

# PANORAMA DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

RIO DE JANEIRO, BOLETIM VOL. 4, Nº 4, NOV. 2017  
ISSN 2594-6846 – Versão impressa



## EDITORIAL

Informação é fundamental para melhores práticas de planejamento e de gestão. Com esta certeza, lançamos a quarta edição do Boletim Panorama da Oncologia Pediátrica com os objetivos de contribuir para a consolidação de informações e destacar os desafios que precisam ser superados para qualificar o tratamento. Liderada pelo Instituto Deseiderata, esta publicação foi construída de forma colaborativa com profissionais da Fundação do Câncer e do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Nesta edição, podem ser observados o baixo preenchimento de algumas variáveis obrigatórias na ficha do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), entre elas: “o primeiro tratamento recebido no hospital” (57% sem informação) e “outro estadiamento diferente do TNM” (65% sem informação). O baixo preenchimento desses dados pode indicar algum problema na variável ou no processo da coleta dos dados nos prontuários. As informações nos prontuários precisam ser legíveis, pois só assim as informações irão retratar de forma fidedigna o tratamento realizado.

Outro ponto a destacar é o atendimento de 15% dos casos analíticos<sup>1</sup>, na faixa de 15 a 19 anos, realizado em hospitais não habilitados em oncologia pediátrica. Nos hospitais habilitados em oncologia pediátrica o tratamento é realizado por um oncologista pediátrico, há um cirurgião pediátrico, a quimioterapia é realizada em sala exclusiva para crianças e adolescentes, entre outras exigências.

Por outro lado, a informação sobre a projeção de incidência está em acordo com o observado mundialmente, assim como as categorias profissionais: enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, indicadas na última portaria, estão presentes em praticamente todos os hospitais, embora não seja possível dizer se em quantidade ideal. O investimento na ambientação lúdica de seis das sete das salas de quimioterapia utilizadas por crianças e adolescentes também é um destaque positivo.

Diante dos desafios torna-se necessário criar estratégias para solucionar problemas, em especial

em tempos de crise. Como adequar a atual infraestrutura existente, implementar linhas de cuidado para o controle do câncer infantojuvenil e capacitar a gestão da rede de atenção à saúde para o controle desse tipo de câncer com foco no paciente e em seu tratamento em tempo hábil são alguns desafios.

A informação tem papel fundamental para a tomada de decisões em níveis locais e globais. É nossa maior aliada para planejar e implementar ações, metas e resultados, bem como monitorar e avaliar o que está sendo realizado para a tomada de decisões mais assertivas para o controle do câncer, seja em crianças e adolescentes ou em adultos.

<sup>1</sup> São definidos como casos analíticos aqueles em que o plano terapêutico, o tratamento e o seguimento são realizados pela unidade responsável pelo atendimento aos pacientes. (INCA, 2016)

**Coordenação geral:** Laurence Pires e Evelyn K. Santos **Revisão técnica:** Marceli Santos e Rejane Reis **Revisão geral:** Roberta Costa Marques **Revisão textual:** Veronica Marques  
**Colaboradores:** Alfredo Scaff, Isabel Rei Madeira, Rafael Vargas e Solange Malfacini.

Instituto Deseiderata

Rua Dona Mariana, 137 - casa 07, Botafogo | Rio de Janeiro, RJ, Brazil - 22280-020. | Tel.: +55 (21) 2540-0066

## METODOLOGIA

Na seção **O CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, para o cálculo da **estimativa de incidência de câncer** foram consideradas a taxa mediana de incidência de câncer ajustada por idade da Região Sudeste (INCA, 2016) e a estimativa populacional para o estado em 2016 (DATASUS, 2017). Para o cálculo da **população infantojuvenil**, os casos foram divididos entre as regiões de saúde seguindo a distribuição percentual da faixa de 0 a 19 anos do Censo de 2010.

A **média anual de casos diagnosticados** foi calculada a partir da base do IntegradorRHC obtida em julho de 2017. Para a classificação dos tumores dos **casos de câncer pediátrico** foi utilizada somente a variável de localização do tumor primário. Como o grande volume de casos impossibilitou classificar a base de dados de todo o Brasil de acordo com a histologia do tumor primário em conjunto com a localização, foi feito um teste somente no Rio de Janeiro, que demonstrou pouca alteração percentual entre a classificação por localização do tumor primário e a classificação por localização e histologia do tumor primário.

As informações dos **óbitos por câncer infantojuvenil** foram extraídas do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (DATASUS, 2017) e da nota oficial sobre câncer infantojuvenil da Agência Internacional de Pesquisa de Câncer (IARC, 2016). Com relação à **projeção de incidência de câncer infantojuvenil anual**, foram utilizadas as estimativas populacionais para o ano de 2016 do Brasil, do estado e do município (DATASUS, 2017). Outros dados usados foram a informação de que a capital concentra 39,5% da população do estado (IBGE, 2010) e as taxas de incidência das publicações da área técnica

da IARC (STELIAROVA, 2017) e do INCA (2016). Nesta última, foram consideradas: mediana brasileira de incidência, mediana da taxa de incidência ajustada para a faixa de 0-14 anos da Região Sudeste e mediana da taxa de incidência específica para 15-19 anos da Região Sudeste (INCA, 2016).

As informações da seção **ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO** foram obtidas a partir das bases de dados do CNES (versão antiga), considerando a vigência de abril de 2017 para unidades de atenção primária e distribuição de médicos e de outubro de 2017 para as demais informações.

Na seção sobre **INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO** foram utilizadas como fontes: a Portaria nº 140 de 27/02/2014 e suas alterações, o CNES (vigência de outubro de 2017), a base de dados do IntegradorRHC (obtida em julho de 2017), as informações do “Projeto de Extensão Atendimento Escolar Hospitalar: saberes partilhados” e informações do “Grupo de Trabalho de Humanização do Fórum de Oncologia Pediátrica 2017”; além de consultas feitas diretamente aos hospitais para atualizar informações que, até a edição final do material, não tivessem sido disponibilizadas pelos órgãos públicos responsáveis.

As informações da seção **MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO** foram obtidas no IntegradorRHC, em julho de 2017, sendo considerados casos analíticos sem diagnóstico e sem tratamento anterior, com primeira consulta no período de 2009 a 2013 no estado do Rio de Janeiro, além de informações fornecidas pela Divisão de Vigilância e Análise de Situação – Conprev/ INCA sobre a implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e envio das bases pelos hospitais habilitados.

### REFERÊNCIAS

- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010. Características gerais da população por residência e faixa etária (online). 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL (CNES). Tabnet - Rede assistencial e Recursos humanos. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Estimativa populacional segundo regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro (online). Brasília, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2017.
- Portaria nº 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantem as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014.
- FONSECA, ES. Hospitais com Escolas no Brasil. Projeto de Extensão Atendimento Escolar Hospitalar: saberes partilhados. Faculdade de Educação da UERJ. Mimeio. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: Inca, 2016.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). International Childhood Cancer Day: Much remains to be done to fight childhood cancer. Press Release N° 241: 2016.
- STELIAROVA-FOUCHER, Eva et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. Lancet Oncol. v.18, p.719-31, 2017.

## PAINEL DE OPINIÕES

### A CRISE E OS DESAFIOS PARA O CONTROLE DO CÂNCER PEDIÁTRICO

Em geral, a mortalidade por câncer está relacionada a variáveis como: crises econômicas, cobertura universal da saúde, gastos em saúde pública, entre outros fatores. O aumento do desemprego tem relação direta com o aumento da mortalidade por câncer. A crise econômica de 2008-2010 foi responsável por cerca de 260 mil mortes a mais por câncer em países europeus da OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico). Por outro lado, em países com cobertura universal, ou seja, com acesso universal à saúde, e com aumento dos gastos em saúde pública, apresenta efeito protetor e está associado à redução da mortalidade por câncer. Pressupõe-se que o acesso aos cuidados de saúde poderá estar na base dessas associações.

O “Unidos pela Cura” é um projeto que pode fazer frente a esta adversidade e apoiar o controle do câncer pediátrico. Neste momento, mais do que nunca, é necessário monitorar os serviços de saúde, oferecer treinamentos e capacitações para o diagnóstico imediato e fortalecer o sistema de informação/regulação para encaminhamento dos casos suspeitos.

*Alfredo Scaff - Médico Sanitarista, Fundação do Câncer.*

### DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS PEDIÁTRICAS AO COMPROMISSO DA GESTÃO PÚBLICA COM O CÂNCER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O perfil de mortalidade em crianças e adolescentes sofreu grande mudança nas últimas décadas. A implementação

de ações preventivas reduziu a incidência de doenças transmissíveis e o aumento de aglomerados urbanos foi acompanhado de aumento de mortes resultantes da violência urbana e acidentes (causas externas), principalmente entre jovens. Passamos de um cenário de elevadas taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias, para um novo momento em que estas doenças são responsáveis por uma proporção cada vez menor de óbitos. Já as mortes por causas externas aumentam significativamente, assumindo o primeiro lugar. Em segundo lugar, como causa de mortes entre crianças e adolescentes, aparecem as neoplasias, seguidas de outras doenças de evolução crônica. Desta forma, excluindo-se as causas externas, o câncer representa hoje a primeira causa de mortes nesta faixa.

A detecção precoce do câncer em crianças e adolescentes está incorporada em nossas agendas como um dos principais desafios, como um exemplo de organização de rede e como compromisso de gestão.

*Solange Malfacini - Médica, Gerente de Câncer da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.*

### REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER: POTENCIALIDADES NO MONITORAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sustenta que ter informação de confiança é vital para a tomada de decisão em todos os níveis do sistema de saúde. A informação de qualidade é essencial tanto do ponto de vista macro, para o desenvolvimento de políticas públicas, por exemplo, quanto para a avaliação da qualidade assistencial de um hospital ou serviço de saúde. A OMS também defende que os sistemas de informações não devem se restringir apenas à avaliação e monitoramento, mas também devem estimular a pesquisa, permitindo a análise de situação em saúde e as tendências.

A participação de pacientes em estudos clínicos (clinical trials) é fortemente recomendada e é um indicador de

qualidade assistencial. Sendo assim, o RHC tem duplo papel nesse quesito. Primeiro, auxiliar na identificação dos potenciais pacientes a serem recrutados em um estudo clínico. Segundo, avaliar o número de pacientes que participaram de estudos clínicos. Em nosso RHC está sendo criada uma variável complementar que sinaliza se o paciente participou ou não de um estudo clínico.

*Rafael Vargas - Oncologista clínico, coordenador do Registro Hospitalar de Câncer da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.*

### TUDO A FAVOR DO PEDIATRA INTEGRADO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Pública Primária à criança passa atualmente por transição dos cuidados das mãos do pediatra para as mãos do profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na ESF, no Estado do Rio de Janeiro, o pediatra não faz parte da equipe. A alegação dos gestores é de que existem poucos pediatras, o que não é verdade. Somos a especialidade médica mais numerosa no Estado. O Programa de Residência Médica (PRM) em Pediatria é o mais procurado pelos médicos recém-formados.

Nada contra a ESF, mas tudo a favor do pediatra aí integrado. A Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro tem como proposta a inserção do pediatra nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No NASF, cada pediatra, além de prestar atendimento em puericultura, se reportaria a um número de equipes da ESF, para treinamento na atenção primária à saúde da criança e para matriciamento. Desta forma, conheceria todas as crianças sob seus cuidados e as equipes da Estratégia teriam este especialista com mais expertise à sua disposição, inclusive para o atendimento da criança doente e para o diagnóstico diferencial do câncer, por exemplo.

*Isabel Rey Madeira - Pediatra com área de atuação em endocrinologia pediátrica, presidente da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.*



# O CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

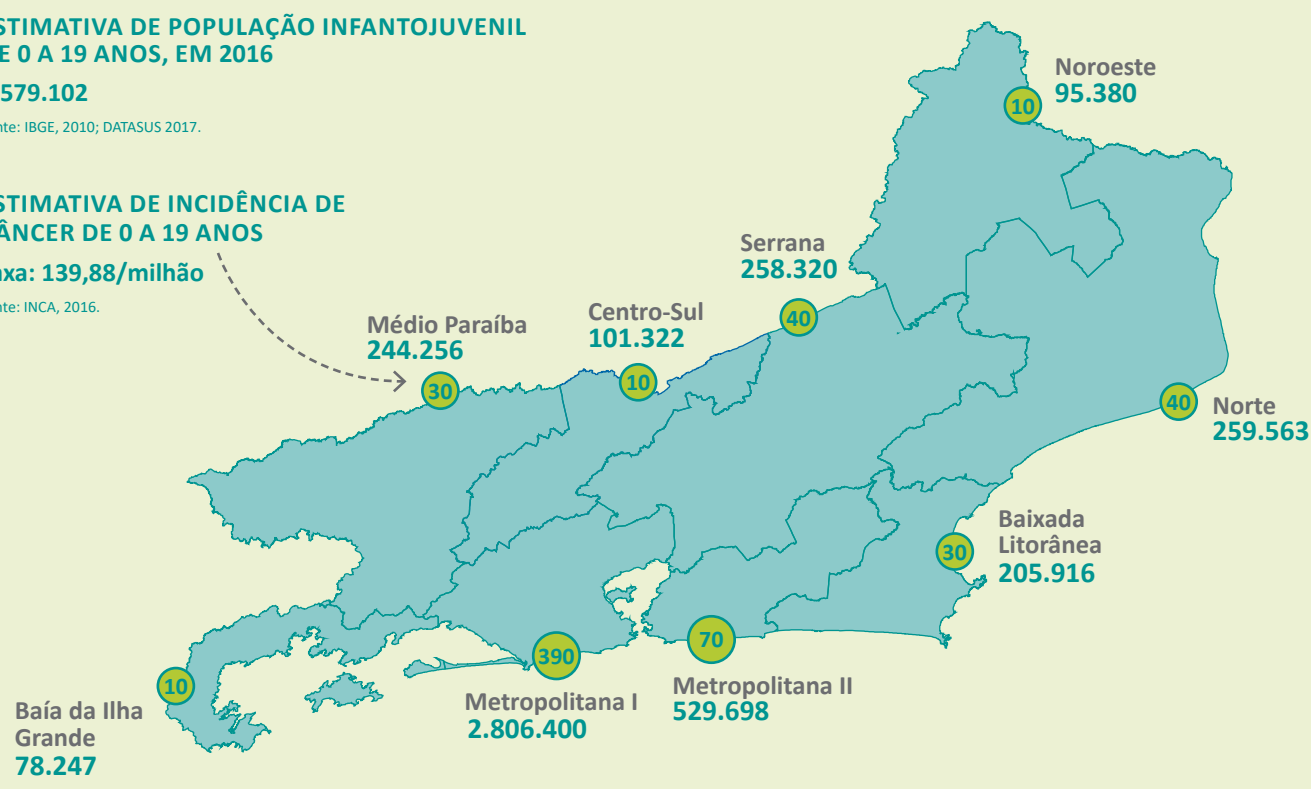
Novembro 2017

ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL DE 0 A 19 ANOS, EM 2016  
4.579.102

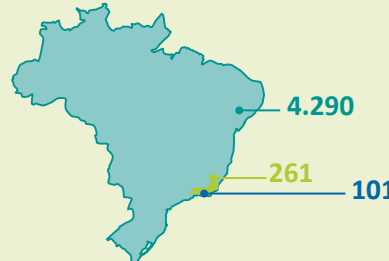
Fonte: IBGE, 2010; DATASUS 2017.

ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE 0 A 19 ANOS  
Taxa: 139,88/milhão

Fonte: INCA, 2016.

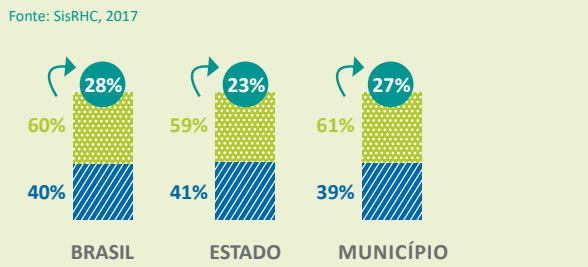


MÉDIA ANUAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS registrados no RHC segundo local de residência, 2009 - 2013



BRASIL Fonte: DATASUS, 2017 e INCA, 2016, SIS, RHC 2017.  
ESTADO Fonte: DATASUS, 2017 e INCA, 2016.  
MUNICÍPIO Fonte: DATASUS, 2017; INCA, 2016; IBGE, 2010.

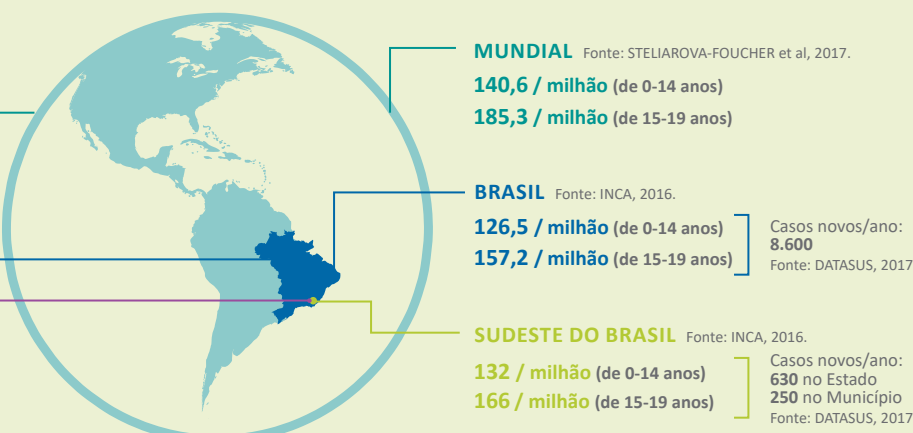
CASOS DE CÂNCER PEDIÁTRICO tratados nos hospitais que possuem RHC, 2009 - 2013



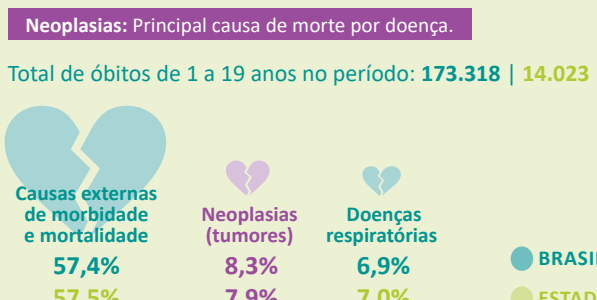
## ÓBITOS POR CÂNCER INFANTIL

Table with 2 columns: POR ANO, POR SEMANA. Rows for Mundial, Brasil, and Estado do Rio de Janeiro.

## PROJEÇÃO DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER INFANTIL ANUAL



## PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTOJUVENIL, 2009 a 2013



## ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO

### UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fonte: CNES, abril 2017.

Centro de Saúde  
Posto de Saúde  
Unidade Básica de Saúde



2.082 ESTADO DO RJ  
278 MUNICÍPIO DO RJ

### DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS na Rede Pública de Saúde

Fonte: CNES, abril 2017.

#### Médicos da Atenção Primária

505 pediatras no ERJ, 122 outras especialidades médicas, 1.460 médicos de família, 2.311 médicos de família, 4.276 TOTAL

#### Médicos em Hospitais Gerais e Especializados

2.200 pediatras no ERJ, 1.090 oncologistas pediátricos, 39 oncohematologistas, 113 hematologistas, 153 neurocirurgiões, 92 cirurgiões pediátricos, 16.560 outras especialidades médicas, 11.128 TOTAL

### INFRAESTRUTURA PEDIÁTRICA HOSPITALAR de média e alta complexidade na rede pública por região de saúde

Fonte: CNES, outubro 2017.

Table with 2 main sections: TOTAL DE ESTABELECIMENTOS and NÚMERO DE LEITOS. Rows list various regions and hospital types.

Nota: somente foram considerados leitos de hospitais gerais e especializados pediátricos que atendem SUS.

(\*) Unidades de Pronto Atendimento funcionam como unidades intermediárias entre as unidades básicas de saúde e os hospitais de emergência.

(\*\*) Pronto-socorro - Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.

Foram incluídos os pronto-socorros gerais e especializados em pediatria.

(\*\*\*) Os leitos de UTI pediátrica são classificados em I, II ou III, conforme Portaria 3.432 de 12 de agosto de 1998. Nesta tabela os três tipos de leitos foram somados.

## INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

### INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO, E GESTÃO DO ACESSO DOS CACON E UNACON

Fonte: CNES, outubro de 2017; E S FONSECA, 2017; IntegradorRHC, 2017; Portaria nº 140 de 27/02/2015 e suas alterações.

Table with columns: CASOS ANALÍTICOS REGISTRADOS NO RHC DE 2009 A 2013 (n=1.391), TIPOS DE ACESSO A CONSULTA AMBULATORIAL EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA, and various hospital/center names.

A Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 140 de 27/02/2014 e suas alterações são as que definem critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e definem as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Todos os estabelecimentos de saúde que tratam câncer devem ser habilitados como Cacon, atendendo a todos os tipos de câncer, ou como Unacon, atendendo aos cânceres mais prevalentes. Para cada uma destas classificações podem ser atribuídas subcategorias, entre elas o serviço de oncologia pediátrica.

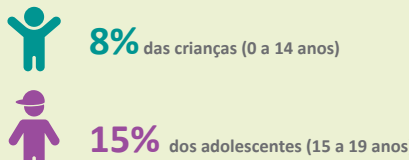
Outros critérios para habilitação são o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) e o RHC implantados e em funcionamento dentro da estrutura do hospital habilitado, sendo que o hospital geral com cirurgia de câncer e o serviço de radioterapia, que integram complexos hospitalares com Cacon ou Unacon, devem garantir coleta, armazenamento, análise e divulgação de forma sistemática e contínua das informações das pessoas com câncer.

Polos Unidos pela Cura: são os hospitais da rede pública, especializados em câncer ou em pediatria, no município do Rio de Janeiro, que fazem parte do fluxo de investigação das suspeitas de câncer infantojuvenil. Além dos polos listados acima, faz parte o Hospital Municipal Jesus, que é especializado em pediatria.

Salas de quimioterapia ambientadas e exclusivas para crianças e adolescentes: "A sala de aplicação da quimioterapia de crianças e adolescentes deverá ser distinta da sala de aplicação da quimioterapia de adultos" (Portaria, 140 de 27/02/2014). O Aquário Carioca (AC) é a sala de quimioterapia ambientada com a temática de fundo do mar, implementada pelo Instituto Desiderata desde 2007 nos hospitais públicos que fazem parte do Unidos pela Cura.

### PERCENTUAL DO TOTAL DE CASOS ANALÍTICOS (n=1.391) atendidos em hospitais não habilitados, 2009 a 2013

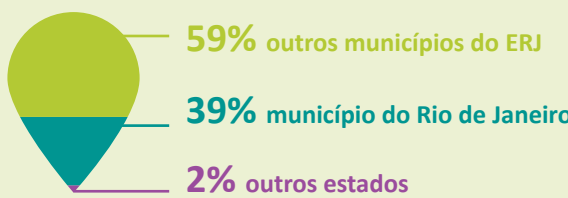
Fonte: SIS-RHC, 2017



No Brasil, 25,8% das crianças e 42,9% dos adolescentes foram tratados em hospitais não habilitados, de 2009 a 2011. Fonte: INCA, 2016.

### CASOS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA (n=1.391) atendidos em hospitais habilitados e não habilitados, 2009 a 2013

Fonte: SIS-RHC, 2017



### APOIO MULTIDISCIPLINAR E EQUIPAMENTOS EM USO NOS HOSPITAIS HABILITADOS

Fonte: CNES, outubro de 2017.

Table comparing services and equipment availability in pediatric oncology hospitals vs general hospitals.

### ATENDIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Fonte: GT de Humanização FOP, 2017

4 / 7 realizam alguma atividade em cuidados paliativos

O Hospital Estadual da Criança possui a ambientação da sala de quimioterapia e do tomógrafo com Tema Intergaláctico (TI), realizada pela Secretaria Estadual de Saúde. Também foram ambientados outros dois tomógrafos na cidade. Em 2012, no Hospital Municipal Jesus, foi transformado em um Submarino Carioca (Instituto Desiderata); em 2013, o Instituto Fernandes Figueira transformou seu tomógrafo em um barco; em 2016, o INCA ambientou ludicamente todo o setor de oncologia pediátrica.

Classe hospitalar: tem como finalidade garantir a continuidade dos conteúdos escolares às crianças e aos adolescentes hospitalizados, de forma a possibilitar seu retorno à escola de origem sem prejuízo. Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, é direito das crianças e dos adolescentes hospitalizados desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar (RESOLUÇÃO nº 41/1995 Conanda).

Equipe multidisciplinar e multiprofissional: indicada na Portaria nº140 contempla ainda os serviços de cuidado de ostomizados, reabilitação, fonoaudiologia, psiquiatria e terapia renal substitutiva que podem ser formalmente referenciados para serviços instalados fora da estrutura do Cacon ou do Unacon.

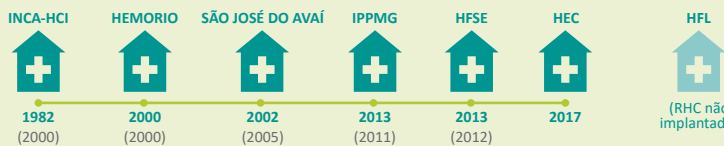
Observações: O Instituto do Cérebro Paulo Niemeyer é o primeiro centro voltado para o tratamento de doenças neurocirúrgicas do país, sendo imprescindível para o atendimento de tumores do Sistema Nervoso Central pediátricos (6 leitos exclusivos). O Rio Imagem é o centro de diagnóstico por imagem do estado do Rio de Janeiro e possui 2 aparelhos de ressonância magnética, 2 tomógrafos e 9 equipamentos de ultrassom.

## MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO

### HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO RHC NOS HOSPITAIS HABILITADOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

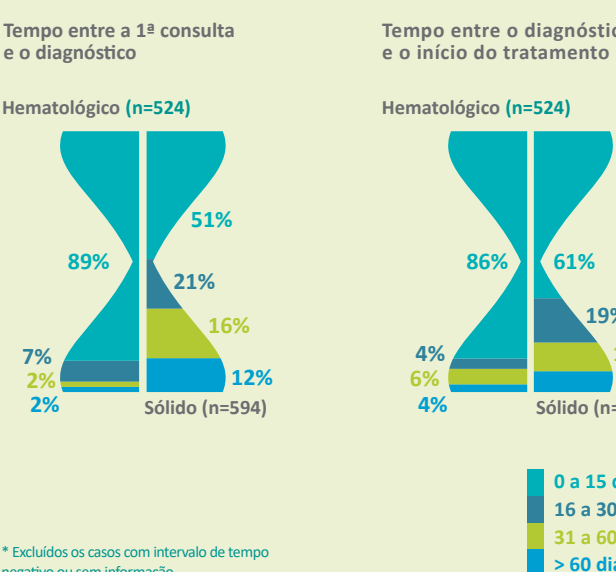
Ano da primeira base disponibilizada via Integrador RHC

Fonte: SIS-RHC, 2017



### INTERVALO DE TEMPO\* de casos analíticos sem diagnóstico e tratamento anteriores, 2009 a 2013

Fonte: SIS-RHC, 2017.



### INDICADORES DE QUALIDADE DE REGISTRO

Fonte: SIS-RHC, 2017.

Table with 2 columns: Não completude de variáveis obrigatórias na ficha do RHC, and Outras informações.

### PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO INICIAR O 1º TRATAMENTO, casos analíticos sem diagnóstico anterior, de 2009 a 2013 (n=161)

Fonte: SIS-RHC, 2017

Table listing reasons for not starting treatment, such as lack of information, advanced disease, etc.

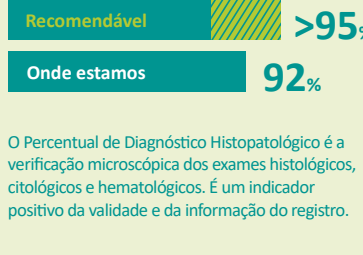
### ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO, casos analíticos sem diagnóstico e tratamento anteriores\* de 2009 a 2013 (n=861)

Fonte: SIS-RHC, 2017

Table showing disease status at the end of the first treatment, such as evidence of disease, disease in progress, etc.

### PERCENTUAL DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Fonte: SIS-RHC, 2017



O Percentual de Diagnóstico Histopatológico é a verificação microscópica dos exames histológicos e hematológicos. É um indicador positivo da validade e da informação do registro.

Fonte: INCA, Manual dos Registros Hospitalares de Câncer, 2008.