



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**

Boletim de Serviço

Nº 204, 19 de novembro de 2019

EXTRAORDINÁRIO

**Complexo Hospitalar:
Hospital Universitário
Walter Cantídio e
Maternidade Escola
Assis Chateaubriand**

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
Rua Pastor Samuel Munguba, 1290 - Rodolfo Teófilo - CEP: 60.430-372
Fortaleza-CE |Telefone:(85)3366-8600

ABRAHAM WEINTRAUB
Ministro de Estado da Educação

OSWALDO DE JESUS FERREIRA
Presidente

EDUARDO CHAVES VIEIRA
Diretor Vice-Presidente Executivo

CARLOS AUGUSTO ALENCAR JÚNIOR
Superintendente/HUWC e MEAC

MARIA AIRTES VIEIRA VITORIANO
Gerente de Atenção à Saúde /HUWC substituta

RENAN MAGALHÃES MONTENEGRO JÚNIOR
Gerente de Ensino e Pesquisa/HUWC e MEAC

PEDRO THEOPHILO RAMOS NETO
Gerente Administrativo/HUWC e MEAC

SUMÁRIO

SUPERINTENDÊNCIA	4
NORMA OPERACIONAL - ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC.....	4

NORMA OPERACIONAL

**ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS
COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC**

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	5
2. ABRANGÊNCIA DA NORMA	5
3. ASPECTOS IMPORTANTES	5
4. DESCRIÇÃO	5
4.1 Da adequação dos documentos:.....	5
4.2 Das definições:	6
4.3 Das responsabilidades.....	7
4.4 Da estrutura dos documentos:.....	8
4. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	15
5. REFERÊNCIAS.....	15
Anexo 01 – Fluxo de Encaminhamento, Análise, Aprovação e Publicação de Documentos pelo Samq2	17
Anexo 02 – Modelo de Política.....	18
Anexo 03 – Modelo de Regimento Interno	19
Anexo 04 – Modelo de Norma	20
Anexo 05 – Modelo de Plano	21
Anexo 06 – Modelo de Macroprocessos	22
Anexo 07 – Modelo de Protocolo	23
Anexo 08 – Modelo de Manual.....	24
Anexo 09 – Modelo de Procedimento Operacional Padrão / Rotina	25
Anexo 10 – Modelo de Fluxo.....	26
Anexo 11 – Modelo de TCLE	27

1. OBJETIVO

Estabelecer regras para elaboração, padronização, atualização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos dos Hospitais Universitários (HU) da Universidade Federal do Ceará (UFC) relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos; manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação.

2. ABRANGÊNCIA DA NORMA

A Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais do Complexo Hospitalar da UFC é aplicável aos documentos institucionais do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), com efeito em todas as áreas dos hospitais. Ressalta-se que os documentos de comunicação oficial devem seguir o Manual de Redação da Presidência da República e para os documentos do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) implantado, deve-se seguir o modelo padrão específico.

3. ASPECTOS IMPORTANTES

- O documento a ser elaborado deve representar uma atividade que acrescente valor e que tenha o intuito de ajudar a melhorar os processos na instituição.
- O documento deverá ser formatado no padrão definido por esta **Norma Operacional** e enviado ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde/ Serviço de Avaliação e Monitoramento da Qualidade (SGQVS/Samq) do respectivo hospital, pelo coordenador da área.
- Em caso de inexistência de padrão para o documento desejado, deverá ser consultado o Samq do respectivo hospital para adequação do documento.
- Documentos elaborados por mais de um autor devem ser encaminhados com a ata da reunião validando a sequência dos nomes dos autores.
- Os documentos serão examinados minuciosamente para assegurar a conformidade com os padrões estabelecidos. As urgências serão avaliadas e tratadas oportunamente.
- Documentos com conteúdo relacionado à prevenção de infecção hospitalar serão submetidos ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), os relacionados à segurança do trabalho, à Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (Usost) e os que necessitem de revisão dos aspectos jurídicos ao Setor Jurídico, dentre outros.

4. DESCRIÇÃO

4.1 Da adequação dos documentos:

A adequação dos documentos existentes aos critérios desta norma deve ocorrer de forma gradual, considerando o prazo de vigência previsto no documento a ser revisado.

A assinatura dos documentos seguirão a categorização descrita no quadro 1, sendo Nível 1 (estratégico): Superintendente e/ou Colegiado Executivo; Nível 2 (tático): Gerente e chefe de divisão ou setor; Nível 3 (Operacional): chefe de Divisão ou Setor, e Chefe de Unidade.

Quadro 1 – Tipos de Documentos		
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Política Institucional	Plano	Formulário/Ficha
Regimento Interno	Protocolo	Documentos externos
Regulamento	Fluxograma	Informativo
Mapa de Negócio	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Catálogo
Norma	Processo/macrop processo	Cartilha
Programa	Manual	Folder
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Rotina
	Acordo	
	Guia	

Fonte: Adaptado do documento *Elaboração e Controle de Documentos Institucionais*, v.2, 2019.

4.2 Das definições:

4.2.1 Cópia Controlada: documento, impresso ou eletrônico, que se refere a documento original aprovado, identificado como “cópia controlada” contendo data e assinatura do emissor. A cópia controlada será liberada pelo Samq, após solicitação formal. As versões eletrônicas serão disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.

4.2.2 Cópia Não Controlada: documento utilizado para fins de treinamento, informação e uso dos auditores. Será identificada como “cópia não controlada” e deverá ser destruída logo após o uso.

4.2.3 Documento aprovado: documento cuja versão passou pelo processo de validação e está em vigor.

4.2.4 Documento cancelado: documento identificado como “cancelado” devido à perda da vigência. Os documentos em meio físico deverão ser destruídos para evitar o uso indevido. Os documentos em meio eletrônico poderão permanecer arquivados pelo Samq para eventuais consultas, contudo, deverão estar identificados com a palavra “cancelado”.

4.2.5 Documento em revisão: documento que está em processo de revisão.

4.2.6 Documento externo: documento utilizado no hospital cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por uma organização externa (órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais) que impactam no atendimento do serviço do hospital.

4.2.7 Documento obsoleto: é a versão desatualizada de um documento que ainda está em vigor.

4.2.8 Fluxograma: é uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

4.2.9 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.

4.2.10 Algoritmo: é uma sequência finita de ações executáveis que visam obter uma solução para um determinado tipo de problema. Um algoritmo não representa, necessariamente, um programa de computador, e sim os passos necessários para realizar uma tarefa.

4.2.11 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, alunos e usuários da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais.

4.2.12 Não Conformidade: refere-se ao não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.

4.2.13 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.

4.2.14 Ordem de serviço: documento utilizado pela Administração para disciplinar o

funcionamento da instituição e a conduta de seus agentes públicos no desempenho de suas atribuições, envolvendo aspectos administrativos e técnicos, também é usada para indicar a alguém que pode iniciar a obra, o fornecimento ou o serviço que contratará com a Administração Pública, estabelecendo quantidades, estimativas, prazos e custos da atividade a ser executada, e possibilitar a verificação da conformidade do serviço executado com o solicitado.

4.2.15 Padrões: produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.

4.2.16 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, determinado metas e objetivos anuais.

4.2.17 Política institucional: documento aprovado pela Superintendência que expressa as diretrizes e intenções do hospital para cumprir a missão institucional.

4.2.18 Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade. É o passo a passo que estabelece uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado, ou seja, se alterar a ordem não é possível garantir o mesmo resultado.

4.2.19 Rotina: documento que descreve uma atividade ou função, sem a obrigatoriedade de seguir uma sequência, ou seja, se alterar a sequência não interfere no resultado final.

4.2.20 Processo: é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega valor e gera uma saída (output), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço.

4.2.21 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.

4.2.22 Protocolo: instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, pedagógica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial, do ensino e da pesquisa. 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.

4.2.23 Regimento: documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

4.2.24 Regulamento: conjunto ordenado de normas consideradas válidas num determinado contexto.

4.2.25 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.

4.3 Das responsabilidades

4.3.1 Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS)

- Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;
- Implementar o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;
- Coordenar o Processo de Monitoramento e Avaliação da instituição, nos níveis tático e estratégico;
- Implementar o Programa Ebserh Gestão à Vista;
- Promover a implementação da gestão por processos;
- Liderar processos de gestão de mudanças;
- Coordenar a gestão de documentos;
- Coordenar os processos de avaliação interna e externa do Selo Ebserh de Qualidade e demais processos certificação externas ou acreditação;

A instância operacional do SGQVS para as ações relacionadas à qualidade é o Samq.

4.3.2 Serviço de Avaliação e Monitoramento da Qualidade (Samq)

- Realizar Auditoria da Qualidade;
- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais, bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração destes;
- Assegurar a rastreabilidade;
- Analisar, juntamente com os setores/unidades, os documentos sob sua responsabilidade;
- Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação institucional;
- Garantir a remoção de documentos obsoletos e cancelados das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação do hospital;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e que sua distribuição esteja controlada;
- Prevenir o uso não intencionado de documentos obsoletos e cancelados, que devem estar corretamente identificados;
- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e incentivar a padronização.

4.3.3 Setores/Unidades

- Elaborar documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/rotinas, protocolos, entre outros, e enviá-los ao Samq para avaliar a padronização e catalogação, de acordo com esta Norma Operacional;
- Identificar os documentos externos, ou seja, a documentação regulamentar e inerente às suas atividades, mantê-la atualizada e enviar para validação do Samq;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados, aplicando o formulário de frequência para evidenciar o treinamento.
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração do conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento e enviá-lo ao Samq para validação;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Setor/Unidade;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos e cancelados;
- Gerenciar a lista de documentos utilizados pelo setor/unidade.

4.4 Da estrutura dos documentos:

O acervo documental do hospital é elaborado e redigido de maneira padronizada, conforme determinam os respectivos modelos citados neste documento.

4.4.1 Da hierarquia dos documentos

Figura 1 – Hierarquia dos documentos



Fonte: Serviço de Gestão da Qualidade, 2018

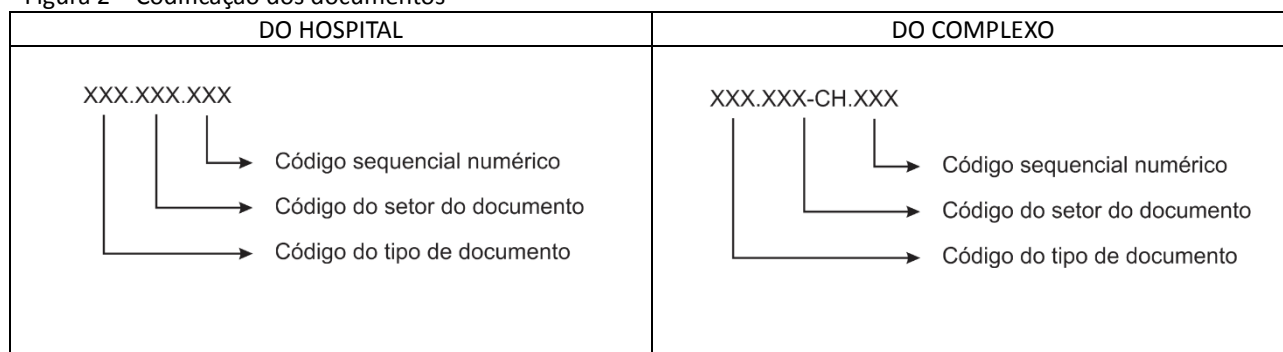
4.4.2 Da codificação e numeração dos documentos

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo composta pela abreviatura do tipo de documento (ex.: Procedimento Operacional Padrão - POP) e identificação da categoria profissional/setor/unidade, seguida do número de expedição do documento, separados por pontos.

O código das letras deverá preferencialmente conter três letras. A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 em cada categoria, setor ou unidade. As numerações seguirão crescentes para o mesma categoria, setor ou unidade e para cada tipo de documento, devidamente padronizados pelo Samq/SQQVS.

Ex.: POP.ENF.001 ou FLX.SESUP-CH.003

Figura 2 – Codificação dos documentos



Fonte: Do autor

4.4.3 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 nos documentos deverá seguir o Manual de Identidade Visual da Ebserh.

a) Cabeçalho:

- Logotipo da universidade, do hospital, da Ebserh, conforme figura 2 a 4;
- Quando o documento for comum aos dois hospitais, inserir a logomarca do HUWC seguida da logomarca da MEAC;
- Campos “Tipo” e “Título do documento” – fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda, espaçamento simples;

- Identificação do tipo (ex.: norma operacional) e do título do documento – fonte calibri, tamanho 11, caixa alta, negrito, centralizado;
- Codificação e numeração (inserido pelo Samq): identificação do documento por tipo e número, 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;
- Emissão: data de emissão da versão correspondente;
- Versão: número da versão vigente. A cada alteração do documento a versão deverá ser atualizada sequencialmente. Fonte: Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Próxima revisão: data da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma e em normativas do hospital.


Figura 3 – Modelo de cabeçalho para documentos elaborados no Hospital Universitário Walter Cantídio, SAMQ, 2019.

			
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SAMQ.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX

Fonte:

Do autor

Figura 4 – Modelo de cabeçalho para documentos elaborados na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, SAMQ, 2019.

			
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SAMQ.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX

Fonte:

Do autor

Figura 5 – Modelo de cabeçalho para documentos elaborados no Complexo Hospitalar da UFC, SAMQ, 2019.

			
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SAMQ-CH.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão:
		Versão: 1	XX/XX/XXXX

Fonte: Do autor

b) **Corpo do Texto:**

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento simples:
 - Recuo especial na primeira linha: 1,25cm
 - Corpo do texto: tamanho 12 pontos;
 - Citações recuadas: tamanho 11 pontos;
 - Notas de rodapé: tamanho 10 pontos;
- 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 serão em negrito, caixa baixa, tamanho 12, numeração de subitem (Ex.: 1.1.,1.2,1.3), alinhamento à esquerda e recuo à esquerda de 1,25cm;
- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 2cm; inferior 2cm; esquerda 2,5cm; direita 1,5cm. Espaçamento entre parágrafos de 6 pontos; recuo de parágrafo de 2,5cm de distância da margem esquerda;
- As figuras, quadros e tabelas deverão ser dimensionados de acordo com a necessidade, ficando centralizados. A identificação ficará na parte superior, tamanho 10, justificada, em espaço simples, iniciada 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 no tamanho da imagem, no tamanho 10.

c) **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;
- O documento atual ficará com o histórico das duas últimas revisões.

Figura 6 – Modelo do histórico de versões.

HISTÓRICO DE REVISÃO		
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Fonte: Serviço de Gestão da Qualidade, 2018

d) Campo de Elaboração/Revisão, Análise, Aprovação e Validação:

- Fonte Calibri, tamanho 9 para o título na tabela e tamanho 9 no conteúdo, com a identificação do setor responsável e/ou nome completo das pessoas, data e espaçamento simples, conforme figura 4.
- A sequência dos autores deverá ser enviada por email, juntamente com a Ata em que conste a presença e aprovação da sequência de elaboradores;
- O campo “Elaboração/revisão” deverá ser assinado pelo primeiro autor/revisor;
- O campo “Análise” deverá ser assinado pelo técnico do Samq responsável pela padronização do documento;
- O campo “Aprovação” será assinado pela chefia imediata e respectiva gerência/superintendência;
- O campo “validação” será assinado, quando necessário, pelo Jurídico, SCIH, Usost, entre outros

Figura 7 – Modelo para campo de assinaturas dos documentos elaborados pelos hospitais Universitários da UFC, Samq, 2019.

Elaboração/Revisão	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Análise	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Aprovação	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Validação	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:

Fonte: Serviço de Gestão da Qualidade, 2018

4.4.4 Do controle de alterações

As mudanças em um documento devem ser identificadas no campo “Histórico de Revisão”.

4.4.5 Elaboração e aprovação dos documentos

A elaboração do documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais responsáveis para realizar esta atividade. Serão considerados válidos na instituição apenas os documentos eletrônicos disponibilizados no portal corporativo institucional e os documentos impressos que contenham assinatura e carimbo de um representante do Samq juntamente

com o carimbo de cópia controlada.

Documentos de nível estratégico devem ser aprovados pelo Superintendente. Os Regimentos internos deverão ser aprovados previamente pelo colegiado executivo. Documentos de nível tático devem ser aprovados minimamente pelas gerências envolvidas. Documentos de nível operacional devem ser aprovados pelos setores envolvidos.

Os documentos disponibilizados na *internet* não possuirão as assinaturas.

Todos os documentos deverão ser avaliados pelo Samq, podendo ser validado por outros setores/serviços do HUWC/MEAC, tais como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (Usost), sempre que pertinente.

Anexo a esta norma estão os modelos com informações mínimas necessárias aos documentos. Caso algum dos itens dos modelos não seja aplicável, manter o campo e inserir NA – Não Aplicável.

Os campos de “elaboração/revisão, análise, validação e aprovação” contidos nos modelos são definidos como:

- a) **Elaboração/Revisão** – campo de identificação dos responsáveis pela elaboração/revisão do documento.
- b) **Análise** – campo de identificação dos responsáveis pela avaliação do documento. Esta ação é realizada por membro da equipe do Samq.
- c) **Aprovação** – campo de identificação dos responsáveis pela aprovação do documento.
- d) **Validação** – campo de identificação dos responsáveis pela validação do documento. Ex.: alguns documentos assistenciais devem ser validados pela SCIH.

Obs.: recomenda-se que todos os documentos sejam validados pelo SGQVS ou área responsável pela qualidade.

Os responsáveis pela aprovação deverão observar:

- Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- Se há consistência técnica;
- Se não há conflito com outros documentos existentes;
- Se os procedimentos seguem os padrões conforme estabelecido nos anexos.

4.4.6 Do treinamento

A Divisão/Setor/Unidade responsável pela elaboração do documento deverá divulgar e treinar sua equipe aplicando o formulário de frequência para evidenciar o treinamento. Após os treinamentos as atas deverão ser digitalizadas e enviadas para email do Samq do respectivo hospital (qualidade@huwc.ufc.br / qualidade@meac.ufc.br).

4.4.7 Acervo documental

Os documentos publicados ficarão disponíveis, em sua última versão, na intranet ou internet dos hospitais. Os documentos da intranet somente serão acessados nos dispositivos conectados à rede do hospital.

Os documentos com as assinaturas originais estarão arquivados na Superintendência do Complexo Hospitalar da UFC.

4.4.8 Revisão dos documentos

Para revisão de documentos já homologados, a área emitente deve solicitar o documento editável ao Samq. As revisões serão analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis e são controladas pela data, número e histórico da revisão na lista mestra.

A revisão dos documentos será realizada:

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

Os documentos podem ser revistos a qualquer momento ou, no máximo, conforme periodicidade descritas para os seguintes documentos descritos no quadro 2:

Quadro 2 – Temporalidade máxima para revisão de documentos	
Documento	Periodicidade máxima de revisão
Política, Regimento e Regulamento	A cada 4 anos
Demais documentos	A cada 2 anos
Documento externo	Quando houver atualização sobre o tema

Fonte: Adaptado de Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade, v.05, 2017

4.4.9 Da exclusão

As versões anteriores dos documentos descritos nesta Norma não serão excluídas e sim desativadas ficando armazenadas em meio eletrônico no Samq. Isso garante o registro histórico para futuras pesquisas e verificação do ciclo de aprendizado.

Os documentos em meio físico que forem desativados serão recolhidos e encaminhados para o setor de Gestão documental, logo após o armazenamento em meio eletrônico.

Tais documentos podem ser desativados quando houver solicitação da liderança responsável pelo processo e aprovação da(s) respectiva(s) chefia(s)/gerências. As solicitações deverão ser enviadas pelo SEI para o SGQVS do respectivo hospital que registrará na lista mestra o número do processo que gerou a demanda.

4.4.10 Dos documentos obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias da versão atual devem substituir a versão anterior. As cópias da versão anterior deverão ser recolhidas logo após a publicação da versão vigente.

Os documentos obsoletos serão descaracterizados.

O Samq manterá arquivo digital dos documentos antigos para controle e registro histórico das versões.

4.4.11 Do descarte de documentos oficiais

O descarte dos documentos da qualidade obedecerá à Resolução CONARQ nº 40, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público, ou resolução que a substitua.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

5. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Distrito Federal: EBSEH, 2019. 30p.

Adaptação:

Emeline Moura Lopes

Eugenie Desirèe Rabelo Néri Viana

Fernanda Macedo de Oliveira Neves

Juliana de Lima Comaru

Maria de Fátima Bastos Nóbrega de Almeida

Mona Lisa Menezes Bruno

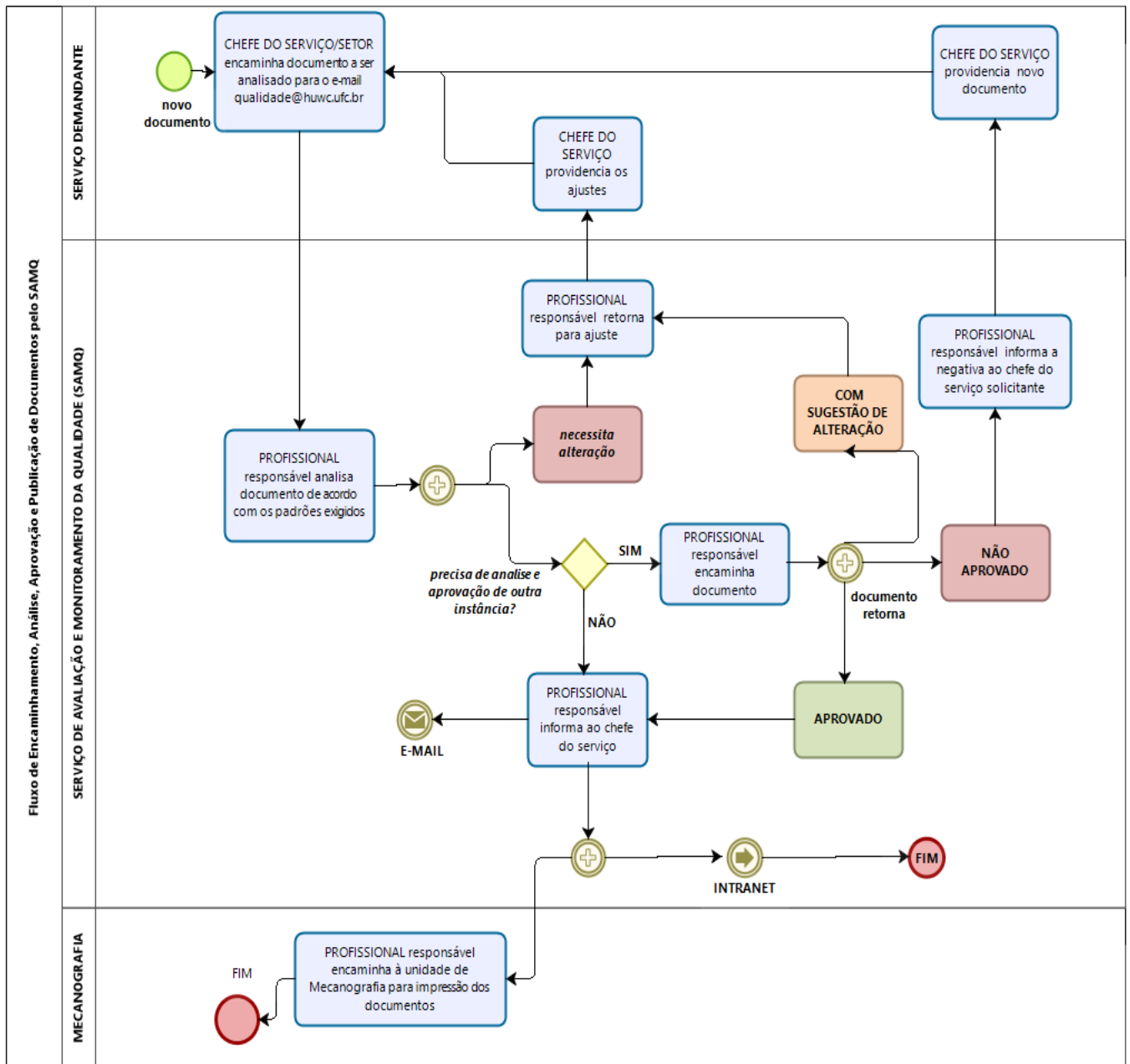
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini

Samla Sena da Silva Souza

Walécia Diana Gadelha Maia

ANÁLISE		
Eugenie Desirrè Rabelo Néri Viana Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde - MEAC	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Mona Lisa Menezes Bruno Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde - HUWC	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
APROVAÇÃO		
Maria Airtes Vieira Vitoriano Gerência de Atenção à Saúde do HUWC (em exercício)	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC (em exercício)	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Pedro Theóphilo Ramos Neto Gerência Administrativa	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Renan Magalhães Montenegro Júnior Gerência de Ensino e Pesquisa	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:
Carlos Augusto Alencar Júnior Superintendente do Complexo Hospitalar da UFC	Data: __/__/__	Assinatura e carimbo:

Anexo 01 – Fluxo de Encaminhamento, Análise, Aprovação e Publicação de Documentos pelo Samq



Anexo 02 – Modelo de Política

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	POLÍTICA		PO.SAMQ-CH.001 – Página X/X
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

1.OBJETIVO

2.DESCRICÃO

3.CAMPOS DE APLICAÇÃO

4.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 03 – Modelo de Regimento Interno

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	REGIMENTO INTERNO		REI.SAMQ-CH.001 – Página X/X
Título do Documento			Emissão: XX/XX/XXXX
			Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

(O documento deve ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos, deve descrever minimamente o objetivo e o campo de aplicação)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 04 – Modelo de Norma

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA		NO.SAMQ-CH.001 – Página X/X
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

1.OBJETIVO

2.ABRANGÊNCIA DA NORMA

3.DESCRICÃO

4.LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS (SE NECESSÁRIO)

5.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 05 – Modelo de Plano

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PLANO		PLA.SAMQ-CH.001 – Página X/X
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão:
		Versão: 1	XX/XX/XXXX

1.OBJETIVO

2.PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS

3.RESULTADOS ESPERADOS

4.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 06 – Modelo de Macroprocessos

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MACROPROCESSO	MP.SAMQ-CH.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão:
		Versão: 1	XX/XX/XXXX

(O documento padrão em formato Word, modelo salvo dentro do software Bozagi possui a estrutura mínima com os campos apresentados)

1.OBJETIVO

2.DIAGRAMA DO PROCESSO

3.DETALHAMENTO DO PROCESSO E ELEMENTOS

4.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 07 – Modelo de Protocolo

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.SAMQ.001 – Página X/X
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão: XX/XX/XXXX
	Versão: 1		

- 1.SUMÁRIO
- 2.SIGLAS E CONCEITOS
- 3.OBJETIVOS
- 4.JUSTIFICATIVAS
- 5.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
- 6.ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES
- 7.HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO*
- 8.EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*
- 9.TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*
- 10.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*
- 11.CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*
- 12.CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*
- 13.FLUXOGRAMAS
- 14.MONITORAMENTO
- 15.REFERÊNCIAS
- 16.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para protocolos assistenciais)

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 08 – Modelo de Manual

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.SAMQ.001 – Página X/X
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão:
	Versão: 1		XX/XX/XXXX

1.APRESENTAÇÃO

2.OBJETIVOS

3.DESCRICÃO

4.REFERÊNCIAS

5.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 09 – Modelo de Procedimento Operacional Padrão / Rotina

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SAMQ.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

1.OBJETIVO(S)

2.MATERIAL

3.DESCRICÃO DOS PROCEDIMENTOS

4.CUIDADOS ESPECIAIS

5.REFERÊNCIAS

6.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	___/___/___
Análise (Nome; Função; Assinatura)	___/___/___
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	___/___/___
Validação (Nome; Função; Assinatura)	___/___/___

Anexo 10 – Modelo de Fluxo

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	FLUXO		FLX.SAMQ.001 – Página X/X
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão:
	Versão: 1		XX/XX/XXXX

Inserir imagem do fluxo

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__

Anexo 11 – Modelo de TCLE

INSERIR CABEÇALHO CONFORME FIGURAS 3,4 e 5

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	TCLE	TCLE.SAMQ.001 – Página X/X	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão:
		Versão: 1	XX/XX/XXXX

Elaboração (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Análise (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	__/__/__
Validação (Nome; Função; Assinatura)	__/__/__