

POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP)

SBP

SÃO PAULO – SP
2026

POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP)

1. INTRODUÇÃO E COMPROMISSO COM A QUALIDADE

A Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), em alinhamento com sua Missão de "promover a excelência na prática da Patologia no Brasil" e sua Visão de "ser a entidade de referência nacional e internacional em Patologia", institui esta Política de Gestão da Qualidade. Este documento estabelece as diretrizes para um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) robusto, que permeia todas as atividades da SBP, desde a gestão interna até os programas oferecidos aos associados e à sociedade.

Nosso compromisso com a qualidade é um reflexo direto de nossos Valores, especialmente a Excelência e Inovação, o Compromisso com o Paciente e a Ética e Integridade. A qualidade é o pilar que sustenta a segurança do paciente, a confiança dos profissionais e a credibilidade da especialidade. Esta política integra-se, ainda, à nossa Política de Responsabilidade Social e Ambiental, reforçando uma gestão holística e sustentável.

2. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Esta Política de Gestão da Qualidade integra-se ao conjunto de políticas corporativas da SBP. Os procedimentos detalhados de execução devem seguir as diretrizes estabelecidas nos documentos de governança específica, incluindo, mas não se limitando a: Política de Gestão de Riscos, Política de Gestão de Pessoas, Código de Ética e Política de Confidencialidade e Imparcialidade. A prevalência de normas deve seguir a estrutura documental vigente no SGQ.

2.1. GESTÃO DE DOCUMENTOS E REGISTROS

O controle eficaz dos documentos é fundamental para a consistência e a rastreabilidade das informações. O SGQ da SBP garantirá que todos os documentos (políticas, procedimentos, manuais, registros) sejam:

- **Identificados e Controlados:** Utilização de um sistema de codificação e controle de versão.
- **Aprovados Antes do Uso:** Documentos devem ser analisados e aprovados por pessoal autorizado.
- **Disponíveis e Acessíveis:** Facilmente localizáveis e disponíveis nos pontos de uso.
- **Legíveis e Atuais:** Manutenção da clareza e atualização periódica dos documentos.
- **Protegidos:** Armazenamento seguro para prevenir danos, perda ou acesso não autorizado, em conformidade com a LGPD.

2.2. CICLO DE VIDA E DESCARTE

Os documentos e registros serão retidos pelo período definido em tabela de temporalidade específica, baseada em requisitos legais e regulatórios. Após o término deste prazo, o descarte de documentos físicos ou digitais será realizado de forma controlada e segura, garantindo a destruição da informação para evitar vazamento de dados sensíveis. Procedimentos operacionais detalhados, incluindo métodos de descarte e responsabilidades, estão definidos no Procedimento de Controle de Documentos e Registros (POP 001).

3. ABRANGÊNCIA

Esta política aplica-se a todos os níveis, funções e processos da SBP, incluindo Governança, Operações, Programas de Qualidade (PACQ, PICQ, PPCQ), Gestão de

Recursos (Humanos, Financeiros, TI) e relacionamento com Partes Interessadas.

4. ESTRUTURA DA GESTÃO DA QUALIDADE

4.1. RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pela gestão da qualidade é compartilhada e disseminada em toda a estrutura da SBP, com papéis e responsabilidades claramente definidos para garantir a eficácia do SGQ.

CARGO/ESTRUTURA	RESPONSABILIDADES PRINCIPAIS NA GESTÃO DA QUALIDADE
Vice-Presidência de Assuntos Profissionais	Supervisionar a implementação e a manutenção do SGQ, garantindo o alinhamento estratégico com os objetivos da SBP. Promover a cultura da qualidade em todas as instâncias da sociedade.
Coordenador de Defesa Profissional	Assegurar que os processos e programas da SBP atendam aos requisitos regulatórios e às necessidades dos associados, atuando na resolução de questões que impactam a qualidade do exercício profissional.
CEO ou Gestor Executivo	Gerenciar a operação diária do SGQ, coordenar as atividades de melhoria contínua, auditorias e treinamentos, e reportar o desempenho do sistema à diretoria.
COA (Comissão de Acreditação)	Composto por representantes de diferentes áreas da SBP, terá a função de analisar criticamente o SGQ, propor melhorias, avaliar indicadores e deliberar sobre questões estratégicas da qualidade. Garantindo alinhamento do Programa de Acreditação e Controle da Qualidade (PACQ) com o SGQ da SBP.

4.2. PROTEÇÃO DE DADOS, LGPD E CONFIDENCIALIDADE TÉCNICA

A SBP reconhece a importância da privacidade e proteção de dados. Comprometemo-nos a tratar todas as informações, especialmente dados pessoais de associados e pacientes, em estrita conformidade com a Lei Geral de Proteção de

Dados (LGPD).

Adicionalmente, em observância aos requisitos da norma ISO 17043, a SBP assegura a confidencialidade técnica rigorosa sobre os resultados dos participantes em ensaios de proficiência. Todos os documentos e sistemas do SGQ que contenham dados técnicos, resultados de ensaios ou informações de laboratórios participantes deverão ser manuseados sob protocolos de segurança que impeçam a exposição indevida, garantindo o sigilo das competências técnicas de cada laboratório integrante do PICQ.

5. PROCESSOS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

5.1. AUDITORIAS INTERNAS

As auditorias internas são uma ferramenta proativa para avaliar a conformidade e a eficácia do SGQ. A SBP realizará auditorias internas periódicas (no mínimo, anualmente) para:

- Verificar se as atividades estão em conformidade com os procedimentos documentados e com os requisitos de normas aplicáveis (ISO 9001, ISO 17043, ISQua).
- Avaliar anualmente a eficácia dos processos em atingir os objetivos da qualidade.
- Identificar oportunidades de melhoria e pontos de não conformidade. Ressalta-se que, caso sejam detectadas não conformidades críticas ou de alto impacto para a Política da Qualidade da SBP, deverá ser definida uma nova data para auditoria interna no período máximo de 6 meses.

5.2. GESTÃO DE MANIFESTAÇÕES E PARTES INTERESSADAS

A SBP valoriza o feedback de suas partes interessadas - associados, participantes de programas de controle de qualidade, fornecedores e órgãos reguladores - como fonte essencial para a melhoria contínua. A gestão das manifestações (sugestões, elogios, reclamações e denúncias) é realizada via sistema centralizado, garantindo transparência e rastreabilidade em todo o processo.

As reclamações são classificadas conforme o nível de criticidade e impacto para a qualidade dos serviços, determinando prazos diferenciados para o atendimento e a resolução definitiva de cada demanda. O monitoramento deste fluxo, incluindo o cumprimento dos prazos estabelecidos e as ações corretivas em casos de desvios, é realizado de forma rigorosa, servindo como entrada crítica para o aprimoramento dos nossos processos. O detalhamento dos critérios de classificação, fluxos de tratamento e prazos de resposta consta no Manual da Qualidade e em procedimentos operacionais específicos.

5.3. GESTÃO DE PARCEIROS E FORNECEDORES DE TECNOLOGIA

A SBP reconhece que seus fornecedores e parceiros de tecnologia são integrantes estratégicos da cadeia de valor do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). A gestão desses parceiros é fundamentada na transparência, no monitoramento rigoroso de indicadores de desempenho (SLAs) e no estrito cumprimento das normas de segurança da informação e LGPD. Toda interação técnica, suporte ou manutenção deve ser formalmente registrada, garantindo a rastreabilidade necessária para a manutenção da conformidade técnica e operacional da instituição.

5.4. GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES E OPORTUNIDADES DE MELHORIA

A SBP assegura a conformidade de seus processos por meio de um sistema estruturado de identificação, registro, tratamento e monitoramento de desvios e oportunidades de melhoria. Todo desvio identificado é submetido a uma análise de causa raiz e à implementação de ações corretivas, com posterior verificação da eficácia das medidas adotadas.

A gestão deste processo utiliza formulários padronizados de notificação, garantindo a rastreabilidade total das ocorrências. As responsabilidades, fluxos de tratamento, prazos para resolução e metodologias de acompanhamento estão detalhados no Manual da Qualidade. Dados consolidados sobre não conformidades e melhorias implementadas são reportados semestralmente à Diretoria Executiva, com o devido registro formal em ata, assegurando a transparência e o suporte à tomada de decisão estratégica.

5.5. GESTÃO DE RISCOS OPERACIONAIS E ESTRATÉGICOS

A SBP fundamenta seu gerenciamento no planejamento alinhado às necessidades e políticas de saúde pública. Sua atuação segue a Política de Gestão de Riscos, alinhada à norma ISO 31000, adotando a mentalidade de risco como pilar central de seu Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Este compromisso envolve a identificação, análise, tratamento e monitoramento contínuo de riscos que possam impactar a prestação de serviços, a integridade dos processos de acreditação e a sustentabilidade institucional.

A Matriz de Riscos, integrante desta política, é um documento vivo submetido à revisão periódica pela Diretoria Executiva, assegurando que as estratégias de mitigação e os planos de contingência estejam permanentemente adequados ao contexto operacional da SBP. O detalhamento da metodologia, as responsabilidades

e os critérios de aceitabilidade estão descritos no Manual da Qualidade e nas normas internas da instituição, com as revisões críticas formalizadas por meio de registros em ata.

6. ACREDITAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA

6.1. DECISÃO SOBRE PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO

A decisão de iniciar um processo de acreditação será baseada em análise crítica considerando: alinhamento estratégico, valor agregado e recursos necessários. A decisão final caberá à Diretoria.

6.2. TREINAMENTOS

A SBP promoverá treinamentos regulares sobre princípios da qualidade, procedimentos do SGQ, ferramentas de análise de causa raiz e formação de auditores.

Para assegurar que todos os colaboradores e partes interessadas estejam alinhados aos valores e diretrizes desta política, a SBP implementará um Plano Anual de Treinamento Obrigatório. Adicionalmente, serão realizadas comunicações periódicas via newsletter institucional, focadas em disseminar os pilares da qualidade e atualizações relevantes do SGQ.

Esta prática visa garantir a disseminação da cultura da qualidade em todos os níveis da sociedade, promovendo a conscientização contínua sobre a importância de cada processo para a excelência do atendimento aos associados.

6.3. INDICADORES DE QUALIDADE (KPIs)

A gestão do desempenho da SBP é sustentada por indicadores estratégicos

que permitem a tomada de decisão baseada em evidências. Considerando que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) está em fase de implantação neste ano, o monitoramento inicial será realizado por meio de um conjunto reduzido de indicadores. À medida que o SGQ amadurecer e os processos forem consolidados, novos indicadores serão implementados para ampliar a capacidade de avaliação e melhoria contínua do sistema.

A tabela abaixo detalha os indicadores monitorados:

Origem	Indicador	Meta
Acadêmico Ligas	Participação em congressos, e apresentação de trabalhos.	1% de aumento por congresso.
Acadêmico FEP	Número de acessos ao Fórum de Ensino de Patologia (FEP) no site da SBP.	10% de aumento ao mês.
Associativismo	Número de Associados.	2% de aumento ao ano.
Congresso	Número de inscritos.	1% de aumento por congresso.
Comunicação	Alcance nas redes sociais (número de visualizações no Instagram)	20% de aumento ao mês.
Eventos	Número de inscritos.	80% de preenchimento das vagas previstas por evento.
Financeiro	Reserva técnica.	Atingir o cenário B anualmente.
PACQ	Quantidade de laboratórios associados PACQ.	2% de aumento ao ano.
PICQ	Quantidade de patologistas participantes dentro do PICQ.	0,5% de aumento ao ano.
PICQ	Proporção de associados proficientes.	1% de aumento ao ano.
PPCQ	Número de laboratórios proficientes./ Número de laboratórios inscritos	5% de aumento ao ano.
PPCQ	Número de laboratórios inscritos / Número de laboratórios associados.	10% de aumento ao ano.
Recursos Humanos	Pesquisa de Satisfação Interna.	80% Bom/Ótimo.

SGQ	Satisfação dos Associados (PF e PJ).	80% Bom/Ótimo.
TEP	Quantidade de participantes no Título de Especialista.	2% de aumento ao ano.
TEP	Quantidade de aprovados.	2% de aumento ao ano.

A análise crítica dos indicadores acima será realizada pela Diretoria Executiva em reuniões de periodicidade semestral. Este rito de revisão garantirá o acompanhamento sistemático do desempenho do SGQ, assegurando que o ciclo de melhoria contínua (PDCA) seja mantido e que as ações corretivas sejam tempestivamente ajustadas conforme os resultados observados.

7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DE MUDANÇAS

Toda e qualquer mudança no Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) será realizada de forma planejada e controlada. A organização avaliará previamente o propósito da mudança e suas consequências potenciais, garantindo a integridade do SGQ. O planejamento deverá contemplar: a disponibilidade de recursos necessários, a alocação ou realocação de responsabilidades e as autoridades pertinentes. O objetivo é assegurar que a eficácia do sistema seja mantida ou aprimorada após a implementação da alteração.

8. VIGÊNCIA E REVISÃO

Esta Política entra em vigor na data de sua aprovação e será revisada formalmente a cada 2 (dois) anos. Revisões extraordinárias poderão ocorrer sempre que houver mudanças normativas críticas, alterações significativas no cenário estratégico da SBP ou atualizações nas normas de referência (ISO 9001, ISO 31000, ISQua).

A aprovação desta política e de suas revisões periódicas é de competência

exclusiva da Diretoria da Sociedade Brasileira de Patologia.

Para detalhes operacionais, metodologias de análise e formulários de registro relacionados à gestão de riscos, consulte o documento normativo MAN 004 GR – Manual da Política de Gestão de Riscos, que compõe a estrutura documental do SGQ da SBP.

9. MONITORAMENTO E REPORT ESTRATÉGICO

A SBP adota uma cultura de acompanhamento estratégico baseada em dados, garantindo que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) esteja alinhado aos objetivos organizacionais. O monitoramento é realizado por meio de indicadores de desempenho (KPIs) e revisões sistemáticas dos processos.

9.1. REPORT ESTRATÉGICO À DIRETORIA EXECUTIVA

O SGQ consolidará um Relatório de Desempenho Estratégico com periodicidade semestral, a ser submetido à apreciação da Diretoria Executiva. Este relatório deve apresentar uma visão integrada e sistêmica contendo:

- **Desempenho Estratégico:** Acompanhamento do atingimento das metas e objetivos organizacionais da SBP;
- **Gestão de Riscos:** Atualização do Mapa de Riscos, incluindo a eficácia das medidas de mitigação e planos de contingência;
- **Não Conformidades e Melhorias:** Análise crítica das não conformidades (NC) identificadas, status das ações corretivas e oportunidades de melhoria (OM) implementadas.

9.2. REVISÃO TÉCNICA E EFICÁCIA

A reavaliação técnica da Matriz de Riscos e dos indicadores de desempenho ocorrerá, no mínimo, a cada 6 (seis) meses. O objetivo é assegurar que os controles

e estratégias reflitam o cenário atual da instituição e que as ações corretivas tenham demonstrado eficácia na superação das fragilidades apontadas. Todas as decisões e deliberações decorrentes deste report serão formalizadas por meio de registros em ata.

10. LISTA DE DISTRIBUIÇÃO

Esta política é de caráter institucional e estratégico, disponível na rede interna/Intranet da SBP, devendo ser obrigatoriamente disseminada para:

1. **Diretoria e Gestão Executiva:** Para suporte à tomada de decisão.
2. **Corpo Administrativo e Financeiro:** Para mitigação de riscos operacionais e de recursos.
3. **Corpo Técnico-Científico:** Médicos patologistas e consultores envolvidos em processos críticos.
4. **Avaliadores e Auditores:** Atuantes nos programas de acreditação (PACQ, PICQ, PPCQ).
5. **Parceiros e Terceiros Estratégicos:** Prestadores de serviço com impacto na continuidade das operações ou na gestão de dados (TI).

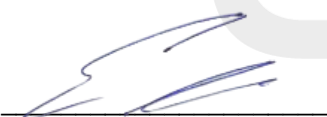
10.1. NOTAS DE CONTROLE E INTEGRIDADE

- **Acessibilidade:** a versão vigente deste documento deve estar disponível exclusivamente no repositório digital oficial (Intranet/Rede SBP), garantindo que todos os interessados acessem a fonte primária e atualizada.
- **Cópias Não Controladas:** qualquer reprodução física (impressa) deste documento será considerada "Cópia Não Controlada", salvo se estiver devidamente identificada com o carimbo oficial de "Cópia Controlada" emitido pelo SGQ.

- **Gestão de Evidências:** o histórico de revisões, o Inventário de Riscos e os registros de treinamento desta política ficam sob a guarda da Gestão da Qualidade (SGQ), servindo como evidência documental para auditorias.
- **Gestão da Obsolescência:** imediatamente após a aprovação de uma nova versão, os documentos anteriores são revogados. O SGQ é responsável pela inabilitação ou recolhimento das versões superadas, prevenindo o uso não intencional de normas desatualizadas.

11. CONTROLE DE APROVAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

Esta Política de Qualidade entra em vigor na data de sua aprovação formal pela Diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), revogando quaisquer disposições em contrário que não estejam alinhadas às diretrizes aqui estabelecidas.

CONTROLE DE PADRONIZAÇÃO DE DOCUMENTOS		
Elaboração: 26/06/2026  Dr. Emilio A.C.P. Assis Vice-Presidente Assuntos Profissionais	Revisão: 30/06/2026  Dra. Larissa Cardoso Marinho, Coordenadora Departamento Controle de Qualidade e Dr. Emilio A.C.P. Assis, Vice-Presidente Assuntos Profissionais	Aprovação: 18/09/2026  Dr. Raimundo Gerônimo da Silva Jr Diretoria Executiva