

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 1/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	2
2. ABRANGÊNCIA DA NORMA	2
3. DESCRIÇÃO	2
3.1. Definições.....	2
3.2. Das Responsabilidades	4
3.2.1. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ).....	4
3.2.2. Unidades organizacionais/chefias	5
3.2.3. Colegiado Executivo, Superintendência e Gerências.	5
3.3. Da Estrutura dos Documentos	6
3.3.1. Da Codificação e numeração dos Documentos	6
3.3.2. Da Formatação.....	7
3.4. Da elaboração e tramitação do documento.....	13
3.4.1. Da análise, aprovação e validação	14
3.5. Do Controle de Documentos	15
3.6. Da Revisão dos Documentos	15
3.7. Do treinamento e Publicação	16
4. REFERÊNCIAS.....	16
5. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	17

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 2/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

1. OBJETIVO

Estabelecer regras para a elaboração, padronização, atualização, controle, divulgação e hierarquia dos documentos internos do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos institucionais mantendo a qualidade, clareza e a atualização das informações necessárias para a execução dos serviços, assegurando a devida revisão e aprovação.

2. ABRANGÊNCIA DA NORMA

A Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais é aplicável a todas as áreas do HU-UFGD.

O documento institucional deve representar uma atividade que acrescente valor, ajude a melhorar os processos na instituição, não ter duplicidade e ser aprovado antes da sua emissão.

O documento pode ser elaborado por qualquer colaborador desde que tenha anuência da chefia e do responsável técnico correlato.

Os documentos deverão passar por revisão conforme periodicidade descrita nessa norma. A adequação dos documentos existentes aos critérios estabelecidos nesta norma deve ocorrer de forma gradual, no momento de sua revisão.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Definições

- **Cópia Controlada** – documento impresso ou eletrônico, que se refere a documento original aprovado, identificado como “Cópia Controlada” contendo data e assinatura do emissor. As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.
- **Cópia Não Controlada** – documento usado para fins de treinamento, informação e uso dos auditores. A cópia não controlada deverá ser identificada como “cópia não controlada” e, quando possível, deverá ser destruída logo após o uso.
- **Documento Aprovado** – documento cuja versão passou pelo processo de validação e está em vigor.
- **Documento em Revisão** – documento que está em processo de revisão.
- **Documento Externo** – documento utilizado no hospital cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por uma organização externa, ou seja, órgãos normativos,

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 3/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

técnicos, científicos e fiscais que impactam no atendimento do serviço do hospital.

- **Documento Obsoleto** – versão desatualizada de um documento ainda em vigor.
- **Fluxograma** – é uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.
- **Lista Mestra de Documentos** – relação que identifica todos os documentos (política, manuais etc.) integrantes do sistema de gestão da qualidade do hospital, versão vigente e controle de cópias.
- **Manual** – documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos, instruções e orientações em uma organização. O manual tem por objetivo explicitar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais.
- **Não Conformidade** – refere-se ao não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.
- **Norma** – documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que deve ou não deve ser feito.
- **Padrões** – produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.
- **Plano** – documento que define estratégias, direcionando a execução de processos e alocação de recursos, coordenados e articulados de forma a nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.
- **Política Institucional** – documento aprovado pela Superintendência que expressa as diretrizes e intenções do hospital para cumprir a missão institucional.
- **Procedimento Operacional Padrão (POP) /Rotina** – documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição. É o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado. Ou seja, qualquer indivíduo que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.
- **Processo** – é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço.
- **Programa** – documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico. O programa tem a função de apresentação.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 4/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

- **Protocolo** – instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.
- **Regimento** – documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.
- **Regulamento** – conjunto ordenado de normas consideradas válidas num determinado contexto.
- **Sistema de Gestão da Qualidade** – é um conjunto de práticas padronizadas, inter-relacionadas, com a finalidade de gerir os processos e recursos interatuantes que são necessários para proporcionar valor e obter resultados.

3.2. Das Responsabilidades

3.2.1. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração destes;
- Garantir a remoção de documentos obsoletos das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação do hospital;
- Gerenciar a lista mestra de controle de documentos para manter atualizados os prazos de revisão (validade) bem como a relação de cópias controladas do hospital;
- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e incentivar a padronização;
- Avaliar os documentos recebidos quanto à duplicidade;
- Validar todos os documentos institucionais antes de sua publicação;
- Atualizar a data de emissão e de próxima revisão no documento institucional, conforme data de aprovação por portaria ou resolução;
- Atualizar rodapé dos documentos institucionais com o número da portaria/resolução de aprovação e boletim de serviço;
- Converter arquivo editável para PDF e realizar a inserção dos documentos aprovados no site institucional;
- Remover os documentos obsoletos do site do HU-UFGD, após expirado o prazo de vigência.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 5/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

3.2.2. Unidades organizacionais/chefias

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/rotinas, protocolos, dentre outros;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores, referente aos documentos publicados;
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Submeter os documentos elaborados para avaliação e aprovação do Responsável Técnico (RT) da área correlata, quando houver, e demais áreas envolvidas no documento;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos;
- Gerenciar lista mestra de documentos de sua área de atuação, mantendo-a atualizada;
- Responder às solicitações, esclarecimentos, alterações e aprovações nos documentos institucionais sugeridos em processo SEI.

3.2.3. Colegiado Executivo, Superintendência e Gerências.

- Aprovar os documentos institucionais, de acordo com o grau de hierarquia apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Tipos de documentos institucionais com respectivas abreviaturas

Nível 1	Nível 2	Nível 3
Política Institucional (PO) Regimento (REG) Regulamento (REL) Manual (MA) Norma (NO) Programa (PRG)	Plano (PL) Protocolo (PRT) Mapeamento de processos (MP) Fluxograma	Procedimento/Rotina (POP)

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019 (adaptado).

- Os documentos de nível 1 são estratégicos e devem ser aprovados pelo Colegiado Executivo (COLEX) do HU-UFGD.
- Os documentos de nível 2 (táticos) e 3 (operacionais), devem ser aprovados pelas Gerências envolvidas. Estas, caso julguem necessário, poderão encaminhar os documentos para apreciação no COLEX.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 6/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

- Encaminhar número e datas das portarias e resoluções de aprovação dos documentos e do boletim de serviço ao Setor de Gestão da Qualidade, para publicação.

3.3. Da Estrutura dos Documentos

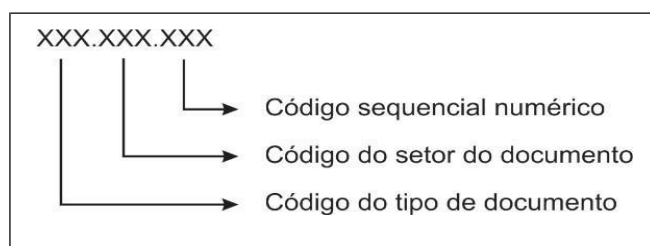
O acervo documental do hospital é elaborado e redigido de maneira padronizada, disponíveis em arquivos editáveis no caminho: <http://sistemas.hugd.ebserh.net/catalogo/> - Modelos de POP's, Protocolos, Manuais, Regimentos etc.

3.3.1. Da Codificação e numeração dos Documentos

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo composta, sequencialmente e separados por pontos:

- Abreviatura do tipo de documento, conforme padronizado no quadro 1. Exemplos: POP (Procedimento Operacional Padrão), PRT (protocolo).
- Identificação do responsável pelo documento (gerência, divisão, setor, unidade ou comissão permanente), utilizando a sigla padronizada na instituição. Exemplos: CP-NSP (Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente); DENF (Divisão de Enfermagem).
- Numeração do documento, utilizando três dígitos começando pelo 001. As numerações seguirão crescentes para o mesmo tipo de documento da gerência, divisão, setor, unidade ou comissão permanente.

Figura 1 – Codificação e numeração de documentos



Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

Ex.:

- POP.CP-NSP.001 (Procedimento Operacional Padrão 01 da Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente);
- PRT.STGQ.005 (Protocolo 05 do Setor de Gestão da Qualidade);
- MA.DENF.010 (Manual 10 da Divisão de Enfermagem).



Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 7/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

3.3.2. Da Formatação

Os documentos devem ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados, de acordo com os padrões abaixo.

A aplicação do logotipo está presente nos modelos dos documentos e deverá seguir o Manual de Identidade Visual da EBSEH.

A formatação deve seguir os padrões listados abaixo:

a) Cabeçalho:

- Os logotipos estão presentes em todos os modelos dos documentos já formatados seguindo a Norma de Elaboração de Documentos da Sede e o Manual de Identidade Visual da Ebserh.
- Campo “Tipo” e “Título do documento” – fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Identificação do tipo (ex.: norma operacional) e do título do documento – fonte Calibri, tamanho 11, caixa alta, negrito, centralizado;
- Codificação e numeração: identificação do documento por tipo e número, (ex.: NO. STGQ.001), alinhado à esquerda;
- Página: numeração de modo a permitir a identificação da página atual e do quantitativo de páginas do documento (ex.: 1/3). Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Versão: número da versão vigente. A cada alteração do documento com posterior publicação, a versão deverá ser atualizada sequencialmente. Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Emissão: data de emissão da versão correspondente após a aprovação.
- Próxima revisão: data da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma institucional (ver quadro 03 no item 3.6).

Figura 2 - Modelo de cabeçalho para documentos elaborados no HU-UFGRD.



Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.xxx.001 – Página 1/3	
Título do Documento		Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

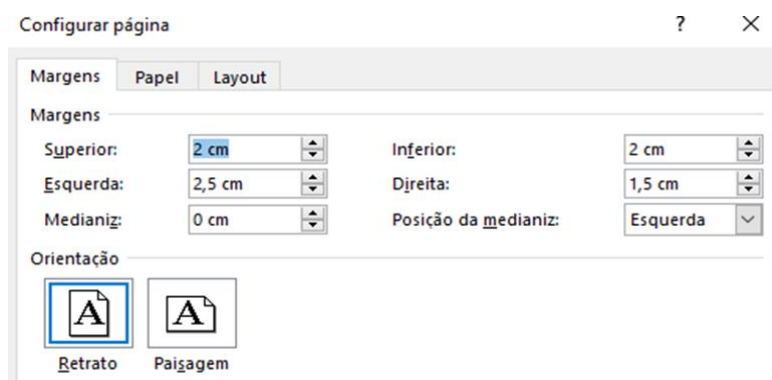
Fonte: autoria própria.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 8/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

b) Corpo do Texto:

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento simples;
- Corpo do texto: tamanho 12 pontos;
- Citações recuadas: tamanho 11 pontos;
- Recuo especial na primeira linha: 2,5 cm;
- Os títulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, caixa alta, tamanho 12, numerado em ordem sequencial (ex.: 1.,2.,3.), com alinhamento à esquerda;
- Os subtítulos de primeiro nível (ex.: 1.1., 1.2., 1.3...) serão em negrito, caixa baixa, tamanho 12, em numeração sequencial, alinhamento à esquerda e tabulação em 1,25 cm;
- Os subtítulos de segundo nível (ex.: 1.1.1, 1.1.2., 1.2.1...) serão em negrito, caixa baixa, tamanho 12, em numeração sequencial, alinhamento à esquerda e tabulação em 1,8 cm.
- Demais marcadores (símbolos ou letras) deverão apresentar recuo em 1,8 cm.
- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 2 cm; inferior 2 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5. Espaçamento entre parágrafos de 6 pontos; recuo de parágrafo de 2,5 cm de distância da margem esquerda (ver figura 3);
- Figuras, fotos, tabelas e quadros deverão ser dimensionados de acordo com a necessidade, ficando centralizados. O título deverá ser em tamanho 12, alinhado à margem esquerda, na parte superior, em espaço simples, iniciado pelo tipo (Figura, Quadro ou Tabela), com primeira letra maiúscula, seguida de numeração arábica, independente e consecutiva, com travessão entre espaços e o respectivo título (ex.: Figura 1 – Imagem do fluxo.).
- Fontes e notas ficarão no rodapé da figura, quadro ou tabela alinhados à esquerda, no tamanho 10.

Figura 3 – Modelo de formatação de margens.



Fonte: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 9/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

c) Referências:

Conforme ABNT. Deverá ter como elementos obrigatórios:

- Autor ou nome da organização;
- Título da página ou matéria;
- Edição (se houver);
- Local, dia, mês e ano de publicação (se houver);
- Editora;
- Paginação/descrição física;
- Endereço eletrônico, depois de "Disponível em:";
- Data de acesso ao site, depois de "Acesso em:".

Devem ser apresentadas com a seguinte formatação:

- I. Ordenados alfabeticamente e não numerados;
- II. Espaçamento simples entre linhas;
- III. Fonte Calibri, tamanho 12, justificado.
- IV. Não se deve usar marcadores ou números para citar as referências.

Uso das referências:

- **Artigo científico:** SOBRENOME, Prenome. Título: subtítulo. **Título do periódico**, cidade (opcional), volume, número, página inicial e página final, ano da publicação.

Ex.: SANTOS, Taianne Silva dos et al. Desenvolvimento de uma preparação extemporânea de uso pediátrico contendo furosemida. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, p. 1-7, 2020.

- **Atos administrativos normativos:** JURISDIÇÃO. **Epígrafe:** tipo, número e data de assinatura do documento. Ementa transcrita conforme publicada. Cidade: nome do órgão responsável, ano de publicação do ato. Disponível em: link. Acesso em: dia mês (abreviado, com exceção do mês de maio) ano.

Ex.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Parecer técnico nº 67/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Indicação, em caráter excepcional, do uso do fosfato de Oseltamivir durante a pandemia da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/15173617-parecer-67-2020-restricao-do-uso-do-oseltamivir.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 10/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

- **Autoria desconhecida:** TÍTULO do documento. **Nome do site**, cidade, ano de publicação. Disponível em: link. Acesso em: dia mês (abreviado, com exceção do mês de maio) ano.

Ex.: ACERVO dos sanitaristas: projeto que recupera parte da história do SUS já está disponível online. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/acervo-dos-sanitaristas-projeto-que-recupera-parte-da-historia-do-sus-ja-esta-disponivel-online/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

- **Capítulo de livro:** SOBRENOME, Prenome. Título: subtítulo. In: SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo. Edição (se houver). Cidade: editora, ano de publicação, página inicial do capítulo do livro e página final.

Ex.: MINICUCCI, Agostinho. Liderança e poder. In: MINICUCCI, Agostinho. Psicologia aplicada à administração. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995, p. 285-311.

- **Dissertação ou tese:** SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo. Ano de publicação. Tese (ou dissertação) (nome do programa) – departamento ou unidade, nome da universidade, cidade.

Ex.: OLIVEIRA, Stefan Vilges de. **Febre maculosa no Brasil:** situação epidemiológica atual e a distribuição geográfica de carrapatos em cenários de mudanças climáticas. 2017. Tese (Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical) – Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília, Brasília.

- **Internet:** SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo. Data de publicação (Se você não encontrar a data de publicação, pode usar o ano de copyright do site depois de um "c" – c2018. Se não houver data, use [s.d.]). Disponível em: link. Acesso em: dia mês (abreviado, com exceção do mês de maio) ano.

Ex.: CARVALHO, Gilson. **A ameaça da cólera:** mais uma consequência da nossa miséria. 1991. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/handle/prefix/367>. Acesso em: 10 nov. 2020.

- **Leis:** JURISDIÇÃO. **Epígrafe.** Ementa transcrita conforme publicada. Cidade: nome do órgão responsável, [ano de acesso]. Disponível em: link. Acesso em: dia mês (abreviado, com exceção do mês de maio) ano.

Ex.: BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 11/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

- **Livro:** SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo. Edição (se houver). Cidade: editora, ano de publicação.

Ex.: KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret Saul. **Dor:** fundamentos, abordagem clínica e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

- **Um autor:** SOBRENOME; Prenome.

Ex.: BARBOSA, Simone de Pinho. A atenção primária à saúde no contexto da COVID-19. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, 2020, p. 1-2. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/30077/20361>. Acesso em 10 nov. 2020.

- **Dois autores:** SOBRENOME, Prenome; SOBRENOME, Prenome.

Ex.: BORGES, Arissa Felipe; ABREU, Vanessa Roriz Ferreira de. Uso de probióticos em indivíduos HIV positivos. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28233/20654>. Acesso em 10 nov. 2020.

- **Três autores:** SOBRENOME, Prenome; SOBRENOME, Prenome; SOBRENOME, Prenome.

Ex.: SIRIMARCO, Mauro Toledo; TOLEDO, Laura Melo Werneck de; CÔRTEZ, Bernardo Salvador. Situação vacinal contra hepatite B entre docentes da faculdade de medicina de uma universidade pública federal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28785/20441>. Acesso em 10 nov. 2020.

- **Quatro ou mais autores:** SOBRENOME, Prenome (do primeiro autor) *et al.*

Ex.: VIEIRA, Aline Lisboa *et al.* Influência de diferentes exames por imagem no planejamento cirúrgico de terceiros molares inferiores: uma revisão de literatura. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/29530/20966>. Acesso em 10 nov. 2020.

d) Histórico das revisões:

- Deve vir no final de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, tamanho 12 com títulos destacados em negrito;
- Deverá conter as informações: versão, data e descrição da atualização (ver figura 4);
- As mudanças em um documento devem ser identificadas no histórico de revisão.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 12/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

Figura 4 – Modelo de histórico de versões dos documentos.

HISTÓRICO DE REVISÃO		
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

e) Campos elaboração, análise, revisão, validação e aprovação:

- I. Fonte Calibri, tamanho 9 para o título na tabela e no conteúdo, com a identificação do setor responsável e/ou nome completo das pessoas, data e espaçamento simples;
- II. O campo “Elaboração” havendo mais de um autor, a sequência deverá ser em ordem alfabética. Não é necessário colocar a função do(s) elaborador(es);
- III. Elaborador – Pessoa(s) responsável(eis) pela elaboração do documento (1ª versão), com anuência da chefia imediata;
- IV. O campo “Revisão” deve ser preenchido com a descrição dos responsáveis pelas revisões a partir da 2ª versão elaborada do documento;
- V. No campo “Análise” devem constar todos os setores envolvidos na implementação do documento (SHH, SFH, UCG etc.);
- VI. O campo “Validação” será assinado pelo STGQ, e quando necessário, pela CCIRAS, USOST, entre outros. OBS.: Todos os documentos elaborados na instituição deverão ser validados pelo STGQ (exceto planos de ação de grupos de trabalho, comissões, comitês e núcleos);
- VII. O campo “Aprovação” será assinado pelo RT (quando houver), chefe da unidade/setor demandante (desde que este não seja o elaborador). Caso seja, a aprovação deverá se dar pela chefia superior, e pela gerência/superintendência/colegiado executivo.

Ao lado de cada campo constante deverá ser registrado a data, conforme descrito no quadro 2.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 13/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

Quadro 2 – Modelo do campo de elaboração, análise, revisão, validação e aprovação.

Elaboração (Nome)	Data: ___/___/_____
Revisão (Nome, Setor)	Data: ___/___/_____
Análise (Nome, Função ou Setor)	Data: ___/___/_____
Validação (Nome, Função ou Setor)	Data: ___/___/_____
Aprovação (Nome, Função)	Data: ___/___/_____

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019 (adaptado).

f) Apêndices e Anexos:

- I. Ordenados e numerados seguindo a ordem em que aparecem no corpo do documento, seguido do nome do documento;
- II. Fonte Calibri, tamanho 12, centralizado, negrito, com caixa alta para o ANEXO, seguido do número arábico, hífen e o Título com primeira letra maiúscula.

Ex:

ANEXO 01 – Modelo de Procedimento/Rotina

3.4. Da elaboração e tramitação do documento

A elaboração de um documento institucional será providenciada por iniciativa de qualquer profissional interessado, com o apoio e anuência da chefia responsável, que verificará a pertinência e aplicabilidade do documento, a partir de revisão de processos ou rotinas já existentes no serviço e da necessidade de normatização de novos processos de trabalho.

Deve haver uma busca junto ao site do HU-UFGD para verificar se já existe documento publicado sobre a matéria. A consulta a documentos institucionais existentes deverá seguir o seguinte caminho: <http://sistemas.hugd.ebserh.net/catalogo/manuais> ► Documentos publicados. Na existência, analisar se atende à necessidade. Se não, analisar junto ao gestor do documento a possibilidade de revisão do documento vigente. Sugere-se ainda consultar o STGQ sobre existência de eventuais documentos existentes em processo de validação/aprovação.

A minuta do documento institucional, em formato editável, deverá ser protocolada com anuência da chefia imediata, via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), seguindo os seguintes passos:

- I. Colaborador protocola via SEI documento institucional elaborado/revisado por ele para anuência da chefia imediata e RT (caso houver);

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 14/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

II. Após aprovações, tramita-se o processo para análise de unidades relacionadas ao documento proposto, realizando correções propostas (caso houver);

III. Encaminhar versão final do documento para validação do STGQ. Após validação, o STGQ encaminhará para aprovação da gerência/superintendência/colegiado executivo.

Toda a tramitação dos documentos institucionais deverá ser providenciada pelo SEI, com as considerações, correções, validações e aprovações elencadas em minutas sequenciais, despachos e/ou ofícios. Não serão aceitas minutas de documentos institucionais fora do modelo padronizado pela Ebserh.

Cada documento institucional deverá possuir um processo SEI específico, o qual será utilizado para todas as validações, atualizações e aprovações de novas versões, e evitando atraso nos trâmites de aprovação. Isto fará com que o processo de trabalho padronizado tenha um histórico na instituição, sendo de responsabilidade da equipe gestora o controle dos processos SEI, por meio de sua Lista Mestra de Documentos.

Planos de ação e relatórios de grupos de trabalho (GT's), comissões, comitês ou núcleos deverão ser tramitados ao Núcleo de Comissões Hospitalares, não seguindo, portanto, os trâmites de validação pelo STGQ.

3.4.1. Da análise, aprovação e validação

Todos os documentos deverão ser avaliados e validados pelo STGQ, que fará a verificação conforme definido na presente norma operacional.

Os documentos poderão ser analisados por outros setores/serviços (Serviço de Controle Infecção - SCIRAS; Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – USOST) sempre que pertinente.

O STGQ analisará a existência de ofícios/despachos das chefias das Unidades Organizacionais envolvidas no processo (**análise**) e às chefias imediatamente superiores da equipe ou do serviço que elaborou o documento (**aprovação**) antes de proceder à validação do documento e encaminhamento para aprovação da alta gestão.

Quando o documento for encaminhado para **análise** de qualquer Unidade Organizacional (devido ao envolvimento no processo ou devido à necessidade de análise por conhecimentos técnicos) a tramitação de resposta no processo SEI deverá ocorrer em até **30 dias** corridos. Caso não haja manifestação nesse período, será reiterada a necessidade de manifestação, com cópia a instância superior.

A aprovação da alta gestão será por meio de portaria ou resolução, e seguindo a hierarquia dos documentos, conforme apresentado no item 3.2.3:

- Documentos de nível 1: Colegiado Executivo;

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 15/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024	Próxima revisão: 14/03/2026
		Versão: 03	

- Documentos de nível 2 e 3: gerência ou superintendência, conforme hierarquia da área demandante da elaboração/revisão.

Os responsáveis pela análise e aprovação deverão observar:

- I. Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
 - II. Se há consistência técnica;
 - III. Se não há conflito com outro(s) documento(s) existente(s);
 - IV. Se há observância às diretrizes e valores da instituição/Ebserh.
- Observação: os documentos elaborados ou revisados pelo STGQ serão tramitados para a aprovação à Superintendência/ Colegiado Executivo em processo SEI, via parecer, assinado pelos responsáveis pela elaboração/revisão e pela validação.

3.5. Do Controle de Documentos

De forma a garantir que apenas as versões atuais e relevantes dos documentos estejam disponíveis, os documentos não deverão ser impressos e arquivados nas unidades, evitando uso de documentos obsoletos.

Em casos excepcionais, a impressão poderá ocorrer com autorização do STGQ, com registro no documento de “cópia controlada”.

São considerados válidos na instituição apenas os documentos eletrônicos disponibilizados no site do HU-UFGD, ou os documentos impressos que contenham registro no documento de “cópia controlada” e assinatura de um representante do STGQ.

3.6. Da Revisão dos Documentos

A revisão dos documentos deve ser realizada:

- a) A partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis.
- b) A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo.
- c) Para atender às melhorias necessárias aos processos.
- d) Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 16/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

Os documentos podem ser revistos a qualquer momento ou, no máximo, conforme periodicidade descrita para cada tipo de documento no quadro 3. Para revisão de documentos, a área emitente pode solicitar ao STGQ a última versão editável já publicada.

O STGQ solicitará às Unidades Organizacionais gestoras do documento, a revisão de seu conteúdo, **com 90 dias de antecedência** do prazo de vigência estabelecido para o documento, via processo SEI.

Quando um documento for atualizado, as cópias da versão atual devem substituir as da versão anterior. Os documentos obsoletos impressos deverão ser destruídos.

Quadro 3 – Temporalidade máxima para revisão dos documentos.

Documento	Periodicidade máxima de revisão
Política	A cada 4 anos
Regimento	A cada 4 anos
Regulamento	A cada 4 anos
Norma	A cada 2 anos
Programa	A cada 2 anos
Plano	A cada 2 anos
Mapeamento de processo	A cada 2 anos
Protocolo	A cada 2 anos
Manual	A cada 2 anos
Procedimento/Rotina	A cada 2 anos

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

3.7. Do treinamento e Publicação

A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade do hospital em meios físicos e/ou eletrônicos em modo não editável. Os documentos somente serão publicados depois de passar pelo processo de validação e aprovação.

A divisão/setor/unidade responsável pelo documento deverá divulgar e treinar sua equipe aplicando a lista de presença para evidenciar o treinamento.

4. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 14724. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos - Apresentação**. 3 ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Elaboração e Controle de Documentos Institucionais**. Distrito Federal: EBSERH, 2019.

Tipo do Documento	NORMA	NO.STGQ.001 – Página 17/17	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 14/03/2024 Versão: 03	Próxima revisão: 14/03/2026

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. NO.SVSSP.NQH.001. **Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade**. v.01, 16/10/2020. 36p.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	01/03/2021	Elaboração do Documento
02	08/03/2023	Atualização da norma, com inclusão do fluxo de tramitação dos documentos institucionais.
03	07/03/2024	Atualização dos caminhos dos documentos e modelos; inclusão de fluxo de planos de ação e relatórios de grupos de trabalho, comissões, comitês e núcleos.

Elaboração Fuad Fayez Mahmoud	Data: 01/03/2021
Revisão 2ª Versão: Fuad Fayez Mahmoud 3ª Versão: Fuad Fayez Mahmoud	Data: 12/06/2023 Data: 07/03/2024
Validação Graciela Mendonça dos Santos Bet – STGQ	Data: 07/03/2024
Aprovação Colegiado Executivo	Data: 14/03/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI - 23529.009290/2023-06