

African Cancer Registry Network

Manual de Procedimentos Padrão

**para Registos de Cancro de Base Populacional na África
Subsaariana**

**Version 1
(2019)**

CONTENTE

Lista de Figuras	ii
Lists de Tabelas	ii
AGRADECIMENTOS	1
GLOSSÁRIO	2
HISTÓRICO	3
INTRODUÇÃO	4
3. DESCOBERTA DE CASOS	5
3.1 FONTES DE INFORMAÇÃO (onde recolher os dados)	5
3.2 LISTA DE NOTIFICAÇÃO	6
4. COLHEITA DE DADOS	8
4.1 FORMULÁRIO DE REGISTO/NOTIFICAÇÃO	8
4.2 CERTIDÕES DE ÓBITO	10
4.3 PRIMÁRIOS MÚLTIPLOS	10
4.4 VARIÁVEIS A SEREM REGISTRADAS EM CADA CASO	11
5. CODIFICAÇÃO	20
5.1 LOCAL DE RESIDÊNCIA	20
5.2 GRUPO ÉTNICO	21
5.3 PROFISSÃO	21
5.4 BASE DIAGNÓSTICA	21
5.5 LOCAL E MORFOLOGIA DO TUMOR (ICD-O)	21
RESUMO DAS PRINCIPAIS REGRAS E CONVENÇÕES USADAS NA ICD-O 3a EDIÇÃO	23
5.6 CODIFICAÇÃO DE TUMORES METASTÁTICOS	25
5.7 CODIFICAÇÃO TNM E ESTADIAMENTO	28
5.8 FONTE DE INFORMAÇÕES	38
6. PROCEDIMENTOS DA ENTRADA DE DADOS	39
NOTIFICAÇÕES DE ÓBITO	41
7. ARMAZENAMENTO DE DADOS	43
8. CONFIDENCIALIDADE	44
8.1 ASPECTO LOGÍSTICO DE CONFIDENCIALIDADE	44
8.2 ACESSO AOS DADOS E ARMAZENAMENTO DOS MESMOS	45
8.3 UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS	45
8.4 DIVULGAÇÃO DE DADOS PARA ORGANIZAÇÕES EXTERNAS À INVESTIGAÇÃO	46
9. CONTROLO DE QUALIDADE	47
9.1 MEDIÇÃO DA VALIDADE (PRECISÃO) DOS DADOS DE REGISTO.....	47
9.2 AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DOS DADOS DE REGISTO	59
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE 1. MÚLTIPLOS TUMORES PRIMÁRIOS - REGRAS PARA REPORTAR INCIDÊNCIA E SOBREVIVÊNCIA	74
APÊNDICE 2. DEFINIÇÕES DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS REGIONAIS (R+)	78
APÊNDICE 3. MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA PARA O CANCRO	81
APÊNDICE 4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL TIPO DAS PROFISSÕES (ISCO-08)	83
APÊNDICE 5. MODELO DE FORMULÁRIO DO ACORDO DE CONFIDENCIALIDADE	85
APÊNDICE 6. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CEDÊNCIA DE DADOS	86

List of Figures

Fig 4.1 Formulário de Registo/Notificação da AFCRN	9
Fig 4.2 Formulário Internacional do Certificado Médico de Causa de Morte	10
Fig 5.1 Cancro de mama: estadiamento utilizando o TNM essencial	33
Fig 5.2 Cancro de colo do útero: codificação por TNM essencial	34
Fig 5.3 Cancro colorretal: codificação por TNM essencial	35
Fig 5.4 Cancro da próstata: codificação por TNM essencial	37
Fig 6.1 Software CanReg	39
Fig 6.2 Guias para o utilizador do CanReg	39
Fig 6.3 Fluxograma do processamento da entrada de dados	40
Fig 6.4 A utilização de certidões de óbito para identificar novos casos de cancro	42
Fig 7.1 Arquivo de formulários de registo/notificação	43
Fig 8.1 Aviso de Entrada Restrita	45
Fig 9.1 Output do CanReg-5 "Tendências temporais (Locais de Cancro)"	61
Fig 9.2 Gráficos de taxas específicas por idade para os principais grupos de diagnóstico	65
Fig 9.3 Possíveis Combinações de TRÊS Fontes	70

List of Tables

Tabela 4.1 IARC – Códigos de base do diagnóstico da IACR	13
Tabela 4.2 Marcadores de Tumores Específicos	14
Tabela 4.3 Códigos de comportamento do tumor (CID O-3)	15
Tabela 5.1 Combinações de códigos morfológicos específicos, e base não microscópica de códigos de diagnóstico	22
Tabela 5.2 Locais comuns de metástases	25
Tabela 5.3 Códigos para TNM	32
Tabela 9.1 Discordâncias graves e pequenas para itens de dados-chave selecionados	49
Tabela 9.2 Resultados de um estudo hipotético de recolheita	50
Tabela 9.3 Exemplo de cálculo de VM% (Registo X, dados para 2005-2007)	51
Tabela 9.4 Saída do CanReg-5 (Indicadores de Qualidade de Dados)	52
Tabela 9.5 Valores médios de VM% para os registos de cancro na África Subsariana	53
Tabela 9.6 Tabela Padrão (Casos por faixa etária (período))	56
Tabela 9.7 Número de casos registados por ano por local	61
Tabela 9.8 Cálculo do número de fontes por registo: Exemplo de um arquivo de exportação do Excel	63
Tabela 9.9 Análise do número de notificações de cada fonte, por ano (Registo de Cancro de Eldoret)	64
Tabela 9.10 Indicadores de Qualidade de Dados: Tabela padrão	65
Tabela 9.11 As taxas mais baixas e mais altas de incidência de cancro infantil (por milhão) no Volume IX	67
Tabela 9.12 Estimativa de completude por Captura-Recaptura usando DOIS tipos de fonte	70
Tabela 9. 13 Estimativa de Completude por Captura-Recaptura usando TRÊS tipos de fontes	71
Apêndice Tabela 1: Grupos de códigos topográficos considerados como localização única na definição de cancros múltiplos	76
Apêndice Tabela 2: Grupos de neoplasias malignas consideradas histologicamente "diferentes" para efeitos de definição de tumores múltiplos	77

AGRADECIMENTOS

Os editores agradecem os seguintes indivíduos que fizeram contribuições inestimáveis para este manual:

À Dra. Ariana Znoar e Sr. Morten Ervik (IARC) por suas muitas sugestões e adições uteis;

À Dra. Eva Kantelhardt (University of Halle) por seus conselhos;

Às Direções das instituições nas quais os editores desde manual estão afiliados;

Sra. Biying Liu pela edição do manual final.

Os editores também gostariam de agradecer a essas organizações por ser grande apoio:

African Cancer Registry Network (AFCRN)

International Agency for Research on Cancer (IARC)

American Cancer Society (ACS)

Union for International Cancer Control (UICC)

GLOSSARY

AFCRN	African Cancer Registry Network
AJCC	American Joint Committee on Cancer
CIS	Cancer Incidence in Five Continents
EARN	East African Cancer Registry Network
IACR	International Association of Cancer Registries
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD-O	International Classification of Diseases for Oncology
INCTR	International Network for Cancer Treatment and Research
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries
ONG	Organizações não-governamentais
NOS	Not otherwise specified
PBCR	Population-based cancer registry
UICC	Union for International Cancer Control
WHO	World Health Organization

HISTÓRICO

O câncer é um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, como resultado do aumento da expectativa de vida, mudanças na dieta, estilo de vida e outros fatores. Para ajudar a enfrentar este fardo crescente em alguns países africanos, o Programa de Registro de Câncer da Rede Internacional de Tratamento e Investigação do Câncer (do inglês: Cancer Registry Programme of the International Network for Cancer Treatment and Research - INCTR) criou a Rede de Registro de Câncer da África Oriental (do inglês: East African Cancer Registry Network - EARN) que mais tarde se tornou a Rede Africana de Registro de Câncer (do inglês: African Cancer Registry Network - AFCRN) em 2012. O objetivo geral da rede é melhorar a eficácia do registro e vigilância do Câncer na África Subsaariana, fornecendo avaliação especializada dos problemas atuais e apoio técnico para remediar as barreiras identificadas, com objetivos a longo prazo de reforço dos sistemas de saúde e criação de plataformas de investigação para a identificação de problemas, prioridades e objetivos de intervenção. A AFCRN funciona como o "núcleo regional" da Iniciativa Global de Registros de Câncer (do inglês: Global Initiative for Cancer Registry - GICR) da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (do inglês: International Agency for Research on Cancer - IARC). Os países da África Subsaariana, como os países de outras regiões, necessitam urgentemente destes dados para o planejamento do controle do câncer, programas de intervenção e, subsequentemente, para a utilização pelos Ministérios da Saúde, decisões políticas, pesquisas, clínicas, organizações não-governamentais (ONGs) e outras partes interessadas. Todos os países devem ter pelo menos um registro de Câncer de Base Populacional, com o objetivo de estabelecer prioridades, metas para intervenções e monitorizar com sucesso o controle do Câncer.

INTRODUÇÃO

Este manual fornece um modelo, para um Manual de Procedimentos Padrão para registros de câncer na África Subsaariana. Fornece um guia para registradores sobre os processos necessários para registrar casos de câncer (descoberta do caso, coleta, codificação, entrada e armazenamento de dados). A maioria das definições e esquemas de codificação são provenientes de manuais e diretrizes internacionais, particularmente os publicados pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (do inglês: International Agency for Research on Cancer - IARC), a Associação Internacional de Registros de Câncer (do inglês: International Association of Cancer Registries - IACR) e a União de Controle Internacional do Câncer (do inglês: Union for International Cancer Control - UICC).

Como cada registro é diferente, algumas seções são fornecidas apenas como instruções, diretrizes ou exemplos. **Estas são mostradas em fonte azul, com ou sem itálico.** Cada registro terá de personalizar estas seções para o seu próprio uso. Os itens de informação descritos no manual (para coletar de registros médicos, codificação e entrada no computador) correspondem ao conjunto mínimo de dados do AFCRN. Reconhece-se que alguns registros desejam coletar mais do que isso (por exemplo, ocupação do paciente, co-morbidade, grau morfológico).

Atualmente (2015), a grande maioria dos registros de câncer africanos ainda utiliza procedimentos manuais tradicionais para recolher informação sobre casos de câncer - ou seja, introduzindo as informações necessárias num formulário em papel, que é depois codificado, e introduzido numa base de dados informatizada. Em alguns casos, as fontes de dados utilizadas (hospitais, laboratórios, sistemas de registro de óbitos) têm a sua própria base de dados informática, que pode ser utilizada para transferir diretamente os dados necessários para o registro. No entanto, neste manual, a ênfase está nos métodos manuais, com referência, quando apropriado, a técnicas mais automatizadas.

3. DESCOBERTA DE CASOS

3.1 FONTES DE INFORMAÇÃO (onde coletar os dados)

Todas as fontes possíveis de informação sobre o câncer para o registro devem ser identificadas. As principais fontes de informação são hospitais, relatórios de laboratório de patologia, departamentos de radiologia, registros médicos, certidões de óbito, relatórios pós-morte/autópsia, e unidades de radioterapia e oncologia. No entanto, um registro pode também abranger clínicas privadas e médicos de clínica geral, hospícios e programas de rastreio para garantir a sua exaustividade.

Uma lista deve ser preparada para cada uma das fontes de dados de um hospital para facilitar a busca de casos. O registro deve manter um livro de registro indicando as fontes cobertas e quando elas são cobertas. Idealmente um registro deve ter uma tabela de tempo de coleta de dados indicando a frequência de visitas a várias fontes. Isto monitoriza a exaustividade da descoberta de casos.

Fontes de dados em hospitais

Utilizar todas as fontes disponíveis para garantir a recolha da maioria dos casos, incluindo os diagnosticados clinicamente (sem confirmação histopatológica), e os que foram diagnosticados histologicamente.

Registros médicos: registros ambulatoriais e de internação, formulários de admissão e alta ou livros.

- *Se houver discrepâncias entre o diagnóstico na admissão e o diagnóstico na alta, é preferível o diagnóstico na alta.*

- I) *Laudos patológicos: laudos de patologia, laudos de autópsia e laudos de citologia e hematologia*
- II) *Laudos radiológicos: Laudos de tomografia computadorizada, laudos de ressonância magnética, laudos de ultrassom e laudos de mamografia*
- III) *Departamento de radioterapia*
- IV) *Departamento de oncologia*
- V) *Arquivo morto*
- VI) *Índice de doenças (no departamento de registros médicos)*

- *Isto pode ser um índice de cartões ou um sistema de informação hospitalar no computador. Contudo, o índice de doenças pode estar incompleto, pelo que o pessoal do registro deve tentar cobrir todas as fontes de dados disponíveis, de modo a obter um registro completo.*

Outras fontes

Estes incluem: hospícios (MUITO úteis), sistemas de seguro de saúde, programas de rastreio e registros centrais.

Certidões de óbito

As certidões de óbito mencionam CAUSA de óbito disponível?

- *Nos hospitais?*
- *Nos escritórios de registro civil (nascimentos, casamentos, falecimentos)?*

Se eles existirem, devem ser usados como fonte, se possível.

3.2 LISTA DE NOTIFICAÇÃO

Quais casos de cancer devem ser reportados ao registro?

Todos os **casos de câncer**, em pessoas **residents** na **[Área de Registro]¹** diagnosticadas desde **[data]** devem ser reportadas ao registro.

Os **casos de câncer** incluem:

- Casos considerados malignos na seção de morfologia da Classificação Internacional de Doenças Oncológicas (CID-O); o código de comportamento 3 deve ser comunicado ao registro.
- Tumores benignos e tumores de comportamento incerto do cérebro (código de comportamento -0, 1, 2).
- Carcinoma in situ/neoplasia intra-epitelial cervical grau III (NIC-3) do colo do útero (código de comportamento -2).

Câncer em sítios metastáticos (por exemplo, gânglios linfáticos) são comuns, especialmente em relatórios de patologia. Estes casos devem ser registrados com o local do tumor ("topografia") = o local do tumor primário. Se este não for conhecido, registrar como "local primário desconhecido" (ver secção 4.4.3, página 15).

TODOS os pacientes com câncer, independentemente da forma como foram diagnosticados, devem ser notificados, incluindo os pacientes com um diagnóstico clínico de câncer baseado apenas no julgamento clínico.

Todos os casos de câncer diagnosticados na autópsia devem ser relatados.

Os pacientes com doença ativa e um histórico de câncer devem ser relatados.

Termos pouco precisos podem ser encontrados em notas de casos ou laudos laboratoriais, quando os médicos não estão seguros sobre o comportamento de um tumor (geralmente quando não foi feito um exame histológico). A tabela seguinte fornece algumas orientações como as que devem ou não devem ser registradas.

Aceitável como Câncer	Não Câncer (Não registráveis)
<ul style="list-style-type: none">• Aparentemente (maligno)• Presume-se (maligno)• Compatível com (malignidade)• Probabilidade (malignidade)• Susteito ou suspeitado (malignidade)• Suspeito de (malignidade)• Muito provavelmente (maligno)• Consistente com (maligno)	<ul style="list-style-type: none">• "Descartar"• "Equívoco"• "Possível"• "Sugestivo"• "Questionável"• "Muito próximo"• "Aproximado"• "Invadindo"

Nos casos em que o diagnóstico permanece duvidoso, as informações devem ser coletadas, mas mantidas em um arquivo pendente.

¹ O registro pode decidir registrar **SOMENTE** casos de câncer normalmente residentes na "população alvo" do registro, OU registrar todos os casos rastreados nas fontes de informação que estão sendo utilizadas, e classificar residentes de não residentes no momento da análise da base de dados do registro.

Residente

Uma pessoa é normalmente considerada residente na área de registro se aí tiver vivido durante *3/4/6/12 meses*. Os residentes temporários - por exemplo, aqueles que entram na área para tratamento médico (muitas vezes hospedando-se com parentes) - devem ser excluídos.

EM TODO O CASO, é difícil aplicar esta regra *x meses*, a menos que o paciente com câncer seja entrevistado.

Normalmente, dependemos do "local de residência", conforme registrado pelos funcionários na admissão do paciente e descrito nos registros médicos. Estes funcionários devem ser encorajados a informar-se sobre a residência verdadeira/usual (e não apenas sobre o endereço temporário de "contato").

4. COLETA DE DADOS

Coleta de dados é o processo de extrair de vários documentos de origem as informações necessárias para fazer um registro de câncer.

4.1 FORMULÁRIO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO

Na coleta de dados realizada em papel, a informação é introduzida em um FORMULÁRIO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO (Fig 4.1)

Verifique antes da coleta de dados no formulário

- O diagnóstico é relatável?
- Quando foi a data de incidência?
 - A data de incidência foi antes ou após a [\[data de referência do registro\]](#)?

PREENCHER UM FORMULÁRIO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO CADA VEZ QUE UM CASO DE CÂNCER RELATÁVEL FOR ENCONTRADO EM QUALQUER UMA DAS FONTES DE INFORMAÇÃO QUE VOCÊ ESTA USANDO

As diferentes variáveis que são coletadas são divididas em:

- **Variáveis obrigatórias:** Estas DEVEM ser completadas, ou um registro não pode ser confirmado no CanReg. São: nome do paciente, endereço residencial habitual, idade, sexo, data de incidência, base mais válida de diagnóstico, local primário, tipo histológico e comportamento.
- **Variáveis opcionais:** Número de telefone, grupo étnico, lateralidade, fase, TNM, grau histológico, tratamento, estado de seguimento (data do último contato, estado vital).

4.2 CERTIDÕES DE ÓBITO

Para certidões de óbito, veja a seção relacionada à "Causa da Morte", página 24. Uma seção típica de uma certidão de óbito - a parte onde as causas de morte são escritas - é mostrada como Fig. 4. 2. Observe que o médico pode escrever várias condições médicas - aquelas que levam ao óbito, e aquelas que podem ter contribuído para ele.

PREENCHER UM FORMULÁRIO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PESSOAS COM CÂNCER MENCINADO EM QUALQUER PARTE DO FORMULÁRIO

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death* Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(a)
	due to (or as a consequence of)	
	(b)
	due to (or as a consequence of)	
	(c)
<hr/>		
II Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it

<i>*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.</i>		

Fig 4. 2 Formulário Internacional do Certificado Médico de Causa de Morte

4.3 PRIMÁRIOS MÚLTIPLOS

O registro do câncer conta os tumores e não as pessoas. Os doentes com câncer podem desenvolver cânceres independentes durante a sua vida. Antes de registrar um caso como um novo tumor, considere:

- A lesão é uma extensão, ou metástase de um tumor existente?
- É uma recidiva de um tumor anterior?

Se a resposta às perguntas acima for "NÃO", deve ser considerado um novo tumor primário e deve ser preparado um formulário de registro/notificação separado, incluindo morfologia, comportamento, base de diagnóstico, etc.

Quando os dados são inseridos no CanReg, o usuário será solicitado a confirmar se o tumor é um novo primário ou uma extensão ou recidiva de um câncer existente. As regras da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e da Associação Internacional de Registros do Câncer (IACR) são utilizadas pelo CanReg (IARC Internal Report No.2004/02, http://www.iacr.com.fr/images/doc/MPrules_july2004.pdf). Estas regras foram desenvolvidas para comparações internacionais ao relatar a incidência e sobrevivência ao câncer. Elas são reproduzidas em detalhe no Apêndice 1.

UTILIZAR UM FORMULÁRIO DE REGISTRO/NOTIFICAÇÃO DE CÂNCER PARA CADA TUMOR PRIMÁRIO DIAGNOSTICADO.

4.4 AS VARIÁVEIS A SEREM REGISTRADAS EM CADA CASO

Variáveis obrigatórias (devem ser coletadas) em vermelho

4.4.1 NÚMERO DO REGISTRO DE CÂNCER (NRC)

Um número único atribuído pelo registro a cada paciente. Este número está escrito em todos os documentos e itens de informação relacionados com o paciente. Os primeiros quatro dígitos do NRC são geralmente o ano em que o paciente foi registrado.

Exempoe: 2015- 0001 é o NRC atribuído ao primeiro paciente registrado em 2015.

[CanReg-5 atribui automaticamente um "número de paciente" a todos os registros do mesmo indivíduo. Não tem de ser registrado no formulário de registro]

4.4.2 INFORMAÇÃO DO PACIENTE

ID numero

Registrar o número de identificação pessoal (o número de identificação nacional, número de segurança social) que é único para o indivíduo, sempre que este possa ser encontrado.

Colete em detalhes o número completo, incluindo quaisquer dígitos de verificação quando eles existirem.

Nomes

Sempre que possível:

- Forneça o nome completo do paciente
- Devem ser registrados como nome próprio/nome pessoal
- Seguido pelo nome de família

Para mulheres casadas que atribuíram o nome do marido ao seu:

- O nome de família do marido deve ser usado
- O nome de solteira do paciente (nome não casado ou nome de nascimento) deve ser indicado sob o título "Nome de solteira"

Títulos como Dr., Reverendo, El Haj, etc., devem ser

- Adicionados APÓS o primeiro nome, assim: Beatrice (Irmã); Peter (Prof.)

Data de Nascimento

Quando presente no registro, entre como dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Se qualquer parte desta informação não for conhecida, registrar como desconhecida ou não especificada (por exemplo 99/99/2014).

Idade

Se refere à idade em anos na data de incidência (ver abaixo). DEVE ser registrada, como a idade do paciente no seu último aniversário; não arredondar para o próximo aniversário. Se a data de nascimento for conhecida, verifique se a idade indicada está correta ou não.

- Bebês com menos de 12 meses de idade, registre como 00.
- Para pessoas com 98 anos ou MAIS, registrar como 98.
- Se não for possível encontrar a idade, introduza 99 (idade desconhecida).

Sexo

Cadastre como 1 para homem, 2 para mulher.

Se o sexo não for registrado, isso pode ser inferido a partir do nome dado e da interpretação do histórico médico do hospital. Em casos muito raros, o sexo não pode ser determinado ou pode ter havido uma mudança de sexo. Esta informação deve ser registrada.

Endereço de residência habitual

Registrar o máximo de detalhes possível da residência habitual do paciente. O ideal é que isto inclua o número, rua, cidade ou município, província e residência no campo. A residência habitual é onde o paciente seria contado, se houvesse um censo.

DEVE ser distinguido do endereço temporário do paciente no momento da admissão, por exemplo, um paciente do país pode vir à cidade para tratamento médico e ficar temporariamente com amigos ou parentes. O seu endereço no país é o endereço permanente e o endereço na cidade é o endereço temporário. [Registre o país de nascimento da pessoa, se esta variável for necessária.](#)

Número de telephone

Registrar todos os números de telefone (linha fixa, telemóvel) do paciente **E** os dos parentes mais próximos.

Grupo étnico

Indique a que grupo étnico (tribo ou grupo linguístico) o paciente pertence.

Pode haver alguns problemas na classificação de indivíduos de herança mista. Registre todos os detalhes. Quando forem usadas abreviaturas no prontuário médico, certifique-se de saber exatamente o significado das abreviaturas.

4.4.3 INFORMAÇÃO SOBRE O TUMOR

Data de incidência

A data do primeiro evento (dos seis listados abaixo) a ocorrer cronologicamente deve ser escolhida como data de incidência. Se um evento de prioridade mais alta ocorrer dentro de três meses da data inicialmente escolhida, a data do evento de prioridade mais alta deve ter precedência. Ordem de prioridade decrescente:

1. Data da primeira confirmação histológica ou citológica desta malignidade (com exceção da histologia ou citologia na autópsia). Esta data deve ser, na seguinte ordem:
 - a. data em que o espécime foi colhido (biopsia)
 - b. data da recepção pelo patologista
 - c. data do laudo de patologia
2. Data de admissão no hospital devido a esta malignidade.
3. Quando avaliado apenas em ambulatório: data da primeira consulta no ambulatório devido a esta malignidade.
4. Data do diagnóstico, diferente de 1, 2 ou 3. Pode ser a data do primeiro procedimento de investigação clínica para a malignidade, por exemplo relatórios de ressonância magnética, relatórios de tomografia computadorizada, etc..
5. Data do óbito, se nenhuma informação estiver disponível além do fato de que o paciente morreu por causa de uma malignidade.
6. Data do óbito, se a malignidade for descoberta na autópsia.

Qualquer que seja a data selecionada, a data de incidência **NÃO** deve ser posterior à data do início do tratamento, ou da decisão de não tratar, ou data do óbito.

Base diagnóstica

Os registros médicos devem ser estudados cuidadosamente para determinar os diferentes métodos utilizados para confirmar o diagnóstico de câncer. A base mais válida de diagnóstico ou o método mais conclusivo de confirmação deve ser anotada no resumo. Se mais tarde se disponibilizar informação adicional, a base mais válida para o diagnóstico deve ser atualizada.

Os códigos sugeridos (Tabela 4.1) são hierárquicos, pelo que o número mais elevado representa a base mais válida, pelo que devem ser utilizados para o efeito. Se não houver informações sobre como o diagnóstico foi

feito (informações obtidas de uma fonte automatizada, por exemplo), o código 9 (Desconhecido) deve ser utilizado.

O código 0 é utilizado apenas para a Certidão de Óbito - ou seja, casos registados para os quais a única informação disponível sobre o câncer estava numa certidão de óbito, e onde as tentativas de seguimento não foram bem sucedidas. Esta categoria não inclui os casos que chegam primeiro ao conhecimento do registro através de uma certidão de óbito que menciona o câncer para os quais outras bases de diagnóstico se tornaram disponíveis.

O código 6 deve ser usado quando um exame histológico mostrou a presença de câncer - mas a amostra examinada continha uma metástase e não era do local de origem (local primário) do tumor. Este é frequentemente o caso quando a amostra é um gânglio linfático.

Código	Descrição	Critério
0	Apenas atestado de óbito	Informação existente no atestado de óbito
Não microscópico		
1	Clínico	Diagnóstico feito antes da morte, mas sem nenhum dos códigos 2 a 7.
2	Pesquisa clínica	Todas as técnicas diagnósticas incluindo imagem endoscopia, ultra-som, cirurgia exploradora e autopsia (apenas macroscópica).
4	Marcadores tumorais específicos	Inclui marcadores bioquímicos e/ou imunológicos específicos para a topografia do tumor.
Microscópico		
5	Citologia	Inclui exames de células de tumores primários ou secundários: fluidos aspirados por endoscopia ou agulha; o exame da medula óssea e sangue periférico.
6	Histologia da metástase	Exame microscópico de tecido de metástase incluindo espécimens de autopsia.
7	Histologia do tumor primário	Exame microscópico do tumor primário obtido, através de biópsias cirúrgicas, medula óssea e material de autopsia do tumor primário.
9	Desconhecido	

Table 4. 1 IARC – Códigos de base diagnóstico da IACR

Specific tumour markers	
Human Chorionic Gonadotrophin (HCG)	In diagnosis of choriocarcinoma (usually >100,000 iu in urine)
Prostate Specific Antigen (PSA)	In diagnosis of prostate carcinoma (usually >10 µg/l serum)
Alphafetoprotein (AFP)	In diagnosis of hepatocellular carcinoma (usually >200 ng/ml serum)
Catecholamine degradation products (HVA, VMA)	In diagnosis of neuroblastoma
Elevated serum immunoglobulins	Myeloma (IgG >35g/l or IgA > 20g/l) Waldenström's macroglobulinaemia (IgM > 10g/l)
Urinary immunoglobulins	Myeloma (light chain excretion > 1g/24hr)

Table 4. 2 Marcadores de Tumores Específicos

Localização primária

Rever cuidadosamente todos os relatórios contidos no registro clínico e registrar o local de origem do tumor. O local primário pode, por vezes, ser determinado por um patologista que reveja tecido de um local secundário (por exemplo, um carcinoma primário de pulmão diagnosticado por excisão e revisão microscópica dos gânglios linfáticos). Também é possível deduzir um local primário a partir da determinação de uma morfologia específica (por exemplo, um melanoma nodular do pescoço indica uma malignidade da pele do pescoço). [Ver RULE H (morfologia associada ao local do tumor), na seção de codificação do CID-O, página 29].

Locais como "cabeça", "tórax", "membro", "pélvis" e "abdômen" são maus descritores de local, uma vez que um tumor pode surgir em vários tecidos (pele, tecido mole e osso) dentro desses locais. É importante extrair toda a informação de diagnóstico disponível no registro.

Se não houver menção do site primário no registro, mas foi identificado um site(s) secundário(s), anote toda a informação disponível sobre o(s) sítio(s) secundário(s) – **MAS NÃO CODIFIQUE OU INTRODUZA O SÍTIO SECUNDÁRIO DO TUMOR NO COMPUTADOR**. A informação no sítio principal pode ser adicionada posteriormente, caso esteja disponível.

Morfologia

Ao coletar a histologia, registre o diagnóstico histológico completo, conforme consta no diagnóstico final do laudo de patologia. Não modifique o diagnóstico final do patologista, captando termos descritivos encontrados na descrição microscópica do tecido.

Se existirem afirmações contraditórias em relação ao diagnóstico, prefira afirmações dos laudos de patologia do que outras afirmações.

Se o diagnóstico histológico for declarado usando apenas termos não específicos como "neoplasia maligna", "câncer" ou "tumor maligno", abstraia estes termos até que informações mais detalhadas fiquem disponíveis.

Comportamento do tumor

O comportamento de um tumor é a forma como ele age dentro do corpo. O comportamento do tumor é codificado como o 5º dígito do código morfológico (após o "/"). A tabela 4.3 mostra o espectro de comportamentos. Um tumor pode crescer no local sem potencial de propagação (/0, benigno); pode ser maligno mas ainda assim crescer no local (/2, não invasivo ou in situ); pode invadir os tecidos circundantes (/3, maligno, local primário).

Códigos de comportamento /6, sítio maligno, metastático, e /9, sítio maligno, incerto se primário ou metastático, não devem ser usados.

Indicar sempre no sítio PRIMÁRIO (com /3 para indicar um tumor maligno). Se o local do câncer primário for desconhecido, isto deve ser anotado e o código CID apropriado será C80.9 (localização primária desconhecida).

Código	
/0	Benigno
/1	Incerto se benigno ou maligno Malignidade limítrofe (“borderline”)* Baixo potencial maligno Incerto sobre malignidade
/2	Carcinoma “in situ” Intraepitelial Não infiltrativo Não invasivo
/3	Maligno, localização primária
/6	Maligno, localização metastática Maligno, localização secundária
/9*	Maligno, incerto se primário ou metastático <i>* Não usado em registros de câncer.</i>

Table 4. 3 Códigos de comportamento do tumor (CID O-3)

Lateralidade

Isto deve ser registrado para todos os órgãos pareados, mas no mínimo para pulmão, mama, olho, ovário, testículo e rim.

Estadiamento

Registro do **estágio da doença** tal como se encontra no fonte de informação do caso..

Se for possível, colete o Sistema de estadiamento que foi utilizado:

- FIGO – Utilizado para os tumores do sistema reprodutivo feminino e foi desenvolvido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.
- DUKE’s - O sistema de estadiamento da Duke é um sistema de classificação para o câncer colorretal.
- O estadiamento do UICC/AJCC é amplamente utilizado.

A menos que tenha recebido formação e esteja autorizado a fazê-lo, NÃO atribua uma fase a um câncer se este não estiver anotado nos registros médicos do paciente.

TNM

A extensão da doença deve ser registrada em termos do código de três dígitos do sistema TNM. As regras de codificação de acordo com o sistema TNM estão descritas na TNM Classificação de Tumores Malignos, 7ª Edição, 2009. (Sobin, Gospodarowicz and Wittekind).

O sistema TNM não é utilizado para a codificação da extensão de linfomas, leucemias, tumores cerebrais e tumores infantis (definidos como < 15 anos de idade no momento do diagnóstico).

O estadiamento deve ser realizado no momento do diagnóstico inicial. É baseado em informações que podem ser clínicas (c), que é o estágio anterior a qualquer tratamento, ou patológicas (p), que é a classificação histopatológica pós-cirúrgica.

Na ausência de cirurgia, o estadiamento é baseado em exames realizados antes do tratamento médico, ou radioterapia, ou durante a internação hospitalar quando esses tratamentos foram iniciados, ou em uma decisão tomada para detê-los.

A detecção de doença metastática **após** o primeiro tratamento (incluindo durante o tratamento adjuvante ou terapia hormonal) **NÃO** altera a codificação da extensão da doença no momento do diagnóstico.

pTNM vs. cTNM

Quando o estágio/extensão do câncer é registrado nos laudos clínicos e/ou patológicos de acordo com o sistema TNM, esses códigos devem ser registrados.

Etapa de registro da patologia - pT (em vez de cT) e pN (em vez de cN), se estiverem disponíveis.

Quando T, e/ou N, e/ou M não tiverem sido explicitamente registrados nos laudos clínicos/patológicos, o registador de câncer deve tentar pontuar a extensão da doença de acordo com o esquema TNM Essencial. (ver seção 5.7. Página 31).

4.4.4 TRATAMENTO

Registrar qualquer tratamento descrito nos prontuários dos pacientes iniciados dentro de 4 meses a partir da data de incidência. Isto inclui a terapia dada no hospital relator, bem como aquelas dadas em outras instalações. O tratamento é considerado como uma terapia específica que controla ou destrói os tecidos cancerígenos tanto no local primário como metastático. **Os tratamentos direcionados para o câncer** incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, imunoterapia e cuidados paliativos. Registre também quaisquer outros cuidados que o paciente tenha recebido.

Registre a DATA em que cada um destes tratamentos foi iniciado.

Cirurgia

É a remoção cirúrgica total ou parcial do tecido do local primário ou metastático. É realizada na maior parte das vezes após o diagnóstico.

Radioterapia

Incluir radioterapia externa ou de feixe, ou radiação interna.

A **radioterapia externa** utiliza raios X de cobalto ou aceleradores lineares, elétrons e, mais raramente, outras partículas, como prótons, para destruir células cancerígenas na área tratada, danificando o DNA dentro dessas células.

A **radiação interna** utiliza uma fonte de radiação é colocada dentro do corpo. Uma forma de radioterapia interna é chamada braquiterapia, onde a fonte de radiação é um sólido na forma de sementes, fitas ou cápsulas, que são colocadas no corpo ou perto das células cancerígenas. Usado para tumores de cabeça, pescoço, mama, útero, colo uterino, próstata, vesícula biliar, esôfago, olho e pulmão. A radiação interna também pode ser na forma líquida usada com pessoas que têm câncer de tireoide ou linfoma não-Hodgkin.

Quimioterapia

A quimioterapia é normalmente administrada como injeção intravenosa ou gotejamento, mas às vezes os medicamentos são em forma de comprimido. Uma lista de medicamentos quimioterápicos é apresentada no Apêndice 3.

Terapia hormonal

Os medicamentos de terapia hormonal são tratamentos de corpo inteiro (sistêmicos) para os tumores hormonais positivos, tais como alguns tumores da mama e da próstata. Eles incluem:

Hormonal Agent	Brand Name(S)	Hormonal Agent	Brand Name(S)
Anastrozole	Arimidex	Goserelin (Breast)	Zoladex
Abiraterone acetate	Zytiga	Goserelin (Prostate)	Zoladex, Zoladex LA, Novgos
Bicalutamide	Casodex	Letrozole	Femara
Buserelin	Suprefact	Leuprorelin acetate	Prostap SR, Prostap 3
Cyproterone	Cyprostat	Medroxyprogesterone	Provera
Degarelix	Firmagon	Megestrol acetate	Megace
Diethylstilbestrol	Stilboestrol	Tamoxifen	Nolvadex, Tamoxen, Tamosin, Tamofen
Exemestane	Aromasin	Toremifene	Fareston
Flutamide	Drogenil	Triptorelin	Decapeptyl SR, Gonapeptyl Depo
Fulvestrant	Faslodex		

Imunoterapia

A imunoterapia (também chamada terapia biológica ou bioterapia) utiliza materiais feitos pelo corpo ou em laboratório para melhorar, alvejar ou restaurar o funcionamento do sistema imunológico. Existem vários tipos de imunoterapia, incluindo imunoterapias não específicas (por exemplo, aldesleukin, interferon) e anticorpos monoclonais.

Immunotherapy Agent	Brand Name(S)	Immunotherapy Agent	Brand Name(S)
Aldesleukin	Proleukin	Iodine-131 tositumomab	Bexxar
Interferon	IntronA, Roferon-A	Ipilimumab	Yervoy
90Y-Ibritumomab tiuxetan	Zevalin	Panitumumab	Vectibix
Bevacizumab	Avastin	Rituximab	Mabthera
Cetuximab	Erbitux	Trastuzumab	Herceptin
Gemtuzumab	Mylotarg		

4.4.5 FONTE DE INFORMAÇÕES

É importante registrar a fonte de informação toda vez que um caso de câncer é identificado a partir de uma das fontes. A fonte pode ser um hospital, clínica, hospício, laboratório ou uma certidão de óbito.

Escreva claramente os detalhes da fonte (ala ou serviço de um hospital, qual laboratório, etc.) para que possa ser codificado.

Registre o NÚMERO DO ARQUIVO do paciente, conforme fornecido na capa do arquivo de prontuários médicos ou no número de referência do laboratório (por exemplo, número de Patologia) a partir do laudo.

Para cada fonte, registre a DATA:

- ☞ Para casos hospitalares, a data de admissão no hospital
- ☞ Para pacientes ambulatoriais - a data da primeira consulta
- ☞ Para os laboratórios, a data do exame (como indicado no laudo do laboratório/raio X).

Isto é muito importante - estes números serão necessários se for necessário rastrear o registro do caso usando o banco de dados do registro de câncer).

4.4.6 SEGUIMENTO

É importante ter informações de acompanhamento de cada paciente com câncer registrado.

A informação de seguimento é importante ao estimar a sobrevivência ao câncer como medida de resultado. A informação esperada é de que o paciente está vivo ou morto ou desconhecido (perda de acompanhamento). Os procedimentos de seguimento utilizados pelo registro devem ser claramente especificados.

- O seguimento ativo pode ser feito para estudos especiais - contatando o médico do paciente ou os próprios pacientes (por telefone, correio ou visitas domiciliares).
- O acesso ao registro de óbitos/certificados de óbito permite a sua utilização como um método passivo de acompanhamento.

Data do último contato

Refere-se à última data para a qual existe QUALQUER informação sobre o paciente. Pode ser:

- A data em que ele/ela foi visto(a) vivo(a) pela última vez
- A data do óbito

No momento da primeiro registro, esta será provavelmente a data da alta do hospital (ou da consulta ambulatorial).

Mais informações (datas posteriores) podem vir de visitas de acompanhamento ao mesmo hospital, ou de internação em outro lugar (por exemplo, radioterapia ou cuidados hospitalares).

Para registros de atestados de óbito, Data do Último Contato = Data da Morte.

Indique a data do último contato como a data completa, incluindo dia, mês e ano.

Status no último contato

Registre se o paciente estava vivo ou morto na Data do Último Contato.

Códigos: 1 Vivo 2 Morto

Tente **NÃO** codificar 9 ("Desconhecido") - o estado do paciente na data do último seguimento nunca deve ser "desconhecido" quando a informação sobre eles foi rastreada!

Causa da morte

Se o paciente estava vivo na data do último contato, digite "Não aplicável" (Código = 8) no CanReg.

Se o paciente estava morto, há duas opções para registrar a causa da morte:

- ❖ 1 Óbito devido ao câncer 2 Óbito por outras causas 9 Desconhecido.

OU

- ❖ A causa básica da morte, conforme especificado na certidão de óbito.

Onde está a "causa básica da morte"? Se a certidão de óbito utiliza o formulário padrão de certificação médica recomendado pela OMS (Fig. 4. 2, página 11):

- Na Parte I, a causa que leva diretamente à morte é relatada na linha **(a)**,
- A condição prévia interveniente (se houver) na linha **(b)**, e
- A causa subjacente da morte na linha **(c)**.

Se a entrada na linha **(a)**, ou nas linhas **(a)** e **(b)**, descrever completamente a sequência de eventos que levam à morte, então não é mais necessário colocar uma entrada na linha **(c)**.

A Parte II é para qualquer condição que possa contribuir para a morte, mas não está relacionada com a doença ou condição que causa a morte.

Para a codificação da causa básica de morte, utilize os códigos apropriados da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

5. CODIFICAÇÃO

As informações coletadas devem ser codificadas primeiro antes de serem digitadas no computador.

5.1 LOCAL DE DOMICÍLIO

A codificação do domicílio deve seguir as subdivisões administrativas utilizadas no censo (para as quais há números de população disponíveis) e, idealmente, o mesmo sistema de codificação. O esquema de codificação deve ser hierárquico - por exemplo, indo de região - distrito - sub-distrito - aldeia.

[Exemplo - Registros de Câncer de Moçambique]

HASC	CG					
MZ.NS.--	100	Niassa district				
MZ.CD.--	200	Cabo Delgado district				
MZ.NM.--	300	Nampula district				
MZ.ZA.--	400	Zambezia district				
MZ.TE.--	500	Tete district				
MZ.MN.--	600	Manica district				
MZ.SO.--	700	Sofala district desconhecido	Cidade de Beira			
MZ.SO.BC	→→	Cidade de Beira →→→→→	720	Barrio desconhecido		
MZ.SO.BU	702	Buzi	721	Barrio 1	733	Barrio 13
MZ.SO.CA	703	Caia	722	Barrio 2	734	Barrio 14
MZ.SO.CM	704	Chemba	723	Barrio 3	735	Barrio 15
MZ.SO.CR	705	Cheringoma	724	Barrio 4	736	Barrio 16
MZ.SO.CB	706	Chibabava	725	Barrio 5	737	Barrio 17
MZ.SO.DO	707	Dondo	726	Barrio 6	738	Barrio 18
MZ.SO.GO	708	Gorongosa	727	Barrio 7	739	Barrio 19
MZ.SO.MC	709	Machanga	728	Barrio 8	740	Barrio 20
MZ.SO.MG	710	Maringue	729	Barrio 9	741	Barrio 21
MZ.SO.MM	711	Marromeu	730	Barrio 10	742	Barrio 22
MZ.SO.MU	712	Muanza	731	Barrio 11	743	Barrio 23
MZ.SO.NH	713	Nhamatanda	732	Barrio 12	744	Barrio 24
MZ.IN.--	800	Inhambane district				
MZ.GA.--	900	Gaza: district				
MZ.MP.--	000	Maputo province				
MZ.MC.--	010	Maputo city: district desconhecido				
MZ.MC.DU	011	Distrito Urbano Nº 1				
MZ.MC.DD	012	Distrito Urbano Nº 2				
MZ.MC.DT	013	Distrito Urbano Nº 3				
MZ.MC.DQ	014	Distrito Urbano Nº 4				
MZ.MC.DC	015	Distrito Urbano Nº 5				
MZ.--.--	080	Mocambique: prov. desconhecido				
	090	Outros países: África				
	091	Outros países: Europa				
	092	Outros países: Ásia				
	093	Outros países: América				
	099	Desconhecido				

5.2 GRUPO ETÍNICO

[Exemplo – Registro do Cabo Oriental, África do Sul]

1 BRANCO

2 ASIÁTICO

3 COLORIDO

4 NEGRO: XHOSA

5 NEGRO: ZULU

6 NEGRO: SOTHO

7 NEGRO: TSWANA

8 NEGRO: OTHER

9 DESCONHECIDO

5.3 OCUPAÇÃO

A ocupação pode ser codificada de acordo com um esquema de codificação local (nacional) (como utilizado no censo mais recente, por exemplo), ou um esquema de codificação internacional, como a Classificação Internacional Padrão de Profissões (do inglês: International Standard Classification of Occupations - ISCO-08) da Organização Internacional do Trabalho (do inglês: International Labour Organisation - OIT). A tabela da ISCO-08 pode ser observada no Apêndice 4.

Para mais detalhes, por favor visite: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>

5.4 BASE DIAGNÓSTICA

Os códigos de base diagnóstica são classificados de acordo com os códigos da direita.

Este esquema de codificação permite distinguir entre tumores diagnosticados com base na histologia de uma metástase, ou do local primário, tornando desnecessário o uso do código de comportamento /6 (e /9).

5.5 LOCAL E MORFOLOGIA DO TUMOR (CID-O)

A codificação está de acordo com a Classificação Internacional de Doenças para oncologia (3ª Edição). As instruções completas para a codificação são dadas nesse livro.

Topografia

Codifique o código CID-O (variando de C00.0 a C 80.9) correspondente ao local primário de origem do tumor. O ponto decimal (.) indica subdivisões ou sub-sítios das categorias de três caracteres.

NÃO codifique o local de qualquer câncer secundário/metastático (que pode ter sido examinado, por exemplo, por um patologista).

O código C80.9 é utilizado para sítio primário desconhecido.

Morfologia

A lista numérica de cinco dígitos varia de 8000/0 a 9989/1. Os primeiros quatro dígitos indicam a histologia específica e o quinto dígito após a barra é o comportamento do tumor.

O diagnóstico pode ser declarado utilizando termos não específicos em vez de um tipo histológico específico; por exemplo, neoplasia maligna, câncer, etc. Este será normalmente o caso se a base do diagnóstico for não microscópica.

Nesses casos, deve ser usado o código morfológico 8000/3.

Code

0. Somente declaração de óbito

Não-microscópico

1. Clínico

2. Investigação clínica

4. Marcadores tumorais específicos

Microscópico

5. Citológico ou Hematológico

6. Histologia da metástase

7. Histologia do tumor primário

9. Desconhecido

É muito improvável (ou impossível) que a maioria dos diagnósticos morfológicos específicos tenha sido feito sem um exame histológico (ou citológico). No entanto, certas combinações são exceções a esta regra geral, como se pode ver na Tabela 5. 1.

Code	MORPHOLOGY	Most Valid	Other criteria
	Description	Basis	
8800	(Sarcoma NOS)	2	
9590	Lymphoma NOS	1 or 2	
9800	Leukaemia NOS	1 or 2	
8720	Melanoma	1 or 2	
9140	Kaposi's sarcoma	1 or 2	HIV positive (exc. Africa)
8960	Nephroblastoma	2	Age 0-8
9100	Choriocarcinoma	4	Female, and age 15-49
9500	Neuroblastoma	2 or 4	Age 0-9
9510	Retinoblastoma	2	Age 0-5
9732	Myeloma	4	Age 40+
9761	Waldenström's macroglobulinaemia	4	Age 50+
8170	Hepatocellular carcinoma	4	
8150-8154	Islet cell tumours, gastrinomas	4	
9380	Glioma	2	C71.7 (brain stem)
9384/1	Subependymal giant cell astrocytoma	2	Tuberous sclerosis patient
9530-9539	Meningioma	2	C70
9350	Craniopharyngioma	2	
8270-8281	Pituitary tumours	4	C75.1

Table 5. 1 Combinações de códigos morfológicos específicos, e base não microscópica de códigos de diagnóstico, que são considerados aceitáveis.

"SOE" significa "Sem outras especificações". Na lista numérica e nos índices alfabéticos, "SOE" é usado para indicar que outros modificadores do termo estão listados em outro lugar.

RESUMO DAS PRINCIPAIS REGRAS E CONVENÇÕES USADAS NA CID-O 3ª EDIÇÃO

Regra A: Regiões topográficas e localizações mal definidas. Se o diagnóstico não especifica o tecido de origem, codifique o tecido mais adequado encontrado no índice alfabético em vez de usar a categoria SOE. Por exemplo: “braço” tem vários tecidos, no caso de “carcinoma epidermóide do braço” deve ser codificado como C44.6 (pele do braço) e não como C76.4 (braço, SOE). *Veja orientação para codificação na página 38. Há algumas exceções como “queixo e frente”; nessas regiões o tecido predominante é a pele e a categoria SOE deverá ser usada.*

Regra B: Prefixos. 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 subcategoria mal definida apropriada C76 (localização mal definida), a menos que o tipo histológico do tumor indique a origem em um tecido. Esta regra geral também se aplica a termos imprecisos como “área de” ou “região de”. *Veja as instruções à página 40.*

Regra C: Tumores que envolvem mais de uma categoria ou subcategoria topográfica. Um tumor que ultrapasse os limites de duas ou mais categorias ou subcategorias e cujo ponto de origem não possa ser determinado, deve ser codificado sob a subcategoria “.8”, quando houver a subcategoria “.8” apropriada. A tabela 17 contém listas de códigos topográficos para esses casos (*veja “Instruções” à página 40 e nota à página 61*).

Regra D: Código topográfico para linfomas. Quando um linfoma envolve linfonodos de regiões múltiplas codifique como C77.8. No caso de linfomas extranodais codifique o local de origem, o qual pode não ser o local da biópsia. Codifique como C77.9 quando as topografias do linfoma não estão indicadas. Os linfomas ocorrem em localizações específicas (por exemplo, estômago) bem como em um ou mais linfonodos e, por isso, não é designado um código topográfico específico de localização. Os linfomas que ocorrem em localizações específicas são chamados de extranodais. *Veja “Instruções” à página 41 e Leucemias e Linfomas à página 25.*

Regra E: Códigos topográficos para leucemias. Todas as leucemias, exceto o Sarcoma mielóide (M9930/3) devem ser codificados no código C42.1 (medula óssea), *ver guia de codificação página 41.*

Regra F: Código de comportamento na morfologia. O uso do 5o dígito (código de comportamento biológico) é explicado em “Instruções”, página 42, e tabela 20, página 46 (Matriz).

Código	Definição
0	Benigno
1	Incerto (Benigno/Maligno)
2	In-situ
3	Maligno

Codifique o 5o dígito do código de comportamento biológico, mesmo que o termo exato não esteja na CID-O, exemplo “cordoma benigno” deve ser codificado como M-9370/0. Caso o patologista declare no laudo diagnóstico um comportamento diferente daquele usual utilizado pela CID-O, o tumor deve ser codificado de acordo com o indicado pelo patologista.

Regra G: Código de diferenciação ou graduação histológica. Codifique o maior grau ou diferenciação descrito no diagnóstico. O uso do 6o dígito, destinado a codificar a diferenciação celular ou graduação histológica de tumores sólidos, é explicado em “Instruções”, página 46, e tabela 21, página 47. Caso um

diagnóstico indique dois graus diferentes em um mesmo tumor (por exemplo, “bem e pouco diferenciado” ou “graus II-III”), a codificação deve ser feita pelo grau mais alto.

O 6o dígito também é usado em linfomas e leucemias para identificar a célula de origem (T ou B) (tabela 22, página 48). Os códigos são: célula T (código 5), célula B (código 6), célula nula (código 7), célula NK (código 8). Esses códigos tem prioridade sobre os códigos de graduação de 1 a 4.

Regra H: Termos morfológicos de localização específica. Use o código topográfico quando a localização não é mencionada no diagnóstico. Não utilize este código topográfico se o tumor é proveniente de outra topografia conhecida. Os códigos de localizações específicas de determinados tipos histológicos tumorais estão listados entre parênteses, após os termos morfológicos que os designam. Por exemplo: “Nefroblastoma” (C64.9); “Retinoblastoma” (C69.2). Se no diagnóstico não houve identificação topográfica use o código entre parênteses junto a morfologia.

Caso a localização informada seja diferente da indicada na morfologia da CID-O, deve-se usar o código apropriado para aquela localização. Isto deve ser feito somente após uma revisão minuciosa do caso, para se ter certeza de que a localização mencionada não é a de uma metástase e sim um tumor primário.

Somente códigos de três caracteres são destinados a algumas localizações, por exemplo: C44.- (pele), pois o quarto dígito apropriado não pode ser designado antecipadamente. *Veja “Instruções” à [página 48](#) e [49](#).*

Algumas neoplasias têm nomes que podem ser interpretados indicando uma topografia (termos morfológicos pseudo-topográficos), mas esses diagnósticos não devem ser obrigatoriamente codificados naquela topografia, por exemplo: “Carcinoma de ductos biliares” é um tumor muito freqüente nos ductos biliares intra-hepáticos (C22.1) e não (C24.0), que seria o código de ducto biliar comum, cístico, hepático e extrahepático.

Regra J: Diagnósticos morfológicos compostos. Modifique a ordem das palavras chaves se não encontrar o termo na CID-O. Nem todas as formas possíveis de palavras compostas estão listadas. Por exemplo, “Mixofibrossarcoma” não se encontra na CID-O, mas sim Fibromixossarcoma. O codificador deve verificar as várias permutações de prefixos, caso o termo informado não seja encontrado na CID-O. *Veja “Instruções” à [página 49](#).*

Regra K: Codificação de termos morfológicos múltiplos. Caso um termo seja qualificado por dois ou mais adjetivos que correspondam a diferentes códigos, a codificação deve ser feita utilizando-se o código mais alto, que geralmente é mais específico. *Veja “Instruções”, [página 50](#).*

5.6 CODIFICAÇÃO DE TUMORES METASTÁTICOS

Adaptado das regras de codificação da CID-10 (OMS, 2010)²

A expressão "metastático" é um problema principalmente na língua inglesa.

As neoplasias qualificadas como metastáticas são sempre malignas, sejam primárias ou secundárias.

Entretanto, o adjetivo "metastático" é usado de duas maneiras, às vezes significando um secundário de uma primária em outro lugar e às vezes denotando uma primária que tenha dado origem a metástases.

Embora as células malignas possam apresentar metástases em qualquer parte do corpo, certos locais são mais comuns do que outros e devem ser tratados de forma diferente. Estes locais estão listados na Tabela 5.2 abaixo

Tabela 5.2 Locais comuns de metástases

Ossos	Mediastino
Cérebro	Meninges
Diafragma	Peritônio
Localização mal definida (localização classificada em C76)	Pleura
Fígado	Retroperitônio
Pulmão (ver instruções especiais em (f))	Medula espinhal
Gânglios linfáticos	

(a) Neoplasia maligna "metastática de"

Se uma neoplasia maligna for descrita como "metastática de" um local especificado, esse local deve ser considerado primário.

Exemplo 1: Teratoma metastático do ovário

A expressão "teratoma metastático do ovário" implica que a neoplasia teve origem no ovário.

Código para ovário (C56).

Isto também se aplica aos locais na lista de locais comuns de metástases.

Exemplo 2: Mesotelioma metastático a partir do peritônio

Um "mesotelioma metastático do peritônio" é primário no peritônio, embora o peritônio seja um dos locais listados na Tabela 3.

Código para mesotelioma maligno de peritônio (C45.1).

(b) Neoplasma maligno "metastático para"

Uma neoplasia maligna descrita como "metastática para" um local especificado deve ser interpretada como uma neoplasia secundária do local especificado, quer o local esteja ou não na

² International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010. Volume 2. Instruction manual

lista de locais comuns de metástases. Código para neoplasia maligna de local primário desconhecido (C80.9) se nenhum local primário for indicado.

Exemplo 3: Carcinoma metastático para o reto

A expressão "metastático a" indica que o reto é um local secundário.

Codifique neoplasia maligna de sítio primário desconhecido (C80.9), uma vez que não é indicado nenhum sítio primário.

Se o código morfológico tiver uma "localização preferencial" no CID-O (ver Regra H, seção 5.6) use o código topográfico fornecido como localização primária, quando isso não for indicado no diagnóstico.

Exemplo 4: Osteossarcoma metastático no cérebro

A expressão "metastático para o cérebro" indica que o cérebro é um local secundário. Entretanto, o osteossarcoma é indexado à neoplasia maligna do osso (C40._ ; C41._) no índice alfabético do CDI-O.

Código da neoplasia maligna não especificada de osso (C41.9)

(c) Neoplasia maligna metastática do local A para o local B

Uma neoplasia maligna descrita como metastática do local A para o local B deve ser interpretada como primária do local A e secundária do local B.

Exemplo 5: Câncer metastático do fígado para o cérebro

A expressão "metastática do fígado para o cérebro" indica que a malignidade se originou no fígado e se espalhou para o cérebro.

Código para câncer primário de fígado (C22.9).

(d) Neoplasia maligna "metastática" na lista de locais comuns de metastases

Uma neoplasia "metastática" é considerada secundária se o local estiver na lista de locais comuns de metástases.

Uma neoplasia de um local na Tabela 5.2 é considerada secundária, mesmo que nenhuma outra neoplasia seja mencionada no relatório. Note que uma neoplasia maligna secundária não deve ser selecionada como a localização primária.

Se nenhum tumor primário for relatado, codifique o caso para neoplasia maligna de local não especificado (C80.9).

Exemplo 6: Câncer de cérebro metastático

O cérebro é um dos locais da Tabela 5.1, e o câncer cerebral "metastático" é considerado secundário. Não há relato de neoplasia primária.

Portanto, codifique para neoplasia maligna de local primário desconhecido (C80.9).

(e) Neoplasia maligna "metastática" que não consta da lista de locais comuns de metastases

Se uma localização que não está na lista de locais comuns de metástases é qualificada como "metastática" ou "metastática de", considerem-na primária e codificada como primária maligna dessa localização em particular.

Exemplo 7: Câncer de colo uterino, metastático

O colo do útero não está na Tabela 3, e o câncer "metastático" do colo do útero é, portanto, considerado primário.

Código para neoplasia maligna do colo do útero (C53.9).

f) Câncer "metastático" de pulmão

O pulmão apresenta problemas especiais por ser um local comum tanto para metástases como para neoplasias malignas primárias. Os tumores pulmonares podem ser tanto primários como secundários, dependendo de outras neoplasias relatadas nos documentos de origem, se existirem. Se a única malignidade mencionada é a neoplasia "metastática" do pulmão, codifique a neoplasia maligna primária do pulmão.

Exemplo 8: Carcinoma metastático do pulmão

Código para neoplasia maligna primária do pulmão (C34.9) já que nenhuma outra localização é mencionada.

Se for mencionada outra malignidade que não esteja na lista de locais comuns de metástases, considere o secundário pulmonar.

Exemplo 9: Câncer metastático do câncer de pulmão e estômago

Como o câncer de estômago também é mencionado, o "câncer metastático de pulmão" é considerado secundário. Selecione e codifique o câncer de estômago (C16.9) como o local primário.

(g) Neoplasia "metastática" de uma morfologia específica

Se o tipo morfológico tem um "sítio preferido" no CID-O (ver Regra H, seção 5.6) e o sítio reportado nos documentos de origem indica o mesmo tipo de tecido, use o código topográfico fornecido como sítio primário.

Exemplo 10: Osteossarcoma metastático do femur

Código para neoplasia maligna de ossos longos de membros inferiores (C40.2).

Se o tipo morfológico tem um local preferido (Regra H do CID-O) e o local reportado indica um tipo diferente de tecido, codifique para o local não especificado para o tipo morfológico.

Exemplo 11: Nefroblastoma metastático de gânglios linfáticos hilares

Código para local não especificado para rim (C64.9).

5.7 CODIFICAÇÃO TNM E ESTADIAMENTO

5.7.1 Codificação do ESTADIAMENTO

ADULTOS

CODE	UICC/AJCC STAGE	FIGO	Hodgkin Lymphoma
1x	<i>Stage I</i>	<i>Stage I</i>	<i>Stage I</i>
1A	<i>Stage IA</i>	<i>Stage IA</i>	<i>Stage IA</i>
1B	<i>Stage IB</i>	<i>Stage IB</i>	<i>Stage IB</i>
2x	<i>Stage II</i>	<i>Stage II</i>	<i>Stage II</i>
2A	<i>Stage IIA</i>	<i>Stage IIA</i>	<i>Stage IIA</i>
2B	<i>Stage IIB</i>	<i>Stage IIB</i>	<i>Stage IIB</i>
2C	<i>Stage IIC</i>		
3x	<i>Stage III</i>	<i>Stage III</i>	<i>Stage III</i>
3A	<i>Stage IIIA</i>	<i>Stage IIIA</i>	<i>Stage IIIA</i>
3B	<i>Stage IIIB</i>	<i>Stage IIIB</i>	<i>Stage IIIB</i>
3C	<i>Stage IIIC</i>	<i>Stage IIIC</i>	
4x	<i>Stage IV</i>	<i>Stage IV</i>	<i>Stage IV</i>
4A	<i>Stage IVA</i>	<i>Stage IVA</i>	<i>Stage IVA</i>
4B	<i>Stage IVB</i>	<i>Stage IVB</i>	<i>Stage IVB</i>

CRIANÇAS

CODE	STAGE	CANCERS	
C+	<i>CNS+</i>	<i>Leukaemias</i>	
C-	<i>CNS-</i>		
Lx	<i>Localised</i>	<i>Soft tissue sarcomas</i> <i>Wilms tumour (nephroblastoma)</i> <i>Bone cancers (osteosarc.; Ewings</i>	<i>Retinoblastoma</i> <i>Testicular</i> <i>cancer</i> <i>Ovarian cancer</i>
Mx	<i>Metastatic</i>	<i>T.) Neuroblastoma</i> <i>Liver cancers</i> <i>CNS/Brain cancers</i>	
Rx	<i>Regional</i>		
LR	<i>Locoregional</i>	<i>Neuroblastoma</i>	
MS	<i>Metastatic - limited</i>		
Lx	<i>Limited</i>	<i>Non Hodgkin lymphoma,</i>	
Ax	<i>Advanced</i>		
XX	<i>Unknown</i>	<i>ALL</i>	

5.7.2 Codificação de TNM

- **Quando T, e/ou N, e/ou M são anotados nos registros clínicos/patológicos, o registador de câncer deve codificar com os melhores dados disponíveis (ver 4.4.3).**

Contudo, se um ou mais destes elementos forem baseados na avaliação clínica (c TNM) e a informação cirúrgica/patológica estiver disponível numa data posterior, o registador pode registrar o código TNM Essencial adequado, se este for diferente do que consta do registro.

- **Quando T, e/ou N, e/ou M NÃO forem explicitamente anotados nos registros clínicos/patológicos, o registrador de câncer deve tentar codificar a extensão da doença de acordo com o esquema Essencial TNM.**

No caso de ser dada terapia neoadjuvante (isto é, terapia sistêmica antes da cirurgia), as informações utilizadas para fins de estadiamento só devem incluir procedimentos e registros antes do início desta terapia.

O TNM Essencial é composto por três elementos-chave que juntos resumem a extensão do câncer no paciente. Os elementos são:

M: Presença ou ausência de metástases distantes

N: Presença ou ausência de metástases de nós regionais/envolvimento

T: Extensão da invasão e/ou tamanho do tumor

Codificação dos Elementos Essenciais do TNM

Os elementos do TNM Essencial são MNT nessa ordem, e devem ser coletados e introduzidos na base de dados.

Metástase (M)

M+ Presença de metástases à distância, clínica ou patologicamente

M- Nenhuma menção de metástases à distância, clínica ou patologicamente

- Metástase à distância (M) significa que o tumor original (primário) se propagou para órgãos distantes ou linfonodos distantes (não regionais).
- M é baseado na melhor informação disponível, seja clínica, achados em cirurgia, imagens, ou patológicos.
- Se a informação patológica estiver disponível para informar as decisões relativas ao envolvimento do câncer, prefira esta à avaliação clínica da mesma localização do tumor.
- Para codificar M, os sinais e achados clínicos são suficientes para justificar a metástase (M+) na ausência de confirmação patológica de depósitos metastáticos.
- Não codifique as metástases que se sabe terem-se desenvolvido após o diagnóstico ter sido estabelecido
- Se não houver menção de metástases, registre como M-.
- Se metástases à distância puderem ser estabelecidas, não há necessidade de procurar mais no registro por envolvimento do linfonodulo regional ou tamanho/extensão do tumor.

Metástase/Envolvimento dos linfonodos regionais (N)

R+ Presença de metástases/envolvimento de linfonodos regionais, clínica ou patologicamente

R2 – A metástase dos linfonodos regionais está avançada

R1 – A metástase dos linfonodos regionais é limitada

R- Sem menção de metástases de linfonodos regionais, clínica ou patologicamente

- O envolvimento dos gânglios linfáticos implica que o tumor se espalhou através do sistema linfático e que se encontram células cancerígenas nos gânglios linfáticos que drenam o órgão específico.
- N é baseado nos dados mais específicos disponíveis para confirmar a presença ou ausência do envolvimento dos nódulos regionais e é geralmente codificado a partir do relatório de patologia. Um nódulo "aumentado" ou "palpável" não constitui um envolvimento baseado apenas nessas palavras.
- N pode ser codificado a partir do registro clínico, tipicamente por imagem ou durante a observação cirúrgica, na ausência de confirmação patológica.
- A definição de "linfonodos regionais" é específica do local do câncer, como pode ser visto para cada câncer.
- Registrar como R+ na presença de envolvimento do linfonodo regional documentado, R- caso contrário.
- Se houver informação mais detalhada e relevante para um determinado local de câncer, R+ pode ser ainda classificado como R2, representando envolvimento linfonodal avançado, ou R1 representando envolvimento linfonodal limitado.

Extensão da Invasão e/ou Tamanho do Tumor (T)

A A extensão da invasão e/ou tamanho do tumor é avançada

A2 - O grau de invasão e/ou o tamanho do tumor é muito avançado

A1 - O grau de invasão e/ou o tamanho do tumor é avançado

L O grau de invasão e/ou tamanho do tumor é limitado

L2 - O grau de invasão e/ou tamanho do tumor é limitado

L1 - O grau de invasão e/ou tamanho do tumor é muito limitado

X O grau de invasão e/ou tamanho do tumor não pode ser avaliado

- T é baseado nos dados mais específicos disponíveis para confirmar a extensão da invasão dentro do órgão envolvido e/ou o tamanho do tumor primário (dependendo do local do câncer).
- É geralmente codificado a partir do relatório de patologia e classifica amplamente a extensão como avançada ou limitada.
- T pode ser codificado a partir da história clínica (endoscopia, raios X, palpação, etc.) na ausência de confirmação patológica.
- A definição da extensão da invasão é específica do local do câncer.

- Use os números específicos do local para ajudar a codificar a extensão da invasão para a categoria mais específica possível.

Ausência de informações específicas sobre Metástases, Linfonodos, Tamanho do tumor/extenso

- Codifique baseado no que você sabe do registro.
- Para M e N, se não houver informação sobre sua presença, assumir ausente (M-, R-).
- Se forem mencionados linfonodos regionais, mas não for possível distinguir entre metástases avançadas ou limitadas para nós regionais, codifique R+.
- De forma semelhante, se não conseguir distinguir graus de extensão do tumor (2 contra 1), simplesmente codifique T como A ou L (dependendo do local do câncer, veja fluxogramas).
- Consulte os locais específicos para avaliar o estado avançado ou limitado.
- Para T, X deve ser registrado se se souber que existe um tumor primário, mas não existe uma descrição do seu tamanho ou extensão.

Atribuindo o TNM Essencial and Estadiamento Agrupado

Uma vez codificados os elementos TNM Essencial, os elementos podem ser combinados em grupos de estágio que vão de I a IV, com o aumento da gravidade da doença.

- Estágio IV para cânceres com metástases à distância.
- Etapas III e II para cânceres com crescente envolvimento dos linfonodos locais e regionais
- O estágio I é tipicamente atribuído a cânceres localizados dentro do órgão de origem
- As regras para combinar os elementos essenciais do TNM em grupos de estadiamentos (I-IV) são fornecidas baseada no local específico do tumor.

Orientações para coleta de dados médicos

As seguintes orientações têm como objetivo ajudar a coletar informações de estadiamento dos prontuários médicos.

- Revise rapidamente todo o prontuário para a organização em geral. Anote a gama de datas de serviço e as diferentes instalações envolvidas no cuidado do paciente.
- Identificar relatórios definitivos (operatório, patologia, imagem), e anotar as datas e resultados em cada laudo.
- Tente excluir primeiro a doença metastática distante.
- Como as metástases são mais frequentes nos ossos, pulmões ou cérebro, é prático procurar em:
 - Laudos de imagens para qualquer menção de metástase distante. Se for mencionada metástase, lembre-se de verificar se esta estava próxima do momento do diagnóstico.
 - Laudos/notas cirúrgicas para qualquer indicação de metástase hepática, ou depósitos tumorais que indiquem metástases à distância.
- Gânglios linfáticos regionais: Expressões comuns que implicam a propagação para os linfonodos regionais são metástase dos linfonodos e envolvimento dos linfonodos locais.
- Como ilustrado nos fluxogramas (Figuras 1-4), os nomes dos linfonodos regionais são específicos para cada tipo de tumor, e devem ser comparados com o registro clínico. Se o linfonodo envolvido não estiver na lista regional, considere-o um linfonodo a distancia.

CÓDIGOS PARA TNM

<i>T</i>		<i>N</i>		<i>M</i>	
<i>code</i>	<i>stage</i>	<i>code</i>	<i>stage</i>	<i>code</i>	<i>stage</i>
<i>TX</i>	<i>Tx</i>	<i>N0</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>M0</i>
<i>T1</i>	<i>T1</i>	<i>N1</i>	<i>N1</i>	<i>M1</i>	<i>M1</i>
<i>T2</i>	<i>T2</i>	<i>N2</i>	<i>N2</i>	<i>MX</i>	<i>MX</i>
<i>T3</i>	<i>T3</i>	<i>N3</i>	<i>N3</i>	<i>M+</i>	<i>M+</i>
<i>T4</i>	<i>T4</i>	<i>N4</i>	<i>N4</i>	<i>M-</i>	<i>M-</i>
<i>Ax</i>	<i>A</i>	<i>NX</i>	<i>Nx</i>		
<i>Lx</i>	<i>L</i>	<i>R+</i>	<i>R+</i>		
<i>L1</i>	<i>L1</i>	<i>R-</i>	<i>R-</i>		
<i>L2</i>	<i>L2</i>	<i>R1</i>	<i>R1</i>		
		<i>R2</i>	<i>R2</i>		

Tabela 5.3 Códigos para TNM

TNM Essencial para Câncer de Mama

Pontos-chave para o estadiamento do câncer de mama

1. A metástase é comum aos ossos, pulmões e cérebro. Procure por evidências em exames de imagem.
2. Lembre-se que os gânglios linfáticos do lado oposto (ou seja, contralateral), ou no pescoço, são metástases distantes (M+).
3. Se M+, a fase IV pode ser atribuída e não há necessidade de procurar por mais informações.
4. Procure a extensão do tumor à pele do peito.
5. Os linfonodos regionais são axilares (inclui intramamamários), infraclaviculares, mamários internos e supraclaviculares no mesmo lado do tumor. (ver fotos no fluxograma).
6. Se o envolvimento dos gânglios linfáticos (R+) tiver sido estabelecido mas não houver mais informações disponíveis sobre o número de gânglios e localização, assumir R+. Neste caso, o caso será atribuído à categoria de estágio inferior (de acordo com a Regra 4 do TNM), por exemplo, ao Estágio II Regional Limitado.
7. tamanho do tumor é um aspecto crítico e um tumor menor que 2 cm é "muito limitado" (Estágio I).

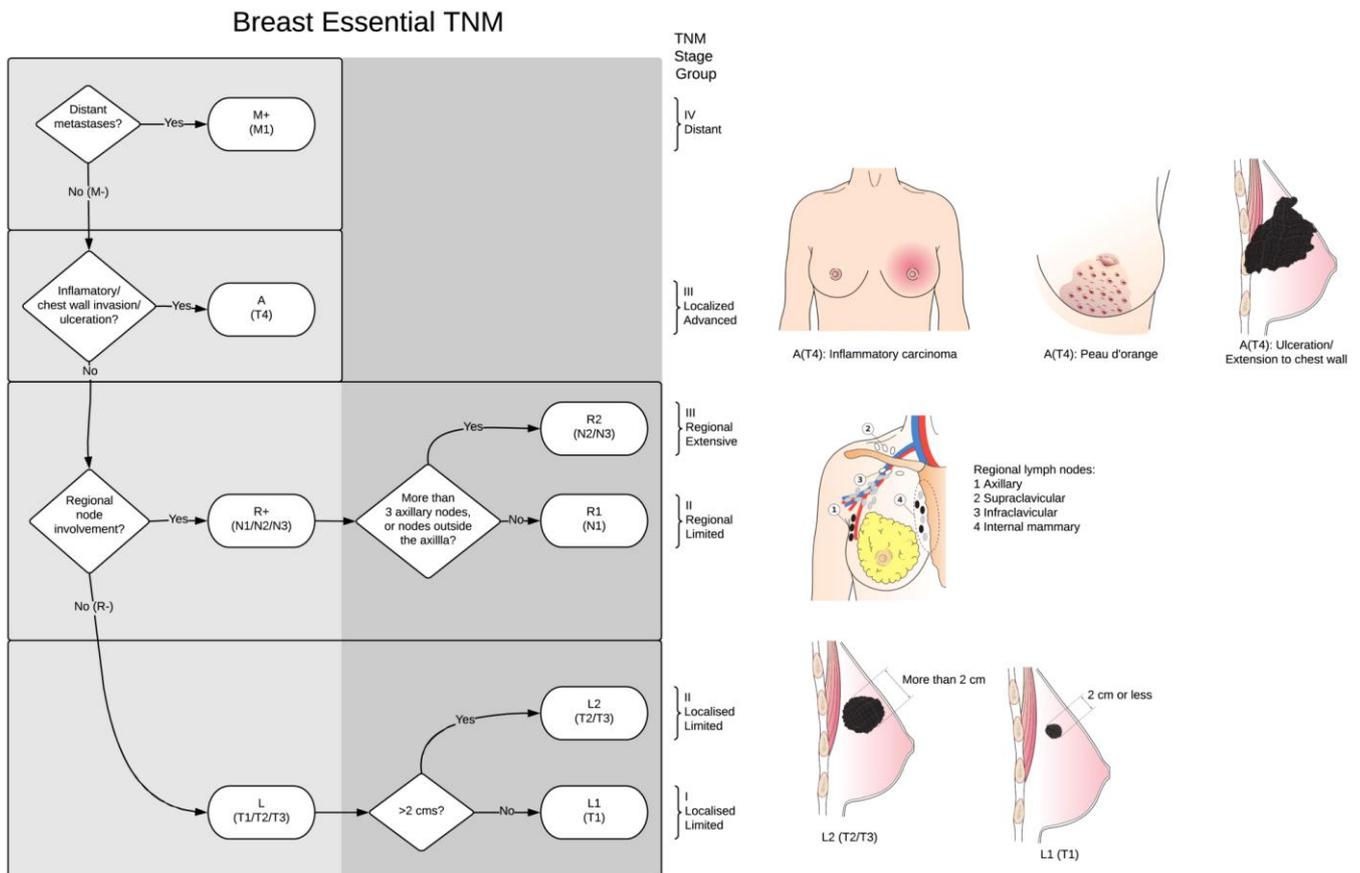


Fig 5.1 Câncer de mama: estadiamento utilizando o TNM essencial

TNM Essencial para Câncer do colo uterino

Pontos-chave para o estadiamento do câncer do colo uterino

1. A metástase é comum aos ossos, pulmões e cérebro. Procure por evidências em exames de imagem.
2. Os gânglios linfáticos para a aorta estão distantes (M+).
3. A invasão do tumor na bexiga, recto ou além da pélvis é muito avançada (A2) e considerada Estágio IV.
4. Os linfonodos regionais são os da pelve: paracervicais, paramétrios, hipogástricos (ilíacos internos, obturadores), ilíacos comuns e externos, pré-sacrais e laterais.
5. A maioria dos tumores do colo uterino são estadiados usando FIGO, que NÃO considera o envolvimento dos linfonodos regionais, mas para os quais os códigos de estágio (I-IV) são idênticos.
6. Procure extensão do tumor para o terço inferior da vagina, para a parede da pélvis, ou hidronefrose devido a obstrução ureterina.

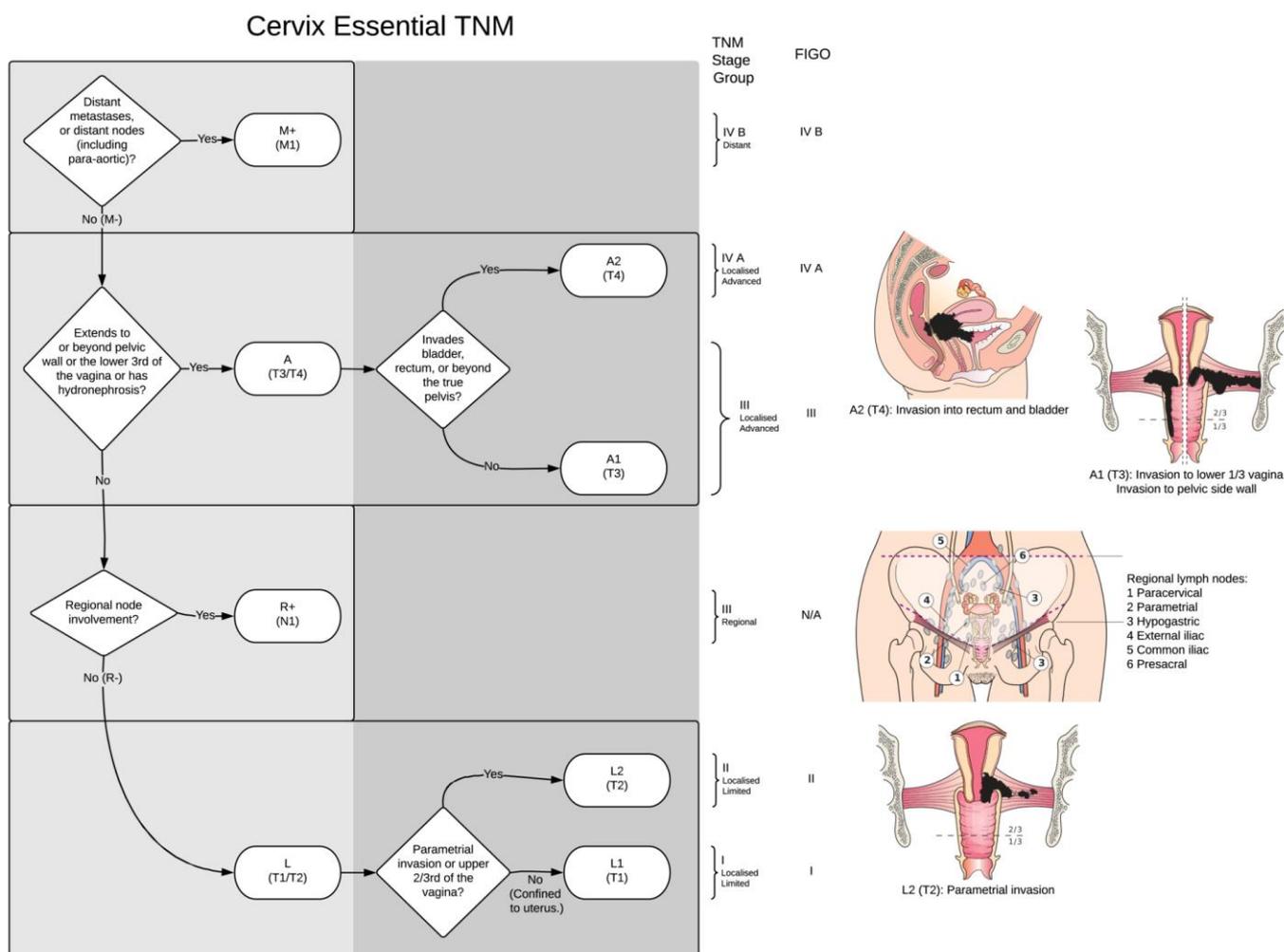


Fig 5.2 Câncer de colo uterino: codificação por TNM essencial

TNM Essencial para Câncer colorretal

Pontos-chave para o estadiamento do câncer do colorretal

1. A metástase é comum no fígado. Isto pode ser clinicamente documentado em laudo operatório ou em exames de imagens.
2. Os linfonodos regionais são locais específicos para cada segmento do cólon/recto e são nomeados em conformidade (epicólico, mesentérico, paracólico, ileocólico, retal).
3. Os depósitos tumorais (satélites) são nódulos cancerígenos separados do tumor primário, localizados na mesma área que os linfonodos regionais (tecidos peri-cólicos/ peri-retais). Assume-se que são realmente lesões metastáticas dos gânglios linfáticos, e que são codificadas R+
4. Procure por extensão através da parede do cólon/reto
5. tamanho do tumor não é importante na atribuição do estadiamento

Colon and Rectum Essential TNM

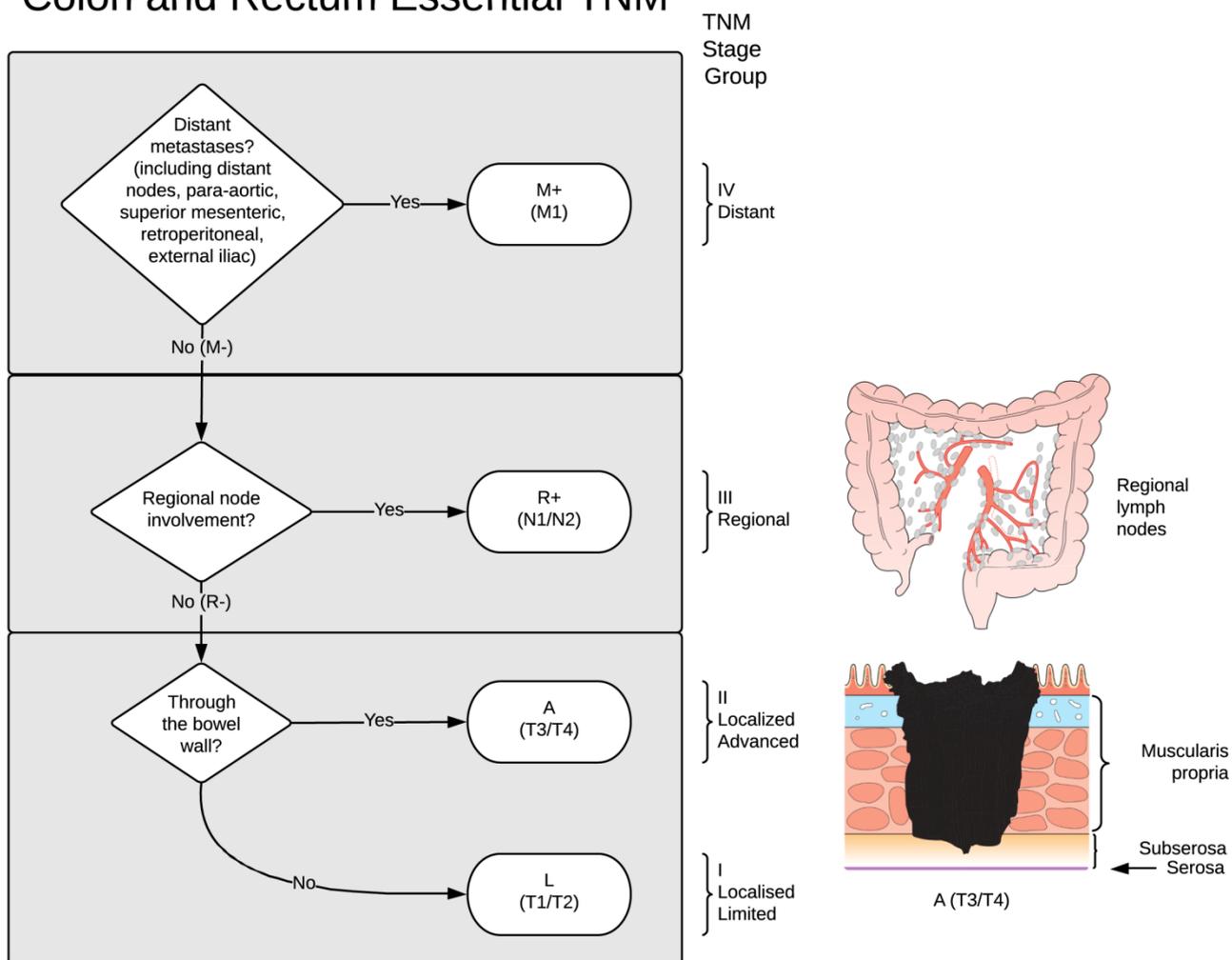


Fig 5.3 Câncer colorretal: codificação por TNM essencial

Órgão	Segmento	Gânglios linfáticos regionais
Cólon	Cecum	Pericólico, ileocólico, cólico direito
	Cólon ascendente e flexão hepática	Pericólico, ileocólico, cólico direito, cólico médio
	Cólon transverso e flexão esplênica	Pericólico, cólico médio, cólico esquerdo
	Cólon descendente	Pericólico, cólico esquerdo, sigmóide, mesentérico inferior
	Sigmóide e rectosigmóide	Pericólico, sigmóide, mesentérico inferior, retal superior (hemorroidal)
Reto	Reto	Mesorrectal, retal superior (hemorroidal), mesentérica inferior, ilíaca interna, retal inferior

TNM Essencial para Câncer de próstata

Pontos-chave para o estadiamento do câncer do próstata

1. A metástase é mais comum nos ossos. Procure evidências em exames de imagem.
2. Lembre-se que linfonodos distantes para além da pélvis são M+; eles incluem os seguintes nós: Aórtico (paraaorticlumbar), ilíaco comum, inguinal (femoral e profundo), supraclavicular, cervical, escaleno e retroperitoneal.
3. Os linfonodos regionais são os da pélvis verdadeira (os nós pélvicos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns: obturador, periprostático, perivoso, pélvico, ilíaco, sacro, hipogástrico).
4. Procure a extensão do tumor para além da cápsula prostática; se este estiver confinado à próstata, o tumor é localizado (L).
- 5.

Prostate Essential TNM

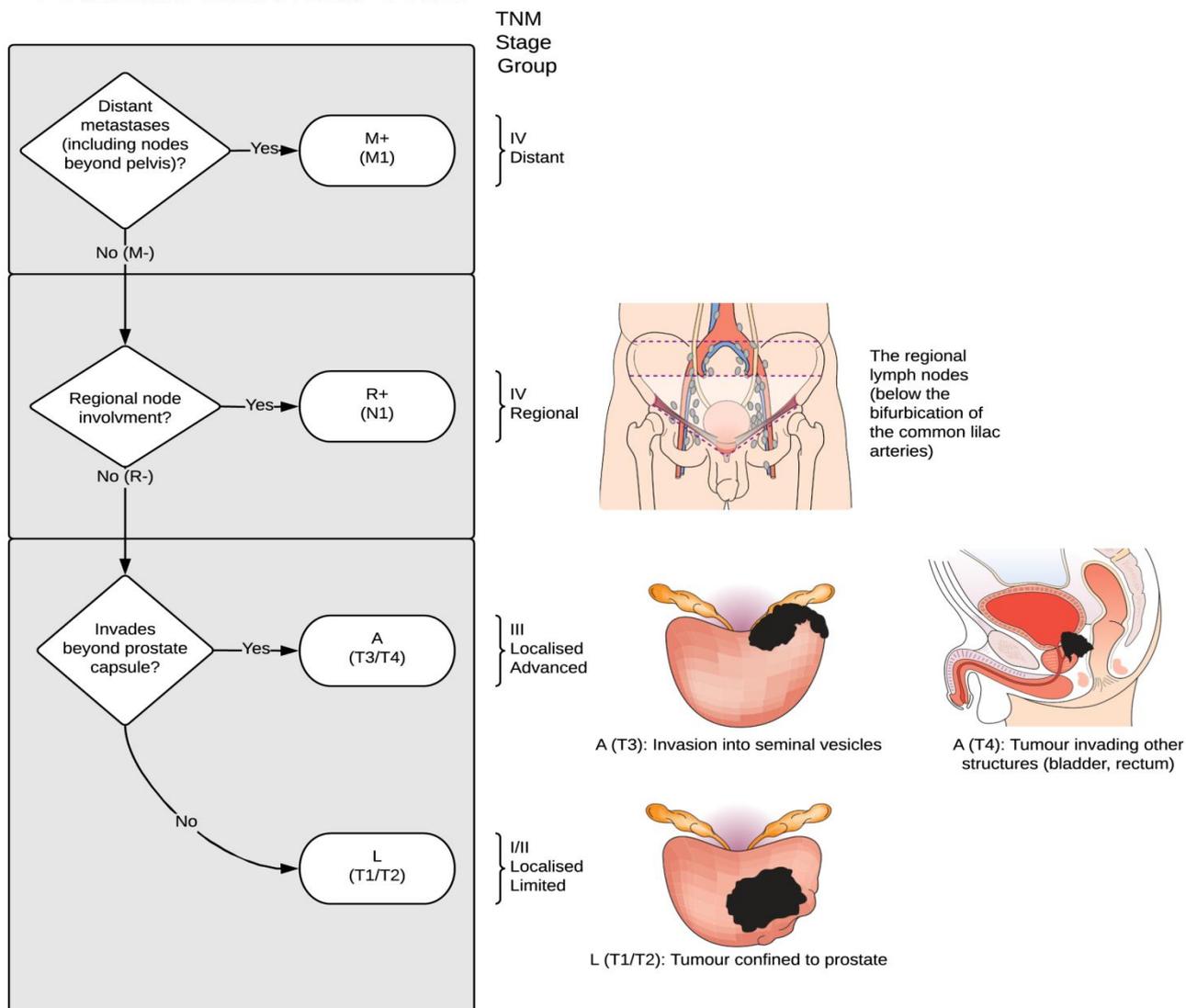


Fig 5.4 Câncer de próstata: codificação por TNM essencial

5.8 FONTE DE INFORMAÇÕES

[Example – Gulu cancer registry (Uganda)]

Source of information	
Lacor Hospital	10
Gulu Regional Hospital	30
Gulu Military Hospital	50
Gulu Independent Hospital	51
Anaka	52
Uganda Cancer Institute	80
Mulago Hospital	81
Nsambya Hospital	82
Rubaga Hospital	83
Mengo Hospital	84
TASO Gulu	85
Gulu Private Clinics	86
The Media	87
Community Gatherings	88
Laboratories	
Lacor Pathology Gulu	10
Lab-Makerere	80
Lab-MultiSystem	81
Lab-Metromed	82
Lab-Nsambya	83

Appendix 4a: Codes used for units in the health facilities as cancer data sources

Sources Units (Wards)	Medical	Surgical	Gynaecology	Paediatrics	OPD	Mortuary
Lacor Hospital (Code 10)	101	102	103	104	106	105
Gulu Regional Hospital (Code 30)	301	302	303	304	306	305
Gulu Military Hospital (Code 50)	501	502	503	504	506	505
Gulu Independent Hospital (Code 51)	511	512	513	514	516	515
Anaka Hospital (Code 52)	521	522	523	524	526	525

6. PROCEDIMENTOS DE ENTRADA DE DADOS

As notificações são recebidas em formulários de registro/notificação, ou como arquivos de computador. Os procedimentos de entrada dizem respeito à introdução das informações no CanReg versão 4 ou 5 (Fig. 6. 1).



Fig 6. 1 CanReg Software

O sistema CanReg permite a entrada, armazenamento, verificação, backup e análise de dados do registro de câncer. O processo de entrada também inclui uma série de verificações embutidas, para garantir que erros muito óbvios sejam assinalados para correção. Os registros incorretos incompletos não podem ser CONFIRMADOS e permanecerão em um estado pendente até que sejam corrigidos/completados.

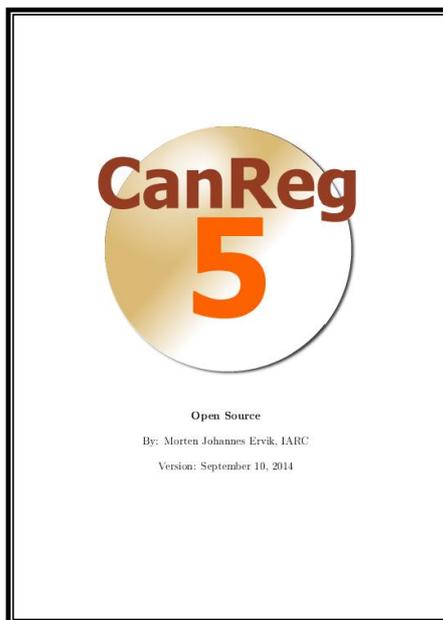
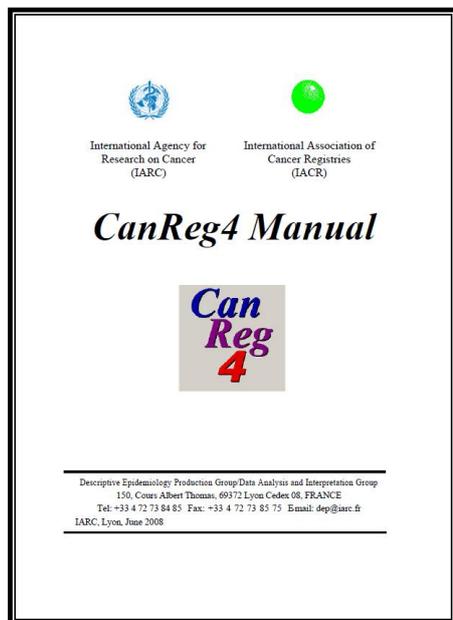


Fig 6. 2 Guias do Usuário para o CanReg

CanReg 4 armazena um registro para cada câncer (tumor), anotando para cada câncer, todas as FONTES de notificação separadas; uma chave especial (Código Primário Múltiplo) permite reunir diferentes tumores para a MESMA pessoa.

CanReg 5 divide esta informação em três tabelas: Paciente, Tumor e Fonte. Para cada paciente, você pode armazenar quantos registros de tumor você precisar, e para cada tumor você pode armazenar quantos registros de fonte você precisar.

Os manuais do CanReg (Fig. 6. 2) dão instruções detalhadas sobre o procedimento de entrada de dados, incluindo a verificação de se um determinado paciente já tem um registro, permitindo a atualização de registros existentes e a criação de novos. Fig 6. 3 mostra os processos básicos envolvidos.

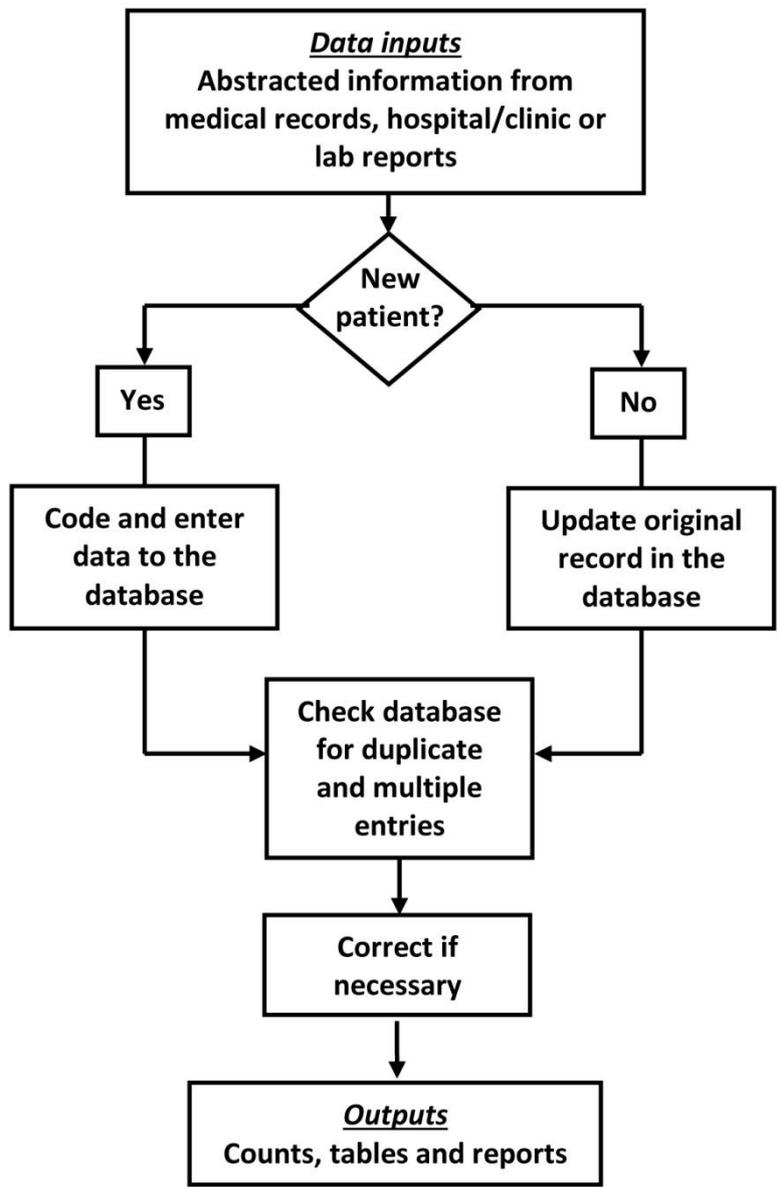


Fig 6. 3 Flow chart of data entry to database

NOTIFICAÇÕES DE ÓBITO

Se o formulário de registro/notificação tiver sido preenchido a partir de uma certidão de óbito, sair **4 semanas** antes da entrada de dados, para dar tempo de encontrar os casos a partir de qualquer fonte hospitalar

Os formulários de registro/notificação preenchidos a partir de uma certidão de óbito (ver secção 4. COLETA DE DADOS) devem ser verificados para ver se o caso de câncer, ou pessoa, já foi registrado, usando a função Browse / Edit no CanReg da mesma forma que com um resumo hospitalar.

- ☞ Se o caso tiver sido registrado anteriormente, o registro é atualizado com a data do óbito e qualquer outra nova informação.
- ☞ Se não houver registro para o caso; o local do óbito é verificado. Se o paciente faleceu no hospital, o caso deve ser "seguido" para ver se o registro hospitalar pode ser rastreado.
 - Se puder ser encontrado - E O PACIENTE REALMENTE TEVE CANCER - um formulário de registro/notificação deve ser preenchido a partir do registro hospitalar com todas as variáveis obrigatórias.
O caso está registrado com DUAS fontes (hospital e certidão de óbito).
 - Se não houve registro prévio e se revelar impossível rastrear qualquer registro de que o caso foi visto no hospital:

ENTÃO

- O caso é registrado como um novo câncer usando as informações da certidão de óbito.
- Insira a base de diagnóstico = 0 (Somente Certificado de óbito)
- Data definida de incidência = data do óbito (A MENOS QUE há informação sobre a data do diagnóstico no certificado).
- A fonte de informação será a certidão de óbito.

OU

Se houver dúvida sobre a exatidão da declaração da causa da morte (por exemplo, o certificado foi emitido por uma pessoa não médica), o caso não foi registrado (por exemplo, deixado pendente).

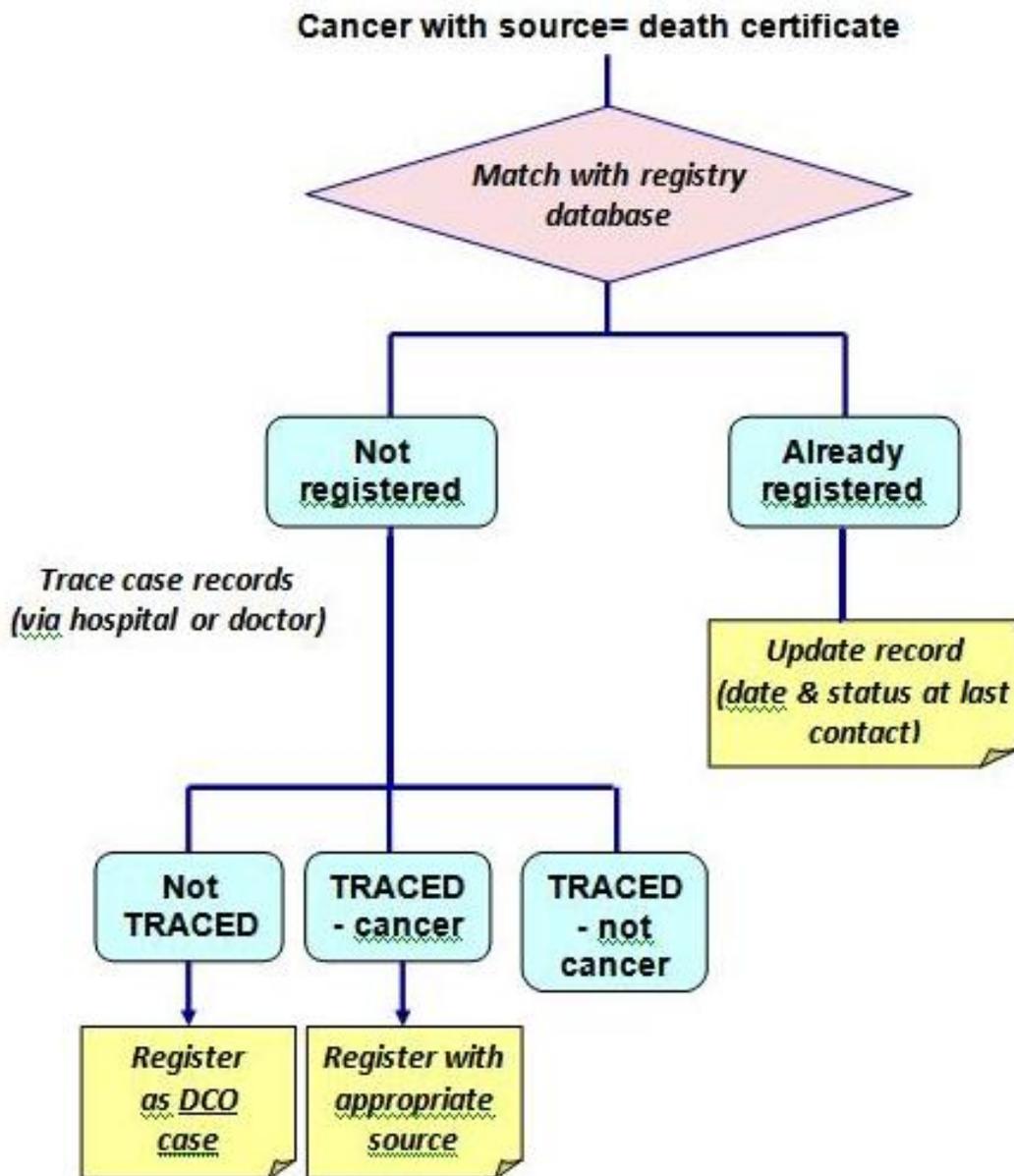


Fig 6. 4 A utilização de certidões de óbito para identificar novos casos de câncer

7. ARMAZENAMENTO DE DADOS

- Os formulários de registro/notificação devem ser preenchidos numericamente por número de registro (Fig. 7.1)
- Armazenar em um armário que possa ser trancado.
- Os documentos devem ser seguros e inacessíveis a pessoas não autorizadas.
- Devem ser protegidos contra perdas ou danos causados por incêndios, inundações ou qualquer outra interferência.
- Ao final de cada dia deve ser feito um BACKUP da base de dados do CanReg. O backup pode ser armazenado em um pen/flash drive/CD externo do disco rígido portátil ou outro meio eletrônico. Este deve ser armazenado em um armário seguro, fechado ou gaveta que é seguro e inacessível a pessoas não autorizadas.
- Os dados em trânsito devem ser guardados numa mala que possa ser trancada.



Fig 7. 1 Arquivamento de formulários de registro/notificação

8. CONFIDENCIALIDADE

O Registro tem como objetivo manter a confidencialidade de todas as informações sobre câncer coletadas pelas seguintes razões:

- Para proteger a privacidade dos pacientes com câncer
- Para proteger a privacidade dos estabelecimentos de saúde que relatam o caso de câncer
- Para proteger a privacidade dos prestadores de cuidados de saúde do paciente com câncer
- Para proteger contra abuso e má utilização dos dados do cancer

As Diretrizes sobre Confidencialidade para Registro de Câncer Baseado na População foram publicadas por IACR/IARC (IARC Internal Report No. 2004/03). Podem ser obtidos a pedido do Secretariado da AFCRN.

Definição de dados confidenciais

Os dados confidenciais incluem dados que identificam informações específicas sobre o paciente, as instalações de saúde e os prestadores de cuidados de saúde que relatam o caso. O registro de câncer deve manter os mesmos padrões de confidencialidade aplicáveis à confidencialidade dos registros médicos e da relação médico-paciente.

Todo o pessoal deve assinar um documento de confidencialidade para preservar o anonimato dos dados do registro e não divulgar qualquer informação, mesmo após a cessação do emprego. Um exemplo é fornecido no Anexo 5.

8.1 ASPECTO LOGÍSTICO DE CONFIDENCIALIDADE

As seguintes medidas para garantir a confidencialidade devem ser implementadas:

Coleta de dados

Para os dados coletados nos formulários de registro/notificação, é responsabilidade do pessoal do registro preservar sua confidencialidade. Os formulários devem ser guardados sob fechadura e chave de preferência num armário de arquivo. Eles não devem ser deixados num local onde uma pessoa não autorizada possa ter acesso, por exemplo, no seu carro.

Transferência de dados

Ao enviar informações através do correio:

- Use e-mail registrado.
- As informações devem ser enviadas em duas listas separadas; uma de nomes e a outra de informações médicas que, quando no registro são fundidas.
- Utilizar envelopes duplos; o exterior com um endereço geral e o interior com o endereço do destinatário autorizado que, idealmente, deve ser o director do registro ou a pessoa delegada/autorizada.

Os dados confidenciais **NUNCA** devem ser enviados por fax.

Quando a informação é enviada eletronicamente, como discos rígidos USB ou CDs, é importante tomar medidas para garantir que estes não se percam e não sejam facilmente lidos por outras partes. As seguintes precauções podem ser tomadas:

- Criptografia dos nomes a vários níveis.
- Preparação de um CD ou USB separado com os nomes e um com os dados relacionados com o tumor.
- Manter um registro de todos os dados transmitidos e recebidos eletronicamente.
- Dados não devem sair das instalações do registro sem autorização.

Computador

Com dados mantidos em nomes de usuários de computador e senhas devem ser usados e alterados regularmente e devem ser conhecidos apenas pelos usuários autorizados.

Telefone

A informação confidencial **NUNCA** deve ser dada por telefone, nem as consultas dos colaboradores sobre dados confidenciais devem ser dadas por telefone.

8.2 ACESSO AOS DADOS E ARMAZENAMENTO DOS MESMOS

- Medidas rigorosas de segurança devem ser exercidas para garantir a confidencialidade. Estas incluem:
- acesso ao registro deve ser limitado e restrito apenas a pessoas autorizadas (Fig. 8.1).
- Todos os registros de registro devem ser armazenados em uma sala que pode ser trancada e o acesso deve ser limitado apenas a pessoas autorizadas.
- Providencie armários de arquivo trancados
- Use a máquina trituradora para destruir formulários indesejados



Fig 8. 1 Aviso de Entrada Restrita

8.3 UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS

Os dados confidenciais só podem ser fornecidos pelo registro mediante solicitação por escrito (ver Anexo 6), que deve incluir a finalidade exata para a qual os dados serão utilizados, a informação exigida o nome da(s) pessoa(s) responsável(eis) por manter a informação confidencial e o período de tempo para o qual os dados são necessários.

- O registro deve certificar-se de que aqueles que recebem os dados:
 - Estão vinculados às mesmas regras de confidencialidade observadas pelo pessoal do registro.
 - Utilizarão os dados apenas para os fins acordados no momento do fornecimento e não os tornarão acessíveis a outras partes.
 - Destruirão os dados quando já não forem necessários para os referidos fins.
- Nenhuma informação deve ser fornecida a companhias de seguros, empregadores de fundos de pensão de fundos médicos, à polícia ou a um médico que tenha de examinar um indivíduo para esse fim.

Dados agregados

Estes tipos de dados não necessitam de medidas rigorosas de confidencialidade e incluem tabelas, gráficos e relatórios preparados.

Dados individuais

Os registros de câncer contribuem para investigações sobre a causa do câncer e o registro pode frequentemente ser solicitado a fornecer os nomes dos pacientes com determinados cânceres para que eles possam ser incluídos em um estudo. Os nomes dos pacientes podem ser revelados ao médico que os trata. Caso contrário, os nomes dos pacientes podem ser revelados aos pesquisadores que têm a autoridade/aprovação do diretor do registro e do comitê de ética. Os nomes podem ser revelados aos pesquisadores com o acordo de que os pacientes ou membros da família não podem ser identificados ou qualquer informação detalhada que permita qualquer forma de identificação.

Divulgação internacional

Ao enviar dados para o exterior, os funcionários do registro deve garantir que as identificações dos pacientes não sejam divulgadas. Os casos podem ser identificados por um número de código ou número de registro de pacientes (que pode ser ligado ao registro de registro dentro do registro). Os pedidos de dados apresentados pelos investigadores aos membros da AFCRN em mais de um país devem ser encaminhados para o Comité de Investigação da AFCRN.

8.4 DISSEMINAÇÃO DE DADOS PARA ORGANIZAÇÕES EXTERNAS DE INVESTIGAÇÃO, por exemplo A IMPRENSA

Somente o diretor do registro pode liberar dados para a mídia. Ele deve insistir em ver o rascunho do artigo antes da divulgação ou publicação. Os dados identificáveis **NUNCA** devem ser divulgados à mídia.

9. CONTROLE DE QUALIDADE

O principal objetivo de um registro de câncer de base populacional é determinar a incidência de câncer em sua população geográfica. É, portanto, da maior importância que os dados do registro sejam de boa qualidade. Isto significa que a informação coletada, especialmente sobre itens essenciais, deve ser completa, consistente e precisa, e que a cobertura da população deve ser a mais completa possível. O controle de qualidade diz respeito a três aspectos do trabalho de registro:

VALIDADE: Esta é a precisão das informações registradas (ou, a proporção de casos registrados como tendo uma determinada característica que realmente tem esse atributo).

COMPLETUDE: Esta é a medida em que todos os novos cânceres (incidentes) que ocorrem na população alvo do registro são incluídos na base de dados.

ATUALIDADE: a velocidade com que os dados do registro estão prontos para análise e geração de relatórios.

9.1 MEDIÇÃO DA VALIDADE (PRECISÃO) DOS DADOS DE REGISTRO

Os métodos utilizados são os seguintes:

1. Re-coletando e recodificando "auditorias"
2. Relatando percentagens "Morfologia verificada"
3. Relatando porcentagens de SDO
4. Relatórios sobre a porcentagem de informações ausentes
5. Verificações de consistência interna

9.1.1 Auditorias de re-coleta e recodificação

As auditorias de re-coleta e de recodificação geralmente são usadas para avaliar a precisão (concordância com os registros médicos de origem) e a reprodutibilidade (concordância entre os coletores de dados) dos dados do registro.

Eles precisam ser executados por um auditor - seja do registro (por exemplo, do diretor ou do gerente do registro) ou de um consultor "especialista" de fora.

O objetivo de um estudo de re-coleta é medir o nível de concordância entre os dados no registro e os re-coletados e recodificados pelo auditor a partir dos registros de origem (os registros médicos do hospital na maioria dos casos).

Re-coleta

Uma amostra de registros é selecionada no banco de dados do registro pelo auditor. Casos elegíveis são aqueles diagnosticados pelo menos um ano antes do ano do estudo.

Ele / ela selecionará a amostra:

- aleatoriamente de todo o banco de dados
- aleatoriamente de certas fontes conhecidas por causar problemas à equipe de registro
- aleatoriamente, mas com o mesmo número de casos sorteados para cada registrador

A amostra será para registros de um único ano (ou período de alguns anos) sujeitos ao exercício de controle de qualidade.

Hilsenbeck et al, (1987), do Sistema Centralizado de Dados de Pacientes com Câncer nos EUA sugeriu que o tamanho da amostra deveria ser, no mínimo, 3-4 casos por registrador por mês.

Para esses registros, os registros dos quais o caso foi extraído são solicitados à fonte em questão. Isso significa enviar uma lista dos registros de casos necessários (a lista contém o número do caso, nome do paciente, data) às fontes (departamentos de registros hospitalares, por exemplo) e solicitar que os arquivos do caso estejam prontos para o exercício.

O auditor então coletará o caso no formulário de registro (SEM olhar para o registro original). As re-coletas são comparados com o original (o formulário de registro ou os detalhes do banco de dados CanReg).

Para cada item de dado reextraído, os códigos do auditor são comparados aos códigos originais para identificar discrepâncias. Se os códigos não corresponderem, a discrepância é classificada quanto à gravidade de acordo com as definições de discrepância maior e menor (consulte a Tabela 9.1). A Tabela 9.2 mostra um exemplo dos resultados desse estudo.

Item	Código	Grave discordância	Pequena discordância
<u>Demográfico</u>			
Sexo		qualquer diferença	
Idade		>1 ano de diferença	diferença ≥ 3 meses
Data de nascimento	dd/mm/aaaa	aaaa diferente	diferença em mês /dia
Grupo étnico			qualquer diferença
Local de residência		dentro/fora da área de registro	qualquer
<u>Tumor</u>			
Data de incidência	dd/mm/aaaa	aaaa diferente	diferença ≥ 3 meses
Sítio primário	CID-O (Cxx.y)	diferença em xx	diferença em y (3º dígito)
Morfologia	CID-O (Mxxxy)	diferença em xxx	diferença em y (4º dígito)
Comportamento	CID-O	qualquer diferença	
Base de diagnóstico		diferença VM ou não -VM or SDO	diferença em VM diferença em não -VM
Lateralidade			qualquer diferença
Estadiamento		diferença resultante na mudança de estadiamento da UICC (I-IV)	qualquer outra diferença
<u>Tratamento</u>			
Tipo: cirurgia radiotherapy quimioterapia hormonioterapia		Realizado vs não realizado	qualquer diferença de código (incluindo 9 [desconhecido])
Data		difference ≥ 1 month	diferença < 1 mês
<u>Follow up (Seguimento)</u>			
Data do último contato	dd/mm/aaaa	diferença ≥ 3 meses	diferença < 3 meses
Status no último contato		qualquer diferença	

Table 9. 1 Discordancias graves e pequenas para itens de dados-chave selecionados

Dados	Dados de itens Recoletados	Number de concordantes	% concordância
Sexo	50	50	100%
Raça	50	48	96%
Idade	50	47	94%
Data de Diagnóstico	50	43	86%
Sítio principal	50	46	92%
Histologia	50	46	92%
Base de diagnóstico	50	48	96%
Estadiamento	50	33	66%
Tratamento			
Cirurgia	50	48	96%
Radioterapia	50	47	94%
Quimioterapia-Endócrina	50	46	92%
Outras terapias	50	50	100%
Data do Tratamento	50	45	90%
Data do último contato	50	48	96%
Status Vital no Último Contato	50	49	98%
TOTAL	750	694	93%

Tabela 9. 2 Resultados de um estudo hipotético de recoleta.

Auditoria de recodificação Estes analisam o nível de concordância entre o pessoal do registro e o auditor para registros já existentes no registro. O auditor utiliza o texto contido no formulário de registro para recodificar uma amostra de registros de casos reais na base de dados do registro.

Como em um estudo de recoleta, para cada caso recodificado, os códigos para cada item de dados são comparados para discrepâncias com aqueles atribuídos pelo auditor. Estes estudos mostram:

- Os tipos de registros de tumores em que as discrepâncias ocorrem com mais freqüência.
- Fontes de variação (por exemplo, má interpretação da informação do documento de origem, informação não disponível na coleta inicial, má interpretação das regras de codificação, consolidação inadequada ou errônea dos dados entre registros).
- Efeito da classificação errada que pode afetar a análise e a utilização dos dados (por exemplo, os tumores são mais freqüentemente super ou sub estadiados?).
- Qualidade dos dados em relação a outros fatores, tais como quem coleta os dados (registradores permanentes versus pessoal médico), treinamento e habilidades dos registradores que coletam os dados, e dificuldade de abstração e codificação dos itens de dados específicos.

Esta informação deve ser utilizada para identificar necessidades de formação e para modificar processos e procedimentos de registro para assegurar uma melhoria futura da qualidade dos dados.

9.1.2 Percentagem de casos com um diagnóstico com verificado verificação morfológica (VM%)

A verificação morfológica refere-se a casos cujo diagnóstico é baseado em histologia ou citologia.

Procedimento:

Para o período de tempo em que o exercício de controle de qualidade está sendo realizado (por exemplo, um ano, três anos, 5 anos), faça uma tabela, com, para cada sexo, o número de casos, por local de câncer (usando os códigos do CID-10) para cada código "Base de Diagnóstico" (ver Tabela 9.3, lado esquerdo). Em seguida, agrupar a "base dos códigos de diagnóstico" que representa os diagnósticos baseados no exame por microscópio (geralmente em laboratórios de patologia ou hematologia). Os códigos (seção 5.4, página 26) são:

5. Citologia ou Hematologia
6. Histologia de uma metástase
7. Histologia de um tumor primário

O MV% é a percentagem de todos os registros com estes códigos "base".

O lado direito da Tabela 9.3 mostra como os códigos (CID-10) para local de câncer e para "base de diagnóstico" podem ser agrupados (com Base de diagnóstico como SDO/ Clinical/ V.M.) em uma tabela adequada para publicação em um relatório de registro.

Basic data: Table of site (ICD-10) by basis of diagnosis												
SITE (ICD-10)	BASIS CODES									Total	BASIS	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		1-4	5-8
0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	4	0	0	0	0	0	11	0	15	4	11
3	0	1	0	1	0	0	0	5	0	7	2	5
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	4	0	0	0	0	0	6	0	10	4	6
6	1	5	0	1	0	0	0	3	0	10	6	3
7	0	5	0	0	0	0	0	6	0	11	5	6
8	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4	1	3
9	0	2	0	0	0	0	0	5	0	7	2	5
10	0	4	0	0	0	0	0	6	0	10	4	6
11	0	22	0	0	0	0	1	27	0	50	22	28
12	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
13	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	2	1
14	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
15	16	95	0	0	0	0	0	71	0	182	95	71
16	8	33	0	1	0	0	2	37	0	81	34	39
17	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3
18	1	27	0	0	0	0	0	22	0	50	27	22
19	0	7	0	0	0	0	0	5	0	12	7	5
20	4	24	0	0	0	0	0	34	0	62	24	34
21	0	2	0	0	0	0	0	4	0	6	2	4
22	8	104	1	0	0	0	0	87	0	200	105	87
23	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	4
25	3	27	0	0	0	0	0	6	0	36	27	6
26	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2
30	0	8	0	0	0	0	0	11	0	19	8	11
31	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	1	2
32	0	13	0	0	0	0	0	10	0	23	13	10
34	2	37	0	0	0	0	0	20	0	59	37	20
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cancer site	ICD-10	Basis of diagnosis				
		No. Cases	(% total)	DCO	Clinical	M.V.
Oral cavity & pharynx	C00-C14	133	3.1	0.8%	42.9%	56.4%
Oesophagus	C15	182	4.3	8.8%	52.2%	39.0%
Stomach	C16	81	1.9	9.9%	42.0%	48.1%
Large bowel	C18-C21	130	3.1	3.8%	46.2%	50.0%
Liver	C22	200	4.7	4.0%	52.5%	43.5%
Pancreas	C25	36	0.9	8.3%	75.0%	16.7%
Larynx	C32	23	0.5	0.0%	56.5%	43.5%
Lung	C33-C34	59	1.4	3.4%	62.7%	33.9%
Bone	C40-C41	54	1.3	0.0%	42.6%	57.4%
Melanoma of Skin	C43	25	0.6	0.0%	28.0%	72.0%
Other Skin	C44	54	1.3	0.0%	37.0%	63.0%
Kaposi sarcoma	C46	1035	24.4	1.1%	25.2%	73.7%
Breast	C50	334	7.9	0.9%	53.3%	45.8%
Cervix Uteri	C53	492	11.6	2.6%	43.5%	53.9%
Corpus Uteri	C54	33	0.8	3.0%	27.3%	69.7%
Ovary	C56	57	1.3	5.3%	49.1%	45.6%
Prostate	C61	236	5.6	1.3%	33.9%	64.8%
Kidney	C64	55	1.3	0.0%	38.2%	61.8%
Bladder	C67	22	0.5	0.0%	50.0%	50.0%
Eye	C69	122	2.9	0.0%	15.6%	84.4%
Brain, Nervous system	C70-C72	36	0.9	8.3%	61.1%	30.6%
Thyroid	C73	35	0.8	2.9%	14.3%	82.9%
Hodgkin disease	C81	46	1.1	0.0%	15.2%	84.8%
Non-Hodgkin lymphom	C82-C85;C	298	7.0	1.3%	45.0%	53.7%
Leukaemia	C91-C95	98	2.3	6.1%	40.8%	53.1%
All sites Total	All	4235	100	2.2%	39.2%	58.6%

Tabela 9. 3 Exemplo de cálculo de MV% (Registro X, dados para 2005-2007)

Uma das tabelas padrão no CanReg5 ("Indicadores de Qualidade de Dados") inclui o MV% - além de outros indicadores de qualidade de dados (ver Tabela 9.4).

Training System (English) (2001–2005)

Data Quality Indicators

MALE

SITE	Cases	% Total	ASR(se)	MV(%)	CLIN(%)	DCO(%)	ICD10
Mouth & pharynx	418	5.47	16.62 (0.84)	98.80	0.72	0.48	C00–14
Oesophagus	197	2.58	8.31 (0.61)	88.83	2.03	9.14	C15
Stomach	430	5.63	19.11 (0.95)	91.63	2.09	6.28	C16
Colon, rectum, anus	529	6.93	22.45 (1.01)	93.38	1.32	5.29	C18–21
Liver	116	1.52	5.09 (0.49)	60.34	8.62	31.03	C22
Pancreas	81	1.06	3.60 (0.41)	60.49	11.11	28.40	C25
Larynx	163	2.13	7.11 (0.57)	95.09	3.68	1.23	C32
Lung, trachea, bronchus	500	6.55	23.14 (1.05)	79.80	6.60	13.60	C33–34
Pleura & other thoracic	20	0.26	0.67 (0.16)	70.00	15.00	15.00	C37–38
Melanoma of skin	122	1.60	4.84 (0.46)	96.72	0.82	2.46	C43
Prostate	2153	28.19	105.44 (2.29)	95.45	1.49	3.07	C61
Testis	56	0.73	1.41 (0.20)	92.86	3.57	3.57	C62
Kidney & urinary NOS	132	1.73	5.52 (0.50)	91.67	2.27	6.06	C64–66,68
Bladder	265	3.47	12.42 (0.77)	94.34	2.26	3.40	C67
Brain & nervous system	211	2.76	7.16 (0.53)	82.46	5.21	12.32	C70–72
Thyroid	65	0.85	2.08 (0.28)	98.46	0.00	1.54	C73
Ill-defined	204	2.67	8.92 (0.64)	63.24	12.25	24.51	C76–80
Lymphoma	414	5.42	15.93 (0.82)	87.44	2.17	10.39	C81–85,90,88,96
Leukaemia	226	2.96	7.91 (0.56)	76.55	1.33	22.12	C91–95
All sites but C44	6727	88.08	293.72 (3.70)	89.58	2.76	7.66	ALLbC44

FEMALE

SITE	Cases	% Total	ASR(se)	MV(%)	CLIN(%)	DCO(%)	ICD10
Mouth & pharynx	139	1.79	4.45 (0.39)	94.24	3.60	2.16	C00–14
Oesophagus	61	0.78	2.20 (0.29)	90.16	1.64	8.20	C15
Stomach	278	3.58	9.40 (0.58)	92.81	2.16	5.04	C16
Colon, rectum, anus	608	7.82	20.70 (0.86)	93.91	1.48	4.61	C18–21
Liver	53	0.68	1.80 (0.25)	47.17	3.77	49.06	C22
Pancreas	104	1.34	3.68 (0.37)	57.69	9.62	32.69	C25
Larynx	36	0.46	1.28 (0.22)	97.22	2.78	0.00	C32
Lung, trachea, bronchus	308	3.96	11.11 (0.64)	78.25	5.84	15.91	C33–34
Pleura & other thoracic	11	0.14	0.31 (0.10)	81.82	0.00	18.18	C37–38
Melanoma of skin	124	1.60	3.80 (0.36)	100.00	0.00	0.00	C43
Breast	1766	22.72	54.78 (1.35)	97.06	1.30	1.64	C50
Cervix	904	11.63	26.70 (0.93)	98.23	0.55	1.22	C53
Corpus & Uterus NOS	226	2.91	7.78 (0.53)	98.23	0.88	0.88	C54–55
Ovary & adnexa	228	2.93	7.24 (0.50)	92.11	2.19	5.70	C56
Kidney & urinary NOS	93	1.20	3.30 (0.35)	92.47	2.15	5.38	C64–66,68
Bladder	121	1.56	4.29 (0.40)	91.74	1.65	6.61	C67
Brain & nervous system	159	2.05	4.61 (0.38)	78.62	4.40	16.98	C70–72
Thyroid	366	4.71	9.99 (0.55)	96.99	1.64	1.37	C73
Ill-defined	173	2.23	5.88 (0.46)	70.52	10.40	19.08	C76–80
Lymphoma	380	4.89	11.98 (0.64)	89.21	2.11	8.68	C81–85,90,88,96
Leukaemia	234	3.01	6.93 (0.47)	84.62	0.43	14.96	C91–95
All sites but C44	6750	86.85	214.37 (2.70)	92.00	2.09	5.91	ALLbC44

Cases of unknown age (21 M / 26 F) were excluded from these analyses

Tabela 9. 4 Saída do CanReg-5 (Indicadores de Qualidade de Dados)

A VM% é tradicionalmente considerado como uma espécie de "padrão ouro", com a suspeita recaindo sobre a precisão do diagnóstico por outros meios (embora na realidade um diagnóstico baseado em uma ressonância magnética ou tomografia computadorizada possa ser tão preciso quanto um baseado em citologia esfoliativa).

Uma VM alta% é considerada como significando a precisão do diagnóstico, enquanto que uma VM baixa% lança dúvidas sobre a validade dos dados.

O valor absoluto da VM% precisa ser comparado com um valor "esperado" que é razoável dadas as circunstâncias (estado da tecnologia médica, prática clínica local) em que o registro opera. Portanto, os valores de VM (por local e, de preferência, também por sexo) devem ser comparados com um conjunto apropriado de padrões, para que os valores que são significativamente diferentes possam ser identificados.

A Tabela 9.5 fornece os valores "padrão" de MV% para a África Subsaariana, com os quais os seus próprios valores podem ser comparados³.

ICD-10 code	Cancer site	Male	Female
		MV%	MV%
C00-14	Oral cavity and pharynx	68.6	71.4
C15	Oesophagus	46.7	45.9
C16	Stomach	53.1	53.4
C18-21	Large bowel	62.1	61.3
C22	Liver	11.7	12.6
C25	Pancreas	16.8	22.2
C32	Larynx	66.2	73.3
C33-34	Trachea, bronchus, and lung	44.7	64.1
C43	Melanoma of skin	76.9	90.0
C50	Breast	66.7	66.1
C53	Cervix uteri	0.0	62.4
C54-55	Corpus uteri, uterus unspecified	0.0	64.6
C56	Ovary	0.0	51.3
C61	Prostate	59.8	0.0
C62	Testis	48.3	0.0
C64-66	Kidney, renal pelvis, and ureter	68.8	67.1
C67	Bladder	39.7	45.0
C70-72	Brain, central nervous system	51.5	41.8
C73	Thyroid	65.4	73.8
C81-88, C90	Lymphomas	84.5	82.0
C91-95	Leukaemia	87.2	88.4
C76-80	Unspecified	48.4	39.8
C00-96 (excluding C44)	All sites (excluding non-melanoma skin)	57.4	61.1

MV%, percentage of cases with a morphologically verified diagnosis.
^a The Gambia (1997-1998), Mali, Bamako (1994-1996), Uganda, Kyadondo County (1993-1997), Zimbabwe, Harare: African (1993-1997).

Tabela 9. 5 Valores médios de VM% para os registros de câncer na África Subsaariana

A Tabela do CanReg5 ("Indicadores de Qualidade de Dados") ainda não mostra se a percentagem de VM registrada é significativamente diferente (superior ou inferior) deste padrão (ver Tabela 9.4).

Enquanto que uma VM% significativamente inferior ao valor esperado pode dar origem a preocupações sobre a falta de validade, geralmente não é o registro de câncer que pode influenciar a disponibilidade ou o

³ Um teste estatístico adequado foi descrito em Bray & Parkin (2009)

uso de serviços de patologia dentro da sua área. Normalmente, na África, a situação oposta - um valor relativamente alto de VM% - é motivo de preocupação. Isto porque a coleta de dados sobre casos de câncer dos departamentos de patologia é muito mais fácil do que a coleta de dados através de serviços clínicos ou arquivos hospitalares mal organizados. Uma grande proporção dos casos diagnosticados através do departamento de patologia pode muito bem sugerir defeitos na detecção de casos e, portanto, um registro incompleto. Pior ainda, a incompletude será tendenciosa, com o banco de dados contendo um déficit de cânceres que não são factíveis de fazer biópsia, e por isso são diagnosticados por outros métodos (por exemplo, câncer de pulmão, fígado, cérebro e pâncreas).

9.1.3 Percentagem de casos para os quais a única informação provém de uma certidão de óbito (SDO%)

Os casos de SDO (Somente Declaração de Óbito) são aqueles registrados com base em informações em uma certidão de óbito, e para os quais nenhuma outra informação pôde ser rastreada. Como descrito anteriormente (secção 6.1), a natureza das certidões de óbito na África varia muito, desde as emitidas como parte de um registro civil de eventos vitais até às geradas numa funerária.

No entanto, quase sempre a precisão das informações de diagnóstico é questionável, uma vez que a pessoa que escreve o certificado pode ter tido pouco contato com o paciente antes da morte e pode estar mal informada sobre como registrar a causa da morte. Pode até não ter qualquer formação médica. Assim, se nenhum outro registro clínico de pessoas que aparentemente morreram de (ou com) câncer puder ser encontrado, há uma suspeita razoável de que o diagnóstico foi simplesmente errado.

Se tais casos forem incluídos no banco de dados, e se abrangerem uma grande proporção de casos, a validade dos dados é suspeita.

Procedimento:

Quanto a VM% (ver 9.1.2), para o período de tempo em que o exercício de controle de qualidade está sendo realizado (por exemplo, um ano, três anos, 5 anos), faça uma tabela, com, para cada sexo, o número de casos, por local de câncer (usando os códigos do CID-10) para cada código "Base de Diagnóstico".

Os casos de SDO são aqueles com base no diagnóstico = 0
Ver tabela 9.3.

O SDO% é a percentagem de todos os registros com este código "base" (=0)
Quanto a VM%, calculamos SDO% por local do tumor, e, idealmente, por sexo.

A Tabela CanReg5 (Indicadores de Qualidade dos Dados) mostra a percentagem de casos de SDO, por local e sexo (ver Tabela 9.4).

O que é um nível aceitável de SDO % ?

Isto é difícil - depende das circunstâncias locais, por exemplo, disponibilidade de certidões de óbito, sucesso na ligação dos registros, exatidão das declarações de causa de morte no certificado.

Algumas coleções de resultados de registros de câncer propuseram padrões mais ou menos arbitrários; por exemplo, a Incidência de Câncer em Cinco Continentes Volume IX (Curado et al, 2007) considerou <10% de SDO como sendo da categoria "A" para qualidade, e 10-20% da categoria "B". O critério da Associação Norte-Americana de Registros Centrais de Câncer (NAACCR) é SDO inferior a 3% para o padrão "ouro" e inferior a 5% para a prata (Hofferkamp, 2008).

9.1.4 Proporção (ou percentagem) de casos com dados faltantes

A proporção de casos com valores desconhecidos de diferentes itens de dados, como idade ou estágio, é também um indicador da qualidade dos dados. Os itens de dados que devem ser avaliados pelos valores faltantes são:

- ☞ Idade
- ☞ Sítio primário
- ☞ Estadiamento
- ☞ Seguimento (Follow up)

Note que **NUNCA** é aceitável que "sexo" esteja ausente..

Valores desconhecidos podem resultar de problemas com o processo de registro, podem também resultar de histórias de casos ou investigações inadequadas, ou de ambigüidade no prontuário médico.

Para "IDADE" queremos calcular o número de registros (por local e sexo) para os quais a idade foi registrada como desconhecida ([código 99](#)).

Localização primária desconhecida (LPD%) inclui, além do "Local Primário Desconhecido" (C80 no CID-10), outras rubricas (por exemplo, neoplasias malignas de órgãos mal definidos do sistema digestivo (CID-10 C26), sistema respiratório (C39) sistema endócrino (C75), e neoplasias peritoneais e retroperitoneais (C48), assim como as de "Outros locais mal definidos" (C76).

As tabelas padrão produzidas pelo CanReg mostram o número de casos com Idade Desconhecida, e com uma linha intitulada "Outros e Indeterminados" (O & U) (Fig. 9.6).

Uma elevada proporção de casos atribuídos à categoria O&U/PSU significa que existe baixa precisão no diagnóstico, geralmente devido à falha na especificação do local do câncer primário nos casos diagnosticados com base no tecido obtido a partir de uma metástase. As taxas de incidência de cânceres em locais específicos serão subestimadas se uma grande proporção de casos registrados aparecer na categoria "Outros e/ou Não especificados", em vez de com o seu verdadeiro diagnóstico.

Quanto ao SDO%, algumas coleções de resultados de registros de câncer propuseram padrões mais ou menos arbitrários para a % em falta; por exemplo, CI5 Volume IX propôs máximos aceitáveis para a porcentagem de casos com idade desconhecida (<20%), e locais mal definidos (<20%) (Curado et al, 2007). Os padrões NAACCR incluem <3% casos com Idade em falta e <5% casos com local primário desconhecido (Hofferkamp, 2008).

Gambia National Cancer Registry (2007-2009)

Gambia National Cancer Registry 2007-2009

Cases by age group (Period) - Male

SITE	ALL AGES	AGE UNK	0-	5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65+	(%)	ICD (10th)
Lip	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C00
Tongue	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	0.3	C01-02
Mouth	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	0.6	C03-06
Salivary glands	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1	C07-08
Tonsil	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C09
Other oropharynx	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C10
Nasopharynx	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C11
Hypopharynx	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C12-13
Pharynx unspecified	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	0.1	C14
Oesophagus	13	2	-	-	-	-	1	-	3	1	-	1	2	1	-	2	1.6	C15
Stomach	22	4	-	-	-	-	-	-	4	1	1	4	1	3	4	-	2.8	C16
Small intestine	3	0	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	0.4	C17
Colon	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	C18
Rectum	14	1	-	-	-	2	-	-	1	2	1	-	3	-	1	2	1.8	C19-20
Anus	1	0	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0.1	C21
Liver	491	50	3	1	2	18	20	52	54	51	42	31	29	43	29	66	61.7	C22
Gallbladder etc.	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0.1	C23-24
Pancreas	10	0	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	3	-	2	2	1.3	C25
Nose, sinuses etc.	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C30-31
Larynx	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0.1	C32
Trachea, bronchus and lung	28	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	3	5	3	11	3.5	C33-34
Other thoracic organs	4	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.5	C37-38
Bone	18	7	-	-	-	-	2	1	2	-	1	1	2	-	1	1	2.3	C40-41
Melanoma of skin	4	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.5	C43
Other skin	3	4	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1.0	C44
Mesothelioma	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C45
Kaposi sarcoma	6	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	1	0.8	C46
Connective and soft tissue	8	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	1.0	C47, C49
Breast	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1	C50
Penis	2	0	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0.3	C60
Prostate	50	7	-	-	-	-	1	-	-	1	-	5	1	1	7	27	6.3	C61
Testis	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1	C62
Other male genital organs	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C63
Kidney	4	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	0.5	C64
Renal pelvis	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C65
Ureter	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C66
Bladder	12	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	-	3	3	1.5	C67
Other urinary organs	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C68
Eye	5	0	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	C69
Brain, nervous system	4	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	0.5	C70-72
Thyroid	4	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	0.5	C73
Adrenal gland	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C74
Other endocrine	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C75
Hodgkin disease	4	0	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	0.5	C81
Non-Hodgkin lymphoma	52	19	5	6	4	4	1	-	4	2	1	1	1	2	1	1	6.5	C82-85, C96
Immunoproliferative diseases	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C88
Multiple myeloma	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C90
Lymphoid leukaemia	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C91
Myeloid leukaemia	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	C92-94
Leukaemia unspecified	5	0	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	0.6	C95
Myeloproliferative disorders	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	MPD
Myelodysplastic syndromes	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	MDS
Other and unspecified	18	4	1	-	-	2	-	2	1	1	-	1	5	1	-	-	2.3	O&U
All sites	804	117	13	10	10	27	27	58	71	67	51	49	57	62	53	132		ALL
All sites but C44	796	113	13	10	10	26	27	58	71	66	51	49	57	62	52	131		ALL&C44

Table built Thu Jun 04 10:25:28 GMT 2015 by CanReg5.

Tabela 9. 6 Tabela Padrão (Casos por faixa etária (período)) do CanReg5 mostrando a porcentagem de casos com idade desconhecida (IDADE UNK) por local, e % com locais "Outros e Indeterminados" (por faixa etária)

9.1.5. Verificações de consistência

Nos registros informatizados, alguns aspectos da validade dos dados registados são verificados através de rotinas automatizadas. Isto é feito quando os dados estão sendo inseridos no CANREG, ou como parte de uma operação em lote (off-line). Uma "escala de erros" é configurada no sistema de tal forma que erros maiores resultam na rejeição completa de um registro, enquanto os menos graves são marcados para indicar que contêm um erro. Estes casos devem ser "Confirmados" no CanReg, caso contrário, eles permanecem como casos "Pendentes", e não aparecerão em tabelas analíticas.

A verificação mais básica de edição é sobre a validade dos códigos utilizados, de modo que os registros com valores codificados fora do intervalo permitido para o item (conforme definido no registro) são rejeitados.

No nível seguinte estão as verificações de consistência lógica entre os itens de dados. Um câncer não pode ser diagnosticado antes da data de nascimento de um paciente, um homem não pode ter câncer de ovário e o tratamento não pode ser realizado para um paciente que tenha morrido.

Um programa de edição rejeita estas combinações impossíveis. Também pode sinalizar combinações improváveis ou incomuns, como aqueles termos morfológicos específicos do local que têm apenas um

código topográfico possível, por exemplo, nefroblastoma que surge do rim deve ter um código topográfico C64.9 e hepatoma que surge do fígado deve ter um código topográfico de C22.0.

O programa IARC-CHECK está incorporado no CanReg, e também disponível para verificar arquivos de casos "em lote" - ou seja, fora do CanReg - está disponível em

http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=68&Itemid=445

Ele verifica a validade e consistência dos dados. Os itens de dados verificados pelo programa são:

- número de registro
- data de incidência
- Idade (ou data de nascimento)
- sexo
- sítio
- histologia
- base de diagnóstico

As verificações de edição realizadas pelo programa estão descritas abaixo:

1. Edições de itens de dados individuais

Data de nascimento	Deve ser uma data válida, de acordo com o formato especificado.
Data de Incidência	Deve ser uma data válida, de acordo com o formato especificado.
Idade na incidência	Deve ser um valor numérico positivo, não superior a 105 anos. A idade pode ser calculada se ambas as datas de nascimento e incidência forem fornecidas.
Sexo	Deve ser um código válido
Sítio	Deve ser um código CID-O-3 válido.
Morfologia	Deve ser um código CID-O-3 válido.
Comportamento	Deve ser 0, 1, 2, 3

2. Edições de combinação de dados

Datas de nascimento/incidência	A data de nascimento deve ser anterior à data de incidência.																																				
Idade/incidência/datas de nascimento	Quando todos estiverem presentes, a idade calculada deve ser igual à idade +/- um ano.																																				
Idade/local/histologia	<p>Em certas idades, alguns tumores são muito improváveis. Esta rotina identifica tais locais e histologias:</p> <p>1. Se a idade indicada for inferior a 15 anos, realiza uma verificação infantil seguindo as regras descritas na '<i>Classificação Internacional de Tumores Infantis</i>', <u>página 11</u>:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Grupo de diagnóstico</th> <th>Idade pouco provável (anos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Linfoma de Hodgkin</td><td>0-2</td></tr> <tr><td>Neuroblastoma</td><td>10-14</td></tr> <tr><td>Retinoblastoma</td><td>6-14</td></tr> <tr><td>Tumor de Wilms</td><td>9-14</td></tr> <tr><td>Carcinoma Renal</td><td>0-8</td></tr> <tr><td>Hepatoblastoma</td><td>6-14</td></tr> <tr><td>Carcinoma hepático</td><td>0-8</td></tr> <tr><td>Osteosarcoma</td><td>0-5</td></tr> <tr><td>Condrossarcoma</td><td>0-5</td></tr> <tr><td>Sarcoma de Ewing</td><td>0-3</td></tr> <tr><td>Célula germinativa não-gonadal</td><td>8-14</td></tr> <tr><td>Carcinoma Gonadal</td><td>0-14</td></tr> <tr><td>Carcinoma da tiróide</td><td>0-5</td></tr> <tr><td>Carcinoma Nasofaríngeo</td><td>0-5</td></tr> <tr><td>Carcinoma de pele</td><td>0-4</td></tr> <tr><td>Carcinoma, SOE</td><td>0-4</td></tr> <tr><td>Neoplasias mesoteliais (M905_)</td><td>0-14</td></tr> </tbody> </table> <p>2. Se a idade determinada for superior a 15 anos, então as seguintes combinações são consideradas improváveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a idade é inferior a 40 anos e o local é C61._ e a histologia é 814._ • Se a idade for inferior a 20 anos e o local for: <ul style="list-style-type: none"> C15._,C19._,C20._,C21._,C23._,C24._,C38.4,C50._,C53._,C54._ ou C55._ • Se a idade for inferior a 20 anos e o local for C17._ e a histologia for inferior a 9590 (isto é, não linfoma) • Se a idade é inferior a 20 anos e o site é C33._ ou o site é C34._ ou o site é C18._ e a histologia não é igual a 824_ (ou seja, não é carcinoide). • Se a idade é superior a 45 anos e o local é C58._ e a histologia é 9100 • Se a idade for menor ou igual a 25 anos e a histologia for 9732 ou 9823 • Se a histologia for 8910.8960.8970.8981.8991.9072.9470.951_ ou 9687 	Grupo de diagnóstico	Idade pouco provável (anos)	Linfoma de Hodgkin	0-2	Neuroblastoma	10-14	Retinoblastoma	6-14	Tumor de Wilms	9-14	Carcinoma Renal	0-8	Hepatoblastoma	6-14	Carcinoma hepático	0-8	Osteosarcoma	0-5	Condrossarcoma	0-5	Sarcoma de Ewing	0-3	Célula germinativa não-gonadal	8-14	Carcinoma Gonadal	0-14	Carcinoma da tiróide	0-5	Carcinoma Nasofaríngeo	0-5	Carcinoma de pele	0-4	Carcinoma, SOE	0-4	Neoplasias mesoteliais (M905_)	0-14
Grupo de diagnóstico	Idade pouco provável (anos)																																				
Linfoma de Hodgkin	0-2																																				
Neuroblastoma	10-14																																				
Retinoblastoma	6-14																																				
Tumor de Wilms	9-14																																				
Carcinoma Renal	0-8																																				
Hepatoblastoma	6-14																																				
Carcinoma hepático	0-8																																				
Osteosarcoma	0-5																																				
Condrossarcoma	0-5																																				
Sarcoma de Ewing	0-3																																				
Célula germinativa não-gonadal	8-14																																				
Carcinoma Gonadal	0-14																																				
Carcinoma da tiróide	0-5																																				
Carcinoma Nasofaríngeo	0-5																																				
Carcinoma de pele	0-4																																				
Carcinoma, SOE	0-4																																				
Neoplasias mesoteliais (M905_)	0-14																																				
Sítio/histologia	Esta rotina identifica os códigos morfológicos que são usados exclusivamente com sítios específicos, ou combinações de sítio e morfologia que são incomuns ou improváveis. Os códigos morfológicos são agrupados em 'famílias'.																																				
Sexo/sítio	<p>Algumas combinações de sexo/local são impossíveis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se o sexo é masculino e o local é: C51._,C52._,C53._,C54._,C55._,C56._,C57._ ou C58._ 2. Se o sexo for feminino e o local for: C60._,C61._,C62._, ou C63._. 																																				
Sexo/histologia	<p>Algumas combinações de sexo/histologia são improváveis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se o sexo for masculino e a família histológica for endometrial, placentário, tumores ovarianos. 2. Se o sexo for feminino e a morfologia for 9061-3; 9102 																																				

Comportamento/sítio	O código de comportamento /2 é considerado como improvável pelo programa com os seguintes sites: C40._; C41._; C42._; C47._; C49._; C70._; C71._; C72._
Comportamento/histologia	As combinações que não estão listadas na lista numérica de morfologia do CID-O-3 são consideradas improváveis.
Base de diagnóstico/histologia	<p>O código morfológico CID-O-3 NÃO é atribuído com a finalidade de especificar a base do diagnóstico. Contudo, seria improvável que alguns diagnósticos morfológicos específicos tivessem sido feitos sem um exame histológico. Certas combinações são exceções a esta regra geral e são validadas pelo programa.</p> <p>Um diagnóstico não confirmado microscopicamente (base do código de diagnóstico < 5) só é aceito com os seguintes códigos histológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasia, SOE (8000) - Tumores de células ilhotas, gastrinomas (8150-8154) - Hepatocarcinoma (8170) - Tumores hipofisários (8270-8281) - Melanoma do olho (8720 e local é C69._) - Melanoma da pele (8720 e local é C44._) - Sarcoma, SOE (8800) - Nefroblastoma, SOE (8960) - Coriocarcinoma, NOS (9100) - Sarcoma de Kaposi (9140) - Craniofaringioma (9350) - Glioma (9380) - Astrocitoma subependimal de células gigantes (9384/1) - Neuroblastoma, NOS (9500) - Retinoblastoma, NOS (9510) - Meningioma (9530-9539) - Linfoma, NOS (9590) - Mieloma múltiplo (9732) - Macroglobulinemia de Waldenstrom (9761) - Leucemia, SOE (9800) <p>Caso contrário, a combinação é considerada improvável.</p>

Se alguma destas verificações dos dados falhar, o CanReg emite avisos no momento da entrada dos dados. Quando o programa IARC-CHECK é executado em modo de lote, ele produz:

- A. Um arquivo de dados de saída, que tem o mesmo layout que o arquivo de entrada, mas com símbolo(s) e os novos códigos escritos no final ou substituindo os códigos originais.
- B. Um arquivo de aviso, criado no mesmo diretório que o arquivo de entrada, com o mesmo nome, mas com a extensão .CHK. Ele contém registros que foram escritos no arquivo de saída, mas que devem ser verificados.
- C. Um arquivo de erro, criado no mesmo diretório que o arquivo de entrada, com o mesmo nome a extensão .ERR. O arquivo contém todas as combinações de itens inválidos; estes registros NÃO estão incluídos no arquivo de saída.

9.2 AVALIAÇÃO DA COMPLETUDE DOS DADOS DE REGISTRO

O registro de câncer de base populacional tem como objetivo registrar todos os casos de câncer que ocorrem dentro de sua área geográfica definida. É, portanto, essencial que todas as fontes de dados para o registro sejam completamente cobertas. Ou seja, a procura e a coleta de casos deve incluir todos os hospitais dentro da área de abrangência do registro. Todas as fontes de dados dentro destes hospitais devem igualmente ser cobertas, a fim de evitar a subnotificação.

Existem vários métodos que fornecem alguma indicação da completude de um registro, mas que na realidade não quantificam o número de casos em falta. Eles incluem o seguinte, discutido em mais detalhes abaixo:

9.2.1. Métodos de dados históricos

9.2.1.1 Estabilidade das taxas de incidência ao longo do tempo

9.2.1.2 Comparação das taxas de incidência em diferentes populações

9.2.1.3 Forma das curvas de idade específica

9.2.1.4 Incidence rates of childhood cancers

9.2.2. Razão Mortalidade:Incidência

9.2.3. Número de fontes/notificações por caso

Três métodos estão disponíveis para obter uma avaliação quantitativa do grau de completude do registro:

9.2.4 Verificação independente do caso

9.2.5 Métodos de captura-recaptura

9.2.6 Métodos de certificado de óbito

9.2.1. Métodos de dados históricos

9.2.1.1 Estabilidade das taxas de incidência ao longo do tempo

Se a área de registro se mantiver constante, então o número de casos registrados por ano poderá apresentar apenas pequenas e graduais alterações de um ano para o outro. Com bastante frequência, o número de registros aumentará com o tempo (à medida que a população coberta for aumentando e envelhecendo), de modo que olhar para as taxas de incidência pode ser mais útil.

No entanto, é muito útil utilizar o CanReg para preparar tabelas e gráficos de tendências temporais, por tipo de câncer, e ano, utilizando a opção "Número de casos nos principais grupos de diagnóstico em um único ano civil de observação" (Tabela 9.7).

Editorial table 1: Number of cases registered per year by site, and a bar chart of the total number of cases registered per year; see the chapter text for more details

EREWHON (2003–2007)

SITE	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Lip, oral cavity and pharynx (C00–14)	8 (1.1)	11 (1.5)	11 (4.5)	9 (1.8)	7 (1.3)	71 (1.3)
Digestive organs (C15–26)	126 (17.7)	100 (13.9)	48 (18.8)	110 (21.5)	105 (20.2)	945 (17.1)
Respiratory organs (C30–39)	11 (0.1)	3 (0.4)	5 (1.2)	8 (1.5)	7 (1.3)	5 (0.9)
Bone, cartilage, melanoma (C40–43)	14 (2.0)	17 (2.4)	10 (3.9)	15 (2.9)	10 (1.9)	146 (2.6)
Male genital (C60–63)	315 (51.1)	228 (59.4)	79 (31.0)	177 (34.8)	276 (53.1)	2675 (48.3)
Urinary organs (C64–68)	24 (3.4)	29 (4.0)	29 (7.8)	45 (8.8)	18 (3.5)	301 (5.4)
Eye, brain, thyroid etc. (C69–75)	47 (6.6)	32 (4.4)	11 (4.3)	26 (5.1)	17 (3.3)	366 (6.8)
Haematopoietic (C81–96)	20 (2.8)	26 (3.5)	21 (8.2)	30 (3.9)	14 (2.7)	341 (6.4)
Other and unspecified	63 (8.8)	56 (7.8)	40 (15.7)	62 (12.2)	42 (8.2)	341 (6.8)
All sites but skin (C00–96bC44)	24 (3.4)	20 (2.8)	12 (4.7)	37 (7.3)	21 (4.0)	302 (5.5)
All sites but skin (C00–96bC44)	712 (106.0)	720 (100.0)	255 (100.0)	506 (100.0)	520 (100.0)	5540 (100.0)

SITE	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Lip, oral cavity and pharynx (C00–14)	10 (1.5)	7 (1.0)	3 (0.8)	6 (0.9)	5 (0.8)	57 (1.0)
Digestive organs (C15–26)	70 (16.5)	84 (11.7)	53 (13.6)	82 (12.3)	67 (10.5)	656 (11.4)
Respiratory organs (C30–39)	2 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	6 (0.9)	1 (0.2)	19 (0.3)
Bone, cartilage, melanoma (C40–43)	13 (1.9)	22 (3.2)	10 (2.6)	22 (3.2)	8 (1.3)	149 (2.6)
Breast (C50)	186 (27.9)	217 (30.3)	35 (9.0)	97 (14.2)	126 (15.8)	1291 (23.4)
Female genital (C51–58)	23 (5.4)	4 (6.1)	3 (7.7)	36 (5.3)	60 (5.4)	129 (5.7)
Urinary organs (C64–68)	234 (35.1)	220 (30.7)	169 (42.6)	285 (41.7)	238 (40.5)	2063 (33.7)
Eye, brain, thyroid etc. (C69–75)	24 (3.6)	26 (3.6)	11 (2.8)	30 (4.4)	20 (3.1)	218 (3.8)
Haematopoietic (C81–96)	25 (3.7)	38 (5.3)	32 (8.2)	33 (4.8)	26 (4.1)	322 (5.6)
Other and unspecified	46 (6.9)	37 (5.2)	28 (7.2)	46 (6.7)	36 (5.7)	387 (6.6)
All sites but skin (C00–96bC44)	34 (5.1)	19 (2.6)	21 (5.4)	41 (6.0)	30 (4.7)	287 (5.0)
All sites but skin (C00–96bC44)	667 (100.0)	717 (100.0)	390 (100.0)	684 (100.0)	537 (100.0)	3744 (100.0)

SITE	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Lip, oral cavity and pharynx (C00–14)	18 (1.3)	18 (1.3)	14 (7.2)	15 (1.3)	17 (1.0)	178 (1.1)
Digestive organs (C15–26)	196 (14.2)	184 (12.8)	101 (15.7)	192 (16.1)	172 (14.9)	1601 (14.2)
Respiratory organs (C30–39)	3 (0.2)	3 (0.3)	4 (0.6)	14 (1.2)	8 (0.7)	71 (0.6)
Bone, cartilage, melanoma (C40–43)	27 (2.0)	40 (2.8)	20 (3.1)	37 (3.1)	18 (1.6)	292 (2.6)
Breast (C50)	571 (41.4)	645 (44.9)	114 (17.7)	274 (23.0)	402 (34.7)	3966 (35.1)
Female genital (C51–58)	234 (17.1)	17 (3.1)	30 (4.7)	36 (3.0)	60 (5.2)	326 (2.9)
Male genital (C60–63)	24 (1.7)	29 (2.0)	20 (3.1)	45 (3.8)	18 (1.6)	301 (2.7)
Urinary organs (C64–68)	71 (5.1)	58 (4.0)	22 (3.4)	56 (4.7)	37 (3.2)	484 (4.3)
Eye, brain, thyroid etc. (C69–75)	45 (3.3)	62 (4.3)	33 (8.2)	33 (4.4)	40 (3.5)	368 (3.0)
Haematopoietic (C81–96)	109 (7.9)	93 (6.5)	68 (10.5)	108 (9.1)	81 (7.0)	927 (8.2)
Other and unspecified	58 (4.2)	39 (2.7)	33 (5.1)	78 (6.5)	51 (4.4)	589 (5.2)
All sites but skin (C00–96bC44)	1379 (100.0)	1427 (100.0)	645 (100.0)	1192 (100.0)	1157 (100.0)	11314 (100.0)

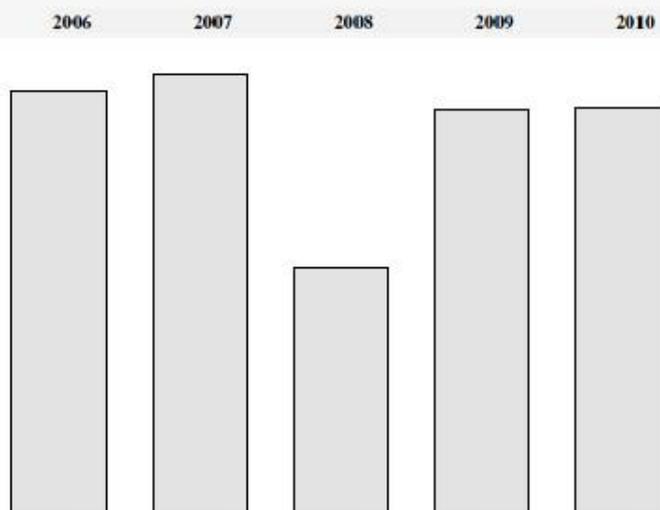


Tabela 9. 7 Número de casos registrados por ano por local, e um gráfico de barras do número total de casos registrados por ano (Tabela CanReg "Número de casos nos principais grupos de diagnóstico em um único ano civil de observação")

Números irregulares de casos sugerem que a busca de casos foi imperfeita para os períodos em questão. No exemplo apresentado, há uma queda no número de casos registrados em 2008 e, embora isso afecte muitos tipos de câncer, o número de casos de sarcoma de Kaposi, em particular, mostra uma queda dramática nesse ano. A sub-notificação pode ser específica do local, por exemplo, os investigadores podem ter realizado algum estudo sobre um determinado câncer e os registros médicos dos pacientes envolvidos podem ser retirados pelo pesquisador e o pessoal do registro pode não localizá-los.

O CanReg5 também permite que as tendências temporais das taxas de incidência (idade padronizada) dos principais tumores sejam traçadas como um gráfico (Fig. 9.1).

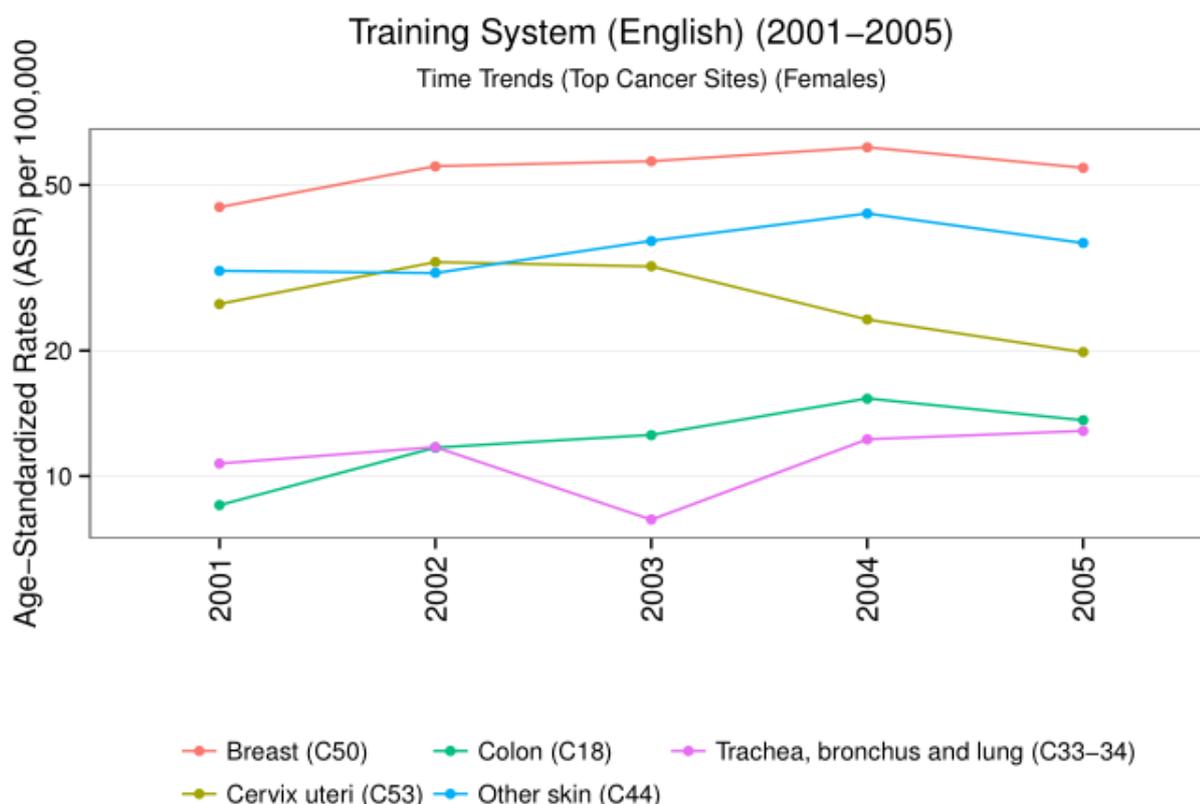


Fig 9. 1 O CanReg-5 padrão produz "Tendências temporais (Top Cancer Sites)".

Outra verificação importante dos registros ao longo do tempo é analisar o número de relatórios de diferentes fontes, por ano de relatório.

No CanReg, um único tumor pode ser registrado como sendo encontrado em várias fontes diferentes. No entanto, no momento da publicação, não havia uma análise padrão no CanReg para calcular o número de notificações de um único caso de diferentes fontes.

Procedimento:

Fazer um arquivo de exportação de casos para o grupo de interesse - definido pelos anos (para os quais os casos foram registrados) e o local de residência dos casos (área geográfica).

Para cada caso, certifique-se de que a data de incidência e os códigos para todas as diferentes FONTES de informação estão presentes.

A tabela 9.8 (lado esquerdo) mostra um exemplo de um arquivo de exportação. Para cada código fonte (por exemplo, hospital, ou laboratório), veja se ele está presente na Fonte 1, ou Fonte 2, ou Fonte 3, ou Fonte 4, etc, para todos os casos no arquivo.

Calcule o número de notificações dessa fonte em um ano. A tabela 9.8 (lado direito) mostra um exemplo do cálculo, utilizando o EXCEL.

AGE	ADRCODE	INCID	Source1	Source2	Source3	Source4	Year	Source code 1	Source code 2	Source code 3	Source code 12
77	11	20090113	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
5	11	20090120	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
33	11	20090124	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
72	11	20090127	12				2009	FALSE	FALSE	FALSE	TRUE
48	11	20090130	12				2009	FALSE	FALSE	FALSE	TRUE
11	11	20090203	1	12			2009	TRUE	FALSE	FALSE	TRUE
70	11	20090207	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
73	11	20090208	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
88	11	20090209	12				2009	FALSE	FALSE	FALSE	TRUE
99	11	20090217	12				2009	FALSE	FALSE	FALSE	TRUE
70	11	20090225	1	50	12		2009	TRUE	FALSE	FALSE	TRUE
50	11	20090303	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
17	11	20090307	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
36	11	20090309	12				2009	FALSE	FALSE	FALSE	TRUE
32	11	20090313	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
29	11	20090314	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
38	11	20090318	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
10	11	20090323	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
50	11	20090329	2	0			2009	FALSE	TRUE	FALSE	FALSE
43	11	20090401	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
44	11	20090407	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
25	11	20090411	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
63	11	20090415	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
80	11	20090423	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
83	11	20090427	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
42	11	20090515	2	0			2009	FALSE	TRUE	FALSE	FALSE
6	11	20090530	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
45	11	20090530	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
45	11	20090603	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
66	11	20090614	0	2			2009	FALSE	TRUE	FALSE	FALSE
13	11	20090617	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
57	11	20090621	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
59	11	20090802	0				2009	FALSE	FALSE	FALSE	FALSE
54	11	20090912	3				2009	FALSE	FALSE	TRUE	FALSE
71	11	20091019	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
33	11	20091130	1	50			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
50	11	20091208	1	0			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE
6	11	20091230	0	1			2009	TRUE	FALSE	FALSE	FALSE

Source code = 1	2009	2010	2011	Grand Total
Count of AGE				
Row Labels	2009	2010	2011	Grand Total
FALSE	160	417	264	841
TRUE	447	210	531	1188
Grand Total	607	627	795	2029

Source code = 2	2009	2010	2011	Grand Total
Count of AGE				
Row Labels	2009	2010	2011	Grand Total
FALSE	601	623	793	2017
TRUE	6	4	2	12
Grand Total	607	627	795	2029

Source code = 3	2009	2010	2011	Grand Total
Count of AGE				
Row Labels	2009	2010	2011	Grand Total
FALSE	606	620	786	2012
TRUE	1	7	9	17
Grand Total	607	627	795	2029

Source code = 12	2009	2010	2011	Grand Total
Count of AGE				
Row Labels	2009	2010	2011	Grand Total
FALSE	583	590	756	1929
TRUE	24	37	39	100
Grand Total	607	627	795	2029

Tabela 9. 8 Cálculo do número de fontes por registro: Exemplo de um arquivo de exportação do Excel

Tabela 9. 9 mostra um exemplo de uma tabela de resultados. Esta é uma verificação muito útil no relatório das diferentes fontes, e sugere onde a descoberta de casos pode ter sido incompleta em certos períodos.

Source	UASIN GISHU CASES: Number of sources														Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
00 DEATH CERTIFICATE	9	34	19	29	48	57	28	85	97	97	114	48	0	0	665
01 MR&TH	176	337	318	255	198	273	125	253	214	418	548	494	181	610	4400
02 ELDORET	11	14	17	16	22	12	12	10	2	4	7	3	2	1	133
03 PACIFICA	3	4	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	11
04 U.G MEMORIAL*	35	27	20	12	12	1	12	0	0	0	0	0	0	0	119
05 Kenyatta National	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
06 M.P. Shah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07 NAIROBI	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	8
10 Private Clinics	13	9	2	2	15	15	13	10	5	7	9	6	1	2	109
11 Private labs	0	0	0	2	0	0	5	21	1	2	3	3	0	1	38
12 HOSPICE	104	76	33	38	25	39	0	0	0	0	0	0	0	0	315
13 ELGON VIEW HOSPITAL	0	3	6	8	10	3	6	3	0	0	2	2	0	0	43
14 ITEN	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
15 KAPSABET	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
16 KITALE/MT.ELGON	0	0	3	0	0	3	15	0	0	0	0	0	0	2	23
17 KAPSOWAR	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
18 KAPEGURI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
25 PLATEAU	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	7
50 HISTOLOGY LABS	58	217	123	159	159	213	126	210	59	266	328	377	424	751	3470
51 HAEMATOLOGY	5	14	33	32	67	78	46	26	50	11	12	40	170	113	697
60 RADIOLOGY	21	11	37	15	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95
all sources	438	750	614	569	574	694	393	623	429	805	1030	978	779	1488	10164
cases	353	487	409	343	331	366	233	350	241	407	500	518	589	845	5972
average no. of sources per case	1.24	1.54	1.50	1.66	1.73	1.90	1.69	1.78	1.78	1.98	2.06	1.89	1.32	1.76	1.70

Tabela 9. 9 Análise do número de notificações de cada fonte, por ano (Registro de Câncer de Eldoret)

9.2.1.2 Comparação das taxas de incidência em diferentes populações

A possibilidade de registro incompleto pode ser investigada comparando-se as taxas de incidência observadas com os valores esperados, com base nas observadas nos registros da mesma região, ou estimadas para o país na última edição do GLOBOCAN. O pressuposto é que as taxas de incidência para tumores específicos devem ser bastante similares àquelas de outros lugares na mesma região (ou país).

Uma tabela padrão (Indicadores de Qualidade de Dados) semelhante à utilizada pelos editores da CI5 (Tabela 9.10) está planejada para a opção "Construtor de Tabela" do CanReg 5 para este fim.

Esta tabela apresenta as taxas de incidência padronizadas por idade (e seus erros padrão) para 21 locais (e o total para todos os locais) em homens e mulheres, juntamente com a razão entre o valor observado e o valor esperado (O/E).

Se a taxa padronizada de idade observada for significativamente diferente do valor esperado para o país ou região correspondente, o O/E é mostrado em negrito e assinalado com um símbolo maior que (>) se o valor for superior ao esperado ou menor que (<) se o valor for inferior ao esperado.

EREWHON (2003–2007)

MALE

S I T E	Cases	ASR (se)	O/E	MV(%)	DCO(%)	M/I(%)	ICD-10
Lip, oral cavity and pharynx	6968	14.5 (0.18)	0.98	91.2	7.2	38.9	C00–14
Oesophagus	3293	6.3 (0.11)	0.95	83.4	14.7	75.4	C15
Stomach	7481	12.5 (0.15) <	0.83	76.9	19.5	61.2	C16
Colon, rectum and anus	27365	47.3 (0.30)	1.09	85.6	13.1	38.4	C18–21
Liver	4185	7.4 (0.12) >	1.26	58.0	37.3	82.9	C22
Pancreas	5339	9.3 (0.13)	1.03	56.0	35.7	91.4	C25
Larynx	2280	4.4 (0.10) <	0.88	87.0	12.0	39.3	C32
Lung (incl. trachea)	20052	35.2 (0.26) <	0.67	71.7 <	25.1	83.0	C33–34
Melanoma of skin	5703	11.5 (0.16) >	1.32	94.7	3.7	20.8	C43
Prostate	46799	79.2 (0.38) >	1.33	86.3	11.1	17.8 <	C61
Testis	2922	8.5 (0.17)	1.07	92.9 <	2.1	3.6	C62
Kidney etc.	7345	13.4 (0.17)	0.92	84.8	13.1	41.4	C64–66
Bladder	12303	20.5 (0.19)	0.98	91.2	7.6	16.5 <	C67
Brain, central nervous system	2777	6.3 (0.13)	1.04	73.7	21.6	70.5	C70–72
Thyroid	1493	3.3 (0.09) >	1.70	93.5	5.0	14.8 <	C73
Lymphoma	7747	15.4 (0.19)	1.02	81.7 <	16.3	43.5	C81–88,C90
Leukaemia	4619	9.5 (0.17) <	0.88	70.3	29.0	62.0	C91–95
Ill-defined (2.2% of total)	3941	6.8 (0.11)	0.87	50.7	43.4	132.9	C76–80
All sites but non-melanoma skin	179172	324.2 (0.81)	1.02	81.6	15.8	43.7	C00–96bC44

FEMALE

S I T E	Cases	ASR (se)	O/E	MV(%)	DCO(%)	M/I(%)	ICD-10
Lip, oral cavity and pharynx	2076	3.7 (0.09)	1.04	89.5	8.8	33.4	C00–14
Oesophagus	741	1.1 (0.04)	0.84	76.2	22.0	75.6	C15
Stomach	6017	6.9 (0.11)	0.90	70.7	25.2	67.0	C16
Colon, rectum and anus	22635	28.1 (0.22)	1.02	80.4	18.1	41.7	C18–21
Liver	1621	2.1 (0.06)	1.02	48.5	46.7	93.8	C22
Pancreas	5433	6.2 (0.10)	1.01	44.8	47.5	93.6	C25
Larynx	274	0.5 (0.03)	0.85	84.7	14.2	40.5	C32
Lung (incl. trachea)	8461	13.1 (0.16)	0.95	72.2	24.3	78.4	C33–34
Melanoma of skin	5795	11.3 (0.16) >	1.27	94.8	3.8	15.3	C43
Breast	48551	82.6 (0.41) >	1.15	86.9 <	11.2	26.9	C50
Cervix uteri	3523	7.1 (0.13) <	0.76	89.5	8.4	31.8	C53
O&U part of uterus	8689	13.0 (0.15)	1.03	88.8 <	10.0	23.3	C54–55
Ovary	6672	10.4 (0.14)	1.01	75.2 <	21.8	64.9	C56
Kidney etc.	4702	6.6 (0.11)	0.89	79.9	17.6	40.9	C64–66
Bladder	4315	5.2 (0.09)	1.04	86.3	12.3	25.0 <	C67
Brain, central nervous system	2405	4.6 (0.11)	1.02	66.9	28.2	67.2	C70–72
Thyroid	3778	8.4 (0.15) >	1.68	94.3	4.5	10.7 <	C73
Lymphoma	7156	11.3 (0.16)	1.04	77.8 <	20.2	46.7	C81–88,C90
Leukaemia	3743	6.1 (0.13)	0.90	62.7	36.8	68.6	C91–95
Ill-defined (2.7% of total)	4228	4.5 (0.08)	0.89	38.9	55.1	114.0	C76–80
All sites but non-melanoma skin	158408	243.8 (0.71) >	1.05	79.4	18.1	44.0	C00–96bC44

Data compared with those from seven registries in the same region/country.
Significantly lower (<) or higher (>) values are shown in bold.

Tabela 9. 10 Indicadores de Qualidade de Dados: Tabela padrão

9.2.1.3 Forma das curvas de idade específica

O CanReg 5 produz um conjunto de gráficos mostrando a incidência específica por idade para 12 locais de câncer (uma curva para cada sexo) - opção "Taxas específicas por idade para os principais/mais grupos de diagnóstico (semi-logarítmico)" no Construtor de tabelas (Figura 9.2).

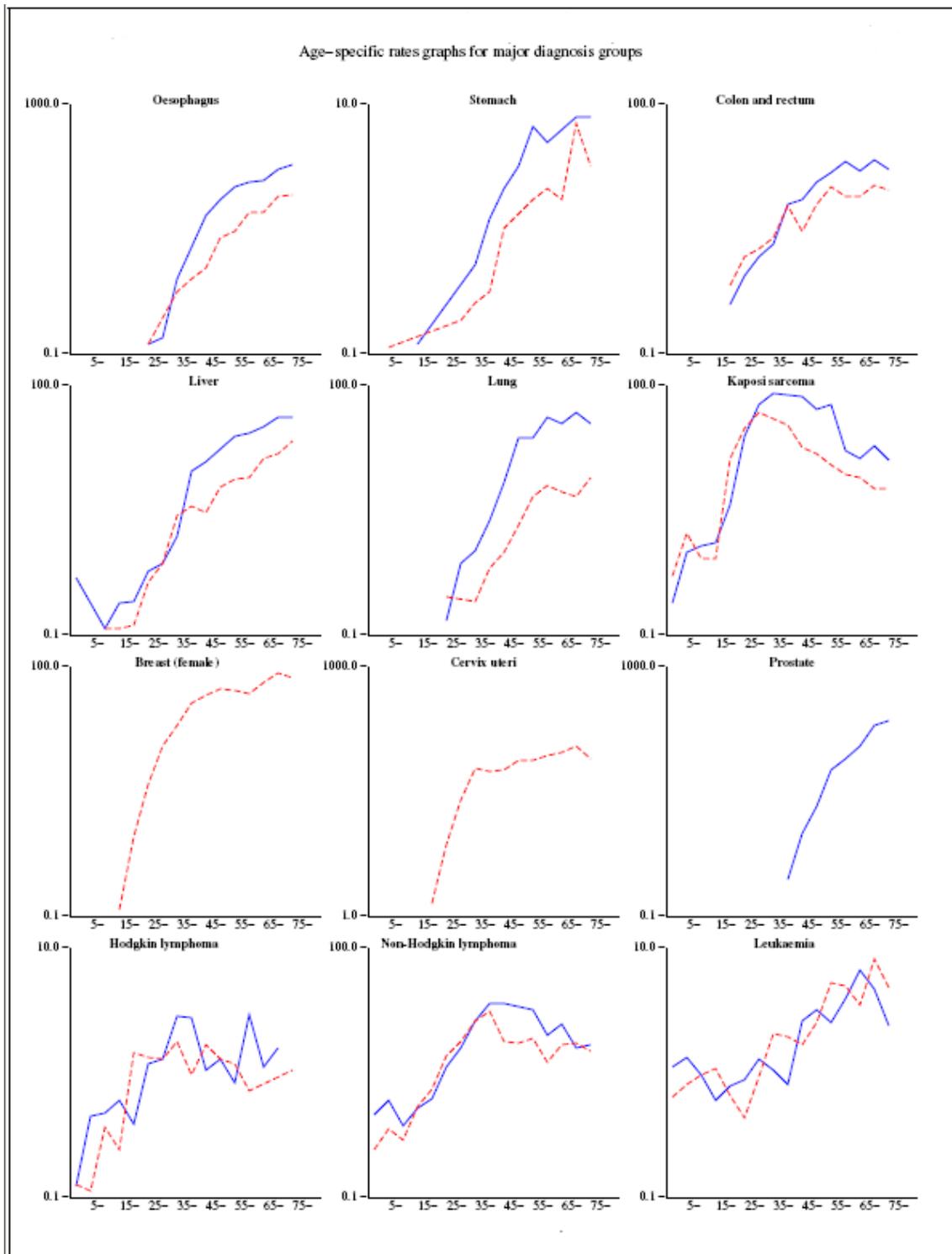


Fig 9. 2 Gráficos de taxas específicas de idade para os principais grupos de diagnóstico

As curvas podem ser examinadas a fim de detectar flutuações anormais nos padrões previstos, incluindo qualquer queda na taxa de aumento da incidência em sujeitos mais velhos (o que pode ser indicativo de uma sub-determinação dentro destes grupos (embora também possa haver outras explicações).

9.2.1.3 Taxas de incidência de tumores infantis

Em relação ao câncer infantil, as taxas de incidência (para todos os tipos combinados) nos grupos etários infantis (0-4, 5-9, e 10-14) mostram muito menos variabilidade do que nos adultos, A possibilidade de subenumeração (ou de registros duplicados) nesta faixa etária pode ser investigada comparando as taxas observadas na faixa etária infantil com uma faixa de valores "esperada".

As taxas mais baixas e mais altas de incidência de câncer infantil nos dados do Volume IX do CI5 são mostradas na Tabela 9. 11.

Faixa etária (anos)	Meninos		Meninas	
	Mais baixo	Mais alto	Mais baixo	Mais alto
0-4	<13.7	>25.6	<11.3	>23.3
5-9	<8.9	>16.5	<7.0	>23.2
10-14	<9.2	>16.3	<7.9	>14.9

Tabela 9. 11 As taxas mais baixas e mais altas de incidência de câncer infantil (por milhão) no Volume IX

9.2.2. Razão Mortalidade:Incidência

A razão Mortalidade:Incidência (M:I) é um indicador importante de completude para os registros de câncer. Ela compara o número de mortes, obtidas de uma fonte independente do registro (geralmente, o sistema de estatísticas vitais), e o número de novos casos de um câncer específico registrados, no mesmo período de tempo.

Este método não pode ser usado quando não existe um registro de morte completo, ou quando a causa de morte está ausente ou incorreta nas certidões de óbito, que é a situação em quase todos os países da África.

Para muito poucos países com registros razoáveis de morte, as razões M:I podem ser comparadas com valores padrão da mesma região, testando para diferenças significativas (ver Tabela 9.10). Quando a qualidade dos dados de mortalidade é boa e a incidência e sobrevivência estão em estado estacionário, a razão M:I é aproximadamente 1 menos a probabilidade de sobrevivência de 5 anos (Asadzadeh Vostakolaei et al, 2011).

Razões M:I que são maiores do que o esperado levantam suspeitas de incompletude (ou seja, tumores incidentes perdidos pelo registro), especialmente se os valores forem altos para vários locais diferentes. No entanto, a comunicação de tumores nas certidões de óbito por baixo ou por cima distorce esta relação.

9.2.3. Número de fontes/notificações por caso

A razão para utilizar o maior número possível de fontes de informação sobre casos de câncer, é que isso reduz a probabilidade de casos ausentes. As múltiplas fontes de informação aumentam assim a exaustividade dos dados do registro.

Ao examinar o número de relatórios de diferentes fontes, por ano de notificação (ver seção 9.2.1.1) é simples comparar o número total de fontes que relatam casos em um ano, com o número de casos registrados (ver Tabela 9. 9). A razão é o número médio de fontes por caso.

No exemplo mostrado (Tabela 9.9) é claro que a média é baixa (1,3) em um ano (2010), em comparação com a média para todo o período de 14 anos (1,7 fontes por caso) devido ao mau reporte de duas fontes (MR& TH e Certificados de Óbito) naquele ano.

9.2.4 Verificação independente do caso

Dois métodos podem ser usados:

- Re-avaliação das fontes que foram utilizadas pelo registro, para detectar qualquer caso perdido durante o processo de registro (auditorias de busca de casos);
- Utilização de fontes independentes de casos de câncer (que não foram utilizadas pelo registro), e comparação da base de dados do registro com eles.

9.2.4.1 Auditoria de casos

Aqui, a ideia é voltar a uma ou mais fontes de dados dos registros, e fazer um exercício independente de encontrar (e coletar) casos. O NAACCR sugere que cada fonte ("instalação de relatórios") deve ser rotineiramente auditada pelo menos uma vez a cada 3 anos (Hofferkamp, 2008). As auditorias também devem ser realizadas quando há um declínio documentado nos relatórios de casos de uma instalação (em comparação com o número de relatórios do ano anterior - ver Secção 9.2.1.1).

Os registros de casos de câncer identificados durante a auditoria são numerados e comparados com os arquivos do registro. Os casos inigualáveis são seguidos de volta para verificar se cumprem os critérios de relatabilidade (Secção 3.2). É calculada a percentagem de casos realmente falhados que deveriam ter sido relatados.

A maioria desses estudos concentra-se em fontes hospitalares. Assim, eles fornecem uma estimativa da completude dos relatórios para essas fontes, não uma verdadeira estimativa de completude para todo o registro (que está usando relatórios de várias fontes).

9.2.4.2 Usando uma fonte independente

Aqui, precisamos encontrar uma lista de casos de câncer que foram compilados independentemente dos procedimentos de busca de casos do registro de câncer.

A comparação desta lista de casos com a base de dados do registro é um método particularmente útil para avaliar a exaustividade.

Requer a vinculação de registros entre a base de dados do registro do câncer e a série de casos independentes, para estimar o número de casos "falhados" pelo registro.

A vinculação de registros pode ser feita usando o software "REC-LINK", originalmente desenvolvido pelo IARC ou outro software gratuito de vinculação de registros mais recentemente desenvolvido, como o LinkPlus:

<http://www.cdc.gov/cancer/npcr/tools/registryplus/lp.htm>

ou LINK :

<http://fril.sourceforge.net/>

A proporção de pacientes elegíveis que já estão registrados é uma estimativa direta e quantitativa de completude. Que fontes independentes de casos de câncer podem existir?

As fontes mais usuais em África são:

- Casos recrutados em ensaios clínicos locais
- Casos recrutados para estudos especiais (por exemplo, estudos de caso-controle hospitalares)
- Casos registrados em bases de dados por médicos individuais
- Mortes por câncer em estudos comunitários especiais (por exemplo, estudos de autópsia verbal, etc.)

A caixa de texto abaixo descreve um estudo da exaustividade do registro de câncer em Kampala, usando uma fonte de dados independente (um estudo caso-controle de HIV e câncer), que recrutou casos de câncer

do hospital principal, usando pessoal do projeto que trabalhou independentemente do registro de câncer (Parkin et al, 2001).

O ESTUDO DA COMPLETUDE DO KAMPALA

Vinculação e verificação de registros

Foi preparado um arquivo de casos de câncer inscritos no estudo de câncer de HIV, com data de diagnóstico no período entre 1994-1996 e residentes no condado de Kyadondo. Este arquivo foi vinculado ao arquivo principal do registro de câncer em junho de 1998 (aproximadamente 18 meses após o diagnóstico registrado do último caso).

A ligação de registros foi realizada usando o programa REC-LINK. Que permite uma correspondência probabilística de arquivos com base em variáveis selecionadas; no estudo atual, usamos nome de família, nome próprio, idade, sexo e tribo. A cada variável é atribuída uma pontuação de 1 a 5 para confiabilidade (refletindo a probabilidade de que indivíduos verdadeiramente idênticos tenham registros idênticos em relação à variável) e poder discriminatório (refletindo a probabilidade de que registros idênticos em relação à variável pertençam verdadeiramente ao mesmo indivíduo). O produto da pontuação de confiabilidade e da pontuação de poderes discriminantes dá um fator de ponderação para essa variável.

Quando dois registros são comparados, os dois valores para cada variável são comparados para se chegar a uma pontuação de Similaridade. Para cada variável, sua ponderação é multiplicada por essa pontuação de similaridade, e a soma (expressa como porcentagem) dá a probabilidade final de que esses dois registros pertençam à mesma pessoa.

Possíveis ligações (com pontuação percentual entre 70 e 90) foram verificadas "manualmente", usando variáveis adicionais registradas (incluindo nome de solteira, endereço, diagnóstico, hospital, número do laboratório) para tomar a decisão final.

Os casos que não puderam ser vinculados ao registro de câncer foram examinados com mais detalhes. Os questionários do estudo foram revistos e, para muitos dos sujeitos, assim como para muitos casos, a sua inclusão no conjunto de dados para ligação ao registro foi um erro. Isto foi o resultado de erros no registro de informações, ou na codificação e entrada de dados, especialmente no que diz respeito à data do diagnóstico (vários casos de câncer predominantes tinham sido registrados no estudo), diagnóstico (alguns casos registrados tinham provado não ter câncer quando a gama completa de testes de diagnóstico foi completada) e endereço. Estes casos foram eliminados do arquivo.

Estimativa de completude

A busca de casos para o registro de câncer foi realizada independentemente do recrutamento para o estudo de HIV e Câncer e, portanto, a completude do registro foi estimada a partir da porcentagem de casos elegíveis no conjunto de dados do estudo de HIV e Câncer que tinham sido incluídos na base de dados do registro. Foram calculados os intervalos de confiança de 95% através do método "exato".

Para investigar a contribuição independente das diferentes variáveis dos pacientes para a completude da verificação, nós ajustamos um modelo de regressão logística aos dados usando STATA. A variável de resultado foi a detecção (ou não) dos casos pelo registro, e as variáveis explicativas foram sexo, idade (contínua e agrupada), ano, base de diagnóstico (microscópica ou não) e diagnóstico. As faixas etárias iniciais utilizadas foram 15-29, 30-39, 40-49, 50- 59, e 60-69. Os diagnósticos foram inicialmente considerados como 23 tipos de câncer, e depois reagrupados em sete categorias (sarcoma de Kaposi, câncer de colo de útero, esôfago, fígado, mama, olhos e todos os outros).

9.2.5 Métodos de Captura-Recaptura

Os métodos de captura-recaptura são possíveis quando os registros de câncer utilizam dois ou mais tipos diferentes de fontes para a descoberta de casos. Para os registros que utilizam o CanReg (versão 4 ou 5), cada caso de câncer registrado na base de dados pode ter várias fontes (onde a informação sobre o caso foi encontrada). Para uma análise de captura-recaptura, as diferentes fontes precisam de ser reagrupadas em duas ou três categorias razoavelmente independentes:

Fonte 1: Fonte Hospitalar (departamentos de registros hospitalares/ radioterapia/ oncologia, etc.)

Fonte 2: Laboratórios de Patologia (incluem citologia, hematologia)

Fonte 3: Certificados de óbito

Para que as estimativas de captura-recaptura sejam precisas, a identificação (captura) de um caso por um tipo de fonte deve ser independente da(s) outra(s). Na prática, isto é um pouco improvável. Por exemplo, os casos de câncer admitidos no hospital podem ser mais prováveis de serem encontrados nos laboratórios de registros de patologia do que os casos que não o foram. Ou os pacientes que morrem (e obtêm uma Certidão de Óbito) podem ter menos probabilidades de serem encontrados de patologia (se morrerem logo após chegarem ao hospital), do que os pacientes que não morrem.

Embora estas limitações possam fazer com que as estimativas de completude sejam um pouco imprecisas, na prática elas não são muito ruins. (Parkin et al, 1994).

Estimativa com DOIS tipos de fonte

Quando apenas dois tipos de fontes estão disponíveis (geralmente serão fontes hospitalares e patológicas), os casos registrados num determinado período (geralmente um ano) podem ser classificados como registrados a partir de informação obtida de uma, ou outra, ou ambas, como na Tabela 9.12..

		FONTE A	
		PRESENTE	AUSENTE
FONTE B	PRESENTE	<i>a</i>	<i>b</i>
	AUSENTE	<i>c</i>	<i>d</i>

Tabela 9. 12 Estimativa de completude por Captura-Recaptura usando DOIS tipos de fonte

O número de casos de nenhuma das fontes (*d*) representa casos "perdidos" por descoberta de caso.

d é estimado em bc/a

e a completude será $\frac{(a+b+c)}{(a+b+c+d)}$

Estimativa com TRÊS tipos de fonte

Se os registros podem ser classificados pelos três tipos de fonte, então 3 estimativas de completude podem ser feitas, e os valores verdadeiros devem estar em algum lugar entre os valores mais altos e mais baixos. O método é usar a estimativa "emparelhada" acima, usando, para cada fonte, a combinação das outras duas como a outra metade do par. Usando o exemplo de Hospital (HOSP), Patologia (PATO) e Certificado de Óbito (D.O.) como três fontes, há 7 combinações possíveis de fontes (Fig. 9. 3), e três conjuntos de tabelas pareadas podem ser construídas (Tabela 9. 13).

Para cada tabela, nós estimamos o número de casos d que aparecem em nenhuma das três fontes.

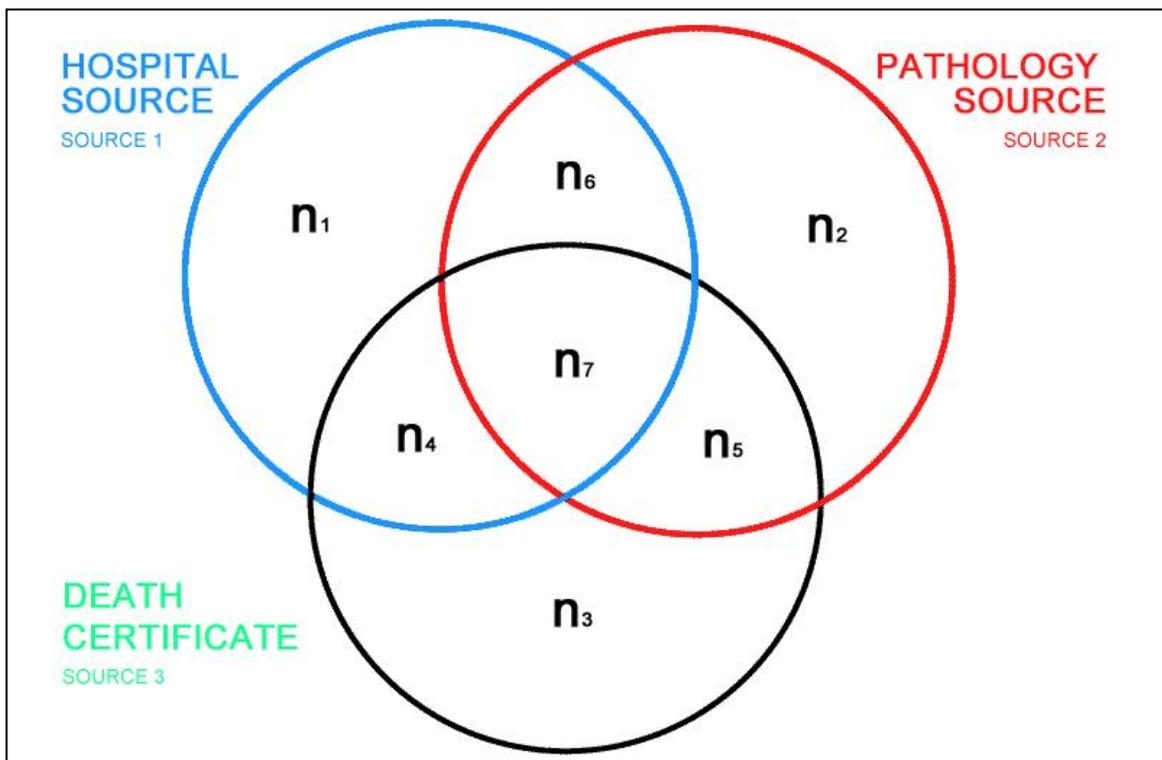


Fig 9. 3 Possíveis Combinações de TRÊS Fontes

		<i>HOSPITAL</i>	
		PRESENTE	AUSENTE
<i>PATO. e/ou D.O.</i>	PRESENTE	$n_6+n_7+n_4$	$n_2+n_5+n_3$
	AUSENTE	n_1	d

		<i>PATOLOGIA</i>	
		PRESENTE	AUSENTE
<i>HOSP e/ou D.O.</i>	PRESENTE	$n_6+n_7+n_5$	$n_1+n_4+n_3$
	AUSENTE	n_2	d

		<i>CERTIFICADO DE ÓBITO</i>	
		PRESENTE	AUSENTE
<i>PATO e/ou HOSP.</i>	PRESENTE	$n_4+n_7+n_5$	$n_1+n_6+n_2$
	AUSENTE	n_3	d

Tabela 9. 13 Estimativa de Completude por Captura-Recaptura usando TRÊS tipos de fontes

As diferenças entre as estimativas são devidas à interdependência de pares de fontes (registros clínicos, patologia, certidões de óbito).

Vários métodos mais sofisticados estão disponíveis para lidar com o problema da dependência entre fontes. Larsen et al (2004) identificaram o grau de dependência entre pares de fontes, depois agruparam as fontes com maior dependência, antes de estimar os casos em falta num método de duas vias com uma terceira fonte. Quando as fontes são todas dependentes, esta abordagem não pode funcionar, e é necessária uma modelação log-linear (Parkin & Bray, 2009).

9.2.6 Métodos de Certificado de Óbito

Usar certificados de óbito como fonte de informação pode fornecer um método muito útil para avaliar a completude. Se o registro está encontrando muitos casos novos através de atestados de óbito, é certo que o registro está incompleto (já que alguns pacientes que NÃO morrem terão sido perdidos por descoberta de casos).

Para estimar a completude, precisamos saber o número de casos que chegam ao conhecimento do registro pela primeira vez através de uma certidão de óbito (às vezes chamada de "Notificações de Certidão de Óbito" (DCN)). Estes não são os mesmos que os casos de Somente Declaração de Óbito (SDO) - estes últimos são apenas uma fração dos casos que são identificados pela primeira vez a partir de uma declaração de óbito (aqueles que não podem ser rastreados pelo seguimento à fonte da declaração de óbito (ver Seção 6. NOTIFICAÇÕES DE CERTIFICADO DE MORTE, página 33)). Uma estimativa do grau de completude também necessita da razão entre casos e óbitos (razão M:I - ver seção 9.2.2, página 58) (Parkin & Bray, 2009).

Os registros africanos raramente podem calcular o número de casos SDO, e a razão M:I só pode ser calculada quando está presente um registro vital de boa qualidade de mortes, por causa, - o caso de muito poucos registros de câncer. Os Métodos de Certificado de Óbito raramente podem, portanto, ser utilizados.

As competições sobre recursos limitados na África devido a outros problemas de saúde que incluem o HIV/AIDS tornam por vezes o registro do câncer um sonho difícil de se realizar. Para aqueles registros gerenciados em qualquer forma; não desista, continue e lembre-se que com imaginação, paciência, perseverança, dedicação e vontade de resolver problemas locais; estabelecer um registro de câncer de base populacional é possível.

REFERÊNCIAS

- Asadzadeh Vostakolaei F, Karim-Kos HE, Janssen-Heijnen ML, Visser O, Verbeek AL, Kiemeneij LA. The validity of the mortality to incidence ratio as a proxy for site-specific cancer survival. *Eur J Public Health*. 2011 ;21(5):573-7
- Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. *Eur J Cancer*. 2009 ;45(5):747-55.
- Curado MP, Edwards B, Shin HR Storm H, Ferlay J, Heanue M and Boyle P. *Cancer Incidence in Five Continents - Vol.IX*. (IARC Scientific Publication No 160). Lyon, IARC, 2007
- Esteban D, Whelan S, Laudico A, Parkin DM (1995). *Manual for cancer registry personnel*. IARC Technical Report No.10. IARC, Lyon.
- Fritz A, Percy C, Jack A,Shanmugaratnam K, Sobin L,Parkin DM, Whelan S. (2000)WHO International Classification of Disease for Oncology. Third Edition, Geneva.
- Hilsenbeck SG, Glaaefke GS, Feigl P, Lane WW, Golenzer H, Ames C, et al. *Quality Control for Cancer Registries*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 1985. Third printing, U.S. Government Printing Office No. 1987-793-588; May 1987.
- Hofferkamp, J (Ed). *Standards for Cancer Registries Volume III: Standards for Completeness, Quality, Analysis, Management, Security and Confidentiality of Data*. Springfield (IL): North American Association of Central Cancer Registries, August 2008.
- Jensen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS,Skeet RG (1991)*Cancer registration principles and methods*. IARC Scientific publications No 95. IARC, Lyon.
- Larsen IK, Smastuen M, Johannesen TB, Langmark F, Parkin DM, Bray F, Moller B. Data quality at the Cancer Registry Norway: an overview of comparability, completeness, validity and timeliness. *Eur J Cancer*. 2009; 45(7): 1218-31
- Louange E. (2008) *Seychelles Reporting and Coding Manual*, Ministry of Health .No 1.
- Parkin DM, Bray F. Evaluation of data quality in the cancer registry:principles and methods Part II. Completeness. *Eur J Cancer*. 2009;45(5):756-64
- Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH & Whelan SL. *Comparability and Quality Control in Cancer Registration*. IARC Technical Report No. 19. Lyon, IARC, 1994
- Parkin DM, Wabinga H, Namboze S. Completeness in an African cancer registry. *Cancer Causes Control*. 2001; 12, 147-152.
- Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. ,*TNM Classification of Malignant Tumours 7th Edition*. Union International Cancer Control
- Somdyala N, (2008) *Procedure and Guidelines for Data Management*, PROMEC Cancer Registry, South AfricaOkondo F, *Draft Standard Operating Procedures (2014) Gulu Cancer Registry*, Uganda
- World Health Organisation. *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th edition, WHO, Geneva, 2010.
- Wu XC, McLaughlin C, Lake A, Firth R, Leonfellner S, Cormier M, Cardinez C, Kosary C, Roney D & Howe H. *Cancer in North America, 2000-2004. Volume I, Incidence*. A Publication of the North American Association of Central Cancer Registries, Inc.(NAACCR) May 2007

APÊNDICE 1. MÚLTIPLOS TUMORES PRIMÁRIOS - REGRAS PARA REPORTAR INCIDÊNCIA E SOBREVIVÊNCIA

1. O reconhecimento da existência de dois ou mais tumores primários não depende do tempo.
2. Um câncer primário é aquele que tem origem num local ou tecido primário e não é uma extensão, nem uma recidiva, nem uma metástase.
3. Apenas um tumor deve ser reconhecido como surgindo num órgão ou par de órgãos ou tecidos.

Alguns grupos de códigos são considerados como um único órgão para efeitos de definição de múltiplos tumores. Estes grupos de códigos topográficos são apresentados na Tabela 1 do apêndice.

Tumores Multifocais – ou seja, massas discretas aparentemente não em continuidade com outros tumores primários originados no mesmo local primário ou tecido, por exemplo, bexiga - são contadas como um único câncer.

4. A regra 3 não se aplica em duas circunstâncias:
 - 4.1 Os tumores sistêmicos (ou multicêntricos) potencialmente envolvendo muitos órgãos diferentes são contados apenas uma vez em qualquer indivíduo. Estes são o sarcoma de Kaposi (grupo 15 no Quadro 2) e os tumores do sistema hematopoiético (grupos 8-14 no Apêndice Tabela 2).
 - 4.2 Neoplasias de morfologia diferentes devem ser consideradas como múltiplos tumores (mesmo que sejam diagnosticados simultaneamente no mesmo local).

Se os diagnósticos morfológicos se enquadrarem em uma categoria na Tabela 2 do Apêndice e surgirem no mesmo local primário, são considerados como sendo a mesma morfologia para fins de contagem de múltiplas primárias. Se os diagnósticos morfológicos se enquadrarem em duas ou mais das categorias da Tabela 2 do Apêndice, mesmo que digam respeito ao mesmo local, a morfologia é considerada diferente, e dois ou mais casos devem ser contados.

Os tumores isolados contendo várias histologias diferentes que se enquadram em um grupo histológico no Apêndice Tabela 2 são registrados como um único caso, usando o código de morfologia CID-O numericamente mais alto.

Se, entretanto, uma morfologia não for específica (grupos (5), (14) e (17)) e uma morfologia específica estiver disponível, o caso deve ser relatado com a histologia específica e o diagnóstico não específico deve ser ignorado.

Table 1. Groups of topography codes considered a single site in the definition of multiple cancers

ICD-O-2/3 site code	Label	If diagnosed at different times, code first diagnosis. If diagnosed at the same time use codes given below.
C01	Base of tongue	
C02	Other and unspecified parts of tongue	C02.9
C00	Lip	
C03	Gum	
C04	Floor of mouth	
C05	Palate	
C06	Other and unspecified parts of mouth	C06.9
C09	Tonsil	
C10	Oropharynx	
C12	Pyriform sinus	
C13	Hypopharynx	
C14	Other and ill-defined sites in lip, oral cavity and pharynx	C14.0
C19	Rectosigmoid junction	
C20	Rectum	C20.9
C23	Gallbladder	
C24	Other and unspecified parts of biliary tract	C24.9
C33	Trachea	
C34	Bronchus and lung	C34.9
C40	Bones, joints and articular cartilage of limbs	
C41	Bones, joints and articular cartilage of other and unspecified sites	C41.9
C65	Renal pelvis	
C66	Ureter	
C67	Bladder	
C68	Other and unspecified urinary organs	C68.9

Apêndice Tabela 1 Grupos de neoplasias malignas consideradas histologicamente "diferentes" para efeitos de definição de tumores múltiplos

Table 2. Groups of malignant neoplasms considered to be histologically 'different' for the purpose of defining multiple tumours (adapted from Berg JW. Morphologic classification of human cancer. In: Schottenfeld D & Fraumeni JF Jr. *Cancer Epidemiology and Prevention*, 2nd edition, Chapter 3 of Section 1: Basic Concepts. Oxford, New York, Oxford University Press, pp. 28-44, 1996).

<i>Group</i>	
<i>Carcinomas</i>	
1. Squamous and transitional cell carcinoma	8051-8084, 8120-8131
2. Basal cell carcinomas	8090-8110
3. Adenocarcinomas	8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4. Other specific carcinomas	8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
(5) Unspecified carcinomas (NOS)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6. <i>Sarcomas</i> and soft tissue tumours	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7. <i>Mesothelioma</i>	9050-9055
<i>Tumours of haematopoietic and lymphoid tissues</i>	
8. Myeloid	9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964, 9980-9987
9. B-cell neoplasms	9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767, 9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10. T-cell and NK-cell neoplasms	9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11. Hodgkin lymphoma	9650-9667
12. Mast-cell Tumours	9740-9742
13. Histiocytes and Accessory Lymphoid cells	9750-9758
(14) Unspecified types	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15. <i>Kaposi sarcoma</i>	9140
16. <i>Other specified</i> types of cancer	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380- 9539
(17) <i>Unspecified</i> types of cancer	8000-8005

Apêndice Tabela 2 Grupos de neoplasias malignas consideradas histologicamente "diferentes" para efeitos de definição de tumores múltiplos

RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO

- A. Dois tumores de lateralidade diferente, mas da mesma morfologia, diagnosticados em órgãos emparelhados (por exemplo, mama) devem ser registrados separadamente, a menos que se declare que tiveram origem numa única primário. As exceções a esta regra são:
 - a. Tumores do ovário (da mesma morfologia)
 - b. Tumor de Wilm (nefroblastoma) do rim.
 - c. Retinoblastoma

que deve ser registrado como um único registro bilateral quando ocorrem em ambos os lados.

Lembrete: Os tumores em órgãos pareados de histologia completamente diferente devem ser registrados separadamente.

- B. Os câncers que ocorrem em qualquer subcategoria de cólon (C18) e pele (C44) de 4 caracteres devem ser registrados como múltiplos tumores primários.

APÊNDICE 2. DEFINIÇÕES DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS REGIONAIS (R+)

Baseado em: Sobin LH, Ch. Wittekind (eds.): UICC International Union Against Cancer TNM Classification of Malignant Tumours, Sixth Edition. Wiley-Liss, New York, 2002

Lábio e cavidade oral

Faringe (incluindo base da língua, palato mole e úvula)

Laringe

Seios paranasais

Glândulas salivares - parótida, submandibular e sublingual

Linfonodos cervicais

Glândula tiróide

Linfonodos cervicais e mediastinais superiores

Esôfago

Esôfago cervical: Escaleno, jugular interno, cervical superior e inferior, perioesofágico, supraclavicular

Esôfago intratorácico: Perioesofágico superior (acima da veia ázigos), subcarinal, perioesofágico inferior (abaixo da veia ázigos), mediastinal e nós perigástricos, excluindo os gânglios celíacos

Estômago

Linfonodos perigástricos ao longo das curvaturas menor e maior

Linfonodos ao longo das artérias gástricas, hepáticas comuns, esplênicas e celíacas esquerdas

Linfonodos Hepatoduodenais

Junção gastroesofágica: paracardial, gástrica esquerda, celíaca, diafragmática e paraesofágica inferior mediastinal

Intestino delgado

Duodeno: Pancreaticoduodenal, pilórico, hepático (pericoledochal, cístico, hilar), e linfonodos mesentéricos superiores

Ileum e Jejunum: Mesentéricos, incluindo os linfonodos mesentéricos superiores

Apenas íleo terminal: Ileocólico, incluindo os linfonodos cecais posteriores

Cólon e reto

Os linfonodos regionais são os pericólicos e periretais e aqueles localizados ao longo do ileocólico, cólico direito, cólico médio, cólico esquerdo, mesentérica inferior, retal superior (hemorroidária), artérias ilíacas internas, mesorretal, sacral lateral, pré-sacral e promontório sacral (Gerota).

Canal anal

Linfonodos perirectal, ilíaco interno e inguinal

Fígado (incluindo os canais biliares intra-hepáticos)

Os linfonodos regionais são os hilares (isto é, os do ligamento hepatoduodenal), hepáticos (ao longo da própria artéria hepática), periportais (ao longo da veia porta) e os da veia cava inferior abdominal acima das veias renais (com exceção dos frênicos inferiores).

Vesícula biliar

Duto biliar extra-hepático

Ducto cístico, pericoledochal, hilar, peripancreático (apenas cabeça), periduodenal, periportal, celíaco, e linfonodos mesentéricos superiores

Ampola de Vater

Superior: Lymph nodes superior to the head and body of the pancreas

Inferior: Lymph nodes inferior to the head and body of the pancreas

Anterior: Anterior pancreaticoduodenal, pyloric, and proximal mesenteric nodes

Posterior: Posterior pancreaticoduodenal, common bile duct, and proximal mesenteric nodes

Pancreas

Os linfonodos regionais são os gânglios peripancreáticos, que podem ser subdivididos como se segue:

Superior: Gânglios linfáticos superiores à cabeça e ao corpo do pâncreas.

Inferior: Gânglios linfáticos inferiores à cabeça e ao corpo do pâncreas.

Anterior: Pancreaticoduodenal Anterior, pilórico (apenas para a cabeça) e linfonodos mesentéricos proximais

Posterior: Posterior pancreaticoduodenal, ducto biliar comum e nós mesentéricos proximais

Esplênico: Hilum do baço e cauda do pâncreas (apenas para tumores no corpo e cauda)

Celíaco: (apenas para tumores de cabeça)

Pulmão

Mesotelioma pleural

Todos os linfonodos regionais estão acima do diafragma. Eles incluem os nós intratorácicos, escalenos, mamários internos (apenas para mesotelioma pleural) e supraclaviculares.

Ossos

Os linfonodos regionais são aqueles apropriados para o local do tumor primário.

Tecidos moles

Os linfonodos regionais são aqueles apropriados para o local do tumor primário.

Carcinoma da pele (excluindo pálpebra, vulva e pênis)

Melanoma maligno da pele (excluindo a pálpebra)

Os linfonodos regionais são aqueles apropriados para a localização do tumor primário.

Tumores Unilaterais

Linfonodos pré-auriculares, subandibulares, cervicais e supraclaviculares da cabeça, pescoço e gânglios Ipsilateral

Gânglios linfáticos axilares tórax-Ipsilateral

Epitroclaridade do braço Ipsilateral e gânglios linfáticos axilares

Abdômen, lombos e nádegas.

Gânglios linfáticos inguinais inguinais

Gânglios linfáticos poplíteos e inguinais da perna

Margem anal e gânglios linfáticos inguinais Ipsilaterais da pele perianal

Com tumores nas zonas limítrofes entre as acima referidas, os gânglios linfáticos pertencentes às regiões de ambos os lados da zona limítrofe são considerados como gânglios linfáticos regionais. As seguintes faixas de 4 cm de largura são consideradas zonas limítrofes:

Entre ao longo de

Linha média direita/esquerda

Cabeça e pescoço/ tórax Clavícula-acromion-upper shoulder blade edge

Tórax/braço Ombro-axilar

Tórax/abdominais, lombos, nádegas Frente: Meio entre o umbigo e o arco costal

Voltar: Borda inferior das vértebras torácicas (eixo transversal médio)

Abdômen, lombos e nádegas/perna Sulco do Groin-trocanter-gluteal

Mama

Os gânglios linfáticos regionais são:

1. Axilares (ipsilateral): gânglios interpectoriais (Rotter's) e linfonodos ao longo da veia axilar e seus afluentes, que podem ser divididos nos seguintes níveis:

(i) Nível I (baixaaxila): gânglios linfáticos laterais à borda lateral do músculo peitoral menor.

(ii) Nível II (meio-axilar): gânglios linfáticos entre a borda medial e lateral do músculo peitoral menor e os gânglios linfáticos interpectoriais (Rotter's)

(iii) Nível III (axila apical): gânglios linfáticos mediais à margem medial do músculo peitoral menor, excluindo os designados como subclavicular, infraclavicular.

Nota: Os linfonodos intramamários são codificados como linfonodos axilares.

2. Infraclavicular (subclavicular) (ipsilateral).

3. Mamária interna (ipsilateral): gânglios linfáticos nos espaços intercostais ao longo da borda do esterno na fáscia endotorácica.

4. Supraclavicular (ipsilateral).

Qualquer outra metástase linfonodal é codificada como metástase distante (M1), incluindo gânglios linfáticos internos mamários cervicais, ou contralaterais.

Vulva

Os linfonodos femorais e inguinais

Vagina

Dois terços superiores da vagina: nódulos pélvicos, incluindo obturador, íliaco interno (hipogástrico), íliaco externo e nódulos pélvicos, SOE.

Terço inferior da vagina: nódulos inguinais e femorais.

Colo uterino

Linfonodos paracervicais, paramétricos, hipogástricos (íliaco interno, obturador), íliacos comuns e externos, pré-sacrais e laterais do sacro

Corpo uterino

Pélvico (hipogástrico [obturador, íliaco interno], íliaco comum e externo, parametrial e sacral), e linfonodos para-aórticos

Ovário

Trompa de Falópio

Hipogástrico (obturador), ilíaco comum e externo, sacro lateral, para-aórtico e linfonodos inguinais

Tumores trofoblásticos gestacionais

Gânglios linfáticos regionais: Não aplicável

Pênis

Linfonodos superficiais e inguinais profundos e linfonodos pélvicos

Próstata

Os linfonodos regionais são os nódulos da verdadeira pélvis, que são essencialmente os nódulos pélvicos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns.

Testículo

Abdominal para-aórtico (periaórtico), pré-aórtico, interaortocaval, precaval, paracaval, retrocaval, linfonodos andretroaórtico, e linfonodos ao longo da veia espermática

Os linfonodos intra e inguinais são considerados regionais após cirurgia escrotal ou inguinal

Rim

Linfonodos para-aórticos e paracaviais renais hilares, abdominais

Pélvis renal e ureter

Linfonodos para-aórticos e paracaviais renais hilares, abdominais

Linfonodos Intrapelvicos (apenas para ureter)

Bexiga urinária

Os linfonodos regionais são os nódulos da verdadeira pélvis, que são essencialmente os nódulos pélvicos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns.

Uretra

Linfonodos inguinal e pélvico

Carcinoma da pálpebra**Carcinoma da conjuntiva****Melanoma maligno da conjuntiva****Melanoma maligno da úvea****Retinoblastoma****Sarcoma da órbita****Carcinoma da glândula lacrimal**

Linfonodos Preauriculares, submandibulares e cervicais.

Cérebro**Doença de Hodgkin e linfoma de Não-Hodgkin**

Não classificável pela TNM

APÊNDICE 3. AGENTES QUIMIOTERÁPICOS PARA O CÂNCER

Agente quimioterápico	Nome(s) da(s) marca(s)
5 AZACYTIDINE	Vidaza
5 FLUOROURACIL	Adrucil;fluoroblastin;5 FU
ABRAXANE	Abraxane
ACTINOMYCIN	Cosmegen; dactinomycin
AMSACRINE	M-AMSA;4'-(9 acridinyl aminomethane-sulfon-m-anisodide)
ASPARAGINASE	Crisantaspase (Erwinase)
AZACITIDINE	Vidaza
BENDAMUSTINE	Levact
BLEOMYCIN	Blenoxane
BUSULFAN	Myleran
CABAZITAXEL	Jevtana
CAPECITABINE	Xeloda
CARBOPLATIN	Paraplatin
CARMUSTINE	BCNU;bichlorethylnitrosourea
CHLORAMBUCIL	Leukeran
CISPLATIN	Cis-diammine dichloroplatinum DDP;platinol;platamine
CLADRIBINE	Leustat, LITAK
CLOFARABINE	Evoltra
CRISANTASPASE	Erwinase, asparaginase or L-asparaginase
CYCLOPHOSPHAMIDE	Cytoxan; cyclophar; endoxan
CYTARABINE	Cytosine arabinoside;arabinosyl cytosine;cytosar-U; ara-C
DACARBAZINE	DTIC; dimethyltriazine imidazole carboxamide
DACTINOMYCIN	Cosmegen Lyovac
DAUNORUBICIN	Daunomycin;cerubidin
DOCETAXEL	Taxotere
DOXORUBICIN	Adriamycin
DOXORUBIN	Adriamycin;hydroxyl daunorubicin
EPIRUBICIN	Pharmorubicin
ETOPOSIDE	VP-16, Etopophos, Vepesid
FLUDARABINE	Fludara
FLUOROURACIL	5FU
GEMCITABINE	Gemzar
GLIADEL IMPLANTS	Gliadel implants (carmustine)
HEXAMETHYL-MELAMINE	HMM
HYDROXYCARBAMIDE	(Hydrea, hydroxyurea)
HYDROXYUREA	Hyrea
IDARUBICIN	Zavedos
IFOSFAMIDE	Holoxan
IRINOTECAN	Campto
LEUCOVORIN	(folinic acid)
LIPOSOMAL DAUNORUBICIN	DaunoXome
LIPOSOMAL DOXORUBICIN	Caelyx, Myocet

LOMUSTINE	CCNU;cyclohexylchlorethyl nitosourea;CeeNU
MELPHALAN	Alkeran;phenylalanine mustard;L-PAM;L- Sarcolysin
MERCAPTOPYRINE	6-MP;purinethol
MESNA	Uromitexan
METHOTREXATE	Amethopterin; MTX, matrex; mexate emthexate
MITHRAMYCIN	Mithracin
MITOMYCIN	Mitomycin C Kyowa
MITOMYCIN C	Mutamycin
MITOTANE	op'-DDP;lysodren
MITOXANTRONE	Novantrone;DHAD
OXALIPLATIN	eloxatin
PACLITAXEL	Taxol
PEMETREXED	Alimta
PENTOSTATIN	Nipent
PROCARBAZINE	Matulane;methylhydrazine
RALTITREXED	Tomudex
RASBURICASE	Fasturtec
SEMUSTINE	Methyl-CCNU;MeCCNU;chloroethyl methylcyclohexyl nitrosourea
STREPTOZOZIN	Streptozotocin
TAXOL	Paclitaxel (taxol)
TEGAFUR-URACIL	Uftoral
TEMOZOLOMIDE	Temodal
THIOGUANINE	6-TG;lanvis
THIOTEPA	Thio-TEPA;triethylenethiophosphoramidate
TIOGUANINE	lanvis
TOPOTECAN	Hycamtin
TRABECTEDIN	Yondelis
TREOSULFAN	Ovastat, Treosulfan Medac, Treosulfan
VINBLASTINE	Velban
VINCRISTINE	Oncovin
VINDESINE	Eldisine
VINORELBINE	Navelbine
VP-16	Etoposide;VP-16-213 epipodophyllotoxin;vepesid

APÊNDICE 4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL TIPO DAS PROFISSÕES (ISCO-08) DOS CÓDIGOS DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (ILO)

<u>1</u>	<u>Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos</u>	<u>5</u>	<u>Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores</u>
11	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas	51	Trabalhadores dos serviços pessoais
111	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública e de organizações especializadas	511	Assistentes de viagem, cobradores e guias intérpretes
112	Director geral e gestor executivo, de empresas	512	Cozinheiro
12	Directores de serviços administrativos e comerciais	513	Empregados de mesa e bar
121	Directores de serviços de negócios e de administração	514	Cabeleireiros, esteticistas e similares
122	Directores de vendas, marketing e de desenvolvimento de negócios	515	Governante doméstico e encarregados de limpeza e de trabalhos domésticos
13	Directores de produção e de serviços especializados	516	Outros trabalhadores dos serviços pessoais
131	Directores de produção na agricultura, produção animal, floresta e pesca	52	Vendedores
132	Directores das indústrias transformadoras, extractivas, da construção, transportes e distribuição	521	Vendedores ambulantes e em mercados
133	Directores dos serviços das tecnologias da informação e comunicação	522	Vendedores em lojas
134	Directores de serviços especializados	523	Operadores de caixa e venda de bilhetes
14	Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços	524	Outros trabalhadores relacionados com vendas
141	Directores e gerentes, de hotelaria e restauração	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares
142	Directores e gerentes, do comércio a retalho e por grosso	531	Auxiliares de educadores de infância e de professores
143	Directores e gerentes de outros serviços	532	Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde
<u>2</u>	<u>Especialistas das actividades intelectuais e científicas</u>	54	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
21	Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins	541	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
211	Físicos, químicos e especialistas relacionados	<u>6</u>	<u>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta</u>
212	Matemáticos, actuários, estatísticos e demógrafos	61	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado
213	Especialistas em ciências da vida	611	Agricultores e trabalhadores qualificados de culturas agrícolas de mercado
214	Especialistas em engenharia (excepto electrotecnologia)	612	Produtores e trabalhadores qualificados na criação animal
215	Engenheiros de electrotecnologia	613	Agricultor e trabalhador qualificado da agricultura e produção animal combinadas, orientados para o mercado
216	Arquitectos, urbanistas, agrimensores e designers	62	Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado
22	Profissionais de saúde	621	Trabalhadores qualificados da floresta e similares
221	Médicos	622	Trabalhadores qualificados da aquicultura e das pescas; caçador (inclui com armadilha)
222	Profissionais de enfermagem	63	Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência
223	Especialista em medicina tradicional e alternativa	631	Agricultor de subsistência
224	Profissional paramédico	632	Criador de animais de subsistência
225	Veterinário	633	Agricultor e criador de animais de produção combinada, de subsistência
226	Outros profissionais de saúde	634	Pescador, caçador e colector, de subsistência
23	Professores	<u>7</u>	<u>Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices</u>
231	Professor dos ensinos universitário e superior	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista

232	Professor dos ensinos, tecnológico, artístico e profissional	711	Trabalhadores qualificados da construção das estruturas básicas e similares
233	Professor dos ensinos básico (2º e 3º ciclos) e secundário	712	Trabalhadores qualificados em acabamentos da construção e similares
234	Professores dos ensinos básico (1º ciclo) e educadores de infância	713	Pintores, limpadores de fachadas e similares
235	Outros especialistas do ensino	72	Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares
24	Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais	721	Trabalhadores de chapas metálicas, preparadores e montadores de estruturas metálicas, moldadores de metal, soldadores e trabalhadores similares
241	Especialistas em finanças e contabilidade	722	Forjadores, serralheiros mecânicos e similares
242	Especialistas em organização administrativa	723	Mecânicos e reparadores, de máquinas e de veículos
243	Especialistas em vendas, marketing e relações públicas	73	Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
25	Especialistas em tecnologias de informação e comunicação	731	Trabalhadores qualificados do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
251	Analistas e programadores, de software, Web e de aplicações	732	Trabalhadores da impressão
252	Especialistas em base de dados e redes	74	Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica
26	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	741	Instaladores e reparadores de equipamento eléctrico
261	Especialistas em assuntos jurídicos	742	Instaladores e reparadores, de equipamentos electrónicos e de telecomunicações
262	Bibliotecários, arquivistas e curadores de museus e similares	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato
263	Especialistas em ciências sociais e religiosas	751	Trabalhadores qualificados da transformação de alimentos
264	Autores, jornalistas e linguistas	752	Trabalhadores do tratamento da madeira e cortiça, marceneiros e similares
265	Artistas criativos e das artes do espectáculo	753	Trabalhadores da confecção de vestuário, curtidores de peles, sapateiros e similares
3	<u>Técnicos e profissões de nível intermédio</u>	754	Trabalhadores de outros ofícios
31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio	8	<u>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</u>
311	Técnicos das ciências físicas e de engenharia	81	Operadores de instalações fixas e máquinas
312	Encarregados das indústrias extractiva, transformadora e construção	811	Operadores de instalações, da extracção mineira e de processamento de minerais
313	Técnicos de operação e controlo de processos industriais	812	Operadores de instalações de transformação e acabamento, de metais
314	Técnicos e profissões afins das ciências da vida, de nível intermédio	813	Operadores de instalações e máquinas, do fabrico de produtos químicos e fotográficos
315	Técnicos operacionais e controladores, dos transportes marítimo e aéreo	814	Operadores de máquinas para o fabrico de produtos de borracha, plástico e papel
32	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde	815	Operadores de máquinas para o fabrico de produtos têxteis, de pele com pêlo e couro
321	Técnicos da medicina e farmácia	816	Operadores de máquinas do fabrico de produtos alimentares e similares
322	Auxiliares de enfermagem e parteiras	817	Operadores de instalações para o fabrico de papel, para o trabalho da madeira e cortiça
323	Profissionais de nível intermédio da medicina tradicional e complementar	818	Outros operadores de instalações fixas e máquinas
324	Técnico e assistente de veterinários	82	Trabalhadores da montagem
325	Outros profissionais de nível intermédio da saúde	821	Trabalhadores da montagem
33	Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios	83	Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis
331	Técnicos de nível intermédio da área financeira e matemática	831	Maquinistas de locomotivas e similares
332	Agentes de compras, de vendas e corretores comerciais	832	Motoristas de automóveis ligeiros, de carrinhas e condutores de motociclos
333	Agentes de negócios	833	Motoristas de veículos pesados e de autocarros
334	Administrativos e secretários especializados	834	Operadores de equipamentos móveis

335	Agentes de nível intermédio da administração pública, para aplicação da lei e similares	835	Tripulação de convés de navios e similares
34	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares	<u>9</u>	<u>Trabalhadores não qualificados</u>
341	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais e religiosos	91	Trabalhadores de limpeza
342	Técnicos de actividade física e de desporto	911	Trabalhadores de limpeza em casas particulares, hotéis e escritórios
343	Técnicos de nível intermédio das actividades culturais, artísticas e culinárias	912	Trabalhadores de limpeza de veículos, janelas, roupa e de outra limpeza manual
35	Técnicos das tecnologias de informação e comunicação	92	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta
351	Técnicos operadores das tecnologias de informação e comunicação e de apoio aos utilizadores	921	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta
352	Técnicos das telecomunicações e da radiodifusão	93	Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes
<u>4</u>	<u>Pessoal administrativo</u>	931	Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva e construção
41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados	932	Trabalhadores não qualificados da indústria transformadora
411	Empregado de escritório em geral	933	Trabalhadores não qualificados de apoio, aos transportes e armazenagem
412	Técnico de secretariado	94	Assistentes na preparação de refeições
413	Operadores de processamento de texto e dados	941	Assistentes na preparação de refeições
42	Pessoal de apoio directo a clientes	95	Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua
421	Caixas, penhoristas e similares	951	Prestador de serviços na rua
422	Pessoal de recepção e de informação a clientes	952	Vendedor ambulante (excepto de alimentos)
43	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo	96	Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares
431	Operadores de dados, de contabilidade, estatística e serviços financeiros	961	Trabalhadores da recuperação de resíduos
432	Empregados de aprovisionamento, armazém, de serviços de apoio à produção e transportes	962	Outras profissões elementares
44	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo	<u>0</u>	<u>Profissões das forças armadas</u>
441	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo	01	Oficiais das Forças Armadas
		011	Oficiais das Forças Armadas
		02	Sargentos das Forças Armadas
		021	Sargentos das Forças Armadas
		03	Outro Pessoal das Forças Armadas
		031	Outro Pessoal das Forças Armadas

[A SUA LOGOMARCA AQUI]

ACORDO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, concordo com as seguintes afirmações:

Eu li e entendi a Política de Privacidade do [nome do registro].

Entendo que posso entrar em contato com informações confidenciais durante meu tempo no [nome do registro]. Como parte da condição do meu trabalho com [nome do registro] Comprometo-me a manter em estrita confidencialidade qualquer informação relativa a qualquer paciente (vivo ou morto), cliente, funcionário ou qualquer outra organização que chegue ao meu conhecimento enquanto estiver no [nome do registro]. Eu farei isso de acordo com a política de privacidade do [nome do registro] e leis aplicáveis, incluindo aquelas que exigem relatórios obrigatórios.

Eu também concordo em nunca remover qualquer material confidencial de qualquer tipo das instalações do [nome do registro] a menos que autorizado como parte das minhas funções, ou com a permissão ou direção expressa para o fazer do [diretor de registro].

_____ (Nome da equipe de impressão)

_____ (Assinatura dos Funcionários)

_____ (Assinatura da testemunha)

Datado este _____ de _____, 2_____

APÊNDICE 6. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE DADOS



XXXXXXXXXXXXXXXXX CANCER REGISTRY

APPLICATION FORM FOR RELEASE OF DATA

This form should be completed and accompany each written request for release of cancer registry data. All documents must be submitted to the Registry Director responsible for official approval.

ORGANIZATION OR INDIVIDUAL REQUESTING THE DATA

Name: _____

–

Address: _____

Telephone: _____

Email: _____ Date data are needed: _____

PURPOSE OF DATA

Research Clinical Planning Education Media

Others, specify _____

Please provide supporting documents for the requested data, including a copy of the research/project proposal and approval from the Research & Ethics Committee if the data is going to be used for research.

DATA ITEMS REQUESTED

Please list the specific data items and year(s) of data requested - use a separate document if necessary.

ASSURANCES

The requested data will not be used for purposes other than those stated above and will not be released to other person(s) or purposes not stated herein. All released data should be destroyed at the end of the activity/project.

All data from the Seychelles National Cancer Registry (SNCR) cited in any presentation or publication should be acknowledged, and the SNCR should receive a copy of the publication upon release.

Name and Signature of Person Requesting Data: _____

Date of Request _____

FOR OFFICE USE ONLY

Approved _____ Date: _____

Processed by: _____ Date: _____

(Name, Signature & Designation)