



PLANO OPERACIONAL SPDM
PARA A GESTÃO DO
CENTRO DE ESTADUAL DE ANALISES CLINICAS DA ZONA
LESTE – CEAC ZONA LESTE

De acordo com a Resolução SS – 08, de 08-02-2022.

MARÇO/2022

SUMÁRIO

PARTE I	4
1. CARACTERIZAÇÃO DA SPDM.....	4
2. COMPLIANCE E INTEGRIDADE SPDM	6
2.1 Governança	6
2.1.1 Compromisso da Alta Administração	6
2.1.2 Treinamento e Comunicação	7
2.1.3 Adesão da SPDM ao Pacto Empresarial pela Integridade e Contra a Corrupção do Instituto Ethos / Associação ao instituto Ethos	7
2.1.4 Participação da SPDM na avaliação do Empresa Pró Ética – CGU (Controladoria geral da União).....	7
2.2 PRINCIPAIS AÇÕES	8
2.2.1 Código de Conduta	8
2.2.2 Políticas, Normas, Manuais e Procedimentos	8
2.2.3 Controles Internos.....	8
2.2.4 Gestão de Requisitos Legais	9
2.2.5 Treinamentos	9
2.2.5.1 Integração de Novos Profissionais	9
2.2.6 Canais de Comunicação.....	9
2.2.7 RELACIONAMENTO COM PARCEIROS E FORNECEDORES	10
2.2.8 PESQUISA DE CULTURA DE INTEGRIDADE.....	10
3. AMBIÊNCIA	11
4. GESTÃO AMBIENTAL.....	11
5. OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO	14
5.1 O QUE DIFERENCIA A SPDM PARA GESTÃO DO CEAC ZONA LESTE	14
PARTE II	15
1. HISTÓRICO DO CEAC ZONA LESTE	15
2.1 PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL.....	16
A. GESTÃO TÉCNICA.....	16
B. CARACTERÍSTICA DA EQUIPE TÉCNICA E MÉDICA	17
C. ÁREA DE ABRANGÊNCIA	17
2. PROPOSTA DE PRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS PARA O CEAC	18
2.1 ESTRUTURA DAS UNIDADES PRODUTORAS	19
2.1.1 CARACTERÍSTICAS DE ATENDIMENTO E LOCALIZAÇÃO	19
3. MACROFLUXO DE ENCAMINHAMENTO E PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO NO CEAC LESTE	21
3.1 FLUXO DE ATENDIMENTO – ANÁLISES CLÍNICAS	21
3.2 FLUXO DE ATENDIMENTO – ANATOMIA PATOLÓGICA.....	22
4. MODELO DE GESTÃO TÉCNICA LABORATORIAL REALIZADO PELO CEAC ZONA LESTE.....	23
5. CONTROLE DE QUALIDADE ANALÍTICO	33
6. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	36
7. TEMPO DE DEVOLUÇÃO DE LAUDO	40
8. LABORATORIO DE APOIO	40
PARTE III	41
1. SERVIÇOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS E DE APOIO (<i>FACILITIES</i>)	41
A. SERVIÇOS TÉCNICOS.....	41
A.1. ENGENHARIA	41
A.2. SUPRIMENTOS	42
B. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	43
B.1. GESTÃO DE PESSOAS	43
B.1.1. Medicina do Trabalho	44
B.1.2. Engenharia de Segurança do Trabalho.....	45
B.1.3. Recursos Humanos.....	46
B.1.3.1. Recrutamento e Seleção	46
B.1.3.2. Desenvolvimento e Capacitação	46
B.1.3.3. Administração de Pessoal	47
B.1.3.4. Gestão de Ações Sociais	47



B.2. GESTÃO FINANCEIRA.....	47
B.3. PATRIMÔNIO	49
B.4. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	49
C. SERVIÇOS DE APOIO (facilities).....	51
PARTE IV.....	52
1. P5 – ORÇAMENTO FINANCEIRO ANUAL - 2022	52
2. P6 – CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO MENSAL - 2022	53
3. P5 - ORÇAMENTO FINANCEIRO ANUAL - 2023	54
4. P6 – CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO MENSAL - 2023	55
5. QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA DE EXAMES	56



PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DA SPDM

A SPDM apresenta o Plano Operacional de gestão para o CENTRO ESTADUAL DE ANALISES CLINICAS DA ZONA LESTE em atendimento à com a Resolução SS – 08, de 08-02-2022.

A Entidade, SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, é uma Associação civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal, respectivamente pelos decretos nºs. 57.925, de 04/03/1966, 40.103 de 17/05/1962 e 8.911, de 30/07/1970.

A SPDM tem sua sede social e foro na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, podendo manter filiais com prévia aprovação do Conselho Administrativo, homologada pela Assembleia Geral dos Associados. O prazo de duração da SPDM é indeterminado.

A SPDM tem como objetivos:

- Desenvolver atividades assistenciais de natureza médico-hospitalar, diagnóstica e ambulatorial a todas as pessoas que delas necessitam, sem distinção de nacionalidade, cor, sexo ou religião;
- Promover ações e prestar serviço de saúde, inclusive ao Sistema Único de Saúde, e assistência social, gratuitamente ou não, de atenção às necessidades da criança, adolescente e da família;
- Desenvolver o ensino e a pesquisa na área das ciências da saúde, apoiando investigação científica, bem como contribuindo para a qualificação profissional;
- Manter o Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário da Universidade Federal São Paulo (UNIFESP), bem como outros hospitais, centros de assistência e unidades afins;
- Contribuir para o estabelecimento de políticas públicas e programas visando garantir a universalidade e as oportunidades de acesso à saúde, necessárias ao desenvolvimento humano e social do cidadão, podendo firmar convênios, contratos, parcerias e demais instrumentos jurídicos com outras instituições de natureza pública e/ ou privada, nacional e/ou internacional, de ensino, pesquisa e/ou assistência à saúde.
- Colaborar, a seu exclusivo critério, com atividades da UNIFESP relacionadas à área da saúde, no "Campus" São Paulo / Vila Clementino, assim como de instituição conveniadas, ouvida a Assembleia Geral.
- Ministrando cursos, produzir e disponibilizar material didático e científico assim como tecnologia na área das ciências da saúde;
- Prestar serviços de consultoria, desenvolver, assessorar e gerenciar serviços e sistemas de saúde de natureza pública ou privada e;
- Prestar serviços de consultoria, elaboração, planejamento ou assessoria em projetos arquitetônicos, ambientais e de infraestrutura em áreas físicas ou imóveis destinados à assistência, ensino e/ou pesquisa na área da saúde.

Dentro dos seus objetivos, por ser Entidade Filantrópica da área da saúde, a SPDM, em conformidade ao estabelecido no artigo 3º parágrafo 4º do Decreto 2536/98, tem como obrigação ofertar à população carente sem distinção de etnia, sexo, credo ou religião, a prestação de todos os seus serviços aos clientes do SUS.

A lei nº 9.532 de 10 de Dezembro de 1.997, através do artigo 12, trouxe alterações na legislação tributária federal no que tange às entidades filantrópicas, as quais destacamos:

SPDM – Plano Operacional CEAC ZONA LESTE

Página 4/58



“Para gozo de imunidade, as entidades filantrópicas estão obrigadas a atender aos seguintes requisitos principais: (a) não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos consultivos; (b) aplicar integralmente seus recursos na manutenção e no desenvolvimento dos seus objetivos sociais; (c) manter a escrituração completa de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades que possam assegurar sua respectiva exatidão; (d) apresentar, anualmente, declaração de rendimentos, em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal.”

A Associação tem atendido substancialmente aos procedimentos requeridos para suportar suas atividades filantrópicas, inclusive estatutariamente.

A SPDM está preparada para operacionalizar a gestão administrativa de Instituições de Saúde, em parceria com órgãos públicos e privados que busquem excelência em seus serviços, além de possuir estrutura com complexidade variada para a execução de processos diferenciados.

Desde 1994 a SPDM realiza parcerias com entes governamentais para realizar a gestão de Instituições Públicas de Saúde. Em 1998 foi uma das pioneiras a qualificar-se como Organização Social de Saúde para gerenciar hospitais públicos estaduais, mediante contrato de gestão.

Os objetivos da SPDM vão além de cumprir com qualidade e eficiência seu papel de gestora administrativa. A Instituição contribui de forma decisiva para o desenvolvimento de um modelo de gestão que propicie a cultura da qualidade, o respeito ao Bem Público, o desenvolvimento das pessoas e a valorização dos usuários.

A busca contínua da SPDM por melhores práticas de gestão corporativa e a sua missão de atuar com excelência na atenção à saúde, sem preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos, fundamentam sua atuação no segmento público. A qualificação, experiência e flexibilidade fazem de sua gestão um exercício constante de múltiplas possibilidades. Assim, impossível deixar de considerar, neste contexto, o seu interesse em solidificar sua visão de *ser reconhecida como organização filantrópica brasileira em saúde de maior abrangência e competência*.

Fundada em 1933, a SPDM é uma das maiores entidades filantrópicas de saúde do Brasil, atuante em 6 estados da Federação, com aproximadamente 40 mil funcionários, cuja *expertise*, reconhecida, é a gerência de unidades hospitalares e ambulatoriais construídas e equipadas por Estados e Municípios, tendo como objetivo levar o que há de mais avançado em conhecimento médico. Dentre as experiências exitosas citamos algumas das unidades de saúde gerenciadas pela SPDM: Hospital Geral de Pirajussara, Hospital Estadual de Diadema, Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo, AME Maria Zélia, Hospital Geral de Guarulhos, Hospital Geral de Pedreira, AME SJCampos, AME Idoso Vila Mariana, AME Idoso Lapa, AME Mogi das Cruzes, AME Taboão da Serra, AME Sapopemba, AME de Psiquiatria Jandira Mansur, Serviço de Reabilitação Lucy Montoro Jd. Humaitá e outros. Para validação e reconhecimento de seu processo de qualidade, destaque-se que, atualmente, duas unidades Hospitalares possuem Acreditação Canadense – Hospital Geral de Pirajussara e Hospital Estadual de Diadema –, enquanto outras cinco são acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação de Hospitais (ONA), entre as quais cinco conquistaram o nível III – Excelência: Hospital Geral de Pirajussara, Hospital Estadual de Diadema, Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo, AME São José dos Campos e o Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos. Além destas, outras unidades são acreditadas nível II e I ONA.

A SPDM propõe o mesmo modelo assistencial exitoso, baseado na governança clínica da Organização Mundial de Saúde que utiliza-se de quatro aspectos importantes para resultado da qualidade: desempenho profissional, a otimização de recursos, a gestão de risco e satisfação dos pacientes quanto aos serviços prestados.

A preocupação com a segurança do paciente é esteio do modelo assistencial que se explicitada na organização da gestão de risco, nos ROPs, como por exemplo, o checklist cirúrgico implantado nos hospitais Afiliados da SPDM, bem como, em algumas publicações como "Administrando Medicamentos com Segurança" entregue a todos profissionais de enfermagem.

Outra perspectiva relevante da gestão SPDM é sua preocupação a construção do sistema de referência e contra referência, na promoção e integração das diversas unidades de saúde de uma região, tendo publicado em 2009 o Guia de Orientação de Referência e Contra Referência Ambulatorial. O intuito da publicação foi *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade, equidade, participação e descentralização, hierarquização e regionalização.*

Aspecto diferencial na atuação da SPDM, a Gestão de Pessoas é alicerce das boas práticas assistenciais e administrativas, na busca contínua da melhoria, na construção de uma cultura de qualidade. A SPDM, caso seja a escolhida neste certame, adotará estratégias para construção de um ambiente de transição humanizado, alinhado às diretrizes da Secretaria do Estado da Saúde, acolhendo e integrando todos os profissionais, trabalhando a comunicação interna a fim de disseminar o novo modelo de gestão, reduzindo possíveis impactos do processo de implantação de novas políticas, cultura, valores e sistema de trabalho.

A SPDM tem a expectativa de continuar a contribuir com sua expertise no gerenciamento eficiente e de alto desempenho das atividades, tanto operacionais quanto estratégicos dos Serviços Públicos de Saúde, alinhada às diretrizes estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde. Desta forma, apresenta o Plano Operacional para a gestão do CENTRO ESTADUAL DE ANÁLISES CLÍNICAS DA ZONA LESTE – CEAC ZONA LESTE, conforme Resolução SS – 08, de 08-02-2022.

2. COMPLIANCE E INTEGRIDADE SPDM

2.1 Governança

Na última década, a instituição vem envidando esforços para o aprimoramento das ações na área de compliance e integridade, destacando-se o engajamento e apoio da alta administração, a elaboração de Código de Conduta e Ética, a implantação de Canal Confidencial para recebimento de reclamações e denúncias e a elaboração de políticas institucionais, dentre outras ações. Alicerçada em princípios de transparência e ética, a SPDM, ao longo dos anos, tem consolidado um modelo de gestão que considera diversificação, porte, complexidade e número das unidades geridas. Seu modelo de gestão esta alicerçado em uma cultura de integridade.

2.1.1 Compromisso da Alta Administração

A alta administração da SPDM tem atuado de forma importante na promoção, deliberação e monitoramento das ações de integridade.

2.1.2 Treinamento e Comunicação

Desde 2016, as ações de promoção da integridade foram fortalecidas por meio de treinamentos da Lei nº 12.846/13 (Lei Anticorrupção) e do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade (Código de Conduta da SPDM). Os treinamentos e comunicações foram desenvolvidos de acordo com o público alvo, considerando a didática e a ampla diversidade de perfis dos funcionários da SPDM. Destacam-se vídeos sobre compliance, disponibilizados nos principais pontos de acesso dos profissionais, aplicativo para celular, banners, intranet, internet (site institucional) e treinamentos presenciais. <http://www.spdmafilias.org.br/treinamentos/>

2.1.3 Adesão da SPDM ao Pacto Empresarial pela Integridade e Contra a Corrupção do Instituto Ethos / Associação ao Instituto Ethos

Como parte de sua estratégia, a SPDM estabeleceu como metas a adesão ao pacto empresarial pela integridade e contra corrupção do Instituto Ethos e a obtenção do selo “Empresa Pró-ética”- CGU, como ações catalisadoras para a consolidação do Programa de Integridade. A iniciativa busca transparecer o comprometimento da SPDM em implementar ações voltadas à identificação e prevenção de riscos, seja na perspectiva de seus processos internos ou ainda em sua relação com as diferentes partes interessadas.

2.1.4 Participação da SPDM na avaliação do Empresa Pró-Ética – CGU (Controladoria geral da União)

O Pró-Ética é uma iniciativa da CGU – Controladoria Geral da União, que busca fomentar a adoção voluntária de medidas de integridade pelas empresas, por meio do reconhecimento público daquelas que, independentemente do porte e do ramo de atuação, mostram-se comprometidas em implementar medidas voltadas para a prevenção, detecção e remediação de atos de corrupção e fraude.

O Conselho Administrativo da SPDM deliberou em novembro de 2018 sobre a participação da SPDM no Programa “Empresa Pró-Ética” da CGU – Controladoria Geral da União. Alinhada a sua meta estratégica, a SPDM iniciou internamente a análise e o planejamento das ações para que o objetivo fosse alcançado.

No mês de abril de 2021, A SPDM foi aprovada na fase inicial de admissibilidade do Pró-Ética 2020-2021 e que, por essa razão, seu programa de integridade foi avaliado pela equipe responsável do Pró-Ética da CGU nos termos do disposto na Seção II, artigos 9º, 11º e 12º do Regulamento Pró-Ética – Edição 2020-2021.

A avaliação da CGU do programa de integridade da SPDM é muito relevante, pois o recebimento de um relatório de auditoria com as recomendações feitas pelo Comitê Gestor do Pró-Ética, foi um grande ganho para o aprimoramento do programa de integridade da instituição.



2.2 Principais Ações

2.2.1 Código de Conduta

O Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM foi elaborado, conforme os valores e os princípios éticos da entidade de modo a fomentar a transparência, disciplinar as relações internas e externas da organização, administrar conflitos de interesses, proteger o patrimônio físico e intelectual e consolidar as boas práticas de governança corporativa em conjunto com outros instrumentos normativos da instituição. Estes princípios éticos devem fundamentar a negociação de contratos, acordos, o estatuto social, bem como as políticas que orientam a direção institucional. Seu objetivo é expressar o compromisso da instituição, de seus conselheiros, diretores, funcionários, fornecedores e partes interessadas com a adoção de padrões adequados de conduta. https://www.spdm.org.br/flip/manual_cappi/.

Como um complemento e apoio na divulgação do código de conduta da SPDM, foram elaborados vídeos que apresentam os capítulos do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade em formato animado. Esses são disponibilizados no site da SPDM Afiliadas e intranet.

2.2.2 Políticas, Normas, Manuais e Procedimentos

As Políticas, Códigos e Manuais da SPDM têm o objetivo de dar maior transparência à gestão e processos internos. Os documentos (Políticas, Códigos e Manuais Institucionais) visam à qualidade, segurança, transparência e ética na realização dos processos nas unidades sob sua gestão, bem como ao cumprimento das legislações vigentes nos âmbitos Federais, Estaduais e Municipais.

<http://www.spdmafiliadas.org.br/politicas-normas-e-regulamentos/>

2.2.3 Controles Internos

Na SPDM, a avaliação de controles internos considera, dentre outros aspectos, o porte da instituição, a diversidade dos perfis e a das unidades geridas.

Com o objetivo de ampliar e engajar os profissionais que atuam nas superintendências atualmente existentes, foi definida a criação de grupos de trabalho nos temas Integridade, Financeiro, Fornecedores e Socioambiental. Os objetivos são:

- Promover o desenvolvimento contínuo e incentivar a adoção de boas práticas de controles internos e realizar interfaces com os responsáveis pela Governança e Compliance;
- Contribuir para a padronização das práticas e procedimentos corporativos;
- Garantir que os procedimentos estejam de acordo com a política, normas e padrões da gestão de controles internos; e
- Promover e apoiar a institucionalização de controles internos, oferecendo e buscando suporte necessário para sua efetiva implementação na instituição.

2.2.4 Gestão de Requisitos Legais

Com o objetivo de estar em conformidade com a legislação vigente e mitigar riscos, a SPDM estabelece em sua estratégia o monitoramento dos requisitos legais aplicáveis a cada uma de suas unidades.

2.2.5 Treinamentos

O treinamento compõe um dos principais pilares para a disseminação da cultura de integridades na instituição e abrangem os seguintes temáticas: <http://www.spdmafilizadas.org.br/treinamentos/>

- Treinamento da Lei Anticorrupção nº 12.846;
- Treinamento do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade;
- Treinamento de Compliance para a equipe diretiva e gestores de área;
- Treinamento de Compliance para colaboradores; e
- Treinamento de Compliance para Fornecedores e Prestadores de Serviços.

2.2.5.1 Integração de Novos Profissionais

A integração institucional da SPDM, que é realizada no primeiro dia de trabalho dos profissionais, tem o objetivo de socializar e aculturar os novos integrantes ao ambiente da SPDM, bem como conhecer os valores organizacionais e o Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade que ancoram o programa de integridade e compliance.

2.2.6 Canais de Comunicação

A SPDM disponibiliza canais de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias das partes interessadas e é operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada por um comitê de conduta dotado de total independência e autonomia funcional.

São alguns meios de comunicação da SPDM:

- Banners – divulgação do código de conduta e do canal de denúncias;
- Vídeos de sensibilização;
- Intranet;
- Aplicativo de aparelho celular - A partir de 2019, foi disponibilizado o aplicativo para smartphone com o Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM. Este aplicativo possui links de acesso direto ao Canal de Denúncias, por meio dos sites da SPDM e esta disponível em:

https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.spdm_mobile.spdm&showAllReviews=true

- Site da SPDM - Uma das iniciativas da SPDM para maior transparência na divulgação das Ações de Promoção de Compliance, foi a inserção de área específica de Compliance no site da SPDM - www.spdm.org.br. O site da SPDM disponibiliza



área exclusiva denominada "Acesso à Informação", para a divulgação dos contratos firmados com a administração pública, produção, balanços, editais e compras e contratação de serviços de terceiros, dentre outros dados das instituições. <http://www.spdmafiliadas.org.br/acesso-a-informacao-2/>

- ECOS – Espaço de Comunicação Organizacional SPDM - O ECOS é um instrumento de alinhamento que oferece informações institucionais de temas relevantes, como Ética Empresarial, Sustentabilidade, Compliance, Planejamento Estratégico, Resultados Financeiros, Metas e Objetivos Alcançados, entre outros. A divulgação do ECOS ocorre através do site da SPDM Afiliadas e nos painéis de informações das unidades. <http://www.spdmafiliadas.org.br/comunicacao/>
- Relatório de Compliance e Integridade SPDM - <https://www.spdm.org.br/flip/Compliance/#page/1>

2.2.7 Relacionamento com Parceiros e Fornecedores

No escopo da implantação do programa de integridade, é fundamental a compreensão sobre a caracterização da cadeia de suprimentos, passando pela compreensão da estratégia das aquisições e contratações realizadas pela SPDM, e o relacionamento com seus fornecedores. Dentre as atividades, destacam-se:

- Manual de Fornecedores - <https://www.spdm.org.br/flip/Fornecedores/>;
- Portal Eletrônico de Compras – Divulgação do Código de Conduta e Canal de Denúncias para Fornecedores - A SPDM realiza as compras por meio de um portal eletrônico de compras. O controle informatizado do processo permite a SPDM realizar compras de forma transparente e controlada, registrando o histórico das cotações, negociações, compra com resultados facilmente mensuráveis e ações rastreáveis, fortalecendo a transparência nos processos de aquisição;
- Avaliação de Fornecedores - Desde 2000, a SPDM vem aprimorando as ações do Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores – CTQF, que é formado por equipe multiprofissional e tem por objetivo realizar visitas técnicas e verificar o cumprimento de requisitos estabelecidos e formalizados em um check-list padronizado. Outra atribuição do Comitê, além das visitas técnicas, é o monitoramento de alerta dos órgãos reguladores e o controle de desvios de qualidade dos produtos;
- Autoavaliação de Fornecedores;
- Questionários de Due Diligence; e
- Cláusulas Anticorrupção nos contratos com empresas terceiras.

2.2.8 Pesquisa de Cultura de Integridade

Em 2019, com o objetivo de fortalecer e aprimorar a cultura de integridade, foi implantada a Pesquisa Cultura de Integridade da SPDM realizada anualmente, que abordou os seguintes temas: Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM; Canal de Denúncias; Treinamento da Lei Anticorrupção; Normas e Procedimentos; e Apoio da Alta Administração. Apoio da Alta Administração.

3. AMBIÊNCIA

A estrutura física nas instituições de saúde tem passado por mudanças nos últimos tempos devido à preocupação emergente com o bem-estar dos usuários. Isto repercute nas instalações e na terapêutica em saúde. Atualmente, o foco está na qualidade do ambiente de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios) e na preocupação em distanciar o aspecto hostil e institucional. Este novo foco inclui a **humanização** dos ambientes, que tem como interesse essencial o bem-estar físico e psicológico do usuário alinhado à interação do espaço físico com valores humanos, dando ênfase a centralidade no ser humano para direcionar a concepção do projeto arquitetônico.

Além disso, importante o cuidado por meio da organização da ambiência, que em sua concepção prevê a valorização das tecnologias que integram o serviço de saúde e os componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelos órgãos do sentido, como, por exemplo, a luminosidade, os ruídos e a temperatura do ambiente, a relação entre usuários, trabalhadores e gestores, e as reações, além dos sons, aromas, texturas, ventilação e intensidade luminosa diferenciada, cores e formas diversas. Assim, importante uma ambiência adequada, atitudes e recursos que provoquem estímulos sensoriais como peça fundamental para a humanização do ambiente.

Destaca-se que a ambiência é um dos eixos da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, que define ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A SPDM segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização e valoriza a ambiência, buscando a organização dos espaços e tornando-os acolhedores aos seus pacientes, acompanhantes e colaboradores. Assim a SPDM seguirá atuando com excelência, implantando e construindo uma ambiência diferenciada no CEAC Zona Leste, seguindo as diretrizes da SES e normas/legislações vigentes.

4. GESTÃO AMBIENTAL

APRESENTAÇÃO

A Gestão Ambiental tem o objetivo de otimizar o uso de recursos e minimizar os impactos ambientais, garantindo a sustentabilidade ambiental da Instituição e proteção dos pacientes, colaboradores, saúde pública e meio ambiente. Entre as principais atribuições da Gestão Ambiental estão o gerenciamento de resíduos, eficiência energética, uso racional de água e controle de pragas.

4.1 Organização do Serviço

As atividades da Gestão Ambiental são balizadas pela norma ISO 14001: Sistema de Gestão Ambiental bem como pela Campanha Internacional Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis (AGHVS). Trata-se de um referencial para o setor Saúde baseado em 10 objetivos inter-relacionados (Liderança, Substâncias Químicas, Resíduos, Energia, Água, Transporte, Alimentos, Produtos Farmacêuticos, Edifícios, Compras) para o desenvolvimento de ações sustentáveis, contribuindo para melhorar a saúde pública e ambiental em todo o mundo.



1	LIDERANÇA	Priorizar a saúde ambiental;
2	SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS	Substituir substâncias perigosas por alternativas mais seguras;
3	RESÍDUOS	Reduzir, tratar e dispor de forma segura os resíduos de serviços de saúde;
4	ENERGIA	Implementar eficiência energética e geração de energia limpa renovável;
5	ÁGUA	Reduzir o consumo de água e fornecer água potável;
6	TRANSPORTE	Melhorar as estratégias de transporte para pacientes e funcionários;
7	ALIMENTOS	Comprar e oferecer alimentos saudáveis e cultivados de forma sustentável;
8	PRODUTOS FARMACÊUTICOS	Prescrição apropriada, administração segura e destinação correta;
9	EDIFÍCIOS	Apoiar projetos e construções de hospitais verdes e saudáveis;
10	COMPRAS	Comprar produtos e materiais mais seguros e sustentáveis;

Vale ressaltar que a adesão à AGVHS - Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis, permite a participação na Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis, comunidade de instituições do setor saúde dedicadas a reduzir sua pegada ecológica e promover a saúde pública e ambiental. Os membros da Rede Global de todo o mundo estão trabalhando juntos em uma comunidade global de aprendizagem para compartilhar suas melhores práticas, encontrar soluções para os desafios que enfrentam e atingir resultados mensuráveis.

Por fim, ressalta-se especial atenção ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde com legislações específicas, tais como Resolução RDC ANVISA 222/18 e Resolução CONAMA 358/05 e atualizações.

4.2 Alguns projetos de destaque já realizados pela SPDM e implantados no CEAC Zona Leste:

➤ Caneca Ecológica

Esse projeto tem como principal objetivo despertar a consciência ambiental dos colaboradores da instituição. Contribui para o desenvolvimento do conceito dos 3R's, (Reduzir, Reutilizar e Reciclar), utilizado no Gerenciamento de Resíduos. Nesse projeto, cada novo colaborador da SPDM recebe uma caneca, ficando responsável por sua higienização e armazenamento em local adequado. Dessa forma, a instituição não disponibiliza copos descartáveis para os colaboradores, apenas para pacientes.

➤ Organização de eventos relacionados à temática ambiental

A Instituição é uma das organizadoras do Seminário Hospitais Saudáveis em parceria com o Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo - Organização Internacional Saúde sem Dano, Projeto Hospitais Saudáveis, Hospital Sírio Libanês e UNIFESP. O seminário é hoje o maior evento ambiental no setor Saúde, recebendo mais de 700 inscritos em dois dias de evento.

➤ Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis

A organização internacional Saúde sem Dano lançou em 2011, um documento de referência que propõe, através de 10 objetivos inter-relacionados e integrados, a redução de impactos ambientais do setor Saúde. A SPDM é membro fundadora desta campanha no Brasil.

➤ **Prêmio Amigo do Meio Ambiente**

A SPDM tem se destacado com projetos relacionados a gerenciamento de resíduos, economia de água e tratamento de efluentes nas edições do Prêmio "Amigo do Meio Ambiente" promovido pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

➤ **Participação no Desafio Resíduos**

O Desafio Resíduo, é uma iniciativa da Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis e da organização internacional Saúde Sem Dano, e é conduzido no Brasil pelo Projeto Hospitais Saudáveis. Tem como objetivo mobilizar o setor saúde brasileiro para aprimorar suas práticas de gestão, reduzindo a geração total de resíduos, ampliando a reciclagem dos resíduos que não puderem ser evitados e reduzindo a proporção de resíduos perigosos que necessitam tratamento especial, por meio do aprimoramento, seguro e racional, das práticas de segregação.

➤ **Participação no Desafio: A Saúde pelo Clima**

O Desafio: A Saúde pelo Clima é uma campanha internacional coordenada pela Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis, que visa mobilizar organizações de saúde ao redor do mundo a tomar medidas concretas contra as mudanças do clima e em defesa da saúde pública ambiental. A SPDM foi premiada pela campanha no ano de 2016 na Categoria: Liderança Climática pela América Latina e em 2017 na Categoria: Redução de emissões de Gases de Efeito Estufa de fontes não energéticas.

A SPDM elabora seu Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa desde 2015 e vem trabalhando para reduzir suas emissões.

Além dos projetos acima, existem outras ações que são realizadas no CEAC Zona Leste, como: Logística Reversa das embalagens vazias do produto químico Xilol, logística Reversa dos filtros utilizados nos equipamentos do laboratório nos setores de bioquímica, imunologia e hormônio, instalação de sensores de presença, educação ambiental de colaboradores visando melhoria no processo de descarte, realização de campanhas para redução do consumo de água, reciclagem de papel e papelão, campanha para redução do consumo de sulfite, tratamento de Efluentes com Ozônio, logística Reversa do Gelox e Toners, implantação e treinamento de ações alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) 2030. Cabe também destacar que em 2019, o CEAC Zona Leste foi premiado pelo **Prêmio Amigo do Meio Ambiente (PAMA)**, evento promovido pelo Projeto Hospitais Saudáveis, criado pela Secretaria da Saúde de Estado de São Paulo, com apoio técnico do Centro de Vigilância Sanitária. O prêmio é concedido anualmente às organizações de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito nacional que se destacaram por iniciativas de proteção ao meio ambiente e de sustentabilidade. Dos 147 projetos avaliados, 15 foram premiados por suas iniciativas, dentre elas o CEAC Zona Leste, premiado com o projeto "Aprimoramento do gerenciamento de resíduos através de logística reversa e avaliação de periculosidade de resíduos e embalagens".



5. OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO

A SPDM é a atual gestora do Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste – CEAC Zona Leste, a ser mantido pela SPDM. Nosso objetivo é continuar prestando serviços laboratoriais, com qualidade, presteza e excelência, à população usuária do SUS, procurando atingir e superar as suas expectativas, contribuindo dentro das especificidades dos serviços na resolubilidade e tomada de conduta do corpo clínico utilizando os resultados dos exames laboratoriais para fornecer elementos para prevenção de doenças, prognóstico de determinadas patologias e contribuir, dentro da especificidade dos serviços, para o gerenciamento dos protocolos clínicos das Unidades Solicitantes.

5.1 O QUE DIFERENCIA A SPDM PARA GESTÃO DO CEAC ZONA LESTE

A SPDM é a maior Organização Social de Saúde do país, com uma sólida estrutura implantada, já descrita acima, e a grande experiência de gestão dos mais diversos tipos de serviços de saúde, com inúmeras outras parcerias com a Secretaria de Estado da Saúde. Sua reputação é ilibada, sem qualquer antecedente que a desabone, em todos estes anos de atividade.

É uma entidade filantrópica, com menor recolhimento tributário, reduzindo indiretamente, de forma substancial, os custos operacionais para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A SPDM, por ser a maior prestadora de serviços de saúde do país, por economia de escala, consegue melhores negociações e pode centralizar diversas atividades, como compras, tesouraria, contabilidade, com economia para todas as unidades participantes.

E, por fim, SPDM é a atual gestora da unidade. Já conta com todas as equipes constituídas e está em pleno funcionamento. A sua permanência evitaria a consequente quebra na continuidade dos serviços prestados as 17 unidades de saúde usuária em relação ao processamento e operação dos exames de análises clínicas e anatomia patológica.

Além das estimativas de produção contratuais propostas no Projeto Técnico desta convocação pública, a SPDM propõe contribuir com uma assistência à saúde da população com excelência, transparência, sustentabilidade financeira e ambiental e manter uma relação direta e alinhada com a Secretaria Estadual de Saúde, sendo a maior diretriz o Sistema Único de Saúde – SUS.

A preocupação com a segurança do paciente é esteio do modelo assistencial que utiliza entre outras ferramentas, a Gestão de Risco, as Práticas Operacionais de Segurança e a Gestão da Qualidade.

A. RESULTADOS ESPERADOS

- Qualidade assistencial de excelência desde o recebimento da amostra até a liberação do resultado;
- Garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados e das informações relativas aos pacientes;
- Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pela otimização da capacidade instalada;
- Atender aos requisitos de satisfação do usuário do SUS;
- Produção e divulgação de conhecimento na área.
- Auxiliar e complementar os programas voltados à saúde dos usuários do SUS.
- Atendimento das unidades solicitantes e realização dos exames estabelecidos em Contrato de Gestão.



PARTE II

1. HISTÓRICO DO CEAC ZONA LESTE

Com o objetivo de oferecer à população do Estado de São Paulo um conceito novo e moderno em administração de serviços de laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica e citopatológica, com foco na sustentabilidade, no padrão de qualidade, na segurança do paciente e na satisfação dos usuários, em 2007, foi criado o Centro Estadual de Análises Clínicas Zona Leste – CEAC Leste por meio do Decreto nº 51.628/2007, que tem por finalidade a realização de exames laboratoriais, visando à agilização dos resultados e a melhoria da qualidade dos serviços dessa natureza prestados aos pacientes do SUS/SP, no âmbito de sua área de abrangência.

Posteriormente, o Estado de São Paulo realizou convocação pública e a SPDM foi a ganhadora do certame licitatório. Em 02 de abril de 2007, foi firmado Contrato de Gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a OSS/SPDM Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, para a implantação e gestão do Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste (CEAC ZONA LESTE).

A unidade Central passou por um período de reforma, no qual realizou a adequação das instalações físicas, a aquisição de equipamentos e dos móveis necessários para a centralização dos exames de análises clínicas e anatomia patológica. Em junho de 2009, o laboratório central foi inaugurado sob gestão da SPDM, tendo como objetivo a excelência do serviço público de saúde, atuando com compromisso nas ações de responsabilidade social, transparência e eficiência da gestão laboratorial.

Desde 2007 o CEAC Zona Leste segue prestando serviço laboratorial com qualidade, contribuindo na agilidade do diagnóstico das doenças, e atuando para o melhor prognóstico e satisfação dos usuários do SUS. Atualmente, o CEAC Zona Leste mantém a prestação serviços laboratoriais para 17 unidades solicitantes, de acordo com contrato de gestão. Embora reconheça que possui serviços que guardam semelhança entre si, realizamos os atendimentos de forma a respeitar as características inerentes a cada unidade, sendo os Laboratórios de Patologia Clínica estruturados para cada um de seus serviços ou seja exames de rotina e urgência. Todos possui sistema de controle interno de qualidade e participam de programas externos de qualidade, como o Programa de Proficiência em Ensaios Laboratoriais (PELM), da ControlLab (Controle de Qualidade para Laboratórios) e Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade (PICQ) da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP). Regularmente inscritas nos serviços municipais de vigilância sanitária, em conformidade com as Boas Práticas de Laboratório Clínico (BPLC) e com equipamentos automatizados.

O processamento dos exames é realizado por equipe de profissionais especialistas, composta por médico patologistas, biomédicos, biólogos e farmacêuticos. Disponibilizamos para as unidades solicitantes o manual de coleta que preconiza as melhores práticas no processo coleta do material biológico; além dos protocolos clínicos alinhados com as unidades solicitantes.



2.1 Proposta de Modelo Assistencial

a. Gestão Técnica

O modelo de gestão do CEAC da Zona Leste obedece às particularidades de cada uma de suas Unidades Solicitantes, sejam elas Ambulatoriais ou Hospitalares.

Levando-se em consideração que o trabalho em uma Unidade Produtiva não está apenas afeito à dosagem da amostra (Fase Analítica propriamente dita), a SPDM focou a gestão do CEAC da Zona Leste na definição de protocolos operacionais que garantam a qualidade de todas as etapas envolvidas nas análises clínicas das amostras de seus clientes referenciados pela Secretaria SES.

A observância no controle de todos os processos envolvidos na prestação dos serviços contratualizados pela SES é fundamental, abrangendo o momento da coleta, a retirada das amostras biológicas a serem processadas e a emissão dos laudos.

Conclui-se, pois, que é crucial o entendimento do modelo de gestão do CEAC da Zona Leste, já implantado pela SPDM, com o conhecimento de que as amostras biológicas passam por diversos processos e procedimentos que podem interferir diretamente em seus resultados.

Em continuidade aos preceitos supra, que chamamos como "Diretrizes de Comprometimento", podemos elencar as demais:

- Capacitação e educação continuada dos protagonistas da fase Pré-Analítica (Unidades Solicitantes);
- Disponibilização de Canais de Atendimento para as Unidades Solicitantes (Canal do Médico e Canal Técnico);
- Estabelecimento de rotinas que permitam a segurança e a rastreabilidade das informações advindas de sua prestação de serviços;
- Execução e controle de qualidade das fases Pré-Analítica (transporte e triagem), Analítica e Pós-Analítica com padrões nacionais e internacionais;
- Responsabilidade pelos laudos de análises de amostras gerados nas Unidades Produtivas do CEAC da Zona Leste e dos exames encaminhados para os Laboratórios de Apoio.

Vale ressaltar que a gestão técnica do CEAC da Zona Leste encontra-se devidamente estruturada e preparada para a incorporação de serviços de alta complexidade; a corroborar este princípio, merece citação abaixo, cujos serviços foram estruturados, segundo:

- Serviço de Anatomia Patológica para atendimento especializado em material proveniente de transplante de órgãos e na avaliação de tecidos de potenciais doadores. A interação da equipe permite participação no treinamento e capacitação de patologistas para a área de transplantes.
- Serviço de diagnóstico sorológico de infecções virais, tanto de doadores como de receptores: isto também representa dificuldade no desempenho dos Centros de Transplante, considerando que a infecção por Citomegalovírus ocorre em até 30% dos pacientes submetidos a transplantes de órgãos, cujo diagnóstico depende de exame de Biologia Molecular ou de demonstração da presença do vírus nos tecidos enviados para análise;
- Serviço de Microbiologia: enfoque no pronto diagnóstico de infecções oportunistas em pacientes transplantados ou submetidos à Terapia Imunossupressora;



- Serviço de Análises Clínicas para realizar a dosagem de medicamentos imunossupressores utilizados em pacientes transplantados de órgãos, como Tacrolimus e Ciclosporina.

b. Característica da Equipe Técnica e Médica

O Corpo Técnico do CEAC está representado por profissionais diretamente incumbidos com a prestação de serviços laboratoriais de média e alta complexidade.

Em sua política de gestão, está a busca pela excelência, mantendo o foco na segurança do paciente, garantindo a informação de boa qualidade.

A estruturação das equipes de profissionais obrigatoriamente acompanha o modelo assistencial desenhado pela SPDM, consoante às diretrizes da Secretaria, possibilitando a interdisciplinaridade e uma visão integradora.

O corpo clínico é formado por profissionais especialistas, que atuam de acordo com os protocolos institucionais, de forma coesa com Ética profissional e sigilo das informações. São responsáveis por fornecer o diagnóstico dos exames laboratoriais proporcionando apoio para tratamento das doenças. Todas as informações pertinentes aos exames são disponibilizadas por meio do laudo médico.

Equipe Técnica é formada em sua maioria por biomédicos e biólogos. Compreende-se toda gestão de gerentes, supervisores técnicos, biólogos, líder, técnicos, analistas e auxiliar de laboratório. A diretoria de laboratório é responsável pelo desdobramento operacional das diretrizes laboratoriais, garantia e manutenção da introdução de normas técnicas, coordenação dos trabalhos de desenvolvimento de soluções, estabelecimento dos padrões de qualidade, planejamento, desenvolvimento e controle de todas atividades laboratoriais.

c. Área de Abrangência

O Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste - CEAC Leste atende 17 (dezessete) unidades assistenciais, sendo: 08 (oito) Unidades Hospitalares, das quais 07 (doze) realizam exames de urgência/emergência; 07 (sete) Unidades Ambulatoriais, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial e 1 Unidade de Tratamento para Usuários de Drogas e Álcool.



As unidades estão distribuídas na cidade de São Paulo e Grande São Paulo. Na Tabela a seguir estão elencadas as localizações e Unidades Solicitantes dos serviços prestados pelo Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste - CEAC Leste.:

Unidades CEAC	Endereço	CEP	Município
AME Dr. Geraldo Paulo Bourroul	Rua Martins Fontes, 208 - Centro	01302-000	São Paulo
AME Maria Zelia	Rua Jequitinhonha, 368 - Belenzinho	03021-040	São Paulo
AME Vila Maria - Psiquiatria	Av. Guilherme Cotching, 1600 - Vila Maria	02113-012	São Paulo
AME Mogi das Cruzes	Rua Engenheiro Eugênio Mota, 313 - Centro	08730-120	Mogi das Cruzes
AME Taboão da Serra	Estrada São Francisco, s/nº - Vila Sônia	05576-100	Taboão da Serra
AME Idoso Oeste	Rua Roma, 466 - Lapa	05050-090	São Paulo
AME Idoso Sudeste	Rua Domingos de Moraes, 1947 - Vila Mariana	04009-003	São Paulo
CAPS Itapeva	Rua Carlos Comenale, 22 - Bela Vista	01332-030	São Paulo
Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti	Rod. Engº. Cândido Rego Chaves, km 3,5 s/nº - Jundiapéba	08751-001	Mogi das Cruzes
Hosp. de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini	Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2651 - Bela Vista	01401-000	São Paulo
Hospital Estadual de Diadema	Rua José Bonifácio, 1641 - Serraria	09960-120	Diadema
Hosp. Geral Dr. Osiris Florindo Coelho de Ferraz de Vasconcelos	Rua Princesa Isabel, 270 - Vila Corrêa	08500-200	Ferraz de Vasconcelos
Hospital de Clínicas Luzia Pinho de Melo	Rua Manoel de Oliveira, s/nº	08773-130	Mogi das Cruzes
Complexo Hospitalar Padre Bento	Av. Emílio Ribas, 1819 - Jardim Tranquilidade	07051-000	Guarulhos
Hospital Geral Pirajussara	Av. Ibirama, 1214 - Parque Industrial Daci	06785-300	Embu das Artes
Hospital Geral de Guarulhos	Alameda dos Lírios, 300 - Parque CECAP	07190-012	Guarulhos
Unidade Recomeço Helvétia	Rua Helvétia, 55 - Campos Elíseos	01215-010	São Paulo

2. PROPOSTA DE PRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS PARA O CEAC

Tendo como premissa a realização de serviços laboratoriais de análises clínicas e anatomia patológica e citopatológica, com qualidade, presteza e excelência à população usuária do SUS, aprimorando a resolubilidade e tomada de conduta do corpo clínico das Unidades Solicitantes, contribuindo dentro da especificidade dos serviços, para o gerenciamento dos protocolos clínicos das Unidades Solicitantes; os exames passíveis de realização pelo Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste - CEAC Leste estão consignados na Tabela SES a saber:

Grupo 1 - Estão elencados os procedimentos classificados na Tabela SUS como Diagnóstico em Laboratório Clínico.

Grupo 2 - Estão relacionados procedimentos classificados na Tabela SUS denominados Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia.

Grupo 3 - Estão elencados os procedimentos referidos à Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) publicada pela Associação Médica Brasileira, desde que não possuam exame correspondente na Tabela SUS.

O CEAC propõe atender as quantidades mensais estimadas é de 533.715 exames no valor total de R\$ 3.316.500,00, a serem realizados pelo CEAC Leste, distribuídos para cada uma das Unidades Solicitantes (17 unidades). A proposta com a demanda está nas planilhas, que constam

ao final deste trabalho.

Os exames não pertencentes à tabela SES, que tenham sua necessidade comprovada pelas unidades de saúde solicitantes do CEAC Zona Leste, serão realizados, desde que, aprovados pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde de acordo com os critérios e procedimentos por esta definidos.

2.1 ESTRUTURA DAS UNIDADES PRODUTORAS

Estruturamos as unidades produtoras do CEAC Leste, com base no perfil de rotina e urgência de cada Unidade solicitante, sendo: 06 Laboratórios de Análises Clínicas de Hospitalares (Unidades Satélites), 01 Laboratório Sede para os atendimentos ambulatoriais e 03 laboratórios de Anatomia Patológica, para que nossos clientes tenham cobertura total nos serviços necessários para garantia de assistência personalizadas, conforme quadro abaixo:

Unidades CEAC Leste	Operação	Coleta		Compartilhada		Operação	Coleta		Compartilhada	
	Urgência	Sim	Não	Sim	Não	Rotina	Sim	Não	Sim	Não
AME BOURROUL						X	X			X
AME IDOSO OESTE						X		X		X
AME IDOSO SUDESTE						X		X		X
AME MARIA ZELIA						X		X		X
AME MOGI DAS CRUZES						X		X		X
AME TABOÃO DA SERRA						X		X		X
AME VILA MARIA - PSIQUIATRIA						X		X		X
CAPS ITAPEVA						X		X		X
HOSPITAL ARNALDO PEZZUTI						X		X		X
HOSPITAL BRIGADEIRO	X		X		X	X		X		X
HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA	X		X		X	X		X		X
HOSPITAL FERRAZ DE VASCONCELOS	X		X		X	X		X		X
HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	X		X		X	X		X		X
HOSPITAL LUZIA PINHO DE MELO	X		X		X	X		X		X
HOSPITAL PADRE BENTO						X		X		X
HOSPITAL PIRAJUSSARA	X		X		X	X		X		X
UNIDADE DE RECOMEÇO HELVÉZIA						X		X		X

2.1.1 Características de Atendimento e Localização

Unidades Satélites são estruturas 100% voltadas ao atendimento dos pacientes da emergência e internados, com liberação de resultados em prazos ágeis, proporcionando atendimento emergencial de 2 horas máxima e rotinas da internação em 6 horas. Estas unidades estão albergadas na estrutura físicas dos clientes com este perfil de atendimento.

Unidade Sede é um laboratório estruturado para a execução de mais de 1 milhão de exames de rotina e ambulatoriais, dedicado a executar em espaço físico exclusivo para esta demanda, sem impactar nos prazos de atendimento da Urgência.

Unidades de Anatomia Patológica: Temos na Unidade Sede para atendimento de grande parte da demanda deste setor, a unidade no Hospital Brigadeiro, em particular para os procedimentos de transplantes de órgãos e avaliação de tecidos de potenciais doadores, e no hospital HCLPM que apresenta um grande volume de biópsias de congelação nas especialidades de Ginecologia Oncológica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Mastologia, entre outras, que se encontra albergada na Instituição, um serviço essencial para a assistência, sem o que muitos procedimentos cirúrgicos poderiam ser inviabilizados, além da sensível diminuição do número de reabordagens cirúrgicas.

Abaixo a localização de cada uma das unidades produtoras:

UNIDADES DE PRODUÇÃO SEDE

Laboratório de Anatomia e Análises Clínicas:
R. Jequitinhonha, 360 - Belenzinho
São Paulo, São Paulo 03021-040

UNIDADES DE PRODUÇÃO SATÉLITES

Laboratório de Análises Clínicas:
Alameda dos Lírios, 300 - Parque Cecap
Guarulhos, São Paulo 07190-012

Laboratório de Análises Clínicas:
R. José Bonifácio, 1641 - Serraria
Diadema, São Paulo 09960-120

Laboratório de Análises Clínicas:
R. Princesa Isabel, 270 - Vila Correa
Ferraz de Vasconcelos, São Paulo 08500-200

Laboratório de Análises Clínicas:
Av. Ibirama, 1214 - Parque Industrial Daci
Embu das Artes, São Paulo 06785-300

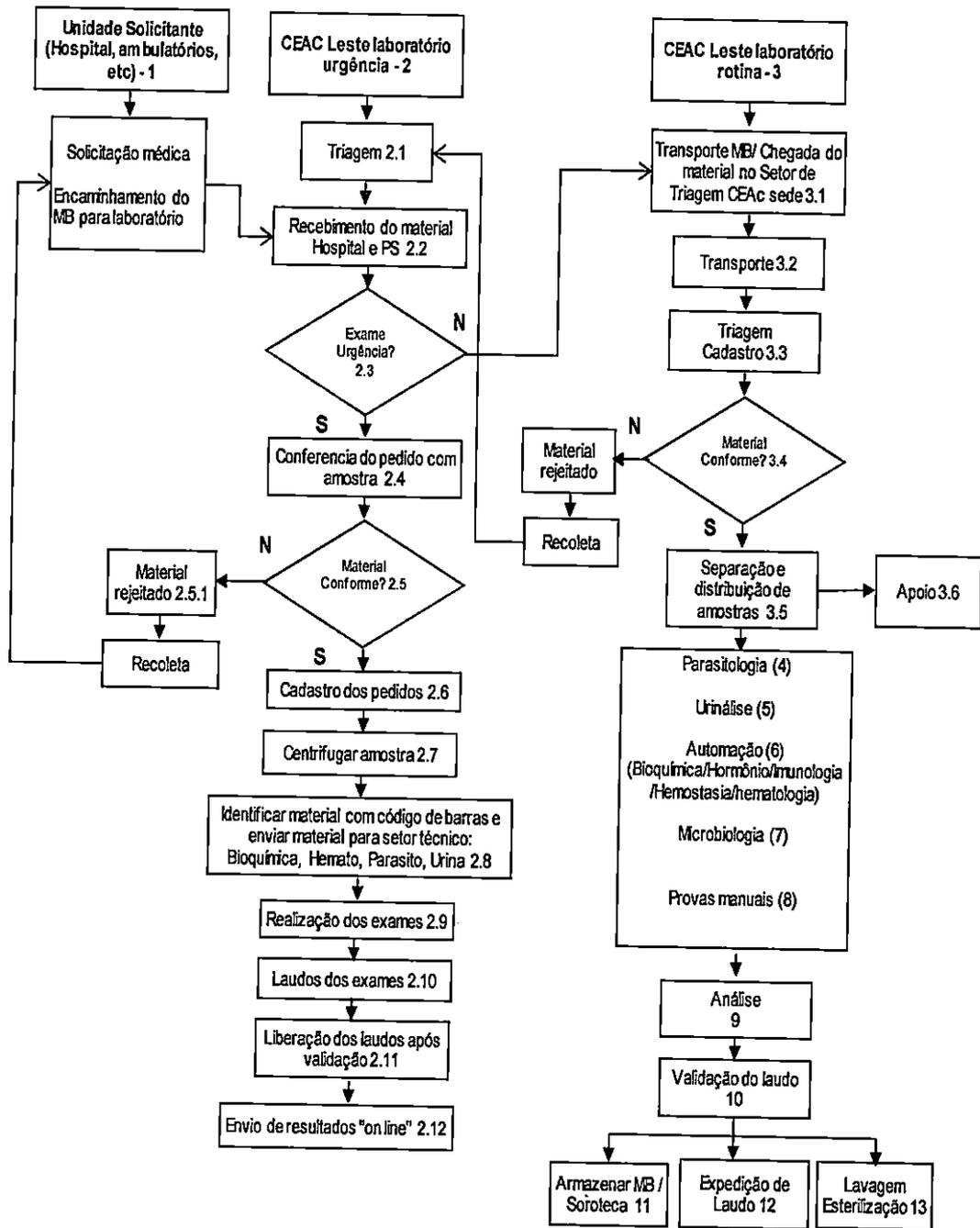
Laboratório de Anatomia e Análises Clínicas:
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2651 - Bela Vista
São Paulo, São Paulo 01401-000

Laboratório de Anatomia e Análises Clínicas:
Rua Manoel de Oliveira, S/N - Vila Mogilar
Mogi das Cruzes, São Paulo 08773-130

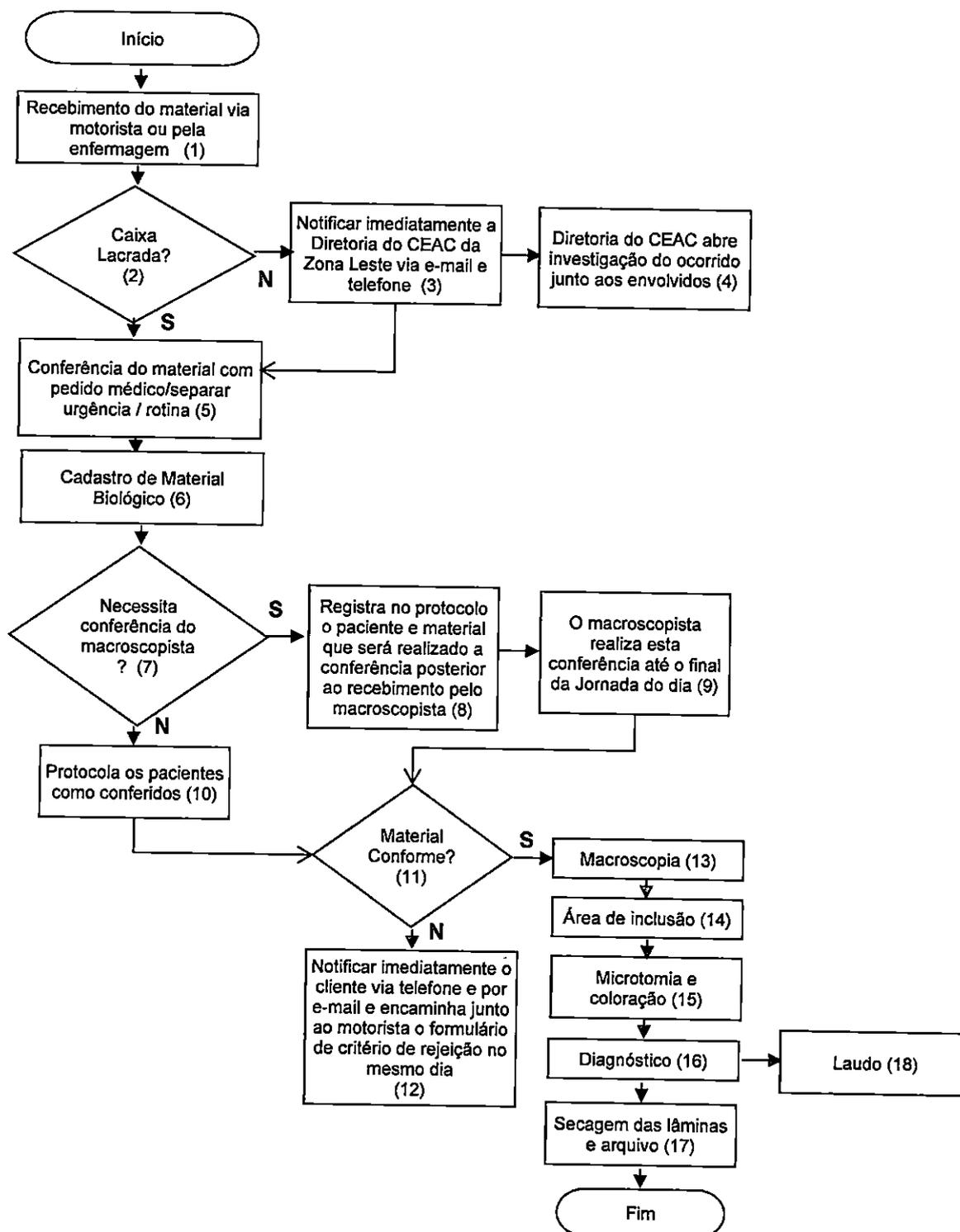


3. MACROFLUXO DE ENCAMINHAMENTO E PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO NO CEAC LESTE

3.1 FLUXO DE ATENDIMENTO – ANÁLISES CLÍNICAS



3.2 FLUXO DE ATENDIMENTO – ANATOMIA PATOLÓGICA



4. MODELO DE GESTÃO TÉCNICA LABORATORIAL REALIZADO PELO CEAC ZONA LESTE

4.1. ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMIA PATOLÓGICA

4.1.1. FASE PRÉ ANALÍTICA

A Fase Pré-Analítica envolve uma gama de setores, procedimentos e processos, compreendendo a coleta do material, que está sob a responsabilidade das Unidades Solicitantes, a identificação da amostra biológica e seu transporte, o cadastramento do paciente no Sistema Informatizado das Unidades Produtivas, entre outros.

a. A Coleta dos Exames

Embora a coleta dos exames laboratoriais seja atribuição das Unidades Solicitantes, a gestão do CEAC da Zona Leste guarda preocupação quanto aos critérios de qualidade e integridade da amostra recebida para análise; para tanto, atua em processos de treinamento e reciclagem dos colaboradores de todos os seus clientes, além de uma interação intensiva entre os Gestores, na análise de indicadores da Qualidade e Circunstâncias de Risco.

O foco do treinamento está intrinsecamente direcionado para a qualidade técnica no procedimento, manipulação e armazenamento das amostras biológicas, antes e no momento do transporte para as Unidades Produtivas, mantendo as amostras integras para a análise.

Os treinamentos de reciclagem são elaborados com base nas análises nos indicadores de recoleta, monitorados mensalmente. A análise crítica é realizada por Unidade Solicitante, com a abordagem nas aulas centrada nos 03 (três) principais motivos de recoleta: material hemolisado, material coagulado e material insuficiente. Podemos atestar que os resultados na redução dos índices percentuais de recoleta, após o estabelecimento deste plano de ação, têm-se revelado satisfatórios.

O sítio eletrônico do CEAC da Zona Leste, <http://www.ceacleste.org.br>, disponibiliza o Manual de Coleta, conforme demonstrado, a seguir, com as suas respectivas atualizações, para consulta, onde as Unidades Solicitantes recebem todas as informações necessárias para que as amostras sejam colhidas de maneira adequada; como exemplo, extraímos o rol de orientações para a coleta do exame HEPATITE B - ANTÍGENO S HBsAg, extraído do sítio eletrônico do CEAC da Zona Leste, onde subsidiamos as Unidades Solicitantes com os dados para a acurácia do exame, como volume necessário, período ideal para coleta e conservação da amostra, previamente ao encaminhamento para as Unidades Produtivas:

Na primeira tela de consulta o profissional de coleta tem um resumo das principais



informações, para uma consulta rápida e ao clicar no ícone  terá para consulta toda informações sobre o exame.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

hbsag

TODOS

Listar

Código	Nome do Exame	Sinônimo	Metodologia	Volume	Material	Recipiente	Transporte	Prazo	Rotina	Alto rec
105	HEPATITE B - ANTI HBS	ANTI HBSAg	IMUNODIAGNÓSTICO DE MICROPARTÍCULAS POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA (HSA)	3 mL	SORO	GEL SEPARADOR	Refrigerado (2 a 8 °C)	2 a 5 dias úteis	Seq, Tec, Qus, Qus, Ser	NÃO
HBSAG	HEPATITE B - ANTIGENO HBSAg	ANTIGENO AUSTRÁLIA, ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B, ANTIGENO B	QUIMIOLUMINESCÊNCIA	3 mL	SORO	GEL SEPARADOR	Refrigerado (2 a 8 °C)	2 a 5 dias úteis	Seq, Tec, Qus, Qus, Ser	NÃO
HBSR	HEPATITE B - ANTIGENO HBSAg - TESTE RÁPIDO	ANTIGENO AUSTRÁLIA, ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B, ANTIGENO B	QUIMIOLUMINESCÊNCIA	3 mL	SORO	GEL SEPARADOR	Refrigerado (2 a 8 °C)	2 a 5 dias úteis	Seq, Tec, Qus, Qus, Ser	NÃO



C.E.A.C. - Centro Estadual de Análises Clínicas Zona Leste
OSS/SPDM - Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina

Página 1/2

Elaborado por: Dra. Renata Ortiz
Dr. Sandro Rogério da Silva
Suell Freitas

Revisado por: Dra. Sheila Magnusson
Dra. Cristiane Lazzari Donato dos Santos

HBSAG; HEPATITE B - ANTIGENO S HBSAg

SINÔNIMO: ANTIGENO AUSTRÁLIA, ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B, ANTIGENO S

METODO: QUIMIOLUMINESCÊNCIA

SETOR: IMUNOLOGIA GERAL

Exame sujeito a alterações. A impressão destas informações poderá ocasionar perda de novas atualizações.

Interpretação:

Exame útil no diagnóstico de infecção pelo vírus da hepatite B. O antígeno de superfície (HBsAg) constitui a proteína principal do capsídeo viral do HBV. A presença de HBsAg reagente indica contato recente com o vírus ou infecção crônica. O HBsAg e o HBeAg são os melhores marcadores da capacidade infectante. A persistência de reatividade para HBsAg por mais de 6 meses define o estado de portador crônico.

Preparo do paciente:

Jejum de 04 horas.

Orientar o paciente por escrito e/ou verbalmente

Período ideal para coleta:

Preferencialmente, pela manhã, entre 07 e 09 horas.

Coleta:

Sangue venoso

Tubo seco, preferencialmente com gel separador.

Volume 05 mL

Amostras provenientes de Unidades Laboratoriais:

Soro

Volume 03 mL

Formulário requerido:

Não se aplica

Dados imprescindíveis:

Informar o uso de medicamentos

Conservação até o envio:

Refrigerado entre 2°C a 8°C

Forma de acondicionamento:

Caixa térmica com gelo entre 2°C a 8°C

Estabilidade da amostra:

Até 7 dias refrigerado entre 2° a 8°C .

Crítérios de rejeição:

Hemólise

Valores de referência:

Não reagente.

Prazo:

5 dias úteis.

Condições especiais para solicitação:

Não se aplica.

b. A Identificação das Amostras Biológicas

Tendo como premissa a segurança do paciente, as Unidades Produtivas do CEAC da Zona Leste proporcionam, respeitando-se as particularidades de cada uma das Unidades Solicitantes, as possibilidades de identificação do paciente e de suas amostras biológicas, no momento da coleta de seu material.

Os mecanismos de identificação das amostras biológicas são padronizados conjuntamente com as Unidades Solicitantes, à ocasião da implantação dos serviços, estando as Unidades Produtivas abertas às condições de flexibilidade para a sua adequação, no decorrer da prestação dos serviços.

A Integração do Sistema Laboratorial do CEAC da Zona Leste com o Sistema do Cliente

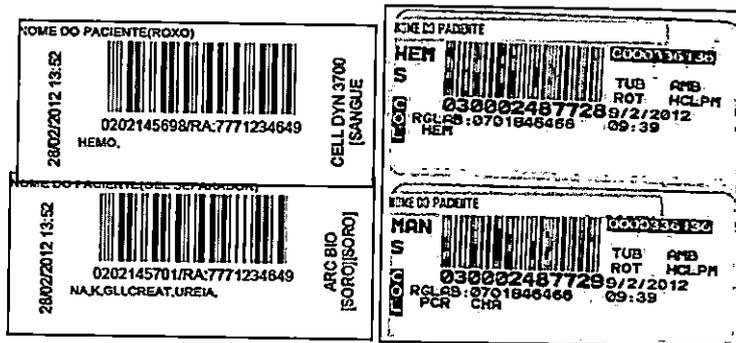
Nas Unidades Solicitantes que possuam Sistema Informatizado Próprio com prontuário eletrônico, é realizado a integração com o Sistema Informatizado do Laboratório.

Os cadastros dos pacientes são realizados no Sistema Informatizado da Unidade Solicitante pelo próprio médico ou não, conforme característica da Unidade; o Sistema Informatizado da Unidade Produtiva recebe os dados do paciente, com os exames a serem realizados, on-line e em tempo real, acompanhados pela guia de solicitação preenchida pelo profissional assistente.

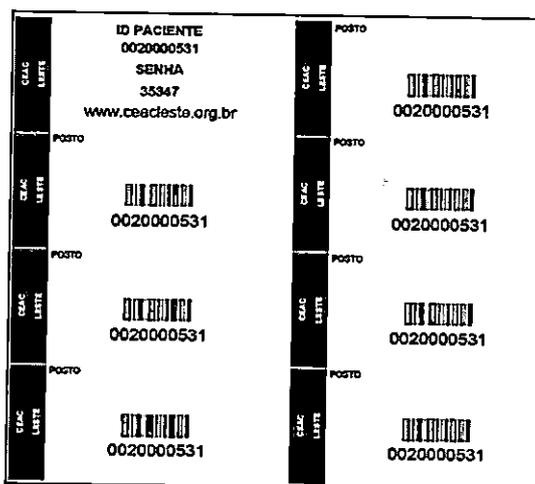
Conforme discorrido, estão à disposição das Unidades Solicitantes 04 (quatro) mecanismos de identificação da amostra, a saber:

1. Receber os tubos e pedidos identificados com as etiquetas próprias da Unidade Solicitante; no momento do recebimento, são geradas as etiquetas de execução, na Unidade Produtiva, com os dados do paciente e exames a serem realizados;
2. Nas situações em que o sistema da Unidade Solicitante está integrado com o sistema da Unidade Produtiva, após o cadastro, o CEAC Leste disponibiliza uma ferramenta denominada integrador instalado nas dependências dos clientes, para a impressão das etiquetas de execução, com os dados do paciente, a relação de exames a serem realizados e em qual tubo deve ocorrer a coleta, com toda parametrização de responsabilidade do Laboratório;
3. Nas situações em que o sistema da Unidade Solicitante gerar uma etiqueta própria, com os dados do paciente, a relação de exames a serem realizados e em que tubo se dará a coleta, a Unidade Produtiva dará prosseguimento à execução e andamento da realização dos exames, preservando-se as etiquetas geradas pela Unidade Solicitante;
4. Na impossibilidade de serem aplicadas as condições supra, são oferecidas, pela Unidade Produtiva, conjuntos de etiquetas pré-impresas, que são jogos de numerações pré-estabelecidas e únicas para a coleta dos materiais biológicos dos pacientes, evitando-se, assim, erros de identificação possíveis no método manual, proporcionando a segurança e a agilidade necessárias nas leituras dos códigos de barras; como podemos, a seguir, nestes conjuntos de etiquetas, há 01 (uma) que pode ser utilizada como protocolo para o paciente, que lhe permitirá, através do sítio eletrônico do CEAC da Zona Leste, de posse dos dados de identificação (ID) e senha, ter acesso a seus resultados de exames.





Etiquetas de execução: em cima, Unidade Produtiva; em baixo, Unidade Solicitante.



Conjunto de etiquetas pré-impresas fornecidas pela Unidade Produtiva à Unidade Solicitante

c. O Acondicionamento dos Materiais Biológicos para o Transporte

Após a coleta, as amostras biológicas são transportadas em caixas térmicas especialmente desenvolvidas para esta finalidade, com termômetro que registra as temperaturas atual, mínima e máxima, permitindo, tanto à Unidade Produtiva, como à Unidade Solicitante, o monitoramento da temperatura de conservação dos materiais biológicos, desde o momento de sua saída até a chegada ao local de processamento.

As caixas térmicas são fechadas com lacres numerados e acompanhadas de ficha de inspeção, que possibilita a completa rastreabilidade, durante o transporte. A ficha de inspeção tem campos para preenchimento do remetente e do destinatário, o que proporciona o cruzamento das informações.

Na hipótese de variação de temperatura durante o transporte dos materiais biológicos, são realizadas análises de recebimento, de acordo com o motivo gerador da causa, sendo todo o lote passível de rastreamento no sistema até a assinatura dos laudos com o alerta da variação. Isto permite a análise apurada dos resultados, para a verificação e eliminação da interferência pré-analítica.

Os materiais biológicos ambulatoriais que são provenientes das Unidades Produtivas albergadas nas Instituições Hospitalares com a Unidade Laboratorial própria do CEAC da Zona Leste, previamente à montagem das caixas térmicas, sofrem escaneamento, sendo a informação transmitida para a Unidade Sede, onde ocorrerá o processamento dos exames, proporcionando a visualização de que os materiais biológicos estão em transporte.

CONTROLE DE INSPEÇÃO E TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO											
UNIDADE REMETENTE											
Unidade Remetente:		Telefone contato:		Data:							
Material	(**) Temperatura da Caixa na saída da unidade	Horário de saída da caixa da unidade	Número do Lacre	Responsável pelo envio Nome legível							
ESPECÍMENES PARA DIAGNÓSTICOS											
(***) Campo não preenchido para materiais congelados.											
Tipo de Embalagem enviada		Material enviado; marcar com um X									
<input type="checkbox"/> Número da Caixa térmica () <input type="checkbox"/> Caixa grande () Caixa pequena <input type="checkbox"/> Quantidade de Gelo () <input type="checkbox"/> Envelope Quantidade: () <input type="checkbox"/> Suporte Qtda /modelo: () <input type="checkbox"/> Outros () Quantidade: ()		<table border="1"> <tr> <td>Sangue</td> <td>Urina</td> <td>Fezes</td> <td>Líquor</td> <td>Liq. Cervicário</td> <td>Congelado</td> <td>Outro</td> </tr> </table>			Sangue	Urina	Fezes	Líquor	Liq. Cervicário	Congelado	Outro
Sangue	Urina	Fezes	Líquor	Liq. Cervicário	Congelado	Outro					
<input checked="" type="checkbox"/> O Termômetro foi zerado antes da saída da caixa? <input type="checkbox"/> Sim () Não		Em caso de acidente contatar: *Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Leste Rua Juruatubaba, 360 - setor 09. Tel.: 3583.1877 *Transportadora Offshore/iver Rua Conselheiro Ribes, 142 Tel. 3648.6096									
Observação: _____											

(***) Campo não preenchido para materiais congelados

Unidade Destinatária: _____

Preenchimento pela Unidade Destinatária

Horário de chegada da caixa: _____

Temperatura de chegada: _____

Falha no recebimento do material: () sim () não. Qual? _____

Responsável pela inspeção e recebimento: _____ Assinatura do Motorista

Derrota da unidade remetente		(Verificar se as informações registradas pela unidade destinatária conferem com o material recebido)	Sim		Não	
Quantidade de sangue derivado			Quantidade de sangue derivado corretamente			
Quantidade de Gelo derivado		Quantidade de Gelo derivado corretamente				
		Quantidade de Lacre				
		Lacre das caixas adequadas				

Via remetente

Controle de inspeção e transporte de material biológico – Campo para o preenchimento pelo Remetente

CONTROLE DE INSPEÇÃO E TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO				
UNIDADE REMETENTE			UNIDADE DESTINATÁRIA	
Unidade Remetente:			Data:	
Caixa térmica nº:	Temperatura saída da unidade remetente:		Temperatura chegada da unidade destinatária:	
Horário de saída da caixa:	Horário de chegada da caixa:		FOLHA IDENTIFICADA FALHA NO RECEBIMENTO DO MATERIAL BIOLÓGICO - Descrição da falha	
Itens de inspeção (Verificar se as informações registradas pela unidade remetente conferem com o material recebido)			Sim	Não
Termômetro zerado				
Envelope				
Suporte				
Outros/Quantidade				
Conteúdo material proibido (sangue, urina, fezes, Lq. Cervicário, quinos)				
Lacre				
Tamanho da caixa (pequena/grande)				
Quantidade de Gelo				
Responsável pela inspeção e recebimento				
Lacre da caixa realizado por: _____			conferido por: _____	

Controle de inspeção e transporte de material biológico – Campo para o preenchimento pelo Destinatário

d. O Transporte do Material Biológico Propriamente Dito

O transporte do material biológico das Unidades Solicitantes e Unidades Produtivas para a Unidade Sede é realizado de segunda a sexta-feira, em horário comercial, por profissionais habilitados e treinados para as especificações dos produtos transportados, devidamente uniformizados e identificados por crachás, obedecendo a controles rígidos de segurança. Os horários e quantidade de carros destinados ao demandadores da rotina é estabelecido conforme característica de atendimento de cada unidade e através de formalização em planos de negócios previamente discutidos e aprovados.

Os veículos são utilitários e identificados de acordo com a legislação vigente.



Veículo utilizado no transporte dos materiais biológicos coletados nas Unidades Solicitantes e Unidades Produtivas

À chegada dos materiais biológicos, as fichas de inspeção são preenchidas e conferidas, dando seguimento nas rotinas estabelecidas o processamento dos exames; os profissionais do Setor de Triagem recebem as amostras de material biológico acompanhadas pelos pedidos médicos (Guias de SADT) e/ou a listagem dos materiais enviados pelas Unidades Produtivas e que já foram previamente recebidos nas Instituições Hospitalares.

Deve-se ressaltar que, nas Unidades Produtivas albergadas nas Instituições Hospitalares, o recebimento destes materiais também vem acompanhado dos respectivos pedidos médicos e seguem as mesmas diretrizes, quer os exames sejam processados localmente ou encaminhados para a Unidade Sede.

Preliminarmente ao processamento dos exames, foram estabelecidos critérios para a rejeição das amostras; as Unidades Solicitantes são informadas da necessidade da coleta, como medida necessária para a garantia da qualidade e confiabilidade dos laudos. O sistema laboratorial emite um e-mail automático em tempo real para os profissionais designados pela Unidade Solicitante com o real motivo da recusa.

Recebidos, triados e dentro dos critérios de qualidade estabelecidos, os materiais biológicos são escaneados, em sua totalidade, e encaminhados para os Setores de Análises, permitindo a sua rastreabilidade interna total: em qualquer etapa do processo, identificam-se localização do material, data, hora e profissional que processou a tarefa.

4.1.2. FASE ANALÍTICA

O CEAC da Zona Leste, em suas Unidades Produtivas (Sede e Satélites), possui equipamentos automatizados, com alta capacidade de produção de exames/hora; a título de esclarecimento, na Unidade Sede, a plataforma integrada de Bioquímica, Imunologia e Hormônios alta capacidade de processamento, proporcionando a execução de todos os exames em 01 (um) único tubo, eliminando o manuseio desnecessário e o risco de troca, proporcionando a diminuição do custo de coleta, em período médio de processamento de 2 dias úteis em total consonância com o contrato de gestão, com foco na qualidade das amostras e resultados.

Em suas Unidades de Anatomia Patológica, possui equipamentos e pessoal técnico especializado, com capacidade de diagnósticos de rotina cirúrgica, biópsias de congelação intraoperatória e exames complementares especializados, como Técnicas de Imunohistoquímica e Imunofluorescência.

Os Setores de Imunohistoquímica e Imunofluorescência contam com um vasto painel de Anticorpos, permitindo o diagnóstico de uma ampla gama de patologias, em especial os casos de maior complexidade.

Caso seja necessária a realização de exames pouco frequentes e/ou específicos, o CEAC da Zona Leste conta com o concurso de Laboratórios de Apoio Especializados.

Todos os setores de análises estão equipados com equipamentos de backup, o que possibilita a continuidade da prestação de serviços, em casos de avarias e/ou quebra de alguma máquina.

O processo analítico é iniciado com a manutenção diária em todos os equipamentos, conforme cronograma e obedecendo-se as especificações dos fabricantes e as normas de manutenção preventiva, consistindo em limpeza externa e interna, limpeza das tubulações, descontaminações, troca de soluções de lavagem e água reagente, preparando o equipamento para as próximas 24 (vinte e quatro) horas de operação. O controle deste processo é feito através de planilhas de manutenção, especificamente elaboradas para cada um dos equipamentos, discriminando as tarefas a ser realizar.

A periodicidade das manutenções preventivas é monitorada pela Equipe de Engenharia Clínica, com acompanhamento e inspeção dos profissionais técnicos do Laboratório, através de cronogramas pré-estabelecidos.

Igualmente, são monitoradas e realizadas as calibrações e aferições dos instrumentos utilizados para dosagem dos exames, como as balanças analíticas, os microscópios, as pipetas, entre outros.

Os Setores de Análises são climatizados, com temperaturas adequadas e indicadas pelos fabricantes dos equipamentos, havendo o monitoramento de suas medições.

Os reagentes são calibrados, caso necessitem de curva atualizada. Isto pode ocorrer em 03 (três) momentos distintos: na abertura de novo lote, após termino do período de estabilidade da curva e/ou nas necessidades acusadas nos resultados dos controles de qualidade interno e externo.

São realizadas avaliações diárias e constantes, através de controles de qualidade interno, em 03 (três) níveis e/ou conforme especificação do fabricante; diariamente, é feita a análise crítica dos resultados, alinhando-se às análises de tendência. A rotina somente é liberada, após a adequação em todos os níveis e analitos; caso algum exame não seja validado e seja necessária a intervenção da assessoria técnica e científica, esta rotina é migrada para outro equipamento, para que não seja descontinuada a entrega de resultados.

Mensalmente, o CEAC da Zona Leste participa dos ensaios de proficiência, denominados de controles externos, que nada mais são do que amostras "cegas" de resultados desconhecidos, dosadas e lançadas para análise, com benchmarking entre vários outros laboratórios participantes.

Quando os materiais biológicos chegam aos Setores Técnicos, são identificados, no Sistema Próprio da Unidade, data, hora e profissional que os recebeu, possibilitando a rastreabilidade e o monitoramento do tempo decorrido entre a recepção e a chegada das amostras nos Setores.

Os equipamentos são interfaceados através do sistema de gerenciamento de amostras, que envia a informação, para o software destas máquinas, dos exames a serem processados nestas amostras e sua identificação; depois de introduzidos os "racks" com as amostras biológicas, os equipamentos processam a leitura dos códigos de barras presentes nos tubos coletados, realizando a análise dos materiais, o que proporciona segurança e redução de erros.

Para o processamento de tecidos, por se tratar de rotina manual, o sistema proporciona a transferência do processo para o setor à seguir garantia tida rastreabilidade das amostras da entrada até o arquivamento das lâminas e blocos.

A liberação dos resultados é feita on-line e em tempo real; estando prontos, os profissionais dos Setores Técnicos e Médicos procedem às análises dos perfis dos pacientes, com o cruzamento de informações adicionais para a correta interpretação dos resultados, incluindo-se resultados de outros Setores e/ou resultados anteriores; ao final, liberam-se laudos dos exames, com a assinatura dos profissionais habilitados e responsáveis.

Nossos Médicos Patologistas participam de Ensaio de Proficiência. O PICQ - Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade é um instrumento de educação continuada utilizado na melhoria da qualidade em Anatomia Patológica. A participação é anual, exclusiva para médicos patologistas/anatomopatologistas e todos os participantes devem ser associados adimplentes da SBP.

Todos os protocolos e rotinas estão definidos, registrados e baseados nas legislações vigentes e nas Boas Práticas de Laboratório (BPL), o que torna o processo confiável e com qualidade.

Com a preocupação e foco no gerenciamento de risco, todos os processos são acompanhados por mecanismos que reforçam a sua segurança, a dos pacientes e colaboradores; por exemplo:

- Os resultados que são realizados artesanalmente, ou seja, com técnicas manuais, são digitados por profissional diferentes daqueles que liberarão o laudo final, tendo como objetiva eliminar o risco de erro de digitação; Incluindo a revisão de casos positivos de biópsia por dois profissionais médicos distintos.
- A água reagente utilizada na análise dos exames é monitorada com o acompanhamento dos resultados de resistividade, condutividade, temperatura, periodicidade de troca de filtros e desinfecção. Seguindo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 302, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e (CLSI) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI);
- Os reagentes utilizados na realização dos exames são registrados em planilhas de rastreabilidade, com a data de abertura, data de fechamento, data de validade e lote; caso seja notificada alguma não conformidade, podem-se rastrear os pacientes cujos exames foram realizados pelo(s) reagente(s) em questão, para que se possa tomar a ação necessária;
- Os exames de Baciloscopia, Cultura de Bacilo de BAAR (BK) e/ou quaisquer outros que produzam aerossóis são realizados em cabines de fluxo laminar, com portas de travamento; o profissional fica isolado de possível contaminação.
- Os processos que envolvam reagentes voláteis são realizados em capelas com exaustão ou com uso de máscaras especiais;
- Os materiais passam por conferência de número do caso e correspondência de fragmentos em cada fase do fluxo interno do Laboratório; nas patologias raras e de alta complexidade, conta-se com a possibilidade de opiniões de especialistas nas mais diversas áreas.

Os exames de citológicos e os exames anatomopatológicos têm os seus laudos disponibilizados online.

Para atendimento, o CEAC da Zona Leste conta com patologistas especializados nas áreas de Patologia e incluindo a subárea de Patologia, que trabalham em interação direta com as equipes clínico cirúrgicas da Instituição.



FASE PÓS ANALÍTICA

Na Fase Pós-Analítica, o modelo de gestão do CEAC da Zona Leste preconiza as atenções para a liberação de laudos dos exames e o canal de comunicação com as Unidades Solicitantes referenciadas da SES.

São estabelecidos consensualmente com os Corpos Assistenciais das Unidades Solicitantes, representados por seus Diretores Clínicos, os exames e as suas faixas de criticidade, por Setor Interno das Unidades Produtivas, de acordo com a característica populacional de atendimento de cada uma das Unidades Solicitantes (vide quadro). Os resultados de exames críticos e de alerta são imediatamente comunicados ao médico assistente solicitante e/ou Equipe de Enfermagem.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS
CEAC - Centro Estadual de Análises Clínicas Zona Leste

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

CEAC Hospital de Transplantes ALERTA / RESULTADOS QUE DEVEM SER COMUNICADOS IMEDIATAMENTE

HEMATOLOGIA E HEMOSTASIA	Nível de <u>Alerta</u>
Hemoglobina	< 5,0 g/dl ou > 22 g/dl
Leucócitos	< 900 / mm ³ , sendo paciente de primeira vez. > 50.000/ mm ³ em paciente novo
Esfregaço	Blastos em sangue periférico na 1ª vez
Plaquetas	< 5.000 /mm ³ ou < 20.000 / mm ³ em paciente novo >1.000.000 /mm ³
Reticulócitos	> 20 %
Tempo de Protrombina	<10% de atividade ou RNI>5,0
LIQUOR - Aspecto	Quando purulento pós análise
LIQUOR - Leucócitos	Quando Meningite bacteriana pós análise
LIQUOR - Látex	Positivo (+)

Ao se detectar resultados nestas faixas de criticidade, que são parametrizadas e alertadas pelo próprio sistema eliminando o risco de esquecimento da ocorrência, o profissional técnico do CEAC da Zona Leste (Biólogo e/ou Médico) entra em contato telefônico com a Unidade Solicitante e informa o resultado, obrigatório a solicitação de "Read Back" (repetir a mensagem dita, pedir a pessoa para repetir o que foi dito), registrando as ações tomadas e garantindo a rastreabilidade total da ação, diretamente no Sistema do Laboratório.

Na tela de alerta sistema sinaliza ao profissional o exame e o resultado que deverá ser comunicado e obriga os preenchimentos de todos os campos. Toda e qualquer ação tomada fica registrada e de fácil acesso ao Gestor por meio de relatórios.

The screenshot shows a web-based interface for a laboratory. At the top, there is a header with the text 'Registro de contato - Alerta de resultado' and a logo 'AR L.A.P.'. Below the header, a message states: 'O laudo que esta assinando apresentou os seguinte(s) alerta(s):'. To the right of this message is a field for 'Hora de detecção' with the value '15/02/2017 14:03'. The main content area displays a critical alert: 'GLUCEMIA - Parametro RESULTADO - Valor 630 > 500'. Below this, there are input fields for 'Como foi o contato?' (set to 'Demarcado'), 'Com quem falou?' (set to 'Enfermeiro'), and 'Data e hora' (set to '16/02/2017 14:15'). There is also a 'Comentário/Justif.' field containing the text 'Contato realizado com sucesso, paciente em uso de insulina'. At the bottom right, there are icons for printing, saving, and a plus sign.

Estabelece-se que os resultados críticos e de alerta devam ser comunicados imediatamente à detecção. Como esclarecimento, o tempo para a comunicação dos resultados críticos e de alerta é acompanhado por indicadores analisados, mensalmente, pelos gestores do CEAC da Zona Leste.

Caso não haja sucesso na comunicação telefônica o profissional deve imprimir o resultado e epístrofe e levar pessoalmente à unidade solicitando protocolando uma via com data, hora e quem recebeu e ao retornar ao Laboratório registra-se a ação na ocorrência de cadastro do paciente.

Conforme dito o Gestor monitora as ações e realiza mensalmente a análise crítica do indicador.

Além de todas estas ações o CEAC Leste, na garantia de comunicação de sucesso destes resultados, emite um correio eletrônico (e-mail) para uma equipe multidisciplinar, pré definida pela Diretoria Clínica da Unidade Solicitante, os dados do paciente e resultado em questão.

Do mesmo modo os resultados Positivos da Anatomia Patológica é sinalizado por e-mail a este grupo para tomada de ação imediata junto a assistência ao paciente.

Todos os resultados liberados são formatados com laudo que atendam às exigências da RDC 302, reunindo todas as informações necessárias: identificação completa do paciente, número de prontuário, idade, Unidade Solicitante, data e hora de entrada da amostra, data e hora da liberação do laudo, data e hora da emissão do laudo, valores de referência, metodologia aplicada no teste, unidade de medida, entre outras.

Os laudos podem ser disponibilizados e visualizados de várias maneiras e de acordo com as necessidades do solicitante:

- Através de usuário e senha individuais, constantes nas etiquetas pré-impressas e que podem ser entregues para o paciente, proporcionando-lhe a possibilidade de ter acesso aos resultados dos exames, através do sítio eletrônico do CEAC da Zona Leste (<http://www.ceacleste.org.br>); excetuam-se, obrigatoriamente, os resultados de exames de sorologias para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e para os Vírus das Hepatites, e para os Exames de Anatomopatologia, situações em que os laudos estarão disponibilizados nas Unidades Solicitantes de origem;
- Nas Unidades Solicitantes em que não estejam presentes Sistemas Informatizados próprios ou ainda não integrados com o Sistema Informatizado do CEAC da Zona Leste, são disponibilizados identificação de usuário (ID) e senha, que deverão ser individualizados, conforme estabelecido

pelos seus gestores, para cada um de seus profissionais assistentes; através do sítio eletrônico do CEAC da Zona Leste, pode-se aceder aos resultados dos exames dos pacientes por eles assistidos, quer seja para uma simples consulta, quer seja para a impressão dos laudos. Chamamos a atenção para o fato de que, ao serem individualizadas a identificação e a senha, pode-se rastrear o acesso aos laudos;

- Nas Unidades Solicitantes com Sistema Informatizado integrado ao Sistema Informatizado do CEAC da Zona Leste, ocorre a liberação dos resultados, de forma integrada, on-line e integrados, dentro do Sistema do Cliente referenciado pela SES.

Também inclusos na Fase Pós-Analítica estão a guarda e o descarte dos materiais biológicos provenientes das Unidades Solicitantes.

O CEAC da Zona Leste dispõe de 01 (uma) câmara fria para guarda das amostras em Soroteca; o tempo de guarda e as condições de armazenamento são monitorados por Sistema de Informatização específico, parametrizado de acordo com o tipo de material e o tempo de guarda estabelecido para cada amostra. As amostras de Sorologias Positivas são armazenadas por tempo indeterminado e ficam disponíveis para quaisquer contestações. Os blocos e lâminas da Anatomia Patológicas são arquivadas com prazo recomendados pela Sociedade Brasileira de Patologia.

Os resíduos infectantes que são gerados e desprezados pelo laboratório são submetidos a processos de autoclavagem e descontaminação, antes de serem encaminhados para incineração. Semelhantemente, os resíduos líquidos gerados e desprezados, passam por um processo prévio de tratamento, com ozônio, sendo monitorados por meio da análise de efluentes.

A preocupação ambiental aliada à obediência às normas sanitárias foi fator determinante para a escolha do sistema automatizado de tratamento dos efluentes (à base de ozônio), cujas características principais são a eliminação de riscos de saúde e segurança, ao meio ambiente, do manuseio, estocagem e uso de produtos químicos no tratamento da água, além de maior capacidade oxidante, desinfetante e desodorizante.

5. CONTROLE DE QUALIDADE ANALÍTICO

O objetivo da Qualidade Analítica é instruir os colaboradores quanto à abordagem do laboratório para a segurança da execução de um exame com qualidade e segurança do paciente. Um plano devidamente documentado e implementado, pode proporcionar uma garantia de que o laboratório atende a padrões definidos pelas boas práticas de qualidade analítica, está em conformidade com as normas legais (Regulamentos técnico da ANVISA - RDC302/2005) aplicáveis relacionados à qualidade e segurança do paciente e está envolvido em melhorias contínuas.

Os procedimentos de Controle de Qualidade Analítico abrangem registros de verificações e dados estatísticos. As execuções das ferramentas de gestão sempre tem como fundamento a aplicação do Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), ou seja, identificamos problemas, planejamos uma ação para resolver, executamos esta ação, verificamos os dados da ação e agimos sobre estes dados. Algumas vezes a ação leva ao planejamento de uma experiência melhor e repetimos o processo até que seja possível responder conclusivamente à questão de interesse.

Todas as informações da qualidade podem ser interpretadas, no campo de atuação do Laboratório Clínico, como sendo o estabelecimento de práticas para que os testes realizados auxiliem os clínicos na prática da excelência da medicina, para isso são estabelecidas ferramentas que possibilitam acompanhar o desempenho analítico e alertar os profissionais da ocorrência de intercorrências que possam comprometer a utilidade dos resultados dos exames dos pacientes para as finalidades médicas.

A qualidade analítica no CEAC-Leste pode ser separada em três vertentes:



1. Comparação intralaboratorial em microscopia – estas ferramentas são importantes no dia a dia laboratorial, na hematologia, na urinálise, na parasitologia e na microbiologia. Consideramos duas características nos colaboradores: a capacidade de detectar as estruturas, que trata da exatidão da leitura, e a reprodutibilidade entre os observadores, que trata da precisão dos valores observados.
2. Controle de Qualidade Interno (CQI) - Realizado por meio de análise diária de material de controle estável de valor conhecido, que são produzidos com essa finalidade, e a comparação dos resultados dessas análises com parâmetros de variação aceitável. Durante as dosagens os valores observados não precisam necessariamente ter o mesmo valor, porém os resultados devem ter valores próximos entre si, garantindo um bom nível de reprodutibilidade dia após dia, esta análise também é chamada de imprecisão do sistema analítico ou Erro Aleatório. A imprecisão pode ser medida pelo valor do Coeficiente de Variação (C.V.), que pode ser calculado pela fórmula $C.V. = D.P. (Desvio\ Padrão) / Média * 100$, todos os valores resultante das dosagens realizadas diariamente. O valor do C.V. é expresso em porcentagem e demonstra uma boa estimativa do desempenho analítico, quanto à variabilidade. Comparamos o C.V. entre as unidades para avaliar o desempenho de um analito entre os laboratórios. Além da análise do C.V., também podemos citar na avaliação das dosagens do CQI, o gráfico de Levey-Jennings que é genericamente um gráfico de controle onde os resultados das dosagens são plotados em função do tempo, ou a sequência das dosagens, através do desenho dos pontos no gráfico podemos identificar diferentes expressões importantes para assegurar a precisão do teste, tais como desvios, tendências e aleatoriedade. No gráfico de Levey-Jennings podemos aplicar as regras múltiplas do controle da qualidade (“Regras de Westgard”), essas regras usam alguns critérios de decisão para rastrear se uma dosagem está em controle, ou se fora de controle.
3. Avaliação Externa da Qualidade - é uma ferramenta de controle de qualidade analítico baseada na comparação de ensaios realizados por Laboratórios diferentes em materiais idênticos ou similares. Resumindo trata-se de uma forma de garantir e demonstrar a confiabilidade dos resultados gerados pelo Laboratório para clientes, organismos de Acreditação e Regulamentadores, que conduz o participante à melhoria contínua. A avaliação Externa da Qualidade é gerida por uma terceira parte (o provedor), nas unidades do CEAC-Leste, através destas análises podemos realizar um acompanhamento das tendências dos processos (Inexatidão / Erro Sistemático ou Viés), comumente relacionadas a características de linearidade, especificidade, sensibilidade, interferentes e calibração. O cálculo do viés é $([resultado\ do\ laboratório - valor\ esperado] \times 100 / valor\ esperado)$.

A análise crítica destas três vertentes são fundamentais para identificar oportunidades de melhorias nas comparações interlaboratoriais para traçar planos de treinamento focados nas intercorrências encontradas, na qualidade das medições para se obter valores menores nos erros aleatórios (reduzindo a imprecisão) e erros sistemáticos (Bias).

Resultados Alcançados

O intuito do CEAC-Leste é executar exame com o máximo de qualidade analítica. Pensando nesta afirmação estruturamos um setor, específico e dedicado, para gerenciar e implantar a qualidade das atividades técnicas nos Laboratórios Satélites.

Desde então a missão da qualidade analítica é de estruturar, padronizar e acompanhar a análise dos exames quanto à comparações interlaboratoriais, precisão (CQI) e exatidão (AEQ) através de ferramentas citadas em bibliografias, ao longo desses anos foram criadas planilhas e indicadores com acesso online através do Power BI que auxiliam no acompanhamento, controle e sua gerencia. As planilhas e indicadores implantados servem para acompanhar comparação intralaboratorial em microscopia, validação e controle diário de testes qualitativos e corantes, reprodutibilidade / repetibilidade e indicadores.



Na avaliação da precisão (CQI) quantitativa, o setor acompanha 41 (quarenta e um) equipamentos dos setores de Hematologia, Hemostasia, Bioquímica, Imunologia e Hormônios. Nestes equipamentos são assistidos 542 (quinhentos e quarenta e dois) testes, o que gera 1.533 (um mil quinhentos e trinta e três) passagens de controle diariamente, totalizando 40.973 (quarenta mil novecentos e setenta e três) por mês. Um dos indicadores da qualidade analítica é o acompanhamento do C.V. destes analitos citados acima, como exemplo da evolução pode-se citar os controles do setor de Bioquímica, onde ao iniciar o ano de 2017 alcançamos um índice inexpressível de analitos com C.V. titulada como "Mínima" baseando nos valores em tabelas de referência internacional (Variação Biológica – Ricos, Rilbank German, CLIA, RCPA - Australasian), o que demonstra e retrata um Sistema Analítico maduro e seguro. Através do histórico das Unidades Produtoras, identificamos que a precisão da maioria dos analitos apresentam valores de C.V. dentro do range classificado como "Ótimo", por esse motivo iniciamos 2017 com a implantação de uma tabela com valores próprios de referência, o que nos proporciona um range com uma variável mais justa, para todos os analitos assistidos, esse acompanhamento é essencial para a detecção de problemas que surgem durante o funcionamento rotineiro dos métodos laboratoriais.

Na análise da exatidão são acompanhados por meio de laboratório de proficiência externo aproximadamente 9.000 (nove mil) dosagens, deste total de dosagens, neste último ano, tivemos avaliação adequada em 98,67%. Todos os resultados avaliados como "Inadequados" pelo provedor são acompanhados através do registro de ocorrência, mantendo uma rastreabilidade da investigação das causas da intercorrência e análise do impacto ao paciente.

Implantamos a realização de validação de lote a lote de reagente, pois os reagentes podem apresentar diferença de desempenho de lote para lote. A validação de lote de reagente é realizada através da comparação dos resultados de dosagens de amostras de pacientes entre lotes, ou seja, dosamos no lote em uso que já está validado e com o novo lote de reagente, em seguida comparamos os resultados.

Novos Desafios em implantação e validação

Nos próximos anos o setor de qualidade analítica tem o projeto de manter e aprimorar cada vez mais todas as ferramentas já implantadas, ou seja, promover alguns brainstorming pensando sempre na melhoria continua do processo.

Referente ao controle de qualidade interno (CQI) o projeto é determinar uma Média e D.P. próprio para todos os analitos quantitativos. Atualmente utilizamos as especificações das bulas dos controles para acompanhar o desempenho dos nossos analitos, os gráficos de Levey-Jennings são analisados pelo setor de Qualidade analítica mensalmente e os colaboradores questionados quando se observa mudança de comportamento dos resultados. Através da determinação de média será mais ágil avaliar o desempenho do sistema analítico e seus desvios. Concomitante estamos implantando o interfaceamento de todos os resultados de controles internos dosados nos equipamentos, agilizando e facilitando a operacionalidade da ferramenta como um todo.

Aprofundaremos a avaliação do Erro Total dos analitos, que é o estudo onde verificamos a variação máxima aceitável em um determinado resultado laboratorial, gerada a partir dos cálculos de erros aleatórios e sistemáticos. Os limites de erro total determinam o quanto os resultados para amostras de pacientes devem se aproximar dos valores alvo ("designados") visando um desempenho aceitável clinicamente para esses ensaios laboratoriais.

Estudamos a aplicação da ferramenta quantitativa seis sigma que mede a qualidade contra as exigências em uma escala absoluta ou sigma, ou seja, sigma é uma metodologia que enriquece a qualidade através de melhorias contínuas dos processos levando em conta todos os parâmetros importantes da atividade. Trata-se de uma forma simples e prática de se medir o desempenho do sistema analítico e útil no planejamento e monitoramento do controle analítico. Quanto maior a



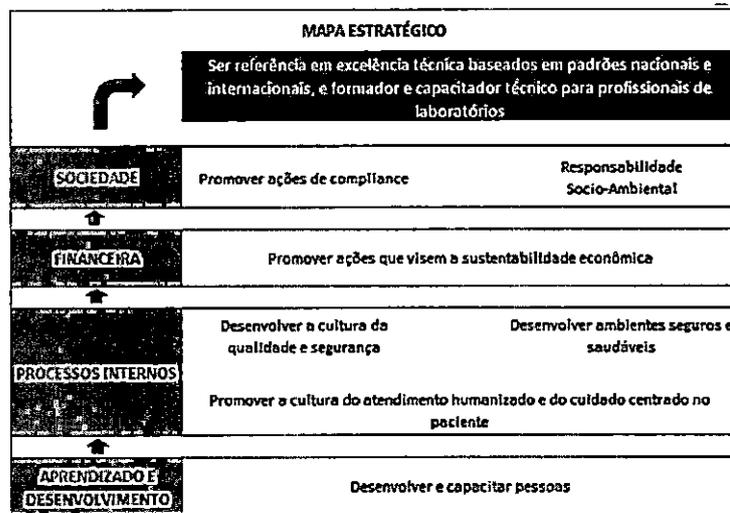
métrica-sigma maior a eficácia do processo e quanto menor mais o processo se desvia de sua meta (especificações da qualidade). Como definição, a métrica sigma liga o número de defeitos por milhões de oportunidades, em laboratório pode-se dizer que os defeito seriam o número de vezes que a dosagem foge das especificações, isto é, fora da variação máxima preconizada.

6. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A busca da excelência na prestação de serviços de saúde sempre esteve presente na SPDM. A Garantia da Qualidade tem por objetivo a prevenção de problemas por meio de atividades planejadas, documentadas e sistematizadas.

Ao assumir a Gestão do CEAC Zona Leste, a SPDM estruturou os serviços, implantou processos institucionais e definiu os fluxos de atendimento, seja sob os aspetos assistenciais, seja para prestação dos serviços de apoio técnico e administrativo. Baseado no modelo de gestão da SPDM, a equipe diretiva e de qualidade do CEAC Zona Leste monitora continuamente os indicadores de desempenho para avaliação dos resultados assistenciais, das metas institucionais e contratuais estabelecidas, bem como, os resultados financeiros da unidade.

Para a consolidação da missão e visão da instituição, foi elaborado o mapa estratégico:



CEAC Leste

Centro Estadual de Análises Clínicas – Zona Leste



Missão

Prestar serviços de Análises Clínicas e Anatomia Patológica com alto padrão de qualidade, segurança e confiabilidade, contribuindo para uma saúde pública digna, com responsabilidade socioambiental.

Visão

Ser referência em excelência técnica baseados em padrões nacionais e internacionais, e formador e capacitador técnico para profissionais de laboratórios.

Valores

- ✓ Ética;
- ✓ Compromisso socioambiental;
- ✓ Respeito solidariedade e cordialidade nas relações interpessoais.

Política do Sistema de Gestão Integrado

- ◆ Assegurar a melhoria contínua do desempenho de seus serviços na qualidade, saúde, segurança e meio ambiente;
- ◆ Atender as legislações aplicáveis, Instrumentos Internacionais e outros requisitos subscritos ao seu negócio e ao sistema de gestão integrado;
- ◆ Satisfazer as expectativas de seus usuários através do seu compromisso social em atender a todos, sem discriminação, buscando a sustentabilidade econômica, social e ambiental, com qualidade e atualização contínua de seus objetivos e metas;
- ◆ Aplicar práticas que visem a prevenção de impactos socioeconômicos adversos, lesões, doenças e prevenção da poluição nos seus processos e serviços;

Nesse contexto, é importante destacar Centro Estadual de Análises Clínicas – CEAC Zona Leste possui certificação de proficiência pela Controllab e PICQ (Sociedade Brasileira de Patologia)

O CEAC Zona Leste, também, possui a certificação ONA que tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental. As diretrizes de qualidade da ONA são pautadas nos critérios de segurança na assistência ao paciente, na avaliação da gestão integrada com processos ocorrendo de maneira fluida e a plena comunicação entre as atividades. A certificação ONA é baseada em três etapas:

- Nível I – Acreditado: Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.
- Nível II – Acreditado Pleno: Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.
- Nível III – Acreditado com Excelência: O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. A Instituição atende aos níveis 1 e 2, e deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Após ter implantado a Gestão da Qualidade na unidade e considerando possuir os processos e fluxos bem estabelecidos e já maduros, o CEAC Zona Leste primeiramente, a certificação do Nível I, momento que os auditores externos identificaram durante o processo de auditoria, que o Centro de Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste possuía os requisitos de

segurança do paciente e interação entre os processos, necessários para obter a acreditação em Nível II – Pleno, diretamente.

A Qualidade do CEAC Zona Leste busca um sistema eficaz que integra o desenvolvimento da qualidade, a manutenção da qualidade e os esforços de melhoria da qualidade entre os diferentes setores do laboratório.

Baseados nos princípios da Qualidade Total, temos como objetivos da Qualidade e Gestão do Risco:

- Produzir exames e liberar laudos que respondam concretamente às necessidades clínicas e de assistência aos médicos e pacientes;
- Praticar a sustentabilidade social, econômica e ambiental, eliminando desperdícios garantido a equidade no atendimento prestado;
- Identificar, notificar e tratar circunstâncias de risco, near miss e possíveis eventos adversos praticando o gerenciamento de riscos baseado no plano de segurança do paciente;
- Mensurar e dimensionar dados operacionais, transformando-os em informação para tomada de decisão pela Alta Direção do CEAC Zona Leste;
- Administrar o Laboratório movidos pelo modelo de gestão voltado à segurança e cuidado centrado do paciente;
- Reduzir o número de incidentes relacionados aos pacientes;
- Promover ações preventivas ao dano, baseados nas circunstâncias de riscos identificadas através do sistema de notificação e aprendizados, internos e externos;
- Aprender com o erro e difundir melhorias através da educação continuada, fortalecendo a cultura de segurança;
- Estimular a análise de falhas e erros decorrentes da prática assistencial focados na análise dos processos, identificando oportunidades de melhorias.

6.1. Práticas de Segurança no Laboratório

- Participação na definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e necessidades dos pacientes;
- Participação na definição de protocolos de linhas de cuidados relacionados aos serviços de oncologia secundária e terciária;
- Participação nos Núcleos de Segurança instituídos nas unidades clientes, tanto para atendimento hospitalar, quanto para atendimento ambulatorial;
- Adequação do pré-requisito jejum conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica;
- Interação diária com as CCIH/SCIH das unidades clientes;
- Campanhas permanentes de higienização das mãos;
- Qualificação e Acompanhamento de Fornecedores (Tecnovigilância);
- Qualificação e Monitoramento de serviços prestados por terceiros;
- Capacitação técnica e médica de forma contínua por participação em ensaios e proficiência;

Participação no núcleo de segurança do paciente das unidades hospitalares solicitantes do serviço prestado pelo CEAC Zona Leste. Dentre as ações adotadas, o CEAC Zona Leste contribui para seguintes metas:



- Identificação dos pacientes corretamente;
- Melhoraria da efetividade da comunicação entre os profissionais;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;

Como forma de assegurar o cumprimento dessas metas internacionais para a segurança do paciente, o Centro Estadual de Análises Clínicas define para contribuição do Programa Nacional de Segurança do Paciente das unidades hospitalares, os princípios implantados, são eles:

- Gerenciamento de Riscos;
- Gestão de Práticas de Segurança Operacional;
- Tecnovigilância;
- Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
- Biossegurança;
- Educação Permanente.

6.3 Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é considerado pela OSS/SPDM CEAC da Zona Leste como estratégico. O atendimento às necessidades das Unidades Solicitantes constitui a finalidade principal dos serviços prestados. Assim, o SAU é uma poderosa ferramenta de estreitamento da relação entre o CEAC da Zona Leste e as Unidades Solicitantes, sendo um canal de comunicação direta e eficaz, interagindo fortemente com o ambiente interno e externo da Instituição.

A maioria das estratégias adotadas pelo CEAC da Zona Leste para melhoria de seus serviços está baseada nos índices de satisfação apontados pelas Unidades Solicitantes.

O escopo de atuação do SAU do CEAC da Zona Leste está no suporte técnico às Unidades Solicitantes, no atendimento às reclamações, sugestões, solicitações e elogios.

Para garantia do acesso ao SAU estão disponibilizados os seguintes meios de comunicação:

- Correio eletrônico: sau@ceacleste.spdm.org.br;
- Linha telefônica e Fax: (11) 3968-7409.

O SAU do CEAC da Zona Leste está localizado em sua Unidade Sede, sendo composto por profissionais Biólogos e/ou Biomédicos capacitados para dar suporte técnico às Unidades Solicitantes, como: orientações sobre fluxos, preparos e metodologias para a realização de exames, informações sobre status dos exames, solicitações de antecipação de laudos e esclarecimentos de dúvidas, em geral.

- O horário de funcionamento do SAU é de segundas às sextas-feiras, das 07:00 às 18:00 horas.
- Sistema de Registro de Ocorrências do SAU: As Unidades solicitantes registra em sistema informatizado (REGLAB) as solicitações/orientações/reclamações.



6.3.1 Canal Médico

É formado por uma equipe médica que visa a interação entre as equipes e atendimento as principais necessidades dos médicos solicitantes. Por meio deste canal o médico, discute laudos com nossa equipe, receber informações sobre novas metodologias utilizadas em exames e sobre a adoção de novos valores de referência, entre outros assuntos.

6.4 Programa de Opinião Participativa

É um programa institucional que estimula os colaboradores a contribuir com experiências, conhecimentos, críticas e sugestões. As manifestações registradas pelos colaboradores são analisadas pela SPDM, direcionadas para Alta Direção da unidade, discutidas e seus resultados são reportados.

7. TEMPO DE DEVOUÇÃO DE LAUDO

Preliminarmente, o CEAC da Zona Leste cumprirá os tempos para a devolução de laudos de exames definidos na Resolução SS nº 08, de 08 de fevereiro de 2022, bem como encaminhará, mensalmente para a SES, a tabulação do indicador, conforme a minuta do Contrato de Gestão para Patologia Clínica e Anatomia Patológica/Citopatologia.

8. LABORATORIO DE APOIO

Em geral, os Laboratórios de Análises Clínicas e Anatomia Patológica recorrem a grandes centros especializados, quando a demanda unitária para cada procedimento tem seu número inferior ao necessário para a implantação da técnica e pagamento de recursos humanos para a operacionalização.

Esta prática é comum nos laboratórios, com a política de centralização e concentração dos exames raros, para viabilizar a sua execução e reduzir consideravelmente o custo.

Pelo perfil de exames encaminhados para o CEAC da Zona Leste, tem-se a projeção de demanda internalizada, ou seja nas Unidades Produtoras próprias, para a realização de exames, de aproximadamente 98,78 % sobre o total de exames; assim, o CEAC da Zona Leste, diagnóstico, até que a estruturação de setores tão específicos torne-se economicamente viável, recorre a Laboratórios de Apoio.

PARTE III

1. SERVIÇOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS E DE APOIO (FACILITIES)

A SPDM apresenta o modelo de gestão para as unidades de serviços Técnicos, Administrativos e de Apoio (*facilities*) para o Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste.

Diretrizes comuns a TODOS os serviços geridos pela SPDM e implantados no CEAC Zona Leste:

- Cumprir com a legislação vigente, estadual e municipal e em todos os âmbitos; civil, tributária e trabalhista cabíveis aos serviços;
- Cumprir com as Regulamentações da ANVISA;
- Assegurar o cumprimento do Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade;
- Cumprir as Políticas e Normas Institucionais;
- Garantir que todos os trabalhadores possuam qualificação e certificados, inclusive de conselhos de classe, exigida para o exercício de cada função;
- Promover a integração institucional do colaborador;
- Elaborar e apresentar o Manual de Operações de todos os setores;
- Implantar e monitorar indicadores de gestão (estrutura, processo, pessoas);
- Instituir orientações quanto ao cumprimento das normas de Segurança do Trabalho;
- Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- Desenvolver atividades de acordo com as Boas Práticas Ambientais e uso racional dos recursos naturais;
- Estabelecer Programa de Educação Continuada para capacitação técnica das equipes;
- Orientar as equipes quanto à obrigatoriedade do zelo ao patrimônio;
- Orientar as equipes para manutenção da ética e postura profissional, evitando comentários que possam denegrir a imagem institucional;
- Elaborar controles de verificação periódica e sistemática para o cumprimento das metas e das obrigações contratuais;
- Buscar a satisfação do cliente interno e externo, com base no respeito ao ser humano.

A. SERVIÇOS TÉCNICOS

Os Serviços Técnicos são os serviços que necessitam ser conduzidos por profissionais técnicos especializados, os quais comprometem-se com suas Responsabilidades Técnicas conforme Conselhos de Classe. Possuem relacionamento direto com as áreas assistenciais, sendo o apoio técnico para que a assistência aos pacientes possa ser prestada de maneira segura e com qualidade.

A.1. ENGENHARIA

A Engenharia compreende todas as atividades cujo resultado visa manter o adequado funcionamento dos equipamentos laboratoriais e estrutura física da Instituição. É uma área de extrema importância para operacionalidade de um Estabelecimento de Assistência à Saúde, frente à contínua evolução tecnológica, novos procedimentos para diagnósticos, novos equipamentos e técnicas destinadas à infraestrutura no sistema de saúde. As ações de Engenharia envolvem constantes medidas preventivas, corretivas e calibrações para evitar as falhas ou interrupções de



procedimentos. Em busca de índices de uso e conservação cada vez melhor, informando e treinando os usuários sobre o funcionamento dos equipamentos, sistemas e instalações. Essas medidas reduzem consideravelmente o número de chamadas indevidas, e conseqüentemente prolongam a vida de equipamentos, sistemas e instalações.

A Engenharia prevista é dividida em duas áreas técnicas: Engenharia de Manutenção e Engenharia Clínica.

As vantagens deste serviço são muitas, entre elas o aumento da produtividade e da receita/controla de custos da Unidade, dedicação total da instituição para sua atividade-fim:

- Melhoria das rotinas de trabalho e informações adequadas para processos de qualidade (Acreditações, Programa de Segurança do Paciente, Tecnovigilância – Responsabilidade Social).
- Outro benefício é auxiliar nas decisões sobre compra de equipamentos, baseando-se nos relatórios de produtividade e qualidade.

Visando colaborar com a garantia da qualidade da assistência prestada, Unidade de Engenharia propõe-se a inovar e aperfeiçoar as práticas de gestão de equipamentos médico-hospitalares, que compreende:

- Acompanhamento técnico da prestação de serviços de terceiros;
- Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- Gerenciamento da calibração, testes de segurança e desempenho de equipamentos;
- Gerenciamento da Central de Equipamentos;
- Gerenciamento da validação anual, inspeção mensal e anual das autoclaves;
- Gerenciamento de contratos;
- Gerenciamento de manutenção corretiva e preventiva;
- Otimização de Recursos;
- Padronização de normas, rotinas e procedimentos.
- Planejamento e controle de estoque de acessórios de equipamentos médicos.

A.2. SUPRIMENTOS

O almoxarifado é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, em que se desenvolvem atividades ligadas à aquisição, armazenamento, controle e distribuição de materiais de laboratório e médico-hospitalares, visando sempre à eficácia da terapêutica e racionalização dos custos.

Gestão de estoque. Tem como objetivo garantir um eficiente controle de estoque, evitando as faltas de materiais para o abastecimento dos setores. A gestão do almoxarifado, o Gerente de Almoxarifado é quem gerencia os materiais desde a solicitação de compra, recebimento, armazenamento e dispensação.

Pedido de Compra. Os pedidos de compra são realizados pelo Gerente de Almoxarifado conforme programação anual. As solicitações são feitas após análise de consumo e sazonalidade ou de acordo com a demanda.



Recebimento. O recebimento é feito através de nota fiscal, ordem de compra e espelho cego, os itens e quantidades devem estar de acordo com o solicitado e os valores de acordo com a ordem de compra.

Armazenamento. Com objetivo de evitar a perda de materiais por vencimento, o armazenamento dos materiais é feito conforme o sistema PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai). O local de armazenamento são identificados com etiquetas contendo a descrição do item e/ou código do sistema para facilitar a organização e dispensação..

Limpeza e higienização. Visando manter a qualidade e integridade dos materiais armazenados no almoxarifado, é realizado mensalmente a limpeza e higienização dos locais de armazenamentos destes insumos e do setor.

Monitoramento e controle de acesso. A unidade de Almoxarifado dispõe de sistema de segurança através do monitoramento por câmera e identificação das permissões de acesso nas portas.

Manual de operação. O manual de operações tendo como objetivo a padronização dos processos e orientação do colaborador em eventuais situações de dúvidas e contingências. Cada rotina é composta de: objetivos, campos de aplicação, definições, siglas e abreviaturas, responsabilidades, descrição das atividades dos responsáveis, fluxograma do serviço, plano de educação continuada, plano de contingência.

Educação Permanente. O objetivo é capacitar os colaboradores a fim de promover maior segurança nos processos e com isso proporcionar segurança ao paciente.

Na SPDM, de acordo com suas políticas institucionais, os processos de compras são consolidados entre todas as unidades sob sua gestão proporcionando o ganho de escala, maximizando os recursos públicos financeiros e resultados. A Unidade de Compras tem seu Regimento publicado em Diário Oficial, cujas diretrizes estão, evidentemente, pautadas nos princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia. Utilizamos o portal de compras Bionexo e o sistema tasy para elaboração do pedido de compras e ordem de compras do processo.

B. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

B.1.GESTÃO DE PESSOAS

A Unidade de Gestão de Pessoas tem a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir as normas e políticas de gestão de pessoas da SPDM, estando alinhada com as definições da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e às regulamentações dos serviços de saúde, bem como desenhar novos processos e canais de comunicação apropriados. Um dos fatores de sucesso para implantar um modelo de gestão de saúde de alta qualidade é construir um time capacitado e motivado.

Com o objetivo de acolher, integrar e desenvolver todos os colaboradores da Instituição, a SPDM propõe a estruturação de um modelo de gestão de pessoas baseado nas seguintes premissas:

- Selecionar os melhores profissionais, levando em consideração o conhecimento, as habilidades e atitudes;
- Proporcionar um ambiente de trabalho saudável e acolhedor;
- Construir um programa de desenvolvimento e capacitação contínua;



- Oferecer programas de treinamento e de bolsa de estudo;
- Promover a avaliação e orientação dos profissionais pelas lideranças e desenvolver o sistema de liderança;
- Promover a gestão de cargos e salários condizente aos parâmetros da prática do mercado de trabalho das instituições de saúde;
- Gerar oportunidade de crescimento e reconhecimento profissional e pessoal;
- Realizar, regularmente, pesquisa de clima organizacional;
- Implementar a cultura de assistência pública de saúde de alta qualidade e voltada para a segurança do paciente;
- Assegurar o cumprimento das normas legais trabalhistas, tributárias e previdenciárias e convencionais, visando segurança e transparência o recurso público gerido.

Estas premissas norteiam os trabalhos de todos os profissionais das Instituições e estão explicitadas na Política de Gestão de Pessoas para todos colaboradores.

É nesse sentido que a SPDM se propõe a realizar a gestão de seu capital humano, divulgando e capacitando, amplamente, no seu **Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade**, que objetiva levar ao conhecimento obrigatório dos colaboradores e terceiros prestadores de serviço os princípios de integridade adotado pela entidade, visando o cumprimento e preenchimento integral dos requisitos gerais da Lei Federal nº 12.846, sancionada em 1º de agosto de 2013, que dispõem sobre a responsabilidade administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, regulamentada pelo Decreto nº 8,420, de março de 2015, orientando as ações dos colaboradores no âmbito interno da entidade, explicitando a postura a ser adotada por tais profissionais face às atividades desenvolvidas.

A unidade de Gestão de Pessoas é dividida em: Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança do Trabalho, Recursos Humanos e Administração de Pessoal.

B.1.1. Medicina do Trabalho

A proposta de atuação da Medicina do Trabalho, prioriza o seu papel de coordenar as ações de saúde no âmbito dos colaboradores, desenvolvendo um conjunto de programas que, além de atender todas às exigências legais, se propõe a implementar inúmeras ações de promoção de saúde a partir do diagnóstico de saúde definido nos exames médicos realizados periodicamente.

O Serviço de Medicina do Trabalho executa atividades definidas legalmente nas Normas Regulamentadoras NR 07 (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO) e NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço da Saúde) que constam na Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR's (Normas Regulamentadoras) e outras legislações específicas pertinentes à área de saúde do trabalhador.

Anualmente realizamos Programas de Saúde que buscam melhorar as condições de trabalho e de saúde dos colaboradores transformando o trabalho em elemento de promoção de saúde, abaixo citamos alguns programas realizados:

- **Qualidade de Vida: Projeto Viver Bem**



Implantado o programa com o objetivo acompanhar os colaboradores após avaliação médica no controle de doenças como: pressão alta, diabetes, colesterol. Essa ação visa garantir a proteção dos colaboradores, bem como a sua qualidade de vida.

- **Campanha de Prevenção e Promoção de Saúde**

Alinhado ao trabalho de conscientização ativo, o CEAC Zona Leste inclui ações educativas e de promoção de saúde. Promovemos as principais ações de conscientização referentes a doenças que acometem a população:

- Combate a gripe A H1N1
- Campanha de Dia Mundial Sem Tabaco
- Programa de imunização contra a gripe
- Prevenção ao suicídio (Setembro amarelo),
- Campanha de Prevenção a Pressão Alta
- Campanha de Prevenção COVID-19
- Campanha de prevenção a diabetes
- Câncer de Mama (Outubro Rosa),
- Câncer de Próstata (Novembro Azul) e
- HIV/AIDS (Dezembro Vermelho)

Estas Campanhas estão sempre presentes no calendário anual de campanhas de prevenção da unidade. Todas as campanhas contam com a atuação da equipe do SESMT. São realizadas palestras para os colaboradores da unidade com distribuição de material explicativo, exposições, entre outros formatos de campanha.

B.1.2. Engenharia de Segurança do Trabalho

O dimensionamento da Equipe que compõem a Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho é prevista na Norma Regulamentadora NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança do Trabalho da Portaria N° 3214 de 8 de junho de 1978, baseada no grau de risco da atividade e no número de colaboradores da Instituição. O objetivo da Engenharia de Segurança do Trabalho é identificar, avaliar e controlar situações de risco, proporcionando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os colaboradores. Uma das principais ferramentas de identificação de riscos é o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, definido legalmente na Norma Regulamentadora NR 9, que constam na Portaria n° 3214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, além das demais NR's (Normas Regulamentadoras) e outras Legislações específicas pertinentes à área de saúde do Trabalhador.

A Engenharia de Segurança do Trabalho tem como objetivo, preservar a saúde e segurança dos colaboradores, visando salvaguardar sua integridade física e garantir condições adequadas de trabalho, para que estas não prejudiquem os mesmos e, conseqüentemente a assistência aos pacientes. Para isso, deve atuar junto com a Medicina do Trabalho na promoção e implementação de programas de qualidade de vida, a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.



B.1.3. Recursos Humanos

O departamento de Recursos Humanos é a área responsável por criar condições e ferramentas para que o colaborador se desenvolva e permaneça motivado, além de possuir um importante papel no clima da organização. Institucionalmente, a área é composta pelos Núcleos de Recrutamento e Seleção, Núcleo de Cargos e Salários, Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento e Núcleo de Ações Sociais. Para o gerenciamento dos processos, conta com um software de Gestão de Pessoas, integrado a Administração de Pessoal, Medicina e Segurança do Trabalho. Dentre a atuação sistêmica, merece destaque a busca permanente para o adequado dimensionamento e composição da força de trabalho instalada segundo critérios técnicos e legais; aprendizado compartilhado e desenvolvimento; busca de clima organizacional e apoio e benefícios.

B.1.3.1. Recrutamento e Seleção

O Núcleo de Recrutamento e Seleção tem o papel de identificar profissionais capacitados a desenvolver as atividades na organização conforme descrições de cargo e seus requisitos mínimos de contratação, utilizando modernas técnicas de seleção como, por exemplo, a entrevista e seleção por competência, que avalia não só o conhecimento e as habilidades, mas também as características comportamentais (atitudes) essenciais para desenvolver com a máxima eficiência as atividades descritas.

FORMAS DE CONTRATAÇÃO/PROCESSO SELETIVO:

As competências avaliadas no processo de seleção e informadas nas descrições de cargos estão associadas às competências organizacionais que são fundamentais para a estratégia da Instituição.

O processo de seleção passa por etapas eliminatórias e classificatórias, avaliando questões técnicas e comportamentais dos candidatos, conforme segue:

- Análise Curricular;
- Avaliação Técnica com a aplicação de provas;
- Avaliação Comportamental;
- Avaliação do Solicitante;
- Avaliação Clínica e Física.

O processo de Recrutamento e Seleção, sempre que possível, prevê a seleção interna, gerando oportunidades de crescimento e desenvolvimento na organização, tendo como premissa a transparência e impessoalidade. Importante ressaltar que as vagas disponíveis serão publicadas em de processo seletivo, ou jornais de circulação, site oficial da instituição e em órgãos como o PAT.

As contratações das equipes administrativas, técnica, enfermagem e equipe médica são feitas com contratos C.L.T.

B.1.3.2. Desenvolvimento e Capacitação

O Núcleo de Desenvolvimento e Capacitação normatiza as ações e centraliza as informações de treinamentos nas unidades. Além disso, apoia no desenvolvimento e realização de treinamentos técnicos e comportamentais de diversos temas e públicos-alvo de acordo com a necessidade de cada unidade, contribuindo para uma força de trabalho preparada e motivada. A Gestão de Pessoas tem como objeto a capacitação de todos os seus profissionais em treinamentos com foco na Segurança do Paciente, inclusive os colaboradores das áreas administrativas. Promove

pesquisa no ato do desligamento para avaliar os principais motivos que motivaram a saída do profissional e a percepção do colaborador do processo do desligamento. Tem, também, a premissa de promover o acolhimento do colaborador no ambiente de trabalho, com a realização da integração institucional no seu primeiro dia de trabalho, apresentando a Instituição, a Unidade, a cultura organizacional, os benefícios, os direitos e deveres do colaborador.

B.1.3.3. Administração de Pessoal

A Administração de Pessoal é a área responsável, sobretudo, por zelar pelo cumprimento das obrigações legais e acessórias que permeiam a relação entre empregado e empregador. Atualmente, é composta pelos Núcleos de Ponto, de Folha de Pagamentos, de Prevenção Processual e Auditoria de Processos e Salvaguarda de documentos. Tem atuação como executora de processos, ou seja, efetua os lançamentos nos sistemas de folha e cadastro de funcionários, desde que previamente aprovados pelos gestores competentes, dentro dos fluxos pré-estabelecidos, no cronograma anual previamente acordado e dentro dos preceitos legais vigentes.

B.1.3.4 Gestão de Ações Sociais

O CEAC Zona Leste promove e participa de várias ações sociais envolvendo colaboradores, tendo como princípio a solidariedade. Anualmente, o CEAC Zona Leste realiza uma campanha para arrecadação de agasalhos em prol da comunidade local, mobiliza todos seus colaboradores para arrecadação de roupas em bom estado para serem doadas aos que mais necessitam.

B.2.GESTÃO FINANCEIRA

Os serviços que compõem a Gestão Financeira são: **Contabilidade, Contratos, Custos, Tesouraria e Faturamento.**

Os principais objetivos das áreas compreendidas como gestão financeira, dentro de um projeto como um todo, além daqueles específicos à cada área, estão:

- Implantar um orçamento que consubstancie o planejamento estratégico do Laboratório, segundo uma metodologia que promova:
 - A qualidade dos gastos;
 - A correta aplicação dos recursos por projeto ou atividade, evitando cortes lineares do orçamento;
 - Um sistema de aferição de custos para fins de programação financeira, capaz de estabelecer uma correlação entre os investimentos e a despesa por ele gerada;
 - Alimentar um sistema de indicadores de desempenho;
 - Detectar falhas e inconsistências no sistema de apropriação contábil;
 - Apurar os determinantes dos sistemas de custos na administração das instituições públicas e sua utilização, quais sejam;

- A identificação de cada atividade e seu custo correspondente;
- A alocação dos custos a cada atividade;
- A identificação dos direcionamentos de custos.

A proposta financeira está definida nas Planilhas Obrigatórias SES P5 (Planilha Orçamentaria Financeira Anual) e P6 (Planilha Orçamentaria Financeira Mensal) ano 2022 e 2023, que constam ao final deste trabalho.

1. Contabilidade

A Contabilidade faz o registro metódico e ordenado dos negócios realizados e a verificação sistemática dos resultados obtidos. Responsável por identificar classificar e anotar as operações da entidade e de todos os fatos que de alguma forma afetam sua situação econômica, financeira e patrimonial.

2. Contratos

A área de Gestão de Contratos tem como objetivo a celeridade, o controle e a segurança nos processos de contratação de serviços, delimitando as formas de contratação por meio de padronização dos processos, de acordo com valores e diretrizes institucionais, garantindo que os serviços contratados atendam aos padrões de qualidade e quantidade fixada pela organização. A unidade deve ainda estruturar e executar negociações, em conjunto também com a área solicitante e / ou compras, financeira e diretoria.

3. Custos

A Contabilidade de Custos é um centro processador de informações que recebe dados monetários e não monetários, como estatísticas físicas, de produção e acumula-os de forma organizada, analisa e interpreta-os, produzindo informações de custos para os diversos níveis gerenciais, gerando informações para as necessidades de tomada de decisão de todos os níveis na organização, chefias, gerências e diretoria.

4. Tesouraria

A tesouraria planeja, analisa e controla a execução do orçamento de maneira sistemática as obrigações a pagar e os recebimentos provenientes do orçamento. Compete a tesouraria as seguintes atribuições:

- Acompanhar os repasses do orçamento feito pelo órgão competente;
- Executar os seguintes pagamentos: folha mensal dos colaboradores, fornecedores e serviços;
- Acompanhar as contas correntes do ambulatório para que os saldos sejam suficientes para os pagamentos;
- Manter o fluxo de caixa.



5. Faturamento

O Faturamento é o órgão responsável pelo envio dos exames realizados e validados para faturamento no sistema REGLAB. O CEAC Leste e as unidades solicitantes utilizam o Sistema REGLAB, disponibilizado pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, com o intuito de realizar o acompanhamento dos exames realizados pelo CEAC Zona Leste e requisitados pelas unidades solicitantes, bem como controlar e remunerar a operação realizada pelo CEAC Zona Leste conforme especificações contidas no Contrato de Gestão, criando mecanismos de segurança para garantir a confiabilidade dos dados.

Atividades realizadas pelo Faturamento:

- Triagem e escaneamento dos SADT's;
- Acompanhar diariamente a validação dos exames pelas unidades solicitantes;
- Analisar os motivos que geraram glosas dos exames;
- Realizar o fechamento mensal do faturamento;
- Analisar e recorrer possíveis glosas dos exames;
- Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para tratativa dos resultados.

B.3. PATRIMÔNIO

A Unidade de Patrimônio é responsável pelo controle, conservação e distribuição de bens, mantendo inter-relação com todas as áreas, bem como, por realizar o controle físico individualizado dos bens patrimoniais.

O planejamento e o controle do patrimônio envolvem ações do recebimento do bem na instituição e que se estendem até a saída do mesmo. Funções como a identificação dos bens e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja transparente, seguro e eficaz.

B.4. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) é responsável pela captação, armazenamento, tratamento e disseminação da informação, bem como garantir a segurança e a integridade das informações digitais. Têm sido utilizadas fortemente em organizações onde os recursos de informação e de conhecimento são de grande relevância para a tomada de decisões, como no caso do CEAC Zona Leste.

Os sistemas de informação permitem controlar toda a empresa, das áreas assistenciais às áreas administrativas, registrando e processando cada fato novo na engrenagem corporativa e distribuindo a informação de maneira clara e segura, em tempo real. Ao adotar uma TIC, o objetivo é melhorar os processos de negócios.

A informação passa a ser um recurso estratégico e pilar de sustentação para o laboratório. Ela pode gerar as condições necessárias ao alcance dos objetivos, o cumprimento da missão corporativa e subsidiar elementos básicos para melhoria da qualidade do atendimento. Neste sentido, a competência tecnológica influencia as estratégias da organização estruturando uma relação importante ao agregar valor às diversas práticas organizacionais.

Em todos os processos é seguido as melhores práticas do mercado, seguindo as normas estabelecidas para cada fim específico, servindo de guia para um melhor gerenciamento dos serviços prestados. Como boas práticas, podemos citar o ITIL, Cobit, Scrum, PMBOK e PMI.



Referente a normas internacionais e nacionais, são utilizadas algumas como EIA, TIA, NEC, ISO, ABNT, ANATEL, ANVISA, TIA que se referente a tecnologia.

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E MARCO CIVIL DA INTERNET: Visando a segurança das informações e as legislações vigentes quanto a privacidade das mesmas, são utilizados ferramentas como endpoint EDR, firewall, backups, baselines de segurança, segmentação de rede, criptografia, entre outros itens de segurança, bem como é exigido que todos os softwares utilizados estejam em compliance com estas leis, seguindo as melhores normas do mercado quanto a isso.

Serviços Sustentados

a. Rede de dados e voz: Seguindo as normas do mercado, toda a gestão da rede de dados e voz é feita pelo setor de tecnologia, visando sempre a melhoria de desempenho e disponibilidade deste serviço crucial para todos os serviços e TIC. É feito o monitoramento dos equipamentos e certificação de todos os pontos que compõem esta rede. Nesta rede ficam interligados os computadores, servidores, impressoras, telefones, entre outros equipamentos que possuem IP.

b. Infraestrutura: Utilizando uma infraestrutura híbrida, mantemos alguns serviços de sustentação em servidores dentro do data center local da unidade para a garantia dos serviços essenciais da rede. Em um data center externo, estão alocados os principais sistemas e backups onde possui um alto nível de segurança, disponibilidade e suporte 24 horas, seguindo todas as normas exigidas de um data center Tier III.

c. Link MPLS: Para os serviços de internet e comunicação com o data center, são utilizados links de comunicação MPLS, que garante o tráfego seguro das informações e a integridade da banda dele.

Recomendamos a utilização de dois links, sendo o primeiro utilizado como o principal e um segundo como redundância dos serviços.

d. Telefonia Fixa: É disponibilizado para cada setor um ramal interno para receber e realizar ligações telefônicas, estes ramais são controlados por um PABX único que realiza toda a gestão das ligações bem como bloqueios ou restrições se necessário. Recomendamos a utilização de dois links, sendo o primeiro utilizado como o principal e um segundo como redundância dos serviços.

e. Telefonia Móvel: São fornecidos para usuários e setores chaves, smartphones com plano de voz e dados para acionamentos em locais ou horários em que não possuem a telefonia fixa disponível.

f. ERP – Gestão Laboratorial: Um sistema de gestão laboratorial, tem como finalidade centralizar todas as informações clínicas dos pacientes em um único local, onde neste conste as informações dos exames, laudos, e demais documentos que fazem referência ao paciente para melhor controle, disponibilizando aos profissionais da saúde diversas informações para um melhor atendimento, bem como garantir também uma padronização no atendimento, além de métricas e indicadores para a gestão da unidade avaliar e tomar a melhor decisão. Neste sistema são utilizados certificado digital para os profissionais que assinam documentos e futuramente a digitalização dos documentos assinados pelos pacientes ou responsáveis, permitindo assim que todos os processos fiquem livres de papéis.

g. ERP – Gestão de Pessoas: Para a gestão dos colaboradores, é utilizado um ERP onde o setor de recursos humanos tem todo o controle de documentos, horários, cargos, salários, férias e demais itens. Neste software é possível a extração de diversos relatórios para uma melhor gestão. Bem como a disponibilização de um portal para o colaborador através do navegador ou aplicativo onde ele pode consultar seu banco de horas, férias, pagamentos e demais itens.



h. Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED): Com o prontuário eletrônico, a necessidade de possuir um prontuário físico foi revista devido ao grande volume que possui em uma unidade de saúde e ao espaço que ocupa. Pensando nisso e na preocupação de se ter estes documentos legíveis por um grande período, utilizamos um software de GED, para a digitalização destes prontuários para uma melhor gestão deles. Além disso, alguns documentos ainda são necessários a impressão para a coleta de alguma assinatura do paciente ou acompanhante, com este sistema também é possível digitalizar este tipo de documento e anexar ao prontuário eletrônico, centralizando todas as informações do paciente sem percas.

k. Softwares Administrativos: Aos colaboradores de maneira geral, são disponibilizados alguns softwares administrativos essenciais para o dia a dia como e-mail, pacote de ferramentas de edição de texto, apresentação e de cálculos.

C. SERVIÇOS DE APOIO (facilities)

Os serviços de apoio (*facilities*) são aqueles que suprem demandas internas e que não fazem parte do *core business* do negócio e diz respeito aos serviços de infraestrutura. De forma geral, eles estão ligados a tudo aquilo que vem para facilitar os processos do dia a dia da empresa sem, necessariamente, estar ligado à atividade-fim dela. Os serviços de *facilities* devem seguir as Normativas Legais pertinentes a cada um deles. Para o CEAC Zona Leste foram implantados os seguintes serviços de *facilities*:

- **HIGIENE:** O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde
- **TELEFONIA:** o Serviço é gerenciado pela TI. Este é um instrumento eficiente de trabalho, é um dos meios de comunicação mais rápidos e de extrema importância para as empresas reduzirem tempo, custos e solucionarem rapidamente a questão de comunicação.
- **TRANSPORTE:** Este serviço é terceirizado com empresa especializada.



PARTE IV

1. P5 – Orçamento Financeiro anual - 2022



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GRUPO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE APOIO**

**ANO:
ORÇAMENTO FINANCEIRO ANUAL**

Despesa / Custeio	Total 2022	Composição percentual
1. Pessoal	13.327.359,03	44,65%
- 1.1 - Ordenados	9.464.841,36	71,02%
- 1.2 - Encargos Sociais	1.019.897,37	7,65%
- 1.3 - Benefícios	721.527,30	5,41%
- 1.4 - Provisões (13º e férias)	2.121.093,00	15,92%
- 1.5 - Outros Gastos	0,00	0,00%
2. Serviços Contratados	4.750.560,27	15,92%
- 2.1. - Serviços de Assistenciais	4.750.560,27	100,00%
- 2.1.1 - Contratos c/ Pessoa Jurídica	4.750.560,27	100,00%
- 2.1.2 - Contratos c/ Pessoa Física	0,00	0,00%
- 2.1.3 - Contratos c/ Cooperativas	0,00	0,00%
- 2.2. - Serviços Administrativos	0,00	0,00%
3. Materiais	10.237.329,00	34,30%
- 3.1. - Medicamentos	49.715,55	0,49%
- 3.2 - Material de Consumo	10.177.137,99	99,41%
- 3.3 - Gêneros Alimentícios	10.475,46	0,10%
- 3.4 - Gases Medicinais	0,00	0,00%
- 3.5 - Fornecedor Órteses/Próteses/Outros	0,00	0,00%
4. Gerais	1.220.222,70	4,09%
5. Despesas Tributárias/Financelras	313.029,00	1,05%
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	29.848.500,00	100,00%

Despesa / Investimento	Total 2022	Composição percentual
7. Equipamentos	0,00	#DIV/0!
- 1.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 1.2 - Substituições	0,00	
8. Mobiliário	0,00	#DIV/0!
- 2.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 2.2 - Substituições	0,00	
9. Instalações Físicas	0,00	#DIV/0!
- 3.1 - Ampliações	0,00	
- 3.2 - Reformas/Reparos/Adaptações	0,00	
10. Veículos	0,00	#DIV/0!
- 4.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 4.2 - Substituições	0,00	
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTO	0,00	#DIV/0!

12. TOTAL ORÇAMENTO (item 6 + 11)	29.848.500,00
--	----------------------

Responsável pelo preenchimento:	Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Cargo:	Diretor Presidente da SPDM
Data:	14/03/2022

Ronaldo Ramos Laranjeira

[Handwritten signature]

2. P6 – Cronograma Orçamentário Financeiro Mensal - 2022



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GRUPO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE APOIO

CENTRO ESTADUAL DE ANÁLISES CLÍNICAS ZONA LESTE - CEAC LESTE

ANO: 2022
CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO MENSAL

Despesa/Custeio	mês												Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
1. Pessoal	0,00	0,00	0,00	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	13.327.386,03
- 1.1 - Ordenados				1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	1.031.649,04	9.484.641,30
- 1.2 - Encargos Sociais				113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	1.019.897,37
- 1.3 - Benefícios				80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	721.827,30
- 1.4 - Provisões (13º e férias)				235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	2.121.093,00
- 1.5 - Outros Gastos														0,00
2. Serviços Contratados	0,00	0,00	0,00	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	4.730.560,27
- 2.1 - Serviços de Assistência	0,00	0,00	0,00	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	4.730.560,27
- 2.1.1 - Contratos C/ Pessoa Jurídica				527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	0,00
- 2.1.2 - Contratos C/ Pessoa Física														0,00
- 2.1.3 - Contratos C/ Cooperativas														0,00
- 2.2 - Serviços Administrativos														0,00
3. Materiais	0,00	0,00	0,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	10.237.376,01
- 3.1 - Medicamentos				5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	49.719,53
- 3.2 - Material de Consumo				1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	10.177.137,99
- 3.3 - Gêneros Alimentícios				1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	10.476,48
- 3.4 - Gêneros Medicinais														0,00
- 3.5 - Fornecimento Órteses/Próteses/Outros														0,00
4. Geral				34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	323.029,00
5. Despesas Tributárias/Financeiras														0,00
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	0,00	0,00	0,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	28.848.500,00
7. Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 7.1 - Novas Aquisições														0,00
- 7.2 - Substituições														0,00
8. Mobiliário	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 8.1 - Novas Aquisições														0,00
- 8.2 - Substituições														0,00
9. Instalações Físicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 9.1 - Ampliações														0,00
- 9.2 - Reformas/Reparos/Adaptações														0,00
10. Veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 10.1 - Novas Aquisições														0,00
- 10.2 - Substituições														0,00
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12. TOTAL ORÇAMENTO (Itens 6 e 11)	0,00	0,00	0,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	3.182.500,00	28.848.500,00

Responsável pelo preenchimento:
Cargo: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM
Data: 14/03/2022

Ronaldo Ramos Laranjeira

B

3. P5 - Orçamento Financeiro Anual - 2023



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GRUPO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE APOIO

ANO:
ORÇAMENTO FINANCEIRO ANUAL

Despesa / Custeio	Total 2023	Composição percentual
1. Pessoal	17.769.812,04	44,65%
- 1.1 - Ordenados	12.619.788,48	71,02%
- 1.2 - Encargos Sociais	1.359.863,16	7,65%
- 1.3 - Benefícios	962.036,40	5,41%
- 1.4 - Provisões (13º e férias)	2.828.124,00	15,92%
- 1.5 - Outros Gastos	0,00	0,00%
2. Serviços Contratados	6.334.080,36	15,92%
- 2.1. - Serviços de Assistenciais	6.334.080,36	100,00%
- 2.1.1 - Contratos c/ Pessoa Jurídica	6.334.080,36	100,00%
- 2.1.2 - Contratos c/ Pessoa Física	0,00	0,00%
- 2.1.3 - Contratos c/ Cooperativas	0,00	0,00%
- 2.2. - Serviços Administrativos	0,00	0,00%
3. Materiais	13.649.772,00	34,30%
- 3.1. - Medicamentos	66.287,40	0,49%
- 3.2 - Material de Consumo	13.569.517,32	99,41%
- 3.3 - Gêneros Alimentícios	13.967,28	0,10%
- 3.4 - Gases Medicinais	0,00	0,00%
- 3.5 - Fornecimento Orteses/Próteses/Outros	0,00	0,00%
4. Gerais	1.626.963,60	4,09%
5. Despesas Tributárias/Financeiras	417.372,00	1,05%
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	39.798.000,00	100,00%

Despesa / Investimento	Total 2023	Composição percentual
7. Equipamentos	0,00	#DIV/0!
- 1.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 1.2 - Substituições	0,00	#DIV/0!
8. Mobiliário	0,00	
- 2.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 2.2 - Substituições	0,00	#DIV/0!
9. Instalações Físicas	0,00	
- 3.1 - Ampliações	0,00	
- 3.2 - Reformas/Reparos/Adaptações	0,00	#DIV/0!
10. Veículos	0,00	
- 4.1 - Novas Aquisições	0,00	
- 4.2 - Substituições	0,00	#DIV/0!
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTO	0,00	#DIV/0!

12. TOTAL ORÇAMENTO (Item 6.+ 11)	39.798.000,00
--	----------------------

Responsável pelo preenchimento:	Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Cargo:	Diretor Presidente da SPDM
Data:	14/03/2022

Ronaldo Ramos Laranjeira

[Handwritten signature]

4. P6 - Cronograma Orçamentário Financeiro Mensal - 2023



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GRUPO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE APOIO

CENTRO ESTADUAL DE ANÁLISES CLÍNICAS ZONA LESTE - CEAC LESTE

ANO: 2023
CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO MENSAL

Despesa/Custelo	mês												Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
1. Pessoal	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	1.480.817,67	17.769.812,04
- 1.1 - Ordenados	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	1.051.649,04	12.619.788,48
- 1.2 - Encargos Sociais	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	113.321,93	1.359.863,16
- 1.3 - Benefícios	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	80.169,70	962.036,40
- 1.4 - Provisões (13º e férias)	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	235.677,00	2.828.129,00
- 1.5 - Outros Gastos	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	6.324.080,36
2. Serviços Contratados	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	6.324.080,36
- 2.1 - Serviços de Assistência	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	6.324.080,36
- 2.1.1 - Contratos c/ Pessoa Jurídica	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	527.840,03	6.324.080,36
- 2.1.2 - Contratos c/ Pessoa Física													0,00
- 2.1.3 - Contratos c/ Cooperativas													0,00
- 2.2 - Serviços Administrativos	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	1.137.481,00	13.649.722,00
3. Material	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	66.282,40
- 3.1 - Medicamentos	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	5.523,95	66.282,40
- 3.2 - Material de Consumo	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	1.130.793,11	13.569.517,32
- 3.3 - Gêneros Alimentícios	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	1.163,94	13.947,20
- 3.4 - Gases Medicinais													0,00
- 3.5 - Fornecimento Órteses/Próteses/Outros													0,00
4. Gerais	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	138.580,30	1.626.563,60
5. Despesas Tributárias/Financeiras	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	34.781,00	417.272,00
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	39.788.000,00
Despesa/Investimento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 1.1 - Novas Aquisições													0,00
- 1.2 - Substituições													0,00
0. Mobiliário	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 2.1 - Novas Aquisições													0,00
- 2.2 - Substituições													0,00
D. Instalações Físicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 3.1 - Ampliações													0,00
- 3.2 - Reformas/Reparos/Adequações													0,00
10. Veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 4.1 - Novas Aquisições													0,00
- 4.2 - Substituições													0,00
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12. TOTAL ORÇAMENTO (Item 04 - 11)	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	3.316.500,00	39.788.000,00

Responsável pelo preenchimento: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranja
Cargo: Diretor Presidente da SPDM
Data: 14/03/2022

5. Quantidade Mensal Estimada de Exames

Forma de organização		CEAC LESTE									
		DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		AF - SANTA CRUZ		AME MARIA ZÉLIA		AME MOSI DAS CRUZES		AME IDOSO OESTE	
TABELA GRUPO 01		Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)				5.126	15.800,66	1.233	3.740,36	4.075	18.074,86	6.230	19.493,00
1	Exames Bioquímicos			1.253	4.942,85	190	850,41	492	1.929,01	617	2.319,92
2	Exames Hematológicos e Hemostasia			921	14.644,48	276	3.958,13	506	6.725,93	924	12.603,00
3	Exames Sorológicos e Imunológicos			103	167,00	4	7,00	28	45,37	78	125,58
4	Exames Coprológicos			153	652,45	54	195,43	280	1.232,01	146	640,94
5	Exames de Uroanálise			873	8.984,58	251	2.555,52	470	5.094,91	861	8.610,00
6	Exames Hormonais			1	10,01	0	0,00	1	24,19	1	4,56
7	Exames Toxicológicos e de Monitorização Terapêutica			115	407,97	0	0,00	0	0,00	1	7,56
8	Exames Microbiológicos			72	132,31	1	1,50	13	25,09	58	106,72
9	Exames em Outros Líquidos Biológicos			2	255,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10	Exames de Genética			0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,34
11	Exames para Triagem Neonatal			2	2,31	1	0,85	1	1,04	1	1,34
12	Exames Imunohematológicos			0	0,00	2.010	11.309,20	5.866	33.151,41	8.917	43.912,62
Subtotal		0	0,00	8.621	45.999,89	2.010	11.309,20	5.866	33.151,41	8.917	43.912,62
Forma de organização		Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
TABELA GRUPO 02		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	884	53.865,19	570	25.671,56	195	7.878,92	349	15.356,00
2	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
811	Colpocitologia Oncótica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20301	Exames citopatológicos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20302	Exames anatomopatológicos	0	0,00	884	53.865,19	570	25.671,56	195	7.878,92	349	15.356,00
Subtotal		0	0,00	884	53.865,19	570	25.671,56	195	7.878,92	349	15.356,00
Forma de organização		Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
TABELA GRUPO 03		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)				12	35,41	4	26,75	4	11,96	124	167,40
301	Bioquímica			0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
303	Coprológia			1	24,81	7	187,11	1	3,29	187	561,00
304	Hematologia			8	87,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00
305	Endocrinologia Laboratorial			170	1.742,04	38	762,85	5	91,14	373	6.714,00
306	Imunologia			0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
309	Líquidos (Cefaloroqueano/Liquor, Seminal, Amniótico, Sinovial e outros)			0	0,00	13	74,23	0	0,00	0	0,00
310	Microbiologia			2	13,35	0	0,00	1	4,87	1	9,00
311	Urinálise			2	13,82	0	0,00	0	0,00	1	7,56
312	Diversos			1	9,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
313	Toxicologia/Monitorização Terapêutica			4	511,64	0	0,00	1	48,17	0	0,00
314	Biologia Molecular			1	48,17	0	0,00	1	48,17	0	0,00
600	Anatomia Patológica e Citopatologia			71	721,11	110	1.257,01	140	667,77	48	240,00
712	Radioimunoensaio (IN VITRO)			271	3.206,53	172	2.307,95	153	837,91	734	7.698,96
Subtotal		0	0,00	9.776	103.071,61	2.752	39.288,71	6.214	41.868,24	10.000	66.967,58
TOTAL GERAL		0	0,00	9.776	103.071,61	2.752	39.288,71	6.214	41.868,24	10.000	66.967,58

Forma de organização		CEAC LESTE									
		DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		AME TABOAO DA SERRA		AME VILA MARIA P.		CAPS ITAPEVA		LUZIA PINHO MELO	
TABELA GRUPO 01		Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)		3.346	11.707,84	2.809	11.069,03	229	829,35	41.535	135.747,22	4.809	17.386,81
1	Exames Bioquímicos	648	2.650,88	381	1.480,50	52	213,80	13.740	54.466,43	2.117	8.643,23
2	Exames Hematológicos e Hemostasia	784	11.106,22	622	8.210,47	67	940,35	5.810	73.175,34	676	7.251,92
3	Exames Sorológicos e Imunológicos	14	22,10	0	0,00	0	0,00	15	46,86	17	27,22
4	Exames Coprológicos	195	696,19	52	189,36	10	34,46	1.366	5.253,43	136	504,61
5	Exames de Uroanálise	716	8.613,22	481	4.778,23	29	289,14	1.827	24.942,04	215	2.251,78
6	Exames Hormonais										0,00
7	Exames Toxicológicos e de Monitorização Terapêutica	2	15,37	99	938,12	4	45,34	30	414,45	0	0,00
8	Exames Microbiológicos	21	87,01	1	6,19	0	0,00	1.214	8.645,42	376	2.351,02
9	Exames em Outros Líquidos Biológicos	46	112,17	10	17,56	0	0,00	90	207,13	5	9,09
10	Exames de Genética	2	241,09	0	0,00	0	0,00	4	574,36	0	0,00
11	Exames para Triagem Neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12	Exames Imunohematológicos	1	1,10	0	0,00	1	0,24	0	0,00	0	0,00
Subtotal		5.775	35.253,19	4.455	26.689,46	392	2.352,70	65.631	304.472,68	8.351	38.425,62

Forma de organização	TABELA GRUPO 02	Nº		Valor		Nº		Valor		Nº		Valor	
		exames	total (R\$)										
UBGRUPO)													
1	Anatomia Patológica e Citopatologia	454	21.281,58	0	0,00	0	0,00	3.355	167.382,40	92	3.309,52		
2	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
811	Colpocitologia Oncótica												
20301	Exames citopatológicos												
20302	Exames anatomopatológicos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Subtotal	454	21.281,58	0	0,00	0	0,00	3.355	167.382,40	92	3.309,52		
Forma de organização	TABELA GRUPO 03	Nº		Valor		Nº		Valor		Nº		Valor	
UBGRUPO)		exames	total (R\$)										
301	Bioquímica	3	13,87	20	41,43	5	7,38	334	3.222,95	16	175,00		
303	Coprologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
304	Hematologia	5	46,04	0	0,00	0	0,00	105	2.788,00	40	1.160,91		
305	Endocrinologia laboratorial	7	56,31	0	0,00	0	0,00	39	136,68	1	8,46		
306	Imunologia	71	1.172,11	7	143,80	0	0,00	52	898,02	7	144,19		
309	Líquidos (Cefaloraqueano/Liquor, Seminal, Amniótico, Sinovial e outros)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	70	564,69	0	0,00		
310	Microbiologia	71	393,75	25	138,26	5	28,25	529	3.335,51	128	824,31		
311	Urinálise	1	7,29	0	0,00	0	0,00	9	29,42	0	0,00		
312	Diversos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	24,25	0	0,00		
313	Toxicologia/Monitorização Terapêutica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	12,10	0	0,00		
314	Biologia Molecular	3	349,17	0	0,00	0	0,00	28	3.590,06	0	0,00		
600	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	81	3.955,22	0	0,00		
712	Radioimunoensaio (IN VITRO)	57	685,56	14	135,26	1	6,48	314	3.733,05	14	173,18		
	Subtotal	218	2.724,00	66	456,77	11	42,11	1.579	22.299,95	206	2.636,05		
	TOTAL GERAL	6.447	59.259,37	4.521	27.146,23	403	2.394,81	70.565	494.153,03	6.649	44.221,19		

CEAC LESTE													
Forma de organização	TABELA GRUPO 01	HOSP DOS TRANSPLANTES		DIADEMA		FERRAZ VASCONCELOS		PADRE BENTO					
		Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor		
UBGRUPO)		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)		
1	Exames Bioquímicos	35.565	112.505,25	16.935	51.817,38	26.544	81.788,96	5.350	16.515,50				
2	Exames Hematológicos e Hemostasia	6.698	29.060,43	4.858	18.519,14	5.884	23.493,06	1.000	3.992,95				
3	Exames Sorológicos e Imunológicos	5.185	72.870,86	3.541	36.259,31	3.894	41.765,08	1.000	10.724,74				
4	Exames Coprológicos	23	61,48	15	25,09	43	71,66	27	44,90				
5	Exames de Uroanálise	1.352	4.731,93	572	1.868,60	1.730	6.406,72	234	866,71				
6	Exames Hormonais	3.045	37.591,55	566	6.657,82	1.314	15.623,63	300	3.567,53				
7	Exames Toxicológicos e de Monitorização Terapêutica	72	2.972,62	14	142,65	3	10,77	1	4,23				
8	Exames Microbiológicos	723	5.297,17	594	4.205,14	484	3.562,31	33	242,75				
9	Exames em Outros Líquidos Biológicos	101	185,84	70	128,59	45	88,63	23	44,94				
10	Exames de Genética	0	0,00	2	255,27	1	99,27	0	0,00				
11	Exames para Triagem Neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
12	Exames Imunohematológicos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	31,14				
	Subtotal	52.764	265.277,13	27.187	119.878,99	39.942	172.910,09	7.981	36.035,39				
Forma de organização	TABELA GRUPO 02	Nº		Valor		Nº		Valor		Nº		Valor	
UBGRUPO)		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
1	Anatomia Patológica e Citopatologia	3.762	190.529,58	929	47.446,33	472	17.554,45	0	0,00	212	7.882,16		
2	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
811	Colpocitologia Oncótica												
20301	Exames citopatológicos												
20302	Exames anatomopatológicos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Subtotal	3.762	190.529,58	929	47.446,33	472	17.554,45	212	7.882,16				
Forma de organização	TABELA GRUPO 03	Nº		Valor		Nº		Valor		Nº		Valor	
UBGRUPO)		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
301	Bioquímica	273	2.731,82	154	1.595,55	593	6.251,79	10	103,55				
303	Coprologia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
304	Hematologia	112	2.239,26	32	835,04	188	5.354,01	85	2.237,15				
305	Endocrinologia laboratorial	101	678,61	58	196,26	75	299,35	1	3,38				
306	Imunologia	183	3.189,32	21	424,03	74	1.400,97	61	1.258,95				
309	Líquidos (Cefaloraqueano/Liquor, Seminal, Amniótico)	14	91,54	91	498,38	14	106,38	9	49,39				
310	Microbiologia	971	5.628,67	445	2.674,15	277	1.678,62	1	6,00				
311	Urinálise	9	67,82	1	3,76	1	5,34	0	0,00				
312	Diversos	9	13,45	2	3,08	0	0,00	1	1,54				
313	Toxicologia/Monitorização Terapêutica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	81,72				
314	Biologia Molecular	115	15.615,89	9	930,36	8	802,53	28	2.809,33				
600	Anatomia Patológica e Citopatologia	106	4.351,05	6	244,27	2	89,45	0	0,00				
712	Radioimunoensaio (IN VITRO)	353	4.089,74	101	1.043,14	103	1.307,77	69	710,72				
	Subtotal	2.246	38.687,17	920	8.448,02	1.335	17.296,21	266	7.261,73				
	TOTAL GERAL	58.772	494.503,88	29.036	175.773,34	41.749	207.760,75	8.459	51.179,28				

CEAC LESTE											
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		PIRAUSSARA		AME BOURROUL		HOSP GERAL GUARULHOS		IDADE RECOMEÇO HÉLVE		TOTAL	
Forma de organização	TABELA GRUPO 01	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)											
1	Exames Bioquímicos	128.940	401.078,23	6.649	28.163,77	26.229	81.466,97	42	93,05	315.656	1.008.278,25
2	Exames Hematológicos e Hemostasia	25.516	103.885,00	1.722	9.627,23	7.713	30.280,74	8	33,51	72.889	296.388,09
3	Exames Sorológicos e Imunológicos	25.869	296.897,01	755	23.391,73	3.841	33.664,79	26	423,62	54.697	654.612,99
4	Exames Coprológicos	1.582	2.550,36	9	28,69	11	21,05	1	1,46	1.970	3.245,82
5	Exames de Urônálise	11.932	44.123,42	428	2.452,79	760	2.737,45	1	4,27	19.401	72.590,77
6	Exames Hormonais	15.516	155.047,68	646	12.366,73	231	2.438,12	3	25,46	27.364	299.437,94
7	Exames Toxicológicos e de Monitorização Terapêutica	43	193,48	10	178,02	5	125,64	0	0,00	286	5.079,45
8	Exames Microbiológicos	1.892	12.202,44	16	2.824,69	623	4.753,33	0	0,00	6.093	44.593,00
9	Exames em Outros Líquidos Biológicos	548	1.058,29	21	94,09	51	94,09	0	0,00	1.154	2.305,99
10	Exames de Genética	1	212,73	1	78,00	2	368,73	0	0,00	15	2.084,72
11	Exames para Triagem Neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12	Exames Imunohematológicos	654	877,67	4	8,12	0	0,00	0	0,00	668	923,81
	Subtotal	212.493	1.018.126,31	10.261	79.213,86	39.466	155.950,92	81	581,37	500.193	2.389.540,83
Forma de organização	TABELA GRUPO 02	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)											
1	Anatomia Patológica e Citopatologia	1.368	60.751,28	32	1.210,88	900	44.268,79	0	0,00	11.364	553.734,81
2	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	600	22.704,00	0	0,00	0	0,00	2.810	133.357,83
811	Colpocitologia Oncótica										0,00
20301	Exames citopatológicos										0,00
20302	Exames anatomopatológicos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Subtotal	1.368	60.751,28	632	23.914,88	900	44.268,79	0	0,00	14.174	687.092,64
Forma de organização	TABELA GRUPO 03	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor	Nº	Valor
		exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)	exames	total (R\$)
UBGRUPO)											
301	Bioquímica	1.171	11.100,15	224	922,88	489	4.703,74	0	0,00	3.436	31.111,63
303	Coprológica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
304	Hematologia	1.185	31.995,92	9	185,85	400	11.753,55	0	0,00	2.357	59.371,94
305	Endocrinologia laboratorial	334	1.083,37	2	37,50	91	285,58	1	0,29	718	2.873,96
306	Imunologia	710	14.351,28	27	425,27	1	19,56	0	0,00	1.800	32.735,53
309	Líquidos (Cefaloraqueano/Liquor, Seminal, Aminió)	121	716,83	5	1.925,00	77	488,50	0	0,00	401	4.440,71
310	Microbiologia	4.203	23.079,28	0	0,00	336	2.165,87	1	11,66	7.005	40.038,58
311	Urinalise	2	13,96	4	29,32	1	3,50	0	0,00	31	188,14
312	Diversos	2	2,38	0	0,00	1	2,24	0	0,00	33	60,76
313	Toxicologia/Monitorização Terapêutica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	110,38
314	Biologia Molecular	14	1.470,93	2	394,67	2	20,13	0	0,00	214	26.415,42
600	Anatomia Patológica e Citopatologia	0	0,00	1	81,29	1	37,84	0	0,00	199	8.865,46
712	Radiolunioensaio (IN VITRO)	1.273	13.529,75	123	1.147,59	358	4.205,81	0	0,00	3.149	33.653,94
	Subtotal	9.015	97.343,85	397	5.059,37	1.757	23.687,32	2	11,95	19.348	239.856,45
	TOTAL GERAL	222.876	1.176.221,44	11.290	108.188,11	42.123	223.907,03	83	593,32	533.715	3.316.500
						R\$ 533.715					
						VALOR FINANCEIRO TOTAL ESTIMADO MÊS		R\$ 3.316.500			

Dr. Francisco Carlos T. Alves
CRM 50852
Diretor Técnico