



Informação clínica no cuidado em saúde: uma análise dos laudos anatomopatológicos do Departamento de Patologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Clinical information in health care: an analysis of anatomopathological reports from the Department of Pathology at the Federal University of Rio Grande do Norte

Gislaine Maria da Costa Leoncio de Araujo 

Mestra em Gestão da Informação e do Conhecimento
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
gislaine.leoncio@ufrn.br

Patricia Ladeira Penna Macêdo 

Doutora em Ciência da Informação
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
patricia.macedo@ufrn.br

Resumo

O Departamento de Patologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DPAT/UFRN) é reconhecido pela sua excelência acadêmica e pela contribuição significativa aos serviços de saúde, especialmente na área de anatomia patológica. A anatomia patológica desempenha um papel essencial no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de diversas doenças, fornecendo laudos que orientam decisões terapêuticas. Este trabalho é fruto de uma pesquisa realizada no âmbito do mestrado profissional em Ciência da Informação, que investiga o documento laudo anatomopatológico com foco na análise das características e tipologia desses documentos. O objetivo é propor um instrumento para a organização e preservação dos laudos, visando melhorar a gestão da informação e garantir a segurança desses dados, fundamentais tanto para o cuidado médico quanto para futuras pesquisas na área da saúde. A pesquisa envolveu a análise do arquivo de laudos do DPAT/UFRN, além de uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados científicas, como SciELO, *Web of Science* e Google Acadêmico. Os resultados demonstram que a organização adequada desses documentos, juntamente com a integração dos laudos nos sistemas de saúde, pode melhorar significativamente a acessibilidade e a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo um atendimento médico mais eficiente e colaborativo.

Palavras-chave: informação em saúde; laudo anatomopatológico; Departamento de Patologia; Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Abstract

The Department of Pathology at the Federal University of Rio Grande do Norte (DPAT/UFRN) is recognized for its academic excellence and significant contribution to healthcare services, particularly in the field of pathology. Pathology plays an essential role in the diagnosis, treatment, and monitoring of various diseases, providing reports that guide therapeutic decisions. This work is the result of research carried out within the scope of the professional master's degree in Information Science, investigating the anatomopathological report document with a focus on analyzing the characteristics and typology of these documents. The objective is to propose a tool for the



doi: [10.28998/cirev.2025v12e17633](https://doi.org/10.28998/cirev.2025v12e17633)

Este artigo está licenciado sob uma [Licença Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Submetido em: 26/04/2024

Aceito em: 31/01/2025

Publicado em: 02/02/2025

organization and preservation of the reports, aiming to improve information management and ensure the security of these data, which are crucial for both medical care and future research in the health field. The research involved the analysis of the report archive from the DPAT/UFRN, as well as a literature review in major scientific databases such as SciELO, Web of Science, and Google Scholar. The results demonstrate that the proper organization of these documents, along with the integration of the reports into healthcare systems, can significantly improve accessibility and communication among healthcare professionals, promoting more efficient and collaborative medical care.

Keywords: health information; pathological report; Department of Pathology; Federal University of Rio Grande do Norte.

1 INTRODUÇÃO

O Departamento de Patologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DPAT/UFRN) se destaca como uma instituição de excelência tanto no cenário acadêmico quanto na prestação de serviços à comunidade. Com sua ativa participação em projetos de pesquisa e extensão, o departamento tem contribuído significativamente para o avanço do conhecimento na área de anatomia patológica. Mediante milhares de exames realizados anualmente no Hospital Universitário Onofre Lopes, o DPAT/UFRN desempenha um papel crucial na promoção da saúde, fornecendo diagnósticos precisos e reforçando seu compromisso com a comunidade local e com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Patologia, enquanto campo da Medicina, estuda as alterações estruturais, bioquímicas e funcionais das células, sendo essencial para a compreensão das doenças. Ela atua como uma ponte entre as ciências básicas e a prática clínica, constituindo a base científica para o diagnóstico e o tratamento de diversas condições médicas. O estudo da Patologia se divide em Patologia Geral, que investiga as respostas celulares e teciduais a fatores agressivos, e Patologia Sistêmica, que foca nas doenças específicas de cada órgão.

No contexto da anatomia patológica, os laudos médicos desempenham um papel fundamental no diagnóstico e no acompanhamento de doenças, detalhando as características microscópicas das amostras analisadas e fornecendo informações cruciais para a decisão terapêutica. No caso de doenças complexas, como o câncer, a análise histológica do laudo influencia diretamente a escolha do tratamento adequado, seja cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

Este trabalho aborda a relevância dos laudos anatomopatológicos no contexto da gestão da informação em saúde, com ênfase nas características e na tipologia desses documentos. Este trabalho é parte de uma pesquisa maior realizada no âmbito do mestrado profissional em Ciência da Informação na UFRN, que investiga o DPAT/UFRN e seus documentos, propondo um instrumento para a organização e a preservação dos laudos anatomopatológicos, a fim de melhorar a gestão e garantir a segurança das informações. A justificativa para este estudo está na necessidade de suprir a escassez de informações sobre a gestão de laudos anatomopatológicos e de destacar sua importância não apenas na prática médica, mas também no apoio a futuras pesquisas na área da saúde.

A estrutura do artigo está dividida da seguinte forma: a seção 2, intitulada “Metodologia”, descreve os procedimentos adotados para a coleta e a análise das informações sobre os laudos anatomopatológicos. A seção 3, “Gestão da informação em Saúde”, explora as práticas e os desafios na organização e no controle das informações, com destaque para a importância da integração e da segurança dos dados. A seção 4, “O laudo anatomopatológico como documento de arquivo”, discute a relevância desse tipo de documento na documentação clínica, considerando sua função probatória e a necessidade

de um armazenamento adequado. Por fim, a seção 5, "Considerações finais", sintetiza as reflexões e as conclusões do estudo.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho adotou uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, visando analisar as características dos laudos anatomopatológicos, destacando sua importância como instrumento de cuidado médico. A natureza exploratória do estudo visa proporcionar maior compreensão e conhecimento sobre o problema em questão, delimitando-o e criando possibilidades mais factíveis de intervenção.

O objeto de estudo foi o arquivo de laudos médicos do DPAT/UFRN. A identificação da tipologia documental configurou-se como uma metodologia central, uma vez que fornece os subsídios necessários para reconhecer os documentos, sendo o ponto de partida para um trabalho de organização, preservação e acesso. A tipologia documental, originada nos anos 80, teve seu desenvolvimento pautado em estudos arquivísticos, que adotaram uma nova abordagem metodológica, com base nos princípios da Diplomática, para classificar e descrever documentos. Dentre as experiências relevantes, destacam-se as contribuições de Vicenta Cortés Alonso e do Grupo de Arquivistas Municipais de Madri, que fundamentaram a classificação e descrição de documentos na Espanha (Rodrigues, 2008).

Conforme Bellotto (2002), a tipologia documental pode ser considerada uma ampliação da Diplomática, voltada para a gênese do documento:

O objeto da Diplomática é a configuração interna do documento, o estudo jurídico de suas partes e dos seus caracteres para atingir sua autenticidade, enquanto o objeto da Tipologia, além disso, é estudá-lo enquanto componente de conjuntos orgânicos, isto é, como integrante da mesma série documental, advinda da junção de documentos correspondentes à mesma atividade. Nesse sentido, o conjunto homogêneo de atos está expresso em um conjunto homogêneo de documentos, com uniformidade de vigência (Bellotto, 2002, p. 19).

Além da análise tipológica, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os laudos anatomopatológicos, visando suprir a escassez de informações relacionadas a esse tipo de documento. A revisão incluiu pesquisas em diversas bases de dados e fontes científicas, oferecendo uma visão abrangente sobre os aspectos metodológicos e práticos envolvidos na elaboração e na conservação desses laudos. Essa análise não apenas ressaltou a complexidade do processo, mas também destacou a necessidade contínua de aprimoramento e atualização neste campo.

Dessa forma, a metodologia adotada buscou não apenas entender as características dos laudos anatomopatológicos, mas também enfatizar a relevância de sua conservação, dada sua importância fundamental na prática médica atual e nas investigações científicas futuras.

3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO DA SAÚDE

Na sociedade contemporânea, reconhecida como "Era da Informação" ¹, as instituições abrigam uma diversidade de dados que são incorporados e processados em seus

¹ A expressão cunhada por Pena (2016) refere-se ao período que se iniciou durante a última década do século XX e vem tomando maiores proporções ainda durante o século XXI e diz respeito à dinâmica dos fluxos de informações geradas e consumidas pelo mundo (Pena, 2016).

variados ambientes organizacionais. Esses dados formam redes de informação que permeiam todas as atividades e funções cotidianas de trabalho.

Nesse contexto, as informações em saúde são:

[...] de natureza muito particular, e não se prende unicamente às questões referentes ao domínio da terapêutica médica, porém ao registro de todas as ações efetivadas por outros profissionais que se inserem nessa área, além daquelas que contribuem direta ou indiretamente para a qualidade no atendimento aos pacientes. [...] diz respeito a todos os problemas que o setor de saúde enfrenta para a manutenção da normalidade referente ao estado da pessoa doente e contribui para o desenvolvimento de políticas públicas de informação no contexto da saúde. [...], esse tipo de informação contempla questões que dizem respeito às patologias, à saúde, à legislação, à gestão, à padronização, à nutrição, às condições socioeconômicas, ao credo, à educação, às tecnologias, à terminologia, além de outras. (Pinto; Soares, 2010, p. 15-16).

Essas informações são fundamentais para permitir que os profissionais de saúde acessem, diagnostiquem e tomem decisões embasadas sobre a condição clínica dos pacientes. Sendo assim, um sistema coordenado de saúde², cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa como preventiva, representa um campo científico e profissional indispensável para o funcionamento social (Brasil, 2004a). Nesse sentido, as instituições de saúde trabalham tanto no campo da saúde como na área dedicada a pesquisas biossociais³.

Intrinsecamente dependente do acesso a informações que englobam aspectos administrativos, de gestão e preservação de documentos, estes dados precisam estar organizados e estruturados, com instituições e profissionais capacitados para implementar práticas voltadas para a gestão da informação.

Segundo Carvalho (2004), a gestão da informação relacionada à saúde pode ser entendida como um instrumento de apoio ao processo decisório, podendo atuar em atividades como mapeamento de informações sobre a realidade sanitária, epidemiológica, gerencial, demográfica, burocrática e até orçamentária, de forma que possa auxiliar as ações do governo e suas políticas públicas, com vistas a melhorar os resultados gerais dos serviços oferecidos pelo setor público.

No contexto de hospitais e unidades de saúde, a gestão da informação mostra-se relevante por articular melhorias na comunicação, no uso e acesso aos sistemas de informação, no reparo e desenvolvimento de fluxos de informação entre os profissionais da saúde, além de muitos outros benefícios.

Segundo Borges (2014), no âmbito do setor público de saúde, a gestão da informação pode ser entendida como um conjunto de processos que engloba o desenvolvimento e a utilização de sistemas de controle de informações e de sistematização da comunicação, que contribuem diretamente para o aperfeiçoamento de um ambiente sistêmico, pois, oferecem autonomia aos funcionários com base na facilidade de acesso e uso de informações sistematizadas. Para o autor, a gestão da informação na área da saúde é uma importante ferramenta para criar estratégias e desenvolver atividades simples de uma unidade de saúde, por exemplo.

² É importante destacar que no Brasil, a ideia de coordenação e integração dos serviços de saúde é enfatizada por leis e normativas do SUS, como a Lei nº 8.080/1990, que trata sobre a organização do SUS e a integração entre os serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

³ Trata sobre a interação entre fatores biológicos e ambientais na determinação da Desregulação Emocional (Dornelles; Sayago, 2015).

Vale ressaltar, que essa informação, tão importante e estratégica, precisa ser organizada, planejada e gerida. Para Borges (2014), uma gestão da informação somente será eficaz se a organização estabelecer políticas que propiciem o fornecimento de informações efetivas e com possibilidade de serem acessadas de forma apropriada.

Nesse contexto, percebe-se que a acumulação desordenada e a ausência de normas e de procedimentos arquivísticos, no âmbito das instituições, comprometem a qualidade das atividades rotineiras nos setores de trabalho. Isso dificulta o acesso à informação, onera o espaço físico e aumenta os custos operacionais. Na UFRN, essa situação se faz presente devido à falta de implementação e de funcionamento de um sistema de gestão de documentos, o que acaba afetando também o arquivo de laudos presente no DPAT. A ausência de um sistema eficaz de gestão de documentos torna a questão ainda mais preocupante, uma vez que isso compromete a organização, a preservação e a acessibilidade aos laudos e aos outros documentos essenciais da instituição.

Nesse contexto, a gestão da informação, em especial, no setor público de saúde, possui um campo vasto para sua conceituação, afinal, ela se associa aos sistemas de informação (principalmente os prontuários físico e eletrônico), à gestão documental, às tecnologias de informação e comunicação, os quais são as variáveis produtoras e dependentes da informação em massa, presente no ambiente organizacional.

A incorporação de Sistemas de Informação (SI) é considerada “Uma estratégia promissora para otimizar a eficiência dos serviços de saúde, reduzir custos, aprimorar a qualidade e promover uma maior acessibilidade aos cuidados médicos” (Chiasson; Davidson, 2004, p. 156, tradução nossa). Nesse contexto, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) desempenham um papel significativo na área da Saúde, sendo utilizadas em Sistemas de Informação Hospitalar, Prontuários Eletrônicos e Telemedicina.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e à tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua os SIS como sistemas que integram a coleta, o processamento, a comunicação e o uso de informações fundamentais para melhorar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde em todos os níveis de atendimento. Esses sistemas geram informações relevantes e de alta qualidade para apoiar a gestão e o planejamento de programas de saúde (World Health Organization, 2004).

No Brasil, quando esses sistemas têm abrangência nacional são chamados de fontes de dados nacionais sob a gestão do SUS. Nesse sentido, devem ser projetados para apoiar o planejamento, as decisões e as ações dos gestores em diversos níveis de tomada de decisão, seja em âmbito municipal, estadual ou federal. Esses sistemas consistem em vários subsistemas que visam facilitar a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, fornecendo subsídios ao processo de tomada de decisões (Brasil, 2009, p. 63).

Fazendo uma combinação entre a definição de SIS proposta pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pode-se entender que:

Um SIS é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde. (Ferreira, 1999, p. 7).

Conforme apontado no documento do Ministério da Saúde (MS), aprovado pela Portaria Ministerial n.º 3, de 04 de janeiro de 1996, e publicado no Diário Oficial da União (DOU), de 08 de janeiro de 1996, o SIS deve ser concebido com a perspectiva de ser um gerador de conhecimento e um descritor fiel da realidade. Além disso, o SIS deve garantir uma avaliação contínua da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde em execução, fornecendo informações essenciais para ajustar continuamente essas ações consoante os objetivos do SUS (Ferreira, 1999).

Alguns exemplos de SIS, utilizados no Brasil, são: o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel); o e-SUS Notifica; e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Os dados obtidos, por meio dos SIS são essenciais para a compreensão do perfil do ciclo de vida da população brasileira, desde o nascimento até o falecimento. Esses sistemas permitem a identificação e a caracterização das doenças e dos agravos à saúde em diferentes etapas da vida dos indivíduos, contribuindo também para a produção de conhecimento sobre a evolução natural de eventos relevantes para a saúde pública.

Além disso, a integração de dados de saúde é uma tendência global, que visa melhorar a qualidade do atendimento, a coordenação dos cuidados e a eficiência dos serviços de saúde. Muitas instituições estão investindo em sistemas de informação em saúde para integrar e gerenciar de forma centralizada os registros médicos, incluindo laudos anatomopatológicos, exames laboratoriais, imagens médicas e informações clínicas dos pacientes.

Na UFRN, onde a qualidade da pesquisa médica e do atendimento ao paciente é uma prioridade, é bastante provável que a instituição esteja atenta às oportunidades oferecidas pela integração de laudos anatomopatológicos em um SIS. A implementação dessa integração pode exigir investimentos significativos em infraestrutura tecnológica, treinamento de pessoal e desenvolvimento de políticas de segurança da informação. Contudo, os benefícios potenciais em termos de melhoria da qualidade do atendimento e do avanço da pesquisa médica certamente justificam esse investimento.

A integração dos laudos patológicos em sistemas de informação hospitalar ou em redes de saúde pública pode trazer diversos benefícios, entre os quais: permite uma melhor organização e armazenamento dos dados, facilitando o acesso rápido e seguro às informações relevantes. Além disso, possibilita a análise de dados em larga escala, fornecendo conhecimentos valiosos para pesquisas médicas e epidemiológicas.

No entanto, para a implementação de um SI de forma eficiente, é imprescindível que os documentos e seus tipos estejam identificados e mapeados adequadamente. Portanto, ao identificar e analisar as características dos laudos anatomopatológicos, destacando sua tipologia e importância no contexto da saúde, se pode entender sua estrutura, função e relevância, tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento de tratamentos médicos. Identificar a tipologia e as características dos laudos anatomopatológicos é importante para entender o seu papel na comunicação entre profissionais de saúde e no acompanhamento de pacientes.

Além disso, ao enfatizar a necessidade de uma organização e preservação adequada dos documentos, o SI contribui para a continuidade do cuidado médico e para a realização de pesquisas científicas. A correta classificação e gestão dos laudos anatomopatológicos são cruciais para garantir o acesso eficiente à informação, melhorar a qualidade do atendimento

e facilitar futuras investigações na área da saúde, reforçando a conexão entre o cuidado clínico e a gestão da informação.

4 DOCUMENTOS ARQUIVÍSTICOS E A INTEGRAÇÃO DOS LAUDOS PATOLÓGICOS

Os documentos são gerados em diversas circunstâncias e por diferentes agentes, “Sendo frutos de interações sociais mediadas pelo Estado, por organizações da sociedade civil ou por indivíduos” (Cunha; Cavalcante, 2008, p. 132). Segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005, p. 73), um documento é definido como uma “Unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato”. De acordo com o Manual de Gestão de Documentos da Universidade de Brasília (2015), um “documento de arquivo” é aquele produzido ou recebido durante uma atividade prática, sendo retido para ação ou referência futura. Nesse contexto, sob a ótica arquivística, o documento de arquivo possui características próprias e constitui conjuntos que são internamente indivisíveis. Esses conjuntos testemunham a operação de uma entidade e são organizados de acordo com princípios essenciais para a preservação das particularidades do documento.

Segundo Mundet (2008, p. 97), “As especificidades dos documentos de arquivo estão relacionadas ao seu caráter seriado, com um processo natural de produção e com o valor intrínseco que possuem quando interligados ao conjunto de documentos”. A diferença entre um documento de arquivo e outros documentos quaisquer reside no fato de que aquele é gerado a partir de atividades repetitivas, decorrentes do cumprimento de uma função organizacional, bem como, compõe um conjunto documental de valor significativo por revelar, de maneira particular, a instituição que o gerou. Para Rondinelli (2011, p. 194-195), “As características fundamentais de documentos arquivísticos incluem organicidade, imparcialidade e autenticidade, as quais são cruciais para garantir que um documento adquira significado dentro do contexto de sua produção”.

No contexto da saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução n.º 1.638, de 10 de julho de 2002, define o prontuário como um “Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele” (Brasil, 2002, p.2). Este prontuário é um instrumento legal, sigiloso e científico, que facilita a comunicação entre a equipe multiprofissional e assegura a continuidade da assistência ao paciente. O laudo patológico é um dos documentos que integra o prontuário do paciente, embora, no Brasil não existam leis específicas que definam os documentos mínimos a ser incluídos no prontuário, a Resolução do CFM estabelece os itens obrigatórios, como identificação do paciente, anamnese, exames, diagnósticos, tratamento e evolução, além de outros documentos relacionados ao cuidado do paciente, como relatórios e laudos de exames complementares.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) através da Resolução nº 189/01, outros documentos originados durante a assistência, como declarações de nascimento, óbito, guias de atendimento, relatórios cirúrgicos, laudos de exames laboratoriais, entre outros, devem ser incluídos no prontuário (CRM-DF, 2006). O MS, em seu padrão de acreditação hospitalar, destaca que o prontuário deve ser “Legível, assinado pelo médico assistente, e apresentar uma sequência lógica com registros de admissão, história clínica, evolução, exames e condições de alta” (Brasil, 1999, p. 97).

É importante destacar que laudos de exames complementares, como os anatomopatológicos, são componentes essenciais do prontuário médico. Segundo pareceres de Conselhos Regionais de Medicina e da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), os laudos

de exames histopatológicos ou citopatológicos devem ser tratados como partes integrantes obrigatórias do prontuário médico, uma vez que fornecem informações cruciais sobre diagnósticos, tratamentos e prognósticos, contribuindo para uma visão abrangente da saúde do paciente (SBP, [20--]). Ao integrar esses documentos ao prontuário, cria-se uma narrativa coesa que facilita a compreensão e a continuidade do cuidado clínico.

Contudo, no DPAT/UFRN, a integração dos laudos anatomopatológicos ou citopatológicos aos prontuários médicos ainda não ocorre de maneira plena. Atualmente, esses laudos são tratados de forma individualizada: os hospitais solicitam os exames, recebem os resultados e, posteriormente, entregam os documentos diretamente aos pacientes, sem que o DPAT tenha acesso ao prontuário médico completo. Isso impede a integração eficiente dos laudos ao histórico clínico dos pacientes. No entanto, em um cenário futuro, esses documentos poderão ser incorporados a um sistema de saúde mais integrado, permitindo a formação de prontuários completos e facilitando uma gestão mais eficiente das informações clínicas, o que proporcionaria um atendimento mais coordenado e uma abordagem holística do cuidado à saúde.

4.1 Forma e formato de um laudo anatomopatológico

O laudo anatomopatológico não apenas descreve as características morfológicas das amostras, mas também oferece compreensão sobre a natureza da doença, o seu estágio, os possíveis prognósticos e até mesmo as orientações terapêuticas, sendo essenciais para a continuidade do cuidado⁴, permitindo que médicos de diferentes especialidades possam trabalhar em conjunto, para oferecer o melhor tratamento possível para o paciente.

Os autores Damjanov e Linder (2016) definem laudo anatomopatológico como:

Um documento médico formal e legal que contém a descrição das características macroscópicas e microscópicas do material examinado, bem como o diagnóstico histopatológico final e, se necessário, informações adicionais sobre a extensão da doença e seu prognóstico. Ele é elaborado por um médico patologista após a análise minuciosa do material biológico, geralmente obtido por biópsia ou cirurgia, e desempenha um papel crucial no diagnóstico e tratamento de diversas doenças. (Damjanov; Linder, 2016, p. 42)

O processo de elaboração de um laudo patológico envolve várias etapas essenciais. Primeiro, o patologista recebe as amostras biológicas coletadas durante procedimentos como biópsias ou cirurgias. Segundo, após a recepção das amostras, o patologista realiza uma análise detalhada, utilizando técnicas microscópicas e, quando necessário, testes laboratoriais complementares. Por fim, com base nas observações realizadas, o patologista elabora um laudo completo, que descreve as características morfológicas e moleculares das células ou tecidos examinados, além de fornecer o diagnóstico final.

A estrutura de um laudo de biópsia pode variar de acordo com o laboratório responsável pela emissão, uma vez que não há regulamentação específica que defina a composição exata desse documento. Apesar disso, algumas informações são fundamentais e devem estar presentes, como a data de coleta do material, o método de coloração utilizado

⁴ O conceito de cuidado, dentro do contexto das disciplinas da saúde, é multifacetado e complexo. No contexto deste estudo ele será entendido como uma oportunidade de fomentar a humanização nas interações entre os agentes envolvidos nos processos de saúde, com o objetivo fundamental de aliviar o sofrimento e promover o bem-estar. Essa abordagem é fundamentada em saberes especializados, especificamente voltados para essa finalidade, conforme apontado por Ayres (2004).

e o número de lâminas examinadas. Embora, não existam exigências legais sobre a obrigatoriedade desses dados no laudo, é recomendável que eles estejam disponíveis, sendo considerados parâmetros de controle de qualidade. As normas éticas publicadas pela SBP, orientam que alguns elementos essenciais devem constar no laudo, como o número de fragmentos encaminhados para análise microscópica e a descrição detalhada dos blocos histológicos. (SBP, 2019)

A SBP, por meio do Parecer nº 15/2000, enfatiza que os laudos anatomopatológicos devem conter todos os dados diagnósticos necessários, incluindo a descrição dos exames macroscópico e microscópico, bem como conclusões diagnósticas, de forma a atender às normas legais e éticas. Segundo a SBP, os seguintes dados são essenciais e obrigatórios:

- Número de fragmentos encaminhados para a microscopia.
- Número e/ou legenda que permita associar cada bloco à respectiva secção histológica e à área anatômica correspondente.
- Referência de cor de tinta para identificar as margens examinadas.

Os dados acima são obrigatórios de constarem nos laudos, inclusive para a aprovação destes pelo Programa de Acreditação e Controle de Qualidade (PACQ) da SBP. Essas informações são fundamentais para a documentação da correta amostragem dos espécimes e da comprovação dos exames adequadamente cobrados para a peça cirúrgica em questão, propiciando melhor entendimento pelos cirurgiões e, principalmente, para que os patologistas, que eventualmente realizarão uma revisão de caso, possam analisar os dados com precisão, evitando interpretações distorcidas e possíveis implicações legais entre as partes envolvidas.

Os laudos ainda devem incluir dados como: cor, tamanho, consistência e outras características observáveis a olho nu. Precisa apresentar a conclusão do patologista sobre a natureza do tecido ou das células examinadas. Além disso, outros dados são importantes, como a presença de células cancerosas, as características específicas de uma doença ou qualquer outra anormalidade. Em casos de câncer, pode ser fornecida uma avaliação do grau de diferenciação das células, indicando quão semelhantes ou diferentes são das células normais. Por fim, o laudo é assinado pelo patologista responsável pela análise.

No DPAT/UFRN, o modelo de laudo anatomopatológico apresenta o seguinte padrão: n.º da biópsia, dados do paciente, como nome, idade, sexo e número do prontuário; data em que a amostra biopsiada foi coletada; nome do médico solicitante e as informações clínicas do paciente; tipo do material; descrição microscópica, conclusão do patologista sobre a natureza do tecido ou das células examinadas. Por fim, este documento apresenta ainda a descrição macroscópica, sendo a descrição visual do tecido ou da amostra antes de qualquer processamento – e isso pode incluir cor, tamanho, consistência e outras características observáveis a olho nu. O laudo é assinado pelo patologista responsável e se for o caso, pelo residente que acompanhou a análise, conforme modelo apresentado na Figura 1.

Essas informações caracterizam o que é um laudo anatomopatológico do DPAT/UFRN, documento este que conforme já mencionado anteriormente desempenha papel fundamental na determinação do prognóstico do paciente, fornecendo informações sobre a progressão da doença e a probabilidade de recorrência após o tratamento.

Destaca-se ainda que, com base nessas características, é possível identificar qual tipo de laudo está sendo apresentado, uma vez que a tipologia documental dos laudos anatomopatológicos permite identificá-los independente de seu total entendimento. Essa

classificação é essencial para a organização e a gestão desses documentos, para uma possível inserção destes em um SIS.

Figura 1 - Modelo de laudo patológico emitido pelo DPAT/UFRN

 Departamento de PATOLOGIA <small>Universidade Federal do Rio Grande do Norte</small>		UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA	
Biópsia nº: 23-XXX	↔ Número da biópsia	Prontuário: [REDACTED]	
Nome: [REDACTED]		Idade: 48	
Médico requisitante: [REDACTED]		Sexo: Feminino	
Data do procedimento: 26/04/2023			
<p>Informações clínicas: Paciente com lesão em glúteo com borda superior bem demarcada e borda inferior espraiada com alteração de sensibilidade na borda superior. Bx passada mostrava infiltrado inflamatório perianexial e em torno de filete nervoso, sugerindo MH paucibacilar. No entanto, a lesão teve melhora expressiva após biópsia e sem alteração de sensibilidade.</p>			
LAUDO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO			
Material recebido: 1. Punch 4 - Glúteo lateral; 2. Punch 4 - Glúteo medial		↔ Tipo de laudo	
DESCRIÇÃO MICROSCÓPICA:			
1. PUNCH 4 - GLÚTEO LATERAL: Dermatite crônica linfocitocitária perivascular e perianexial com comprometimento de filetes nervosos, envolvendo derme papilar e reticular e hipoderme superficial. Raros neutrófilos e clasia nuclear, sem sinais de vasculite. A pesquisa de BAAR pelo método FITE, resultou negativa.			
2. PUNCH 4 - GLÚTEO MEDIAL: Dermatite crônica linfoplasmocitária perivascular e perianexial, com filetes nervosos presentes e íntegros. A pesquisa de BAAR pelo método FITE, resultou negativa.			
Nota: Em bases morfológicas puras, não podemos excluir o diagnóstico de Hanseníase paucibacilar			
CONCLUSÃO:			
1. PUNCH 4 - GLÚTEO LATERAL: Vide descrição microscópica			
2. PUNCH 4 - GLÚTEO MEDIAL: Vide descrição microscópica			
MACROSCOPIA:			
O material recebido em formalina consta de:			
1. PUNCH 4 - GLÚTEO LATERAL - Fragmento único, brancacento, cilíndrico, elástico, recoberto por segmento de pele medindo 0,3 x 0,3 cm, e com 0,5 cm de profundidade, sem lesão aparente à macroscopia. O espécime foi totalmente enviado para exame histológico. 1F/1C.			
2. PUNCH 4 - GLÚTEO MEDIAL LATERAL - Fragmento único, brancacento, cilíndrico, elástico, recoberto por segmento de pele medindo 0,4 x 0,3 cm, e com 0,4 cm de profundidade, sem lesão aparente à macroscopia. O espécime foi totalmente enviado para exame histológico. 1F/1C.			
Drf. [REDACTED] Médica Patologista CRM-RN [REDACTED]		Dra. [REDACTED] Residente de Patologia CRM-RN [REDACTED]	
		07/07/2023 ↔ Data de emissão	

Fonte: Departamento de Patologia da UFRN (2024).

Vale destacar que os laudos anatomopatológicos são escritos em termos técnicos específicos, redigidos de forma que o médico saiba com exatidão sobre a doença,

independente do laudista e estes dados nem sempre são inteligíveis aos outros funcionários do setor. Veja no Quadro 1, alguns termos técnicos específicos.

Quadro 1 - Termos técnicos específicos comuns encontrados em laudos anatomopatológicos

TERMO	DEFINIÇÃO
Atipia	Características celulares anormais que podem ser indicativas de malignidade.
Carcinoma	Tumor maligno originado de células epiteliais.
Células Neoplásicas	Células que exibem características de crescimento desordenado, podendo indicar um tumor maligno.
Estadiamento	Avaliação da extensão do tumor e sua disseminação no corpo, muitas vezes usando sistemas de classificação como o TNM (Tumor, Nódulos, Metástases).
Estroma	Tecido de suporte que envolve e suporta as células epiteliais ou tumorais.
Grau de Diferenciação	Avaliação do grau de semelhança das células tumorais com as células normais do tecido de origem.
In Situ	Condição em que as células neoplásicas estão confinadas ao local de origem, sem invasão de tecidos adjacentes.
Margens Cirúrgicas	Extremidades do tecido removido durante a cirurgia, avaliadas quanto à presença de células tumorais.
Metástase	Propagação de células neoplásicas para outros locais do corpo, formando tumores secundários.
Necrose	Morte de tecido celular devido à falta de suprimento sanguíneo.

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

A tipologia documental, como já mencionado, auxilia na padronização e na correta organização dos laudos, permitindo que esses documentos sejam facilmente localizados e utilizados, seja para fins de diagnóstico, acompanhamento do tratamento ou da pesquisa científica. Com base nas características específicas do laudo, como os exames macroscópico e microscópico, a descrição das amostras e a presença de dados - como o número de fragmentos e margens examinadas -, é possível distinguir entre os diferentes tipos de laudos.

Além disso, ao se considerar a tipologia, é possível garantir que os laudos estejam conforme as normas e regulamentos técnicos, como as orientações da SBP e outras instituições de saúde. Isso contribui para a qualidade da documentação, reduz erros e aumenta a confiança nas informações, o que é crucial para a precisão do tratamento e para a gestão eficaz do cuidado ao paciente. Assim, entender as características e a tipologia de um laudo anatomopatológico é um passo fundamental para assegurar que esses documentos cumpram seu papel vital na prática médica e no avanço da pesquisa científica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidenciou a importância do laudo anatomopatológico, como instrumento essencial no cuidado médico, destacando sua relevância no diagnóstico, tratamento, prognóstico e monitoramento de diversas condições médicas. Através da análise dos laudos do DPAT/UFRN, foi possível perceber que esses documentos desempenham um papel central na orientação clínica, fornecendo informações cruciais para o acompanhamento dos pacientes. Contudo, como vimos, a gestão adequada desses laudos é imprescindível, pois eles representam não apenas um registro médico, mas também um recurso de pesquisa que pode influenciar diretamente o progresso das terapias e a inovação científica.

Portanto, os laudos anatomopatológicos podem ser considerados uma síntese valiosa do conhecimento científico e clínico, traduzindo as descobertas da patologia em informações acionáveis para a prática médica. Essa documentação é fundamental não apenas para o diagnóstico e tratamento de doenças, mas também para o prognóstico e monitoramento contínuo das condições de saúde dos pacientes. O estudo realizado neste trabalho reforça a qualidade, a integridade e a preservação desses laudos e sua importância para garantir que cumpram a função crítica no cuidado médico e nas pesquisas científicas. Além disso, os resultados destacam como reconhecer as características específicas destes documentos. Outrossim, é possível que no futuro estes possam integrar um SIS e fazer parte de um programa de gestão da informação no DPAT/UFRN, visando uma maior integração e eficiência no armazenamento, acesso e utilização desses documentos, tanto para a prática clínica quanto para a produção de conhecimento científico.

Ademais, a futura integração dos laudos anatomopatológicos em sistemas de gestão de informações em saúde pode representar um avanço significativo na eficiência do sistema de saúde, proporcionando uma melhor coordenação dos cuidados e possibilitando descobertas científicas que podem transformar a prática médica.

REFERÊNCIAS

ARQUIVO NACIONAL (Brasil). **Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232 p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BELLOTO, H. L. **Como fazer análise diplomática e análise tipológica de documento de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, Imprensa Oficial, 2002. 120p.

BORGES, F. Q. Gestão da informação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração FACES**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 83-98, abr./jun. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1638**, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil/D.O.U. nº 153, seção 1, 9/8/02, p. 184-5. Disponível em: https://www.cremers.org.br/pdf/pj/RES_CFM_1638_2002.pdf#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFM%20no%201.638%2F2002%20%28Publicada%20no%20D.O.U.%20de,44.045%2C%20de%2019%20de%20julho%20de%201958%2C%20e. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, 2. ed., Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CARVALHO, A. L. B. **A gestão da informação em saúde e o município**: um estudo sobre municípios que implantaram o Programa Saúde da Família e que estão integrados ao Projeto da Rede Estadual de Informação em Saúde REIS/RNIS-PM. 2004. 163f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, João Pessoa, 2004.

CHIASSON, M. W.; DAVIDSON, E. Pushing the contextual envelope: developing and diffusing IS theory for health information systems research. **Information and organization**, v.14, p. 155-188, 2004

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente**: guia para uso prático. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.

CUNHA, M. B.; CAVALCANTI, C. R. O. **Dicionário de Biblioteconomia e Arquivologia**. Brasília: Briquet de Lemos, 2008.

DAMJANOV, I.; LINDER, J. **Anderson's Pathology**. 10. ed. St. Louis: Elsevier, 2016.

DORNELLES, V. G.; SAYAGO, C. W. Terapia comportamental dialética: princípios e bases do tratamento. In: SANTOS, P. L, GOUVEIA, J. P.; OLIVEIRA, M. S. **Terapias Comportamentais de Terceira Geração**: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2015.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde**: conceitos fundamentais e organização. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFMG, 1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MUNDET, J. R. C. **Manual de arquivística**. 7. ed. Madri: Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 2008.

PENA, R. F. A. Era da Informação. **Mundo educação**, 2016. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/era-informacao.htm>. Acesso em: 5 set. 2024.

PINTO, V. B.; SOARES, M. E. **Informação para a área de saúde**: prontuário do paciente, ontologia de imagem, terminologia, legislação e gerenciamento eletrônico de documentos. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

RODRIGUES, A. C. **Diplomática contemporânea como fundamento metodológico da identificação de tipologia documental em arquivos**. 2008. 258 f. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

RONDINELLI, Rosely Curi. **O Conceito de documento arquivístico frente à realidade digital: uma revisão necessária**. 2011. 270f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto de Arte e Comunicação Social, Instituto Brasileiro em Ciência e Tecnologia, Niterói, 2011. Disponível em: https://www.siarq.unicamp.br/siarq/images/siarq/publicacoes/preservacao_digital/tese_rondinelli.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). **As normas éticas em laudos histopatológicos**. 5. ed. São Paulo: SBP, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). **Parecer nº 15, 11 outubro de 2000**. Consulta: Descrição Microscópica em Laudo Anatomopatológico. São Paulo, SBP, 2000. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/pareceres/parecer-15-2000/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. **Parecer nº 33**. [20--]. Consulta: Tempo exigido para Arquivar os Blocos de Parafina, os Laudos e as Lâminas dos Exames Histopatológicos, Citológicos e Requisições dos Exames. São Paulo, SBP, [20--]. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/pareceres/parecer-33/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Manual de gestão de documentos**. Brasília: Cebraspe, 2015. Disponível em: https://www.arquivocentral.unb.br/images/documentos/Manual_de_Gesto_de_Documentos_da_UnB.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Developing Health Management Information Systems: a practical for developing countries**. Manila: Regional Office for the Western Pacific, 2004.