Hospital.

Serviço isolado de quimioterapia – Serviço de quimioterapia que tem, obrigatoriamente, um sistema de referência formal com hospitais ou estabelecimentos ambulatoriais de atendimento em oncologia, que garantam o atendimento aos doentes desses serviços, no mesmo município onde estiver localizado o serviço isolado.

Serviço isolado de radioterapia – Serviço de radioterapia que tem, obrigatoriamente, um sistema de referência formal com hospitais ou estabelecimentos ambulatoriais de atendimento em oncologia, que garantam o atendimento aos doentes desses serviços, no mesmo município onde estiver localizado o serviço isolado.

Serviço de oncologia – Tipo de serviço ou clínica especializada, instalado em unidade hospitalar geral que, dotado de recursos especializados, atua no atendimento a pacientes com neoplasias malignas. Vide hospitais especializados.

Sialorreia – Salivação abundante; ptialismo.

SIC – Sigla encontrada nos prontuários de saúde para “Segundo Informações Colhidas”.

Sigilo das informações – Segredo a respeito de informações referentes ao paciente, à sua doença e à assistência prestada a ele, no hospital. 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”.

Sigilo médico – A guarda do segredo a respeito das informações sobre o paciente pelo médico. Esse dever é assegurado 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. Também deve ser estendido 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 – Conjunto de letras, geralmente abreviaturas ou as iniciais dos vocábulos ou das sílabas fundamentais de uma denominação ou título, que são usadas para identificação simplificada.

Sigla dos Estados da Federação Brasileira – Abreviaturas padronizadas correspondentes à denominação dos estados e Distrito Federal. Como houve redistribuição geográfica do território brasileiro ao longo dos anos, com mudanças na composição e no número dos estados da Federação, algumas siglas atuais podem não corresponder à denominação à época de ocorrência do evento. São exemplos 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, com parte do território dos estados de Goiás e Maranhão.

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 chame a atenção para a possibilidade de estar associado a uma determinada doença.

Sincrônico – Que indica ou envolve sincronismo. Caracterizado por estrita e exata coincidência no tempo ou ritmo. Que acontece, ocorre ou age exatamente ao mesmo tempo; simultâneo. Que tem o mesmo período ou fase. Relativo aos fatos que sucedem ao mesmo tempo ou na mesma época; contemporâneo.

Síndrome – Conjunto de sintomas que se apresentam em uma doença e que a caracterizam. Grupo de sintomas e sinais de funcionamento alterados do corpo humano, relacionados por uma peculiaridade anatômica, fisiológica ou bioquímica.

Síndrome de Down – Doença congênita causada por anomalia nos cromossomos, caracterizada por deficiência mental e traços fisionômicos específicos.

Síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA/AIDS – Doença do sistema imunológico humano causada por infecção com HIV, transmitida através de transfusão de sangue, socialização de seringa hipodérmica ao usar drogas injetáveis ou do ato sexual. A infecção causa baixa na capacidade de reação imunológica do indivíduo e pode provocar tumores e várias doenças infecciosas oportunistas, como a tuberculose e a pneumonia.

Síndrome mielodisplásica – Alteração ocorrida na medula óssea, que pode ou não estar associada à neoplasia maligna.

Sinônimos – Utilização de um termo, referente à morfologia do tumor, em substituição ao termo preferencial com mesmo significado.

Sintoma – Qualquer fenômeno ou mudança 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 provocados no seu organismo por uma doença.

Sisgênico – Refere-se ao transplante de medula cujo doador é irmão gêmeo univitelino (gêmeos idênticos). Assim, as medulas são geneticamente idênticas.

Sistema hematopoético – Sistema orgânico relacionado à formação e diferenciação das linhagens celulares que compõem o sangue.

Sistema linfático – Composto por órgãos, tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo. Os órgãos e tecidos que compõem o sistema linfático incluem linfonodos, timo, baço, amígdalas, medula óssea e tecidos linfáticos no intestino.

Sistema nervoso central – Responsável pelo comando da maioria das funções do organismo humano, composto pelo cérebro, tronco cerebral e medula espinhal.

Sistema nervoso periférico – Responsável pelas respostas motoras e sensitivas periféricas através das ramificações nervosas, a partir do sistema nervoso central.

Sistema reticuloendotelial – Sistema relacionado à formação e diferenciação das linhagens celulares que compõem o tecido linfático. Corresponde ao conjunto formado por células derivadas de monócitos e distribuídas pelo corpo, como as células de Kupffer, macrófagos do baço, pulmão, medula óssea, etc. Suas funções são: fagocitose de elementos estranhos e restos celulares, apresentação de antígenos para células linfóides (células reticulares interdigitantes e foliculares), produção de citocinas, que atuam na regulação da hemopoese, inflamação e resposta imune.

Sistema TNM – Classificação Internacional de Tumores Malignos, utilizada para codificar o estadiamento da maioria dos tumores malignos por meio de três conjuntos de códigos, identificados pelas letras T (representando a extensão do tumor), N (representando a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais) e M (a ausência ou presença de metástases a distância).

Sobrevida do paciente – Conjunto de informações referentes ao tempo transcorrido entre o diagnóstico do tumor e o óbito do paciente e cálculos estatísticos que permitem avaliar sua associação e interface com diferentes parâmetros, 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 momento da avaliação. A sobrevivida total é calculada em função do tempo transcorrido até o aparecimento de recidiva ou o falecimento do paciente curado, por causa não diretamente relacionada ao câncer.

SOE – Sigla utilizada na CID, cujo significado é: “Sem Outra Especificação”. Utilizada em tumores cujo diagnóstico não permite especificar claramente o tumor primário.

Software – Vide programa de computador.

Solicitação de informações – Pedido formal ao RHC de dados que não estejam publicados nos relatórios anuais e de seguimento. A solicitação deve atender às rotinas de liberação de dados que ainda não foram divulgados (portanto, de domínio público) e só poderão ser liberados com a anuência do supervisor do RHC que, se julgar necessário, condicionará a liberação dos dados à autorização do chefe do serviço correspondente ou mesmo do Diretor do Hospital.

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, com a função de injetar substâncias, contrastes, alimentos ou medicamentos, ou para a coleta ou drenagem de material ou secreção.

Sonda naso-gástrica – Tipo de sonda introduzida no nariz, a qual passa pelas vias aéreas superiores e esôfago, posicionada no estômago.

Sonda uretral – Vide sonda vesical.

Sonda vesical – Tipo de sonda colocada através da uretra, até ser posicionada na bexiga urinária.

Status vital do paciente – É a informação da condição referente à qualidade de vida do paciente. Esta informação está associada à evolução da doença.

Suco – A substância líquida do tecido animal, na qual residem os elementos mais nutritivos e substanciais. Sumo. Os líquidos que enchem certas cavidades no corpo humano.

Suco celular – Substância aquosa existente nos espaços intercelulares dos tecidos.

Suco gástrico – Líquido ácido segregado pela membrana mucosa do estômago e que age como dissolvente no processo de digestão estomacal.

Suco intestinal – Líquido segregado pelas glândulas mucosas do intestino.

Suco pancreático – Líquido segregado pelo pâncreas e que participa do processo digestivo no intestino delgado

Sulco – Ruga ou prega na pele. Cissura. O mesmo que fendimento, fenda, fissura ou sulco natural na superfície de certos órgãos, especialmente do cérebro.

Sulco cerebral - Fenda que separa o córtex cerebral do parietal.

Sulco cerebral lateral – Cissura profunda do aspecto lateral de cada hemisfério cerebral, que separa os lobos parietal e frontal.

Sulco cerebral parietoccipital – Cissura perto da extremidade posterior de cada hemisfério cerebral, que separa os lobos parietal e occipital.

Sulco cerebral transversal - Cissura com forma de ferradura que se estende do corno descendente do cérebro de um lado ao outro.

Sulco hepático transversal – A cissura que atravessa a superfície inferior do lobo direito do fígado.

Supinação – Posição de uma pessoa, quando deitada de costas. Movimento produzido pelos músculos supinadores no antebraço e na mão, de forma que a palma esteja voltada para diante, quando o braço está pendente.

Suprarrenal – Glândula localizada sobre os rins e responsável pela produção dos corticoides no organismo. Também chamada de adrenal.

T

T (tamanho do tumor) – Representa no sistema TNM a extensão do tumor primário, segundo as seguintes opções: Tis, T0, T1, T2, T3, T4 e TX.

Tabela – Forma 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.

Taxa de Letalidade – É expressa pela relação percentual da ocorrência de óbito entre os pacientes com determinada doença e o total de pacientes que tiveram a doença, no período em análise. Expressa a gravidade da doença. Vide letalidade.

Taxa de Mortalidade – A taxa de mortalidade ou coeficiente de mortalidade é um dado demográfico do número de óbitos, geralmente, para cada mil habitantes, em uma dada região, em um período de tempo. Pode ser calculada para uma doença em particular, como é o caso da taxa de mortalidade por câncer. A taxa de mortalidade pode ser tida como um forte indicador social, já que, quanto piores as condições de vida, maior a taxa de mortalidade e menor a esperança de vida.

TC – Vide tomografia computadorizada.

Tecido – Reunião de células com a mesma estrutura, exercendo determinada função.

Tecido (clínica) – Forma abreviada de referir-se ao tecido ósseo-conectivo.

Tecido adiposo – O constituído por células que contêm gordura.

Tecido conectivo – Vide tecido conjuntivo

Tecido conjuntivo – O que serve para ligar os órgãos entre si, sustentá-los e protegê-los.

Tecido de granulação – Tecido conectivo vascularizado, formado no processo de cura de úlceras e feridas, constituindo, por fim, a cicatriz.

Tecido elástico – Tecido conectivo constituído de fibras elásticas, encontrado especialmente em certos ligamentos e tendões.

Tecido erétil – Aquele que é composto de seios vasculares, intercalados entre artérias aferentes e veias eferentes, capaz de ser dilatado com afluxo de sangue, provocando a ereção de uma parte do pênis. Também chamado tecido cavernoso.

Tecido fibroso – Tecido conjuntivo ordinário, constituído em grande parte de fibras amarelas ou brancas.

Tecido intersticial – O tecido conjuntivo entre os elementos celulares de um corpo. Estroma.

Tecido nervoso – O que constitui os nervos e os centros nervosos.

Tecido ósseo-conectivo (tecido ósseo-conjuntivo) – Refere-se aos tecidos conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles, incluindo: aponeurose, artérias, bolsa sinovial, fáscia, ligamentos, linfáticos, músculo, sinóvia, tendão, bainha do tendão, tecido adiposo, conectivo, fibroso, gorduroso e subcutâneo, vasos sanguíneos e veias.

Tecido vascular – Aquele relativo ou pertencente aos vasos, particularmente, sanguíneos.

Tenesmo – Sensação dolorosa de tensão e constrição na bexiga (tenesmo vesical) ou na região anal (tenesmo anal ou puxo), com desejo contínuo, mas quase inútil, de urinar ou evacuar.

Terapêutico – Relativo a tratamento.

Terapias alternativas – Modalidades de tratamento não convencionais que são utilizadas como alternativa ou em associação 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, representa o curso de graduação de nível superior (faculdade).

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 – Aqueles que são realizados após a etapa de planejamento, com a finalidade de testar determinado processo ou procedimento que esteja sendo proposto, antes da sua implantação definitiva, e que deve ser exaustivamente testado em escala reduzida (piloto), para detectar e corrigir falhas.

Testículo – Órgão do aparelho genital masculino, localizado na bolsa escrotal, responsável pela produção das células reprodutoras masculinas, os espermatozoides.

Testosterona – Substância androgênica ativa que constitui um hormônio sexual masculino.

TG – Vide tireoglobulina.

Timidilato Sintetase (TS) – Marcador tumoral para câncer de cólon e reto.

Timo – Glândula endócrina, localizada na porção ântero-superior da cavidade torácica e inferior do pescoço, volumosa no recém-nascido, mantendo-se desenvolvida até a puberdade, para depois começar a regredir e, frequentemente, desaparecer no adulto.

Timoma – Tumor localizado no timo.

Tipo histológico – Caracterização da estrutura e arranjo tecidual das células do tumor, por meio de exame microscópico. É uma das chaves de classificação do tumor na CID-O/3.

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 tireoide.

Tireoide – Glândula localizada na face anterior e inferior do pescoço, responsável pela produção dos hormônios tireoidianos.

Tireoidectomia – Cirurgia para ressecção parcial ou total da glândula tireoide.

Tis – Codificação usada no sistema TNM para especificar o carcinoma *in situ*.

TMO – Vide transplante de medula óssea.

TNM – Classificação dos Tumores Malignos – 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 do tumor primário em relação aos órgãos e sistemas do corpo humano, utilizando os códigos da CID-O.

Toracocentese – Punção de tórax, por agulha, para esvaziamento de derrame pleural ou para coleta de material para exame.

Toracotomia – Abertura da cavidade torácica para ter acesso exploratório da cavidade e dos órgãos internos.

Trabalhador (vide Empregado) – Pessoa com vínculo empregatício pelo regime CLT ou estatutário, aqueles com trabalho informal sem vínculo, pessoas cedidas, os residentes e por extensão os estagiários.

Trabalhos de Hércules – Doze penitências que teriam sido cumpridas por Hércules, um dos maiores heróis gregos. Todos os trabalhos tinham um grau grande de dificuldade e seguiam o mesmo modelo: Hércules era enviado para matar, subjugar ou buscar uma planta ou animal mágico para Euristeu (representante da deusa Hera).

Transplante alogênico – O transplante é dito alogênico quando a medula ou as células provêm de um outro indivíduo compatível. Pode ser um aparentado (especialmente irmãos) ou não aparentado.

Transplante autogênico – Aquele no qual o doador é irmão gêmeo univitelino (gêmeos idênticos), cujas medulas são geneticamente idênticas.

Transplante de medula óssea (TMO) – Modalidade terapêutica empregada nas neoplasias que acometem a medula óssea. No procedimento, a medula óssea é destruída e substituída por outra, obtida de doador compatível. Apesar da baixa frequência, por necessitar de complexa infraestrutura de apoio, constitui um grupo especial de tratamento e por sua relevância merece destaque no RHC.

Transplante sisgênico – Se o doador é irmão gêmeo univitelino (gêmeos idênticos), cujas medulas são geneticamente idênticas.

Traqueostomia – Abertura na parte anterior e inferior do pescoço, comunicando a traqueia 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 sequelas ou melhoria de sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Tratamento antineoplásico – É o tratamento específico para o câncer, ministrado com o objetivo de cura ou redução do tumor primário ou de suas metástases. Não são considerados os tratamentos sintomáticos, as complicações dos tratamentos, comorbidades ou complicações do próprio tumor.

Tratamento específico para o câncer – Tratamento direcionado ao tumor ou suas metástases com finalidade curativa total ou parcial.

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 com o uso de medicamentos, cuja classificação farmacológica – com base no mecanismo de ação, seja assim denominada. 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.

Treinamento do registrador – Conjunto de informações teóricas e práticas transmitidas no treinamento com o objetivo de capacitar o registrador para trabalhar no RHC. É necessário ter o domínio das atividades administrativas e da rotina do RHC.

Trígono – Região triangular compreendida entre as aberturas dos ureteres e orifício da uretra.

Tripsina – Marcador tumoral para tumor de pâncreas.

Trismo – Cerração involuntária da boca, devido à contração violenta dos músculos elevadores da mandíbula.

Trocarte – Instrumento pontudo usado com uma cânula para perfurar a parede de uma cavidade, na paracentese.

Tronco – A parte mais grossa do corpo do homem e dos outros animais, excluindo-se a cabeça e os membros. Engloba o tórax e o abdômen.

Tronco cerebral – Parte do sistema nervoso central que é constituída pelo cerebelo, a ponte de Varólio e a medula espinhal.

TSA (Timidilato Sintetase) – Marcador tumoral para câncer de cólon e reto.

Tubo digestivo – Composto pelos órgãos do aparelho digestivo por onde passa o alimento. São órgãos ocós 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). Significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida.

Tumor carcinoide – Tumor maligno de tecido glandular.

Tumor com áreas de diferenciação celular – Quando um mesmo tumor apresenta áreas que sejam classificadas em códigos morfológicos numericamente diferentes. Para fins de registro do caso, deve-se usar na classificação morfológica do tumor o código numericamente superior, por ser mais específico.

Tumor com diagnóstico clínico – Aqueles tumores dos quais não foi possível confirmar o diagnóstico por exame anatomo-patológico (por exame citológico ou histológico) e que foram considerados malignos com base no exame clínico, exames por imagem, endoscópicos ou exames laboratoriais, devendo ser classificados em relação à morfologia com o código M9990/3.

Tumor de Burkitt – Tipo especial de linfoma maligno indiferenciado, normalmente se manifesta como uma grande lesão osteolítica no maxilar ou como uma massa abdominal. Antígenos de células B são expressos nas células imaturas que constituem o tumor, em praticamente todos os casos de linfoma de Burkitt. O vírus Epstein-Barr (herpesvírus 4 humano) tem sido isolado de casos com linfoma de Burkitt na África e está implicado como agente causal nesses casos.

Tumor de Wilms – Também chamado de nefroblastoma, é o tumor renal maligno mais frequente na infância, curável na maioria dos casos. Trata-se de uma doença em que as células cancerosas são encontradas em determinadas partes dos rins. Normalmente, o tumor somente se desenvolve em um rim, mas, em um pequeno número de casos, pode atingir os dois rins.

Tumor de Plasmócito – Tumor de células plasmáticas, classificado em quatro códigos morfológicos: 9731/3 – Plasmócitos (osso), 9723/3 – Mieloma múltiplo (medula óssea), 9733/3 – Leucemia de plasmócitos (medula óssea) e o 9734/3 – extramedular (exceto osso). Vide mieloma múltiplo e plasmocitoma.

Tumor do adolescente – Aquele que acomete pacientes que à data do diagnóstico têm idade entre quinze e dezenove anos (dezoito anos, onze meses e trinta dias).

Tumor germinativo – O tumor que se desenvolve a partir das células primitivas das gônadas (órgão precursor dos ovários e testículos sexualmente indiferenciados).

Tumor maligno (câncer) – Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum a proliferação celular desordenada (maligno) de células que invadem os tecidos e a capacidade de disseminação a distância (metástase) para outras regiões do corpo, tendendo a ser muito agressivas e incontroláveis.

Tumor metastático – Duas características diferenciam os diversos tipos de câncer entre si: a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes. Os tumores secundários (metástases) do tumor primário são implantes de células tumorais do tumor primário a distância, geralmente disseminadas por via sanguínea, linfática, pelo liquor ou intracavitária, com igual capacidade de proliferação e disseminação.

Tumor multicêntrico – O tumor múltiplo, com o mesmo tipo morfológico que, por sua natureza, se manifesta com o aparecimento simultâneo em vários locais do organismo.

Tumor multifocal – São tumores 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 e todas as fichas de um mesmo paciente devem ter o mesmo número de registro, pois esse número é único por paciente. Como regra geral, e se não houver evidência

em contrário, considera-se como tumor primário múltiplo, se os três primeiros dígitos que caracterizam o tipo histológico dos tumores são diferentes. Esta regra não se aplica aos 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 outra classificação específica.

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 pacientes que, à data do diagnóstico, têm 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. Constituem exceção a esta orientação o câncer de bexiga, com tipo histológico carcinoma de células transicionais, SOE (M-8120); o carcinoma schneideriano (M-8121); o 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, os quais são considerados como recidiva.

Tumor primário desconhecido – Os casos de câncer nos quais não é possível determinar com precisão o local onde o tumor iniciou, devido ao diagnóstico ter sido feito por metástase. Usa-se o código C80.9 (localização primária desconhecida) para cadastro da topografia.

Tumor primário múltiplo – Corresponde aos casos nos quais mais de um tumor primário ocorre. Sua correta caracterização é muito importante, pois podem ser simultâneos ou não, estarem localizados em diferentes localizações de um mesmo órgão ou em diferentes órgãos e serem constituídos pela mesma histologia ou não.

Tumor secundário – Vide tumor metastático.

Tumor sem exame microscópico – O tumor cujo diagnóstico foi feito em bases clínicas, devendo ser codificado para morfologia com o código M9990/3.

Tumor com exame microscópico desconhecido – O tumor com diagnóstico estabelecido por exame histopatológico, mas cujo laudo com especificação da morfologia foi perdido ou é desconhecido. Deve ser codificado com M8000/3 para morfologia.

Tumor simultâneo (sincrônicos) – Assim considerados aqueles tumores que aparecem ao mesmo tempo, diagnosticados com intervalo de até dois meses.

Tumor sincrônicos – Vide tumor simultâneos.

Tumor único – Aquele que acomete apenas uma localização topográfica ou o tumor que, mesmo acometendo mais de uma topografia, tenha um mesmo tipo histológico e seja considerado tumor multicêntrico. Se, por crescimento, a lesão tumoral ultrapassar os limites do sítio primário, ela continuará a ser considerada como tumor único. Um mesmo tumor, ainda que apresente áreas de diferenciação celular, deve ser considerado como tumor único.

Tumorectomia – Cirurgia para retirada da massa tumoral.

TTO – Sigla encontrada nos prontuários para indicar que em razão do estágio avançado da doença e ao julgamento de não haver mais benefício real em aplicar recursos terapêuticos com objetivo de cura ou controle da doença, optou-se pelo Término do Tratamento Oncológico (vide FPT).

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 vinculado à Organização Mundial da Saúde, responsável pela elaboração do sistema TNM para estadiamento de tumores.

Ultrassom (ultrassom) – Emissão de frequência vibratória acima da faixa de audição (som). É utilizada para fins de diagnóstico ou terapêutica.

Ultrassom diagnóstico – Os aparelhos de ultrassom, em geral, utilizam uma frequência variada, dependendo do tipo de transdutor, de 2 até 14 Mhz, emitindo através de uma fonte de cristal (piezoelétrico), que fica em contato com a pele, e recebendo os ecos gerados, que são interpretados por computação gráfica. Quanto maior a frequência emitida, maior a resolução obtida da imagem.

Ultrassonografia – Método diagnóstico que aproveita o eco produzido pelo som para visualizar em tempo real as reflexões produzidas pelas estruturas e órgãos do organismo. Conforme a densidade e composição das estruturas, a atenuação e mudança de fase dos sinais emitidos variam, sendo possível a tradução em uma escala de cinza, que formará a imagem dos órgãos internos. Vide ultrassom diagnóstico. Por não utilizar radiação ionizante, como na radiografia e na tomografia computadorizada, é um método inócuo, barato e ideal para avaliar gestantes e mulheres em idade procriativa.

Ultrassonografia (exame de ultrassom) – Tipo de exame de imagem realizado com o emprego de equipamentos com emissão e captação de ultrassom (emissão não ionizante). Seu uso é particularmente frequente na avaliação da cavidade abdominal e no comprometimento axilar do câncer de mama.

UNACON – Unidade hospitalar que possui condição técnica, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou, então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica.

União Internacional Contra o Câncer – Vide UICC.

Unidades de Assistência de Alta Complexidade – O tratamento do câncer no serviço público de saúde é realizado por um sistema hierarquizado, composto por hospitais especializados, hospitais gerais com serviço de oncologia credenciados pelos gestores locais e habilitados pelo Ministério da Saúde, como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e serviços isolados de radioterapia e serviços isolados de quimioterapia. Vide UNACON e CACON.

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.

Univariada – Vide análise univariada.

Úria – Sufixo relativo à urina.

US – Vide ultrassonografia.

Uso de codificações – Realizado com a finalidade de uniformizar os dados e possibilitar o resgate, a tabulação e a comparação de dados. Devem-se adotar as classificações e as orientações preconizadas internacionalmente.

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 pela da vagina.

Úvula – Apêndice cônico do véu palatino, situado na parte posterior da boca; campainha. Vulgarmente chamado de campainha.

V

Validação – Ato ou efeito de validar ou tornar válido. Legitimação do ato, para que se torne eficaz ou produza o efeito de direito. Assegurar que os dados são verdadeiros.

Validação do banco de dados – Etapa complementar à atividade de cadastro de casos e sua inclusão nos bancos de dados. Deve ser realizada após a verificação da inclusão de todos os dados. É constituída por uma série de verificações com o objetivo de reduzir substancialmente a possibilidade de erros e assegurar que os dados são verdadeiros e que podem ser liberados para consultas. Vide verificação dos dados.

Valor normal – Vide valor de referência.

Valor – Pontos positivos de um grupo de pessoas ou serviço e que devem ser reforçados.

Valor de referência (valor normal) – Utilizado para comparação com os dados obtidos em exames laboratoriais. Corresponde aos valores encontrados na população sadia, que não apresente a doença ou alteração em estudo, quando se testa um determinado exame. Antigamente era chamado de valor normal.

Ventral – Oposto a dorsal. Relativo ou pertencente ao ventre.

Verificação dos dados – Processo executado ao concluir a entrada de informações no banco de dados, deverá ser executada por meio de uma série de verificações desses 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. Após esta etapa, deve-se proceder à validação do banco de dados. Vide validação do banco de dados.

Vermelhão do lábio – Parte do lábio constituída pela mucosa labial. Classificada com o código C00.0 para o lábio superior, C00.1 para o lábio inferior ou C00.2 lábio externo.

Vias biliares – Conduitos intra-hepáticos responsáveis pelo transporte da bile até a vesícula biliar.

Visão estratégica – Cenário que se acredita será verdadeiro no futuro. Em geral, são utilizados os prazos de cinco, dez e quinze anos.

VMA – Vide ácido vanil-mandélico.

X

X (TNM) – Usado para preencher o campo da CID, CID-O e TNM, quando não se dispõe da informação.

X (raios) – Os raios X são emissões eletromagnéticas de natureza semelhante à luz visível. Foi descoberto por Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), que assim o chamou, e quem fez a primeira radiografia da história. Na medicina, os raios X são utilizados nas análises das condições dos órgãos internos e na pesquisa de fraturas. Com finalidades terapêuticas, os raios X são empregados com uma irradiação aproximada de cinco mil a sete mil Rads, sobre pequenas áreas do corpo, por pequeno período de tempo.

W

Whitmore-Jewett – Classificação para estadiamento dos tumores de próstata.

WHO (World Health Organization) – Vide Organização Mundial da Saúde.

Wilms (tumor de) – Vide Tumor de Wilms.

Wirsung – Canal que traz o suco pancreático do pâncreas para o intestino.

Work formulation – Classificação para estadiamento das leucemias.

Z

Zubrod – Vide índice de Zubrod.

Zetaplastia – Técnica cirúrgica empregada em cirurgia plástica e dermatológica. Muito usada para reparação estética após a retirada de lesões malignas de pele.

Zeus – Deus mais importante da mitologia grega, o governante de todos os deuses e habitante do monte Olimpo. Inspirou-nos durante a elaboração deste manual e, em especial, do glossário, que constituiu um trabalho dito hercúleo. Vide trabalhos de Hércules.

Zona – Vide zoster.

Zoster (zona) – Doença inflamatória aguda dos gânglios e nervos medulares, causada pelo herpes zoster, caracterizada por erupção de grupos de pequenas vesículas sobre a base inflamada, geralmente em forma de cinta e unilateral, acompanhada de dores nevralgias, nas regiões cutâneas onde se situam as ramificações dos troncos de nervos afetados. Também chamada de herpes zoster, cobrelo, cobreiro e zona.

ANEXOS

A seguir estão reproduzidos os modelos de fichas e as portarias MS/GM N° 2.439, de 8 de dezembro de 2005, e a Portaria N° 741 de 19 de dezembro de 2005, que tratam, respectivamente, da Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos e da necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica.

Os trechos de interesse direto dos Registros de Câncer foram assinalados em negrito, para chamar à atenção.

ANEXO 1 - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

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

34 - 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

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
- 2- Remissão parcial
- 3- Doença estável
- 4- Doença em progressão
- 5- Suporte terapêutico oncológico
- 6- Óbito
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

37 - ÓBITO POR CÂNCER

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO

- 1- Sim
- 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

- 1- Sim
- 2- Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

 ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1- Solteiro
- 2- Casado
- 3- Viúvo
- 4- Separado judicialmente
- 5- União consensual
- 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS
- 2- Não SUS
- 3- Veio por conta própria
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - 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
- 5- Marcadores tumorais
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

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

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não
- 2- Sim
- 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

 ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3

ANEXO 2 - FICHA DE SEGUIMENTO

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUMOR

Estes itens serão importados diretamente da ficha de registro de tumor correspondente.

ACOMPANHAMENTO DE TUMORES

Nas versões anteriores da ficha, existia um quadro no qual a primeira linha era preenchida com as informações do tumor em análise e as demais com os outros tumores que o paciente apresentasse, para que fosse possível identificar outros tumores durante o seguimento. Essa tarefa agora é realizada pelo sistema informatizado de apoio aos RHC (SisRHC). Assim, deve ser preenchido apenas com as informações do tumor que está sendo avaliado.

Se o tumor for único, haverá uma única ficha de seguimento; se for múltiplo, haverá tantas fichas quantos forem os tumores primários, considerando-se as exceções e os tumores .

O número do tumor será atribuído diretamente pelo SisRHC.

A data do primeiro diagnóstico corresponde ao item 22 da Ficha de Registro de Tumor.

A localização do tumor primário é proveniente do item 25 da ficha de registro de tumor.

O tipo histológico será importado do item 26 da Ficha de Registro de Tumor.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

Na Ficha de Seguimento existe um quadro sumário no qual serão anotados os códigos correspondentes às informações de seguimento coletadas para cada tumor. São informações referentes à fonte das informações, às datas de referência, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente, ao tratamento realizado e à ocorrência de metástases e recidivas da doença.

OBSERVAÇÃO RELEVANTE RELACIONADA AO SEGUIMENTO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO

Este é um campo alfanumérico de texto livre a ser utilizado para o cadastro de qualquer informação julgada importante para melhor avaliação do caso ou para lembrar algo em uma avaliação futura.

ANEXO 3 - PORTARIA GM/MS Nº 2.439, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA MS/GM Nº 2.439, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-1

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

Considerando o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;

Considerando a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

I - desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Polos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4º Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 4 - PORTARIA MS Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS;

Considerando a necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica;

Considerando a determinação de conceituar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contrarreferência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de garantir, de forma complementar e, por decisão e regulação do respectivo Gestor do SUS, o acesso a consultas e exames para o diagnóstico diferencial do câncer nas Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população a assistência oncológica; e

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica; resolve:

Art. 1o - Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades:

§1º - Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades hospitalares, compostas pelos serviços discriminados no Art. 2º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§2º - Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Esses centros hospitalares, compostos pelos serviços discriminados no Art. 3º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§3º - Entende-se por Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia um CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos:

I. ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004;

II. ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros:

01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais

02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais

03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais

04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais

05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais;

III. participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;

IV. ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

V. ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

VI. subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; e

VII. participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

Art. 2º - As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos:

I. Serviço de Cirurgia Oncológica;

II. Serviço de Oncologia Clínica;

III. Serviço de Radioterapia;

IV. Serviço de Hematologia;

V. Serviço de Oncologia Pediátrica.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com, no mínimo, Serviço de Cirurgia Oncológica e Serviço de Oncologia Clínica, para o que precisa de:

a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos subitens 4.1, 4.2, 4.3.1 e 4.3.2 do Anexo I;

b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§2º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Hematologia ou um hospital geral com Serviço de Hematologia estruturado podem ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, para o que precisa de:

a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos subitens 4.1, 4.2 e 4.3.4 do Anexo I;

b) comprometer-se formalmente com o atendimento hospitalar e ambulatorial de casos de todos os tipos de hemopatias malignas, inclusive Leucemias Agudas; e

c) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§3º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Pediatria pode ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas de crianças/adolescentes, para o que precisa de:

a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos subitens 4.1, 4.2, 4.3.4 e 4.3.5 do Anexo I; e

b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§4º - Poderá ser autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, a partir da solicitação do respectivo Gestor do SUS, com base no planejamento da rede regionalizada de atenção oncológica e sob regulação do Gestor, a realização de cirurgias oncológicas em Hospitais Gerais, pelo prazo de doze meses, desde que:

a) atuem de forma complementar às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e aos CACON;

b) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;

c) atenda os respectivos requisitos especificados nos subitens 4.1, 4.2 e 4.3.1 do Anexo I;

d) esteja vinculado, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos; e

e) estabeleça em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Oncologia Clínica, Radioterapia e, se indisponíveis na própria estrutura hospitalar, Cuidados Paliativos.

f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos sejam cumpridos.

Art. 3º - Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem prestar atendimento em todos os serviços abaixo descritos:

I. Serviço de Cirurgia Oncológica;

II. Serviço de Oncologia Clínica;

III. Serviço de Radioterapia; e

IV. Serviço de Hematologia.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com atendimento em todos os serviços descritos acima e atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, quais sejam o §2º do Art. 1º, o subitem 4.4 e os itens 5 e 6 do Anexo I.

§2º - Além desses serviços, o hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia poderá, de acordo com a necessidade estabelecida pelo respectivo Gestor do SUS, contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica.

Art. 4º - Nenhum Serviço constante dos artigos 2º e 3º, acima, será credenciado isoladamente.

§1º - Os serviços credenciados à data da publicação desta Portaria, como isolados de radioterapia e/ou de quimioterapia, poderão manter o credenciamento, pelo prazo de doze meses, desde que:

a) seja julgado necessário pelo respectivo Gestor do SUS e possuam autorização específica da Secretaria de Atenção à Saúde;

b) atuem de forma complementar, atendendo, exclusivamente, pacientes encaminhados sob autorização e regulação do respectivo Gestor do SUS;

c) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;

d) cumpram os requisitos das respectivas normas de credenciamento constantes do Anexo II desta Portaria; e

e) estejam vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos.

f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos se mantenham.

§2º - Para os serviços isolados já credenciados ao SUS, localizados em hospitais que, no mínimo possam ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, deverão ser adotadas medidas de adequação a esta Portaria, nesse sentido, no prazo máximo de doze meses.

Art. 5º - Estabelecer que as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia implantem, em doze meses a partir da publicação desta Portaria, o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado, se inexistente no hospital.

Parágrafo Único - Arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados deverão, no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, ser encaminhados para o Instituto Nacional de Câncer, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica.

Art. 6º - Disponibilizar no Anexo III desta Portaria os parâmetros de distribuição demográfica e de produção das Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia e os indicadores de avaliação dos serviços de alta complexidade prestados, para o planejamento e organização da atenção oncológica em rede.

Art. 7º - Estabelecer que na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS no Anexo III desta Portaria:

I. população a ser atendida;

II. necessidade de cobertura assistencial;

III. mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência;

IV. capacidade técnica e operacional dos serviços;

V. série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; e

VI. integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares – que compõem a rede de atenção oncológica no estado.

Art. 8º - Determinar à Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada, que, em articulação com o Instituto Nacional do Câncer – INCA, seja formalizado um grupo técnico de assessoramento aos Estados e Municípios para o planejamento, avaliação e aprovação da rede de atenção oncológica dos Estados, inclusive com a atribuição de auxiliar as secretarias de saúde nesse planejamento.

Parágrafo Único – O grupo técnico de que trata este artigo deverá contar com representantes do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Art. 9º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no inciso VI do Art. 7º, acima.

Art. 10 - Na situação de ausência de prestação de serviço de alta complexidade oncológica em sua área de gestão, o respectivo Gestor do SUS deverá garantir, através dos mecanismos de regulação, o acesso da população ao atendimento integral.

Art. 11 - As Secretarias de Estado da Saúde encaminharão a relação dos Centros de Referência, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde / MS, ficando a autorização a cargo desta.

Parágrafo Único - Preferencialmente, deverão ser autorizados como Centros de Referência os hospitais públicos, filantrópicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos, nesta ordem.

Art. 12 - O Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alta Complexidade e do Instituto Nacional de Câncer, que é o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia do Ministério da Saúde, deverá adotar medidas para articular e integrar tecnicamente, os Centros de Referência.

Parágrafo Único – O CONSINCA – Conselho Consultivo do INCA é o órgão de apoio técnico na execução das ações desta Portaria.

Art. 13 - A integração hierarquizada das unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais em oncologia deve ser articulada pelo respectivo Gestor do SUS, conforme a rede de atenção planejada.

Art. 14 - As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art. 15 - As Unidades e os Centros de Assistência e os Centros de Referência que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta Portaria serão desabilitados pela SAS.

Art. 16 - Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais.

Art. 17 - Aprovar, na forma de anexos a esta Portaria, o que se segue:

Anexo I: "Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia";

Anexo II: "Normas para Manutenção do Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia";

Anexo III: "Parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para organização da Atenção Oncológica em rede";

Anexo IV: "Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia"; e

Anexo V: "Formulário de Vistoria do Gestor para Manutenção de Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia".

Art. 18 - Estabelecer que todos os estabelecimentos de saúde que tenham sido credenciados em conformidade com portarias anteriores deverão ser credenciados novamente de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

§1º - O prazo para o credenciamento dos serviços de que trata o caput deste Artigo é de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria;

§2º - Os serviços que, findo prazo estabelecido no §1º, acima, não obtiverem o credenciamento, serão excluídos do sistema.

Art. 19 - Estabelecer que, no prazo de 12 (doze) meses da publicação desta Portaria, a Secretaria de Atenção à Saúde publique e divulgue as Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica que deverão ser elaboradas sob coordenação do INCA, que contemplem as neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, a serem observadas pelas Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Parágrafo Único - As Diretrizes Nacionais publicadas devem ser atualizadas, pelo menos, a cada 04 (quatro) anos.

Art. 20 - Esta Portaria revoga a Portaria SAS/MS nº 113, de 31 de março de 1999, e entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Secretário

Portaria 741 ANEXO I

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES E CENTROS DE ASSISTÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

1. Conceitos e Definições:

Entende-se por credenciamento de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o ato do respectivo Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS de contratar para que preste serviços de média e alta complexidade ao SUS o hospital cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que, respectivamente, tenha o perfil definido nos §1º e §2º do Artigo 1º e, também respectivamente, cumpra as exigências constantes nos Artigos 2º e 3º, desta Portaria.

Entende-se por habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo Gestor Estadual do SUS.

Entende-se por autorização para atuar como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia o licenciamento pelo Ministério da Saúde do CACON que cumpra as exigências constantes no §3º do Art.1º e no Art. 3º, desta Portaria, indicado pelo respectivo Gestor Estadual do SUS.

Entende-se por autorização para a prestação de procedimentos de cirurgia oncológica o licenciamento pelo Ministério da Saúde do estabelecimento de saúde que cumpra as respectivas exigências constantes desta Portaria, indicado pelo respectivo Gestor do SUS.

2. Processo de credenciamento e habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e de CACON:

2.1. O processo de credenciamento de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de CACON inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo Gestor do SUS, da esfera municipal (municípios em gestão plena) ou estadual, ou por proposta desse Gestor ao estabelecimento, devendo estar compatível com as Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica.

2.2. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada na fase de planejamento (estimativa de necessidade em base populacional e distribuição geográfica) da rede de assistência de alta complexidade em oncologia, se atendidos a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento exarados nesta Portaria e seus Anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a sequência do processo.

2.3. O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria de Estado da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2002.

2.4. O processo de credenciamento, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a- Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

b- Formulário de Vistoria preenchido pelo respectivo Gestor do SUS, incluindo o Termo de Compromisso relativo ao número de consultas ambulatoriais e de exames ofertados ao SUS, para utilização quando julgada necessária e sob acesso regulado pelo Gestor: 250 consultas especializadas/mês, 100 exames de ultrassonografia/mês, 50 endoscopias/mês (colonoscopia e retossigmoidoscopia) e 100 exames de anatomia patológica/mês;

c- Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo;

d- Relatório de vistoria realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da Unidade.

e- Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Unidade ou CACON à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes;

f- Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade ou CACON, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital.

2.5 Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento /habilitação pelo (s) Gestor (es) do SUS e se este for favorável, o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

2.6 A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral da Alta Complexidade Ambulatorial, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde o formulário de vistoria devidamente preenchido e assinado pelo Secretário de Estado da Saúde.

2.7 O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde. A habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

2.8 Caso a avaliação do credenciamento /habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

2.9 O Ministério da Saúde encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde o relatório da Vistoria para conhecimento, manifestação e providências, e posterior deliberação pela Comissão Intergestores Biparte da Unidade Federada, em caso de pendências.

3. Processo de indicação e autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia:

3.1. O Gestor Estadual do SUS, baseado no §3º do Art. 1º e nos artigos 7º, 10º e 11º desta Portaria, indicará o(s) Centro(s) de Referência dentre os CACON que lhe é(são) afeto(s);

3.2. O Gestor Estadual do SUS solicitará a manifestação de aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a indicação do(s) Centro(s) de Referência;

3.3. O Gestor Estadual do SUS deverá encaminhar a indicação do (s) Centro (s) de Referência, devidamente instruída e formalizada, para análise à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que a avaliará e decidirá quanto a sua adequação;

3.4. A indicação será avaliada pela Coordenação-Geral de Alta Complexidade/DAE/SAS/MS, com o apoio técnico do Instituto Nacional de Câncer;

3.5. Caso o julgamento seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde tomará as providências necessárias para a publicação da autorização do Centro de Referência.

4. Instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços de alta complexidade em oncologia pelas Unidades e CACON:

4.1. Disposições Gerais:

a) Para o credenciamento, os hospitais deverão apresentar Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar;

a1) a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos estabelecimentos de saúde devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la.

a2) o hospital deve ainda atender à RDC Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

b) Os hospitais a serem credenciados como Unidades ou Centros de Assistência, autorizadas(os) ou não como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, devem integrar o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado e participar dos programas de intercâmbio técnico-científico da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde ou Ministério da Saúde;

Nota: Como intercâmbio técnico-científico deve-se também considerar o desenvolvimento ou participação na prevenção e detecção precoce do câncer, de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Estado ou Município.

c) Adesão à Política Nacional de Humanização e a melhoria de qualidade da assistência, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

d) O hospital, para ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, CACON ou Centro de Referência, deve ter em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

e) É indispensável ao hospital possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação - de rotina e de urgência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de Arquivo Médico. São informações mínimas e indispensáveis do prontuário, devidamente assinadas pelo(s) respectivo(s) profissional(ais) responsável(eis):

- e1) identificação do paciente;
- e2) histórico clínico e exame físico;
- e3) exames complementares;
- e4) diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação;
- e5) estadiamento pelo Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos/UICC ou, no caso de neoplasia maligna não incluída neste, por outro sistema de classificação.
- e6) planejamento terapêutico global;
- e7) indicação de procedimento cirúrgico diagnóstico;
- e8) ficha anestésica;
- e9) descrição de ato cirúrgico, em ficha específica contendo: identificação da equipe, descrição cirúrgica e os materiais usados;
- e10) descrição da evolução do caso;
- e11) sumário(s) de alta hospitalar;
- e12) ficha de registro de infecção hospitalar;

e13) evolução e seguimento ambulatorial

e14) documentos de referência e contrarreferência;

e15) o plano de cuidados paliativos repassado, quando do encaminhamento de doentes para esses cuidados em outros estabelecimentos de saúde; orientações técnicas dadas a distância; e atendimentos a doentes contrarreferidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e

e16) cópia do laudo de emissão de Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da APAC-formulário, e cópia do laudo de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da AIH-formulário.

f) Possuir condutas de diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, observando as diretrizes nacionais, do Ministério da Saúde, e integrando as respectivas modalidades do tratamento oncológico, assinadas pelo(s) responsável(eis) técnico(s) do(s) respectivo(s) Serviço(s) e atualizadas a cada 04 (quatro) anos.

g) As Unidades e Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer, disponível na página do INCA <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> ou de acordo com as disposições da Secretaria de Saúde do estado onde estiver localizado.

h) As Unidades e Centros devem oferecer, obrigatoriamente e conforme os parâmetros e disposições estabelecidos no Anexo III desta Portaria, todos os procedimentos de média e alta complexidade compatíveis com os respectivos serviços relacionados e o acompanhamento dos doentes tratados.

4.2. Estrutura física e funcional mínima para serviços hospitalares gerais em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:

AMBULATÓRIO - Assistência ambulatorial em:

a) clínica médica e/ou pediátrica; e

b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

PRONTO-ATENDIMENTO que funcione nas 24 horas, para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO – Todos as seguintes modalidades de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação – de rotina e de urgência:

- Endoscopia com capacidade para realizar os seguintes procedimentos:

a) endoscopia digestiva alta;

b) retossigmoidoscopia e colonoscopia;

c) endoscopia urológica;

- d) laringoscopia;
- e) mediastinosocópia, pleurosocópia e broncoscopia.

Nota: Os exames descritos nas alíneas "d" e "e" são obrigatórios nas Unidades que atendam, respectivamente, as especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia torácica, conforme item 4.3.1. Nas demais unidades esses exames podem ser realizados em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada.

- Laparoscopia.

- Laboratório de Patologia Clínica, que deve participar de Programa de Controle de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:

- a) bioquímica;
- b) hematologia geral;
- c) citologia de líquidos e líquido;
- d) parasitologia;
- e) bacteriologia e antibiograma;
- f) gasometria arterial;
- g) imunologia geral; e

h) dosagem de hormônios e outros marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (BhCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (aFP).

Nota: Os exames descritos nas alíneas "g" e "h" podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia são dispensados de oferecer exames de BhCG, PSA e aFP; e os hospitais exclusivos de Pediatria são dispensados de oferecer exame de PSA.

- Diagnóstico por imagem – exames de:

- a) radiologia convencional;
- b) mamografia;
- c) ultrassonografia com doppler colorido;
- d) tomografia computadorizada;
- e) ressonância magnética; e
- f) medicina nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas vigentes.

Nota: Os exames descritos nas alíneas "d", "e" e "f" podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia ou de Pediatria são dispensados de oferecer exames de mamografia.

- Laboratório de Anatomia Patológica, que deve participar de Programa de Monitoramento de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:

- a) citologia;
- b) histologia;
- c) biópsia de congelação;
- d) imunohistoquímica de neoplasias malignas; e
- e) determinação de receptores tumorais mamários para estrogênios e progesterona.

Nota: Os exames descritos nas alíneas "a", "b", "d" e "e" podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia ou de Pediatria são dispensados de oferecer exames de determinação de receptores tumorais mamários para estrogênios e progesterona. O exame descrito na alínea "c", obrigatoriamente, deverá ser oferecido dentro da estrutura hospitalar.

ENFERMARIAS – Assistência de internação em:

- a) clínica médica e/ou pediátrica; e
- b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

CENTRO-CIRÚRGICO – com todos os atributos e equipamentos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral e compatível com as respectivas especialidades cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – De acordo com a legislação vigente e compatível com as respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.

HEMOTERAPIA disponível nas 24h do dia, por Agência Transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC nº 153/2004, da ANVISA ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

FARMÁCIA HOSPITALAR que deverá obedecer às normas vigentes.

APOIO MULTIDISCIPLINAR - atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação - de rotina e de urgência -, nas seguintes áreas:

- a) psicologia clínica;
- b) serviço social;
- c) nutrição;
- d) cuidados de ostomizados;
- e) fisioterapia;
- f) reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades;
- g) odontologia;
- h) psiquiatria; e

i) terapia renal substitutiva.

Nota: A assistência em odontologia e/ou psiquiatria pode, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, ser realizada em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade; a terapia renal substitutiva pode ser realizada em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que, no segundo caso, a referência, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

IODOTERAPIA – quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, de acordo com a demanda local e regional, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON ele exigirá o atendimento médico nuclear em iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireoide.

TRANSPLANTES – deverá ser garantido acesso a transplante de células-tronco hematopoéticas e de órgãos sólidos, quando indicado, que pode ser realizado no próprio hospital, se devidamente credenciado e habilitado para tal, ou formalizado com outros estabelecimentos de saúde em conformidade com a regulação do Sistema Nacional de Transplantes.

CUIDADOS PALIATIVOS - conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de:

- a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos);
- b) internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor);
- c) internações de longa permanência; e
- d) assistência domiciliar.

Para fins de credenciamento de hospitais como Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os cuidados paliativos dos respectivos doentes devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que:

- a) a rede seja formalizada pelo respectivo Gestor do SUS na área de abrangência da Unidade ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia;
- b) cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;
- c) a referência entre os serviços seja feita em conjunto e sob regulação do respectivo Gestor do SUS;
- d) os doentes sejam encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;

e) as Unidades e CACON ofereçam suporte a distância e assumam a responsabilidade pelo atendimento de doentes contrarreferidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e

f) as Unidades e CACON ofereçam em conjunto com o respectivo Gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.

Nota: Os Cuidados Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área.

4.3. Estrutura física e funcional mínima e recursos humanos para serviços hospitalares específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:

4.3.1. - SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA - deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1 e 4.2 deste Anexo, e:

a) realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de tumores mais prevalentes no Brasil;

b) contar com cirurgiões em suas respectivas especialidades, com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, nas seguintes áreas:

b1) cancerologia cirúrgica

b2) cirurgia geral/coloproctologia;

b3) ginecologia/mastologia;

b4) urologia;

b5) cirurgia de cabeça e pescoço;

b6) cirurgia pediátrica;

b7) cirurgia plástica;

b8) cirurgia torácica;

b9) neurocirurgia;

b10) oftalmologia; e

b11) ortopedia;

Nota 1: Para autorização da realização de cirurgias oncológicas em Hospitais Gerais será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b2), b3) e b4). Para credenciamento Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b1), b2), b3) e b4).

Nota 2: Para o hospital ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b2) cirurgia geral e b6).

Nota 3: Para o credenciamento de hospital exclusivo de Pediatria como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia será exigido, no mínimo, o atendimento na área descrita no item b6).

Nota 4: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica e Cirurgia Plástica.

Nota 5: Sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, a assistência em Oftalmologia pode ser oferecida em outro estabelecimento de saúde; e a assistência em Ortopedia e em Neurocirurgia pode ser oferecida por meio da articulação formal da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Unidade de Assistência ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia ou em Neurocirurgia, conforme a portaria SAS No 95, de 16 de fevereiro de 2005 e a portaria SAS que regulamenta a assistência de alta complexidade em neurocirurgia.

c) ter um responsável técnico médico, habilitado em Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Cirurgia de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe cirúrgica de outro estabelecimento credenciado no SUS;

d) os demais cirurgiões do serviço de cirurgia oncológica também deverão, no prazo máximo de 02 (dois) anos, comprovar habilitação em Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica;

e) contar com médicos especialistas em Anestesiologia, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; e

f) possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do Serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

f1) planejamento terapêutico cirúrgico;

f2) ficha própria para descrição do ato anestésico;

f3) ficha própria para descrição de ato operatório, contendo: Identificação da equipe, descrição cirúrgica, materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento de implantes; e

f4) procedimentos de enfermagem.

4.3.2. - SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA - deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 deste Anexo, e:

a) ter um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser habilitados em Cancerologia/Cancerologia Clínica; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Oncologia Clínica de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de oncologia clínica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

b) garantir que, durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um médico oncologista clínico;

c) registrar em prontuário as informações sobre a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida;

d) apresentar rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem; armazenamento, controle e preparo de quimioterápicos e soluções; procedimentos de biossegurança; acondicionamento e eliminação de resíduos de quimioterapia; e manutenção de equipamentos;

e) contar com uma central de quimioterapia para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis; e

f) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

4.3.3. SERVIÇO DE RADIOTERAPIA – deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2, 4.3.1 e 4.3.2 deste Anexo, e:

a) ter como responsável técnico pelo Serviço um médico especialista em Radioterapia, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Radioterapia de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe radioterápica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

b) ter como responsável técnico pelo setor de Física Médica um físico especialista com qualificação reconhecida pela CNEN, sendo que ele pode assumir a responsabilidade técnica pelo setor de física médica do Serviço de Radioterapia de uma única Unidade ou de um único CACON,

devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de física médica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

c) contar com equipe composta pelos seguintes profissionais: médico(s) especialista(s) em Radioterapia com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; físico(s); técnico(s) de radioterapia – conforme os quantitativos estabelecidos pela ANVISA para esses três profissionais -; enfermeiro(s); e técnico(s) de enfermagem;

d) garantir, durante todo o período de funcionamento do Serviço, a presença de pelo menos um médico radioterapeuta e, no caso dos serviços com braquiterapia de alta taxa e média taxa de dose, também de pelo menos um físico, durante todo o turno de utilização dos equipamentos e fontes radioativas. Nos serviços que dispõem de braquiterapia de baixa taxa de dose manual deve haver um sistema de sobreaviso para um radioterapeuta e para um físico durante o período de utilização das fontes radioativas fora do horário de funcionamento do serviço;

e) registrar em prontuário, por meio de ficha técnica, as seguintes informações sobre a radioterapia:

- e1) planejamento radioterápico global;
- e2) equipamento utilizado;
- e3) datas de início e término da radioterapia;
- e4) dose total de radiação;
- e5) dose diária de radiação;
- e6) doses por campo de radiação;
- e7) número de campos por área irradiada;
- e8) tipo e energia do feixe de radiação;
- e9) dimensões do(s) campo(s); e
- e10) tempo de tratamento (unidade de Co60) ou unidades de monitor (acelerador linear).

f) ter rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo responsável do Serviço e de cada um de seus setores, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- f1) procedimentos médicos e de física médica;
- f2) procedimentos de enfermagem;
- f3) planejamento radioterápico;
- f4) padrões de manipulação de fontes radioativas;
- f5) padrões de preparo de moldes e máscaras;
- f6) controle e atendimento de intercorrências e de internação;
- f7) procedimentos de biossegurança;

f8) manutenção de materiais e equipamentos; e

f9) procedimentos de controle de qualidade para os diferentes equipamentos.

g) manter em plenas condições de funcionamento os seguintes equipamentos:

g1) que permitam a simulação do tratamento: aparelho de raios-X, simulador, tomógrafo ou o próprio equipamento de megavoltagem;

g2) de megavoltagem para teleterapia profunda: unidade de Co60 e/ou acelerador linear;

g3) para teleterapia superficial: aparelho de raios-X (ortovoltagem) e/ou acelerador linear com feixe de elétrons;

Nota: Caso a teleterapia superficial não seja disponibilizada na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitem desse procedimento.

g4) de braquiterapia de baixa, média ou alta taxa de dose.

Nota: Caso a braquiterapia não seja disponibilizada na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitem desse procedimento. Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá a realização de braquiterapia.

h) atender à norma CNEN-NE 3.06/90 – requisitos de radioproteção e segurança para serviços de radioterapia, e as normas da RDC da ANVISA a ser publicada.

4.3.4. - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA - com a missão de diagnosticar e tratar as hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1 e 4.2 deste Anexo, e ter a mais:

a) quarto(s) com leito de isolamento para crianças/adolescentes e, a menos que o hospital seja exclusivo de pediatria, para adultos;

b) sala (no ambulatório ou em enfermaria) para pequenos procedimentos;

c) sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico e de medula óssea;

d) exames especiais: micologia, virologia, imunoeletroforese de proteínas, B2microglobulina, dosagem sérica de metotrexato e ciclosporina, imunofenotipagem de hemopatias malignas e citogenética;

Nota: Os exames de imunofenotipagem e de citogenética podem ser realizados em serviços instalados fora da estrutura ambulatório-hospitalar da Unidade.

e) Serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas, que pode estar instalado dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada;

f) um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os demais médicos integrantes da equipe devem ser habilitados em Hematologia; a habilitação deve ser comprovada por registro no

cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Hematologia de uma única Unidade ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de hematologia de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

g) registro em prontuário das informações sobre o diagnóstico hematológico e a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida; e, quando for o caso, encaminhamento para os estabelecimentos referenciais em radioterapia e cuidados paliativos;

h) rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem, e manutenção de equipamentos.

i) contar com uma central de quimioterapia, que pode ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica, para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis;

Nota 1: A sala de aplicação da quimioterapia de adultos poderá ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica e a de crianças/adolescentes, a mesma do Serviço de Oncologia Pediátrica.

Nota 2: No caso de hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, deverá ser garantido que durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um hematologista;

j) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Nota: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, conforme os parâmetros relacionados no Anexo III desta Portaria, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá que tenham Serviço de Hematologia.

4.3.5. - SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA - com a missão de dar o diagnóstico definitivo e tratar as neoplasias malignas de crianças/adolescentes, deve atender articuladamente com o Serviço de Cirurgia – Cirurgia Pediátrica, fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 e 4.3.4. deste Anexo, e ter a mais:

a) quarto(s) com leito de isolamento para crianças/adolescentes;

b) um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas pediátricos devem ser habilitados em Cancerologia/Cancerologia Pediátrica; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Oncologia Pediátrica de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON,

devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de oncologia clínica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

c) registro em prontuário das informações sobre o diagnóstico definitivo e a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida; e, quando for o caso, encaminhamento para os estabelecimentos referenciais em radioterapia e cuidados paliativos;

d) rotina de funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem;

e) contar com uma central de quimioterapia, que pode ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica ou do Serviço de Hematologia, para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis;

Nota 1: A sala de aplicação da quimioterapia poderá ser a mesma do Serviço de Hematologia para crianças/adolescentes.

Nota 2: No caso de hospital exclusivo de Pediatria, credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, deverá ser garantido que durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um oncologista pediátrico.

f) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Nota: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, conforme os parâmetros relacionados no Anexo III desta Portaria, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON ele exigirá que tenham Serviço de Oncologia Pediátrica.

4.4. Caracterização dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON):

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem ser hospitais que, obrigatoriamente, tenham todos os serviços e atendam todos os requisitos relacionados nos itens 4.1, 4.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3 e 4.3.4, porém com as características diferenciais e/ou adicionais apontadas nos seguintes itens:

Nota: Quando do hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) for exigido ter Serviço de Oncologia Pediátrica, ele deverá contar com Cirurgia Pediátrica e atender, também, a todos os requisitos relacionados no item 4.3.5.

AMBULATÓRIO

a) todas as especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

ENFERMIARIAS

a) todas as especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

APOIO MULTIDISCIPLINAR

A assistência em psiquiatria pode, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, ser realizada em serviços instalados fora da estrutura ambulatório-hospitalar da Unidade; a terapia renal substitutiva pode ser realizada em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar da Unidade, sendo que, no segundo caso, a referência, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999;

SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

- a) realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de todos os tumores;
- b) contar com cirurgiões em suas respectivas especialidades, habilitados em Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, em todas as áreas constantes do item 4.3.1.

Nota: O atendimento em Cirurgia Pediátrica será exigido conforme a definição do respectivo Gestor do SUS e deve ser articulado com o Serviço de Oncologia Pediátrica, conforme os requisitos relacionados no item 4.3.5. Sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, a assistência em Oftalmologia pode ser oferecida em outro estabelecimento de saúde; e a assistência em Ortopedia e em Neurocirurgia pode ser oferecida por meio da articulação formal da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Unidade de Assistência ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia ou em Neurocirurgia, conforme a portaria SAS No 95, de 16 de fevereiro de 2005 e a portaria SAS que regulamenta a assistência de alta complexidade em neurocirurgia.

SERVIÇO DE RADIOTERAPIA – Deve contar com:

- Equipamento de ortovoltagem para teleterapia superficial e/ou acelerador linear com feixe de elétrons;
- Sistema de planejamento computadorizado tridimensional;

Nota: Os CACON terão prazo máximo de dois anos para adequação à exigência de sistema de planejamento computadorizado tridimensional.

- Braquiterapia de baixa, média ou alta taxa de dose.

5. Avaliação de serviços e capacitação de profissionais especializados

5.1. Avaliação dos serviços prestados

A avaliação da prestação de serviços para a assistência oncológica de alta complexidade será realizada anualmente, tendo como base os parâmetros de produção e avaliação dos Hospitais Gerais autorizados para realização de procedimentos de Cirurgia Oncológica, das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo III desta Portaria. Essa avaliação irá determinar se o Hospital Geral, a Unidade ou o Centro deve ser auditada(o) no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

5.2. Capacitação de profissionais especializados em Oncologia

É obrigatório que o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia ofereça capacitação profissional em forma de treinamento em serviço e apresente cópia do(s) respectivo(s) programa(s) de capacitação disponível(eis), devidamente reconhecidos pelo MEC, no mínimo como:

a) Residência e/ou Curso de Especialização Médica em Radioterapia e Cancerologia Cirúrgica e Clínica; e

b) Residência e/ou Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica.

Nota: O Centro de Referência que não oferecer programa de capacitação terá o prazo de 02 (anos) anos para se adequar com, pelo menos, a oferta de um Curso de Especialização médica e de enfermagem.

6. Manutenção do Credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON e da autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia:

6.1. A manutenção do credenciamento das Unidades e CACON estará condicionada:

a) ao cumprimento contínuo, pela Unidade e CACON, das normas estabelecidas nesta Portaria;

b) à avaliação anual, conforme o subitem 5.1, acima, dos serviços produzidos, conduzida pelo respectivo Gestor do SUS e pela Coordenação-Geral de Alta Complexidade/DAE/SAS/MS;

c) à avaliação dos serviços prestados por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade ou CACON, devendo os relatórios gerados ser encaminhados à Coordenação Geral de Alta Complexidade para análise;

6.2. A manutenção da autorização do Centro de Referência estará condicionada aos mesmos critérios descritos no subitem 6.1, acima, ao cumprimento das respectivas exigências contidas nesta Portaria e Anexo I, e à avaliação da sua função assessora técnica pelo respectivo Gestor do SUS.

6.3. O respectivo gestor do SUS, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde/MS, decidirá sobre a suspensão do credenciamento de uma Unidade ou CACON, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria e Anexo, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

6.4. A Secretaria de Atenção à Saúde/MS poderá, em caso de descumprimento desta Portaria e Anexo I, solicitar ao respectivo Gestor Estadual do SUS a avaliação a qualquer momento, com vistas a instaurar processo de suspensão da autorização de um CACON como Centro de Referência.

6.5. Da mesma forma, o Gestor Estadual do SUS poderá, por motivos administrativos ou técnicos, e com a devida homologação da CIB, sugerir à Secretaria de Atenção à Saúde/MS a suspensão da autorização de um CACON como Centro de Referência e a indicação de um outro para exercer essa finalidade.

ANEXO 5 - PRINCIPAIS MUDANÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS, 7ª EDIÇÃO (TNM-7), EM RELAÇÃO AO TNM-6

A sétima edição da Classificação de Tumores Malignos (TNM) foi liberada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) em dezembro de 2009 e publicada em 2010. No momento, sua tradução para o português está sendo feita pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), ainda sem previsão de data para publicação. Entretanto, como será utilizada nos próximos anos, sua inclusão nesta publicação se fez necessária, para facilitar seu uso, quando autorizado.

À semelhança das revisões anteriores, buscou-se manter a estrutura da classificação e sua compatibilidade com o American Joint Committee on Cancer, para a estabilidade da classificação, cujas modificações são assinaladas com uma barra colocada à esquerda do texto modificado ou introduzido.

As principais mudanças foram a inclusão de nove novas classificações, seis grandes modificações naquelas já existentes, a eliminação do MX e a introdução do Agrupamento Prognóstico em adição ao Agrupamento por Estádio Anatômico. Nas demais topografias, ocorreram pequenas modificações ou permaneceram inalteradas.

São as seguintes, as novas classificações incluídas na TNM-7:

- Melanoma do trato aerodigestivo superior.
- Carcinomas gastroesofágicos.
- GIST – Tumores estromais gastrointestinais.
- Apêndice (vermiforme) – carcinoma.
- Tumores neuroendócrinos: estômago, intestinos, apêndice, pâncreas e pulmão.
- Colangiocarcinoma intra-hepático.
- Carcinoma de células de Merkel.
- Sarcomas uterinos.
- Córtex da suprarrenal.

As principais modificações foram feitas nas seguintes topografias:

- Esôfago.
- Estômago.
- Pulmão.
- Pele.
- Vulva.
- Próstata.

O MX foi excluído, pois sua utilização podia resultar na exclusão quando do estadiamento do tumor. Permanecem o cM0, cM1 e o pM1.

Para algumas topografias, além do agrupamento em estádios por localização anatômica, foi introduzido o agrupamento prognóstico, que agrega ao T, N e M outros fatores prognósticos.

O que mais há de novo? A inclusão do Pn (Invasão perineural), desdobrado em PnX (A invasão perineural não pode ser avaliada), Pn0 (Ausência de invasão perineural) e Pn1 (Invasão perineural) e o Depósito tumoral ou satélite no câncer colorretal, na ocorrência de tumor na submucosa ou nos tecidos perirretal ou pericólico não peritonizado sem metástase para linfonodos regionais.

Na página da UICC em www.uicc.org/tnm existe uma seção (FAQ) de perguntas e respostas que podem ser esclarecedoras.

No quadro a seguir, estão assinaladas as mudanças ocorridas em cada topografia.

Quadro A5 – Quadro-sumário com as principais mudanças na TNM-7 em relação ao TNM-6

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Cabeça e Pescoço						
Inclusão do melanoma maligno do trato aerodigestivo superior						
Lábio e cavidade oral	C00 C02-06					Sem modificações
Faringe	C01 C05.1,2 C09 C10.0,2,3 C11-13	Orofaringe – Inclusão em T3 e de Nota Nasofaringe – modificação em T1 e T2	Nasofaringe – modificação em N1		Nasofaringe – modificação em Estádios II e III	
Laringe	C32.0,1,2 C10.1					Sem modificações
Cavidade nasal e seios paranasais	C30.0 C31.0,1					Sem modificações
Melanoma maligno do trato aerodigestivo superior ¹	C00-06 C10-14 C30-32					Novo Somente Estádios III e IV
Glândula salivar maior	C07 C08					Sem modificações

¹ Inclusão na TNM-7.

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Tumores do Sistema Digestivo						
Esôfago, incluindo junção esôfago-gástrica	C15 C16.0	Inclusão de T1a e T1b Inclusão de T4a e T4b			Subdivisão do Estádio I em A e B Modificação do Estádio IIA Subdivisão do Estádio III em A, B e C	Inclusão da junção esôfago-gástrica e seus adenocarcinomas Inclusão do Grupo Prognóstico ²
Estômago	C16	Inclusão das subcategorias T1a e T1b Modificação de T2, T3 e T4	Modificação de N1, N2, e N4	Inclusão de Nota	Inclusão dos Estádios IIA, IIB e IIIC Modificação do IIIA e IIIB	
GIST – Tumor Estromal Gastrointestinal ³						Novo Estadiamento diferente para tumores gástricos e do intestino delgado
Intestino delgado	C17	Inclusão das subcategorias T1a e T1b			Subdivisão do Estádio II em A e B Subdivisão do Estádio III em A e B	
Apêndice – Carcinoma ⁴	C18.1					Novo Inclusão das classificações separadas para carcinoma e carcinoides

² Foi adotada uma nova abordagem, separando os agrupamentos por estádio dos agrupamentos por prognóstico.

³ Inclusão na TNM-7.

⁴ Inclusão na TNM-7.

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Apêndice – Carcinoide¹	Tumor neuroendócrino bem-diferenciado					Novo
Tumor carcinoide gástrico, do intestino delgado e grosso	Tumor neuroendócrino bem-diferenciado e carcinoide neuroendócrino bem-diferenciado					Novo
Cólon e reto	C18-20	Inclusão das subcategorias T4a e T4b e modificação nas Notas	Inclusão das subcategorias N1a, N1b, N1c, N2a e N2b e modificação na Nota	Inclusão das subcategorias M1a e M1b	Modificação dos Estádios IIB, IIIA, IIB e IIIC Inclusão dos Estádios IIc e III Desdobramento do Estádio IV em IVA e IVB	
Canal anal	C21.1	Modificação de Tis				
Fígado – Carcinoma hepatocelular	C22.0 ²	Inclusão das subcategorias T3a e T3b			Modificação dos Estádios IIIA, IIB e IIIC Subdivisão do Estádio IV em A e B	
Fígado – Ductos biliares intra-hepáticos ³	C22.1	Modificação de T3 e T4 Modificado	N1 – Mudou		Mudou	

⁵ Inclusão na TNM-7.

⁶ Aplica-se apenas a C22.0. Os colangiocarcinomas de fígado (ductos biliares intra-hepáticos têm agora classificação separada).

⁷ Incluído na TNM-7.

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Vesícula biliar	C23		Modificação da definição de linfonodos regionais		Modificação dos Estádios IA e IB e IIA e IIB para Estádios I e II Subdivisão dos Estádio III e IV em A e B	Inclusão dos carcinomas de ductos císticos
Vias biliares extra-hepáticas – Peri-hilar ¹	C24.0					Novo
Vias biliares extra-hepáticas – Distal	C24.0	Modificação de T3 e T4	Modificação da definição de linfonodos regionais			Aplica-se aos carcinomas das vias biliares extra-hepáticas distais. O carcinoma de ducto cístico é incluído na vesícula
Ampola de Vater	C24.1	Inclusão de Nota em T4				Sem modificações
Pâncreas	C25					Inclusão dos tumores neuroendócrinos do pâncreas, incluindo carcinoides
Tumores do Pulmão e da Pleura						
Incluiu o tumor carcinóide broncopulmonar e revisão da definição de linfonodo regional						
Pulmão	C34	Inclusão das subcategorias T1a, T1b, T2a e T2b Modificação das categorias T2, T3 e T4	Especificação dos linfonodos intratorácicos Modificação da categoria pN0	Inclusão das subcategorias M1a e M1b	Modificação dos Estádios IB, IIA, IIB, IIIA e IIIB	Inclusão do tumor carcinóide broncopulmonar e não se aplica ao sarcoma e outros tumores raros
Mesotelioma pleural	C38.4					Sem modificações

⁸ Incluído na TNM-7.

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Tumores de Ossos e de Partes Moles						
Ossos	C40,41					Sem modificações
Partes moles	C38.1-3 C47-49					Não inclui o tumor estromal gastrointestinal
Tumores de Pele						
Modificou a ordem de apresentação, incluindo os tumores de pálpebra neste grupo						
Carcinoma de pele (exclui pálpebra, vulva e pênis)	C44.0, 2-9 C63.2	Modificação de T2, T3 e T4	Modificação de N1 e inclusão de N2 e N3		Modificação dos Estádios III e IV	Ampliação de C44.7 para .9 Inclusão dos achados de alto risco
Carcinoma da pele da pálpebra	C44.1					Sem modificação
Melanoma maligno de pele	C44 C51.0 C60.9 C63.2					Sem modificação
Carcinoma de células de Merkel da pele ⁹	C44.0-9 C63.2					Novo
Tumores de Mama						
Mama	C50	Modificação de Tis para doença de Paget	Modificação de N1, N2, N3 e da Nota Modificação de pN3 pós-tratamento		Desdobramento do Estádio I em IA e IB	

⁹ Incluído na TNM-7

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Tumores Ginecológicos						
Inclusão dos tumores de endométrio e os sarcomas uterinos nos tumores do corpo do útero						
Vulva	C51	Modificação de T1, T2 e T3 Exclusão de T4	Inclusão em N1 e N2 das subdivisões N1a, N1b, N2a, N2b e N2c Inclusão de N3		Subdivisão do Estádio III em A, B e C Modificação de IVA	
Vagina	C52					Considera o carcinoma de vagina que ocorre 5 anos após o tratamento, com resposta completa para o carcinoma de colo uterino, como primário de vagina
Colo do útero	C53	Subdivisão de T2a em T2a1 e T2a2			Inclusão dos Estádios IIA1 e IIA2	Modificação da Nota das regras de classificação
Útero – Endométrio	C54.1 C55	Inclusão de três Notas				Inclusão de C55 Aplica-se aos tumores de endométrio. Na versão anterior era dedicado ao corpo do útero
Útero – Sarcomas Uterinos (leiomiossarcoma, sarcoma estromal endometrial e adenossarcoma)	C53 C54 (exceto C54.1)					Novo
Ovário	C56					Sem modificações
Trompa de Falópio	C57.0					Sem modificações

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Tumores trofoblásticos gestacionais	C58					Sem modificações
Tumores Urológicos						
Pênis	C60	Inclusão das subcategorias T1a e T1b Modificação das T3 e T4	Modificação de N0, N1, N2 e N3 Modificação de pN1, pN2 e pN3		Modificação dos estadiamentos de I a IV	
Próstata	C61	Modificação de T3a, T3b e T4			Modificação dos Estádios I e II	Inclusão dos grupamentos prognósticos
Testículo	C62					Sem modificações
Rim	C64	Modificação de T2, T3 e T4 Incluídos T2a e T2b				
Pelve renal e ureter	C65 C66					Sem modificações
Bexiga	C67					Sem modificações
Uretra	C68.0 C61.9					Sem modificações
Tumores do córtex da suprarrenal	C74.0					Novo
Tumores Oftálmicos						
Carcinoma de conjuntiva	C69.0					Sem modificações

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Melanoma maligno de conjuntiva	C69.0	Modificação de T1 a T4 Inclusão de T1a, T1b, T1c, T1d, T2a, T2b, T2c, T2d e T3a, T3b, T3c, T3d Inclusão de 2 Notas em T Modificação de pT1 a pT4 Inclusão de pT1a, pT1b, pT1c, pT2a, pT2b, pT2c e 1 Nota em pT				Na gradação histológica, modificação de G3 e inclusão de G4
Melanoma maligno de úvea	C69.3,4	Modificação de T4 e inclusão de Nota em Íris Modificação de T1 a T4 em corpo ciliar e coróide, inclusão de subcategorias e de quadro e Notas			Modificação de estadiamento de I a IIIC	

Topografia	Códigos	Categoria T	Categoria N	Categoria M	Estadiamento	Observações
Retinoblastoma	C69.2	Modificação de T1 a T4 Inclusão de T1c, T3a, T3b, T4a, T4b, T4c e T4d Exclusão de T2c Modificação de pT2 a pT4 Inclusão de pT4a e pT4 Exclusão de T3c		Modificação de pM1a e pM1b Inclusão de pM1c, pM1d e pM1e		
Sarcoma de órbita	C69.6	T4 – redefinido				Sem modificações
Carcinoma de glândula lacrimal	C69.5	Modificação de T2 a T4 Exclusão de T3a e T3b Inclusão de T4a, T4b e T4c				
Linfoma de Hodgkin						Sem modificações
Linfoma não Hodgkin						Sem modificações

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA LEITURA COMPLEMENTAR

1. ANELLI, A.; GGIMENES, D.L.; AYALA, S.R.; ROCHA, A.A.P. – **Marcadores Tumorais – A Visão Prática do Oncologista Brasileiro**. Acta Oncológica Brasileira. 17 (4) Ago/Dez 152-156. São Paulo, SP. 1997.
2. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil - Tratado de Medicina Interna - 2 Vols**. Interamericana. Rio de Janeiro, 2007. 3.000p.
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. 1988. 1176p.
6. INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC – Publicação científica no 21. **Cancer Registration and Its Techniques**. Lyon. 1978.
7. KRAMÁROVÁ, E. et alli. IARC/IACR/SIOP. **Classificação Internacional do Câncer na Infância – 1966**. IARC – Relatório Técnico N° 29. Lion 1996. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro. 1999, 48p.
8. MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra>. Acesso em 25 março de 2009.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do Câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. 2006. 119p.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2008 – Incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. 2007. 94p.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Registro Hospitalar de Câncer – Relatório anual 1994/1998**. Coordenação de Ensino e Divulgação Científica. 2004. 431p.
13. NETTER, F.H. **The CIBA Collection of Medical Illustrations. Volume I – Nervous System**. Ciba Pharmaceutical Company. New York. Fifth printing. 1962. 167p.
14. 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. São Paulo, 1993. 1247p.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 2 – Manual de Instruções**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1994. 168p.
16. 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.. São Paulo, 1995. 999p.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 3ª Edição**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo. 2005. 247p.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA 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
19. REBELO,PAP.; 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.
20. REBELO, P.A.P.; REBELO, M.S.; LIMA, R.G.M. 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.
21. ROBBINS, S.L. **Patologia Estrutural y Funcional**. Interamericana. México, 1975. 1516p.
22. UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER – UICC. **Manual de Oncologia Clínica**. 5a edição. Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo. 1989. 399p.
23. UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER – UICC. **Prevencion Del câncer: Estratégias basadas em la evidencia**. Global cancer control. Genebra. 2006. 267p.

24. UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER – UICC. **TNM – Classificação dos Tumores Malignos**. 6º edição – Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer. 2004. 253p.
25. UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER – UICC. **TNM Classification of Malignant Tumours**. Seventh Edition. Edited by Sobin, L; Gospodarowicz, M; Wittekind, C. 2009. Wiley-Blackwell. UK. 310 p.
26. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **ICD-9 to ICD-10. Neoplasms**. National Institute of Health. July, 1995. 128p.



