



Pós - Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

**PERSPECTIVAS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS
DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Aluno: Alexandre Magno Moraes Duarte

SANTA MARIA-RS
2014

ALEXANDRE MAGNO MORAES DUARTE

**PERSPECTIVAS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS
DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização
apresentado no curso de Pós-Graduação em Gestão
de Organização Pública em Saúde, na
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.
Orientador: Prof. Psi. Msc. Francisco Ritter

SANTA MARIA-RS
2014

ALEXANDRE MAGNO MORAES DUARTE

**PERSPECTIVAS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS
DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Pós-Graduação aprovado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, pela comissão formada pelos professores:

Orientador: Prof. Psi. Msc. Francisco Ritter

Banca: Prof^a. Msc. Neida Luiza Kaspariy Pellenz
Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, 22 de agosto de 2014.

Perspectivas na gestão dos serviços laboratoriais do Sistema Único de Saúde

Alexandre Magno Moraes Duarte*

Resumo: Objetivo: Verificar a atual situação dos serviços de análises clínicas prestados ao SUS (Sistema Único de Saúde) e das perspectivas para uma melhor gestão destes serviços. **Método:** Revisão bibliográfica conduzida por meio de busca nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, envolvendo os termos: “Gestão em Laboratórios de Análises Clínicas” e “Gestão em Laboratórios de Patologia Clínica”, no período compreendido entre 1997 e setembro de 2012. **Resultados e Discussões:** os resultados alcançados dependem diretamente da avaliação por sistemas de indicadores que na saúde pública brasileira são extremamente escassos com reflexos na terceirização dos serviços de análises clínicas do SUS. **Conclusões:** a contínua atualização e a contribuição dos profissionais da rede envolvida nos processos de apoio diagnóstico, é de fundamental importância para a construção conjunta de um serviço laboratorial de melhor qualidade. **Descritores:** Análises Clínicas; Gestão; Diagnóstico; Custos.

Prospects on management services laboratory of Unique Health System

Abstract: Objective: Check up the current situation of the clinical analysis services given to SUS (Unique Health System) and of the perspectives for a better managing of these services. **Methods:** Bibliographic review done through the research in the data basis of Scientific Electronic Library Online (SciELO), and the Virtual Library of the Health Ministry, involving the terms: "management in clinical analysis laboratories" and "management in clinical pathology laboratories", the period between 1997 and September 2012. **Results and discussions:** achievements depend directly on the evaluation of indicators in the Brazilian public health are extremely scarce reflected in outsourcing of clinical analysis of SUS systems.

* Bacharel em Biomedicina. E-mail: alexandremagnobiomedicina@gmail.com
Trabalho de Pós-Graduação aprovado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sob orientação do Prof. Psi. Msc. Francisco Ritter. Santa Maria, 2014.

Considerations: the ongoing atualization and the contribution of professionals of this area, involved in the processes of diagnosis support, is of fundamental importance to the construction of better quality laboratorial services.

Descriptors: Clinical Analysis, Management, Diagnosis, Costs

* Bacharel em Biomedicina. E-mail: alexandremagnobiomedicina@gmail.com
Trabalho de Pós-Graduação aprovado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sob orientação do Prof. Psi. Msc. Francisco Ritter. Santa Maria, 2014.

Introdução

No atual contexto mundial, a “Globalização” associada ao crescimento tecnológico e científico exigem métodos cada vez mais eficazes consubstanciados em pesquisas clínicas, farmacológicas, químicas e em tecnologias farmacêuticas. Assim, serviços de saúde essenciais, causadores de impactos na saúde populacional, estão sofrendo intervenções estatais com mais frequência.¹⁻²

Os serviços de apoio diagnóstico em geral, incluindo as análises clínicas ganham cada vez mais espaço como ramo econômico e tecnológico na área de inovação em saúde. As políticas públicas em saúde, devem ter como foco principal a promoção da inovação tecnológica com tratamentos seguros e como base pesquisa clínica comprovada, sendo fomentadoras da inclusão social do cidadão.²⁻³

O apoio diagnóstico em patologia clínica vem ganhando cada vez mais espaço na atenção à saúde, a incorporação de tecnologia em automação no processamento de exames, além de adaptações envolvendo ações específicas em acordo com as características da população de abrangência tem como principal reflexo mudanças na organização da rede de laboratórios públicos.⁴

No passado o apoio diagnóstico em patologia clínica caracterizava-se por ação “*in locus*”, ou seja, no próprio posto e/ou centro de saúde e com realização de pequena gama de exames que não utilizavam automação. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, este cenário mudou e as ações passam ser hierarquizadas e articuladas, concomitantemente aos demais serviços. De acordo com essa nova estrutura a distribuição de postos de coleta vinculados aos laboratórios regionais seriam mais eficazes e adequações em acordo com aspectos específicos de uma dada população seriam o ponto referencial para regulação da oferta dos serviços. Mas a história mostra em seu transcorrer que medidas de modernização dos processos gerencias ainda são deficientes na área de saúde pública brasileira.⁵⁻⁶

A organização hierarquizada por sub-redes, advém da reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SILAB) em 1977 e 2004, tem por premissa a distribuição dos exames por complexidade. De acordo com o modelo, os Laboratórios Locais (LL), integram redes municipais realizando exames

básicos e essenciais, já os exames mais complexos são encaminhados de forma hierarquizada para laboratórios de referência estaduais e assim consecutivamente.⁴

A organização por sub-redes veio a corroborar para que os serviços públicos de patologia clínica tivessem significativa redução em custos, ganho em qualidade e operacionalidade. Isso ocorreu, pois a centralização dos serviços propiciou a adequação na obtenção de equipamentos automatizados otimizando a participação dos recursos humanos, bem como melhorando a produtividade ao passo que anteriormente, os equipamentos eram distribuídos aleatoriamente em vários pequenos laboratórios.⁴

Também visando melhorar a qualidade dos serviços em saúde pública, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde a Secretaria de Ciência e Tecnologia, cujo objetivo principal era fornecer cooperação técnica às parcerias firmadas naquele ministério.²

O objetivo deste estudo foi verificar a atual situação dos serviços de análises clínicas prestados ao SUS (Sistema Único de Saúde) e das perspectivas para uma melhor gestão destes serviços.

A justificativa desse trabalho é produzir uma abrangente visão do atual sistema de gestão dos serviços de patologia clínica do SUS, buscando o fornecimento de indicadores que subsidiem o desenvolvimento de estratégias gerenciais necessárias às melhorias no desempenho e prestação desses serviços.

Método

Essa revisão bibliográfica foi conduzida por meio de busca nos bancos de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, envolvendo os termos: “Gestão em Laboratórios de Análises Clínicas” e “Gestão em Laboratórios de Patologia Clínica”. Como critérios de inclusão, foram considerados os estudos que contemplassem o tema proposto, publicados em português, no período compreendido entre 1997 e setembro de 2012.

Resultados e Discussões

Na revisão da literatura foram encontrados 35 (trinta e cinco) publicações que satisfizeram o critério de pesquisa contendo os termos: “Gestão em Laboratórios de Análises Clínicas” e “Gestão em Laboratórios de Patologia Clínica”. Porém, foram utilizadas as 19 (dezenove) publicações que mais se adequaram ao propósito do trabalho em questão, ou seja, trataram mais especificamente dos serviços laboratoriais públicos e/ou da inter-relação desses serviços com o setor privado. Além disso, foram excluídas, as publicações que fugiram do sentido amplo da gestão em serviços laboratoriais do Sistema Único de Saúde e ativeram-se em ramos específicos das atividades laboratoriais públicas e/ou privadas.

Verifica-se que há uma crescente mudança no perfil dos usuários da rede pública de saúde, com perspectivas de uma expoente demanda da assistência médica suplementar, tendo como ponto de equilíbrio, as tentativas na implantação de sistemas de controle dos custos no sistema de saúde, adaptando-os de acordo com variáveis como demanda, composição tecnológica dos equipamentos e recursos humanos.

Teoricamente a promoção da inclusão social e tecnológica do cidadão se daria através da eficácia das políticas públicas implementadas, sendo estas o grande desafio futuro da saúde pública atual. Observa-se que os resultados alcançados dependem diretamente da avaliação por sistemas de indicadores que na saúde pública brasileira são extremamente escassos com reflexos na terceirização dos serviços de análises clínicas do SUS.

Cabe ainda ressaltar a ocorrência de mudanças significativas na organização da rede pública laboratorial, que a partir da implantação do SUS, passou a ser orientada de forma articulada com os demais serviços do sistema, tentando-se uma máxima adaptação a diversos aspectos populacionais, tais como: sóciodemográficos, epidemiológicos, sanitários e econômicos. Portanto, os serviços de análises clínicas devem ser organizados de forma a apresentarem a máxima fidedignidade de resultados, o que só torna-se viável a partir da otimização dos recursos humanos e tecnológicos e com desafio de manter os baixos custos com altos padrões de qualidade.

Viabilização dos indicadores de desempenho

Ao final da Segunda Guerra Mundial, devido à depreciação da economia mundial, a intervenção do Estado para o fornecimento de serviços de saúde tornou-se indispensável. Com isso, cresceu também a necessidade no controle de custos em sistemas de saúde, mantendo-se paralelamente o alcance suficiente desses serviços a toda população, surge assim a avaliação dos programas públicos.⁷

O uso de indicadores serve de parâmetro para a determinação de metas referenciais visando à avaliação de resultados alcançados. A tomada de decisões e futuras intervenções dependem de fatos concretos e para tal é necessário um julgamento de valor, ou seja, uma avaliação. O conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados de forma a produzir ações que modifiquem situações problemáticas caracterizam uma intervenção.⁷⁻⁸

No Brasil, de forma geral a utilização de indicadores ainda é insuficiente para uma eficaz avaliação das organizações de saúde pública, bem como a tendência de terceirização dos serviços de patologia clínica é crescente, sendo estes serviços frequentemente desacompanhados de critérios de avaliação, deixando assim lacunas na satisfação dos dois principais tipos de clientela dos laboratórios de análises clínicas: os médicos e os pacientes.³⁻⁹ Estudos comparativos entre matrizes de indicadores do Brasil, Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América, mostram grande escassez para a construção de indicadores de saúde no Brasil. Apesar da disponibilidade de uma fonte nacional de indicadores através da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA), uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, o uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como ferramenta nas gestões municipais, mostra-se ineficiente para os municípios de pequeno porte.¹⁰⁻¹¹

A coerência das decisões gerenciais depende de dados concretos e específicos tais como custos decorrentes de vários processos, volume e qualidade dos serviços. Todos estes fatores são decisivos para a concepção dos indicadores de desempenho e conseqüentemente levam a escolha das melhores formas de ação, como terceirizar ou não serviços. Para a otimização dos custos na administração pública e viabilização das decisões gerenciais baseadas em evidências, índices de volume e preços em contratos com orçamentos globais, o constante monitoramento do mix de testes, além do estabelecimento de programas

de benchmarking (programas de comparação entre pares) para indicadores econômicos-financeiros entre laboratórios públicos, tornam-se ferramentas indispensáveis.³

Garantia da qualidade

Nas maiores economias mundiais a seleção dos serviços de saúde tanto públicos quanto privados norteia-se em padrões de garantia da qualidade que incluem índices de desempenho, padrões estruturais e resultados atingidos, proporcionando melhorias substanciais na qualidade desses serviços e redução em custos da atenção em saúde. No que tange aos serviços de análises clínicas, os programas comparativos interlaboratoriais constituem-se excelentes indicadores de qualidade.¹²⁻¹³

As primeiras ações na melhoria de qualidade em saúde surgiram no ano de 1854, implantadas pela enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910). Durante a guerra da Criméia, seis meses após sua chegada ao Hospital Scutari, através da utilização de dados estatísticos e gráficos, e posteriormente através dos resultados obtidos, esta implantou rígidos padrões sanitários e de cuidados em enfermagem fazendo com que as taxas de mortalidade reduzissem de 42,7% para 2,2%.¹⁴

A instabilidade das políticas públicas em saúde, as lacunas deixadas pelo Estado neste setor, associadas à falta de confiança da população, fazem a saúde brasileira fugir às expectativas do cliente, ou seja, a população. Tornando-se assim, o conceito de gestão de qualidade cada vez mais necessário para que seja retomada a confiança e acessibilidade da população num dos setores mais precários de nosso país, a saúde pública.¹⁴

Dentre as bases teóricas mais abordadas na questão da qualidade, tem-se a Organização de Alta Confiabilidade, cujo principal foco é o monitoramento constante da estabilidade de sistemas e processos, a fim de detectar os riscos de forma a preveni-los.¹³

Outra abordagem interessante é a Gestão da Qualidade Total (GQT), que tem na administração participativa o seu principal foco. Neste contexto, a

descentralização administrativa visa à garantia da qualidade no modelo participativo, garantindo dessa forma o êxito das operações.¹⁴

O laboratório de análises clínicas tem como matéria-prima as amostras biológicas dos pacientes e, portanto, na manipulação dessas amostras deve-se ter um rígido controle de qualidade. O processamento de exames laboratoriais tem várias fases que vão desde o recebimento e identificação da amostra, ao processamento do exame e liberação do laudo. Assim, a qualidade dos resultados influencia diretamente na satisfação do cliente, para tal, o acompanhamento dos processos laboratoriais que influenciam direta ou indiretamente nos resultados é imprescindível. Os processos devem ser rigidamente controlados, auditados e reavaliados, garantindo a segurança e confiabilidade nos resultados e conseqüentemente a satisfação dos pacientes. Procedimentos complementares devem também ser adotados para as atividades de apoio, tais como contratação de pessoal, treinamento, compra de material, organização interna, gestão dos recursos tecnológicos e também para a gestão das informações da organização.¹⁵

Estruturação da rede laboratorial

A estruturação da rede laboratorial deve ser implementada em acordo com as diretrizes de hierarquização do SUS, o funcionamento das unidades deve ser articulado âmbito municípios, regional ou microrregional dependendo da população de abrangência e complexidade dos exames conforme Tabela 1, contando inclusive com laboratórios de referência. Assim, visando a garantia universal desses serviços, a organização da rede laboratorial apresentada na Tabela 2, exige o planejamento conjunto e sincronizado entre as várias áreas de abrangência da atenção à saúde.⁵

Classificação do laboratórios

São caracterizados segundo as variáveis: demanda, composição tecnológica dos equipamentos e recursos humanos.⁵

- Laboratório I – É aquele que não apresenta equipamentos automatizados, sendo todos os exames realizados manualmente.

_ Laboratório II - É o que utiliza aparelhos semi-automatizados para a realização dos exames.

_ Laboratório III – É o que utiliza aparelhos totalmente automatizados para a realização dos exames.

_ Laboratório Misto – É aquele em que existem diversos modelos de equipamentos, com diferentes graus de automação, podendo contar inclusive com exames de bancada, dependendo de cada área/setor de especialização, como: hematologia, bacteriologia, imunologia, bioquímica.

Tabela 1: Classificação dos exames laboratoriais

Classificação	Demanda	Abrangência	Exemplos
Grupo A	Mais solicitados	Municípios=>25.000	hemograma, urina, fezes, HIV
Grupo B	Menos solicitados ou mais complexos que o Grupo A	microrregional e/ou regional	hormônios, enzimas, culturas
Grupo C	média complexidade, menos solicitados na prática clínica	regional e/ou estadual	toxicologia e mielogramas
Grupo D	Mais complexos e de maiores custos	regional e/ou estadual	Genética, imunofenotipagens e patologia ocupacional

Fonte: Ministério da Saúde (BR). Manual de Apoio aos Gestores do SUS: Organização da Rede de Laboratórios Clínicos. Brasília (DF); 2002.

Tabela 2: Estruturação da rede de laboratórios

Tipos de Exame	Classificação	Organização	Área	Universo
Grupo A	Laboratório I	Posto de coleta + Laboratório de Processamento	Micro Regional ou Regional	R\$ 25.000
Grupo A	Laboratório II	Posto de coleta + Laboratório de Processamento	Micro Regional	25.000 a 50.000
Grupo A + Grupo B	Laboratório I e/ou Laboratório II e/ou Laboratório III	Posto de coleta + Laboratório de Processamento	Micro Regional ou Regional	>50.000
Grupo A + Grupo B + Grupo C	Laboratório III ou misto	Posto de coleta + Laboratório de Processamento + Grupo C (outros laboratórios)	Regional ou Estadual	>50.000
Grupo D	Laboratório III	Laboratórios de referência	Regional ou Estadual	>50.000

Fonte: Ministério da Saúde (BR). Manual de Apoio aos Gestores do SUS: Organização da Rede de Laboratórios Clínicos. Brasília (DF); 2002.

Perspectivas organizacionais

Os exames laboratoriais são imprescindíveis no apoio diagnóstico à prática clínica, constituem-se em instrumentos impactantes quando relacionados aos custos para o SUS e trazem importantes repercussões à atenção básica, o dimensionamento e estruturação desses serviços demanda alto planejamento, por serem estas associações entre demandas tecnológicas, recursos humanos, além de serem extremamente dependentes de aspectos sociais, epidemiológicos, demográficos, econômicos e sanitários, entre outros.⁵

A prontidão e inovação tecnológica são peças-chaves nas análises clínicas, e por isso envolvem altos custos, a confiabilidade nesses serviços reflete diretamente nas decisões médicas e conseqüentemente na integridade dos pacientes.¹⁶

Nos serviços diagnósticos a busca do ensejo para acesso dos cidadãos à ampla gama de serviços de saúde, busca a integralidade na atenção, a equidade na alocação de recursos, a amplitude do controle social, além da constante conectividade com os preceitos e diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização. Portanto, a procura do real caráter de apoio das atividades laboratoriais visando a resolutividade da atenção, quer no âmbito das ações de promoção da saúde, da atuação de equipes de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), nos postos de saúde, policlínicas, nos ambulatórios especializados e hospitais de vários níveis de complexidade, deve ser constante articulada e planejada em consonância com as políticas de saúde.⁵

Na patologia clínica a essência do sucesso no resultado da análise laboratorial e conseqüente satisfação do cliente/paciente, resume-se a dois mecanismos básicos: laudos exatamente corretos e liberação em tempo hábil.¹⁷

Em contrapartida, a diminuição na produtividade e desconfiança nos serviços laboratoriais são conseqüências diretas do descontrole de custos e falta de objetividade no planejamento das atividades de patologia clínica na busca pela fidedignidade dos resultados. Do ponto de vista da gestão laboratorial, isso poderia ser resolvido através do resgate na otimização de recursos humanos, materiais e equipamentos contribuindo assim na melhoria em qualidade da assistência em saúde.⁵

Em decorrência da falta de sustentabilidade desse segmento no setor público, a coibição da iniciativa privada pelo setor laboratorial é crescente, com pressão por terceirização desse pelo SUS (Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990), como padrão de complementação da oferta desses serviços.³

Para implementação nos tipos de exames de patologia clínica a serem realizados numa dada população, devem ser analisados dados epidemiológicos que associados a parâmetros, como frequência na sua solicitação pelos médicos, também determinam estimativas quantitativas destes. Além disso, visando otimizar recursos e viabilizar os custos coerentemente, parâmetros assistenciais e de rendimento nos equipamentos permitem identificar a abrangência populacional quantitativa imediatamente recomendada para a implantação de determinado tipo de laboratório.⁵

O emprego de testes diagnósticos que propiciem a pronta intervenção do médico é crescente e de grande utilidade em situações em que atrasos teriam consequências significativas no estado efetivo do paciente, são eles os Testes Laboratoriais Remotos (TLR), testes em que os procedimentos são feitos a beira dos leitos ou próximo a esses, como exemplo as Unidades de Tratamento Intensivo. Os TRL utilizam equipamentos distintos dos convencionais, ou seja, equipamentos com rápida inicialização ou preparo (start-up), além dessa vantagem os equipamentos podem ser miniaturizados, ampliando as possibilidades de dosagens, portanto a possível elevação nos custos tende a ser compensada por sua ação mais dinâmica.¹⁸

No que diz respeito às atividades gerenciais/administrativas, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) ganhou espaço, haja vista a complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, o programa utiliza principalmente informações de custos como auxílio na tomada de decisões, permitindo a implantação de medidas corretivas, redefinindo prioridades, aumentando a produtividade, melhorando o desempenho das unidades laboratoriais, além de permitir a racionalização dos recursos disponíveis.⁶

Outro importante recurso gerencial é a segmentação institucional em centros de custos, sendo as atividades de análises clínicas englobadas nos Centros de Custos Intermediários que são complementares aos Centros de Custos Finais, prestadores diretos de serviços aos pacientes.⁶

As perspectivas futuras para o desenvolvimento da prática clínica estão diretamente relacionadas ao avanço paralelo da patologia clínica, que através principalmente dos recursos humanos subsidiados pelo desenvolvimento tecnológico serão imprescindíveis para o alcance de seu objetivo principal, o ápice da Política Nacional de Humanização do SUS nos diferentes níveis de atenção e da gestão em saúde.¹⁻¹⁹

Conclusões

O ponto de partida para a criação do SUS, foi a ideia da promoção de uma transformação generalizada no sistema de saúde brasileiro. Porém, alguns dos problemas incidentes anteriormente a implantação do Sistema ainda são eminentes, tendo como destaque a ingerência pela descoordenação entre órgãos públicos e o setor privado, ocasionando entre outras consequências o desperdício nos recursos públicos com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros, além da baixa qualidade nos serviços oferecidos tendo como reflexo a insatisfação tanto dos profissionais de saúde, como da população. Uma melhor articulação entre gestores públicos de saúde e a população certamente traria melhorias significativas para a formulação e gestão das políticas de saúde.

O presente estudo verifica que teoricamente, o planejamento e a concepção dos serviços de apoio diagnóstico, orientam-se basicamente pelos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). Portanto, devendo priorizar a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes às políticas para essa área ao controle social, além da garantia da universalidade e oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários, a integralidade da atenção. Para tal, a otimização dos recursos públicos, visa garantir o maior acesso da população com custos menores.

Uma melhora na gestão dos recursos tanto em nível federal, quanto estadual e municipal, com uma maior transparência na utilização desses, bem como a geração de indicadores eficazes, fortalecem tanto o controle social, quanto o desenvolvimento do SUS e da atenção primária em saúde.

Historicamente, há necessidade de uma maior consolidação nas atividades de apoio diagnóstico para a resolutividade da atenção, seja no âmbito das ações de promoção da saúde, da atuação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), nos postos de saúde, nos ambulatórios de especialidades laboratoriais e especialmente nos hospitais em vários níveis de complexidade, para somente assim organizar os serviços laboratoriais de forma coerente com as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização desses serviços.

Portanto, a contínua atualização e a contribuição dos profissionais da rede envolvida nesses processos, é de fundamental importância para a construção conjunta de um serviço laboratorial de melhor qualidade.

Referências bibliográficas

1. Seki M, Seki MO, Júnior PGP. Contribuição para discussão segmentada sobre mercado de trabalho e perspectivas profissionais em patologia clínica/medicina laboratorial. J. Bras. Patol. e Med. Lab. Rio de Janeiro. 2002; 38(3): 205-206.
2. Madureira AS, Wachowicz M. A inovação no direito à saúde no Brasil e a revolução da tecnologia da informação. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza - CE nos dias 09, 10, 11 e 12 de Junho de 2010.
3. Dos Santos MAB, De Moraes RM, Passos SRL. Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios. Rev. Saúde Pública 2012; 46(3): 456-65.
4. Sancho LG, Vargens JMC, Sancho RG. Avaliação da efetividade da rede municipal pública de apoio diagnóstico em patologia clínica: o caso de Belo Horizonte (MG). Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1135-1144.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual de Apoio aos Gestores do SUS: Organização da Rede de Laboratórios Clínicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

7. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. Available from SciELO Book <<http://books.scielo.org>>.
8. Albuquerque C, Costa K, Pereima I. Indicadores de desempenho e metas baseadas na realidade de mercado. Trabalho apresentado na forma de pôster, durante o 41º CBPC/ML, Salvador/BA. Setembro de 2007. Publicado na Laes & Haes, ano 29, nº 169, outubro e novembro 2007.
9. De Almeida GW, Mello RC. Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde na Bahia. RAC 2004; 8(3): 09-27.
10. De Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. RAS 2005; 7 (27): Abr-Jun
11. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. Rev Saude Publica 2011; 45(1): 24-30.
12. Portela MC, Lima SML, Ugá MAD, et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010; 26(2): 399-408.
13. Berlitz FA. Controle da qualidade no laboratório clínico: alinhando melhoria de processos, confiabilidade e segurança do paciente. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2010; 46(5): 353-363.
14. Balsanelli AP, Jericó MC. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4): 397-402.
15. Cardoso JC, Luz AR. Os arquivos e os sistemas de gestão da qualidade. Rev. Arquivo & Administração, Rio de Janeiro. 2004; 3(1/2): 51-64.
16. Reynaldo EMFL, Janissek PR; Vasconcelos EC. Resíduos químicos produzidos em equipamentos de análises hematológicas: conhecimento e práticas nos laboratórios. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2012; 48(1): 15-20.
17. Berlitz FA, Haussen ML. Seis sigma no laboratório clínico: impacto na gestão de performance analítica dos processos técnicos. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2005; 41(5): 301-12.
18. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML). Diretriz para a Gestão e Garantia da Qualidade de Testes Laboratoriais Remotos (TLR). Barueri (SP): Manole; 2012.
19. Ministério da Saúde (BR). Saúde e Trabalho. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.