

MANUAL

HDT-UFT/EBSERH

Manual para Gestão e Controle de Documento do HDT-UFT

Versão: 1 | 2024



SUPERINTENDENTE

ANTÔNIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR

GERENTES

ANDRIELLY GOMES DE JESUS

DANIELE PEREIRA BARROS

MISSAEL ARAÚJO DE LIMA

CHEFE DE SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE

LUIS FERNANDO BESERRA MAGALHÃES

ELABORAÇÃO

Luis Fernando Beserra Magalhães – STGQ/SUP/HDT-UFT

Marília Viana Miranda – STGQ/SUP/HDT-UFT

ANÁLISE

Antonio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT

VALIDAÇÃO

Luis Fernando Beserra Magalhães – STGQ/SUP/HDT-UFT

APROVAÇÃO

Antonio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT

Andrielly Gomes de Jesus - GAS/HDT-UFT

Daniele Pereira Barros - GEP/HDT-UFT

Missael Araújo de Lima - GAD/HDT-UFT

Data da emissão: 26/08/2024

Código do documento: MN.STGQ.001

ISBN:

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	4
2.	OBJETIVO	4
3.	ABRANGÊNCIA DO MANUAL	4
4.	ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO CONTROLE DA DOCUMENTAÇÃO DA QUALIDADE	5
5.	DEFINIÇÕES.....	5
6.	ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS.....	6
6.1	Capa e Folha de Rosto	7
6.2	Ficha Catalográfica	7
6.3	Sumário	7
6.4	Lista de abreviaturas e siglas	7
6.5	Lista de ilustrações	8
6.6	Descrição	8
6.7	Referências	8
6.8	Histórico de revisão	9
6.9	Responsáveis pelo documento	9
6.10	Mensagem de autorização de reprodução	9
6.11	Anexos e apêndices	9
7.	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA GESTÃO DOCUMENTAL	10
7.1	Elaboração	11
7.2	Análise	11
7.3	Validação	12
7.4	Aprovação.....	13
7.5	Publicação.....	13
7.6	Treinamento	14
7.7	Revisão.....	14
8.	CONTROLE DOS DOCUMENTOS.....	16
8.1	Lista Mestre.....	16
8.2	Codificação e Numeração dos documentos.....	16
8.3	Documentos obsoletos.....	17
9.	RESPONSABILIDADES.....	18
9.1	Setor de Gestão da Qualidade.....	18

9.2 Superintendência, Gerências, Divisões, Setores e Unidades	18
10. REFERÊNCIAS	19
11. HISTÓRICO DE REVISÃO	19
12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	19
13. FLUXOGRAMA DE PUBLICAÇÃO DE DOCUMENTOS	20
ANEXO I	21



1. INTRODUÇÃO

O Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade do HDT é uma adaptação do Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade, versão 1, publicada pela Portaria - SEI nº 10, de 06 de julho de 2024 no Boletim de Serviço nº 1836, de 08 de julho de 2024 da Ebserh, se aplica aos documentos do sistema de gestão da qualidade do HDT-UFT envolvendo os documentos assistenciais e administrativos, que tenham o objetivo de descrever processos ou procedimentos de modo a garantir a repetibilidade com a qualidade desejada.

Anteriormente denominado como Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais (“Norma Zero”), este documento passou por uma revisão, tendo sido alterados a nomenclatura e o tipo documental, visando garantir o adequado enquadramento do seu objetivo e finalidades.

Dessa forma, a partir da publicação desse Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade, a Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais NO.STGQ.002, passa a ser revogada, devendo ser seguida todas as recomendações presentes nesse Manual.

2. OBJETIVO

O objetivo deste manual é estabelecer regras para gestão e controle dos documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade do HDT-UFT destinados à padronização de procedimentos, de modo a permitir a avaliação dos processos de trabalho, a garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida elaboração, análise, validação, aprovação, revisão, publicação e divulgação.

Ressalta-se que os documentos de comunicação oficial (ex.: ofício, despacho, nota técnica, Norma, Regimento, Política e Regulamento) não são objeto deste Manual, devendo seguir o Manual de Redação da Presidência da República (BRASIL, 2018a) e os modelos padronizados disponíveis no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

3. ABRANGÊNCIA DO MANUAL

O Manual para Gestão e Controle de Documentos se Aplica ao documento a seguir:

- Guia;
- Protocolo;
- Manual;
- Plano;
- Programa;
- Procedimento Operacional Padrão;

Os documentos que não se aplicam a este Manual (Norma, Regimento, Política e Regulamento) para aprovação e publicação devem seguir modelos padronizados disponíveis no SEI e seguirem o seguinte fluxo: os documentos devem ser enviados para aprovação no Colegiado Executivo do hospital e publicado em Boletim de Serviço do HDT-UFT.



Documentação clínica, como prontuários, formulários preenchidos, entre outros, também não são objetos de discussão deste Manual, devendo atentar para a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL, 2018b) e seguir orientação da área competente na Ebserh.

4. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO CONTROLE DA DOCUMENTAÇÃO DA QUALIDADE

A adequação dos documentos relacionados às orientações deste Manual deve ocorrer de forma gradual, considerando o prazo de vigência previsto no documento a ser revisado. Recomenda-se que os novos documentos a serem elaborados já sigam a padronização deste manual.

A elaboração de documentos deve ter o intuito de ajudar a melhorar os processos institucionais. Além disso, é importante observar que a documentação esteja construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação.

Para o controle da documentação deve-se considerar os seguintes aspectos:

1. aprovar a documentação a cada elaboração ou revisão;
2. assegurar a rastreabilidade e a reprodutibilidade;
3. identificar as mudanças e versão atual;
4. assegurar legibilidade, fácil identificação e recuperação dos documentos;
5. assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e que sua distribuição esteja controlada; e
6. prevenir o uso não intencionado de documentos obsoletos, que devem estar corretamente identificados.

O documento deverá ser formatado no padrão definido por esta manual e enviado ao STGQ exclusivamente via Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Os documentos serão examinados detalhadamente para assegurar a conformidade com os padrões estabelecidos.

O STGQ estabelece um prazo máximo de 30 dias para a validação do documento, após o recebimento do mesmo (conforme fluxograma 1) depois de aprovado pela área competente o STGQ realizará a publicação do documento no site no prazo máximo de 15 dias. Além disso o STGQ não se compromete com atrasos nas etapas ao qual não é responsável. Documentos que tenham urgência em sua publicação e divulgação poderão ser validados e publicados antes deste prazo desde que tenha justificativa cabível realizada através de despacho da Gerência/Superintendência ao qual a Divisão, Setor ou Unidade estão subordinados.

5. DEFINIÇÕES

1. Anexo: texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração (ABNT, 2011).
2. Apêndice: texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho (ABNT, 2011).
3. Documento aprovado: documento cuja versão passou pelo processo de aprovação.
4. Fluxograma: representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

5. Fluxograma: representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.
6. Guia: documento que fornece diretrizes gerais a serem aplicadas na execução de um conjunto de tarefas relacionadas a uma temática. Inclui um conjunto de declarações, direções ou princípios para apresentação de regras ou diretrizes atuais ou futuras.
7. Lista Mestra de Documentos: relação que identifica todos os documentos integrantes do sistema de gestão da qualidade da instituição, versão vigente e controle de cópias.
8. Manual: documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos, instruções e orientações em uma organização, a fim de 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.
9. 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, programas ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos periódicos.
10. Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição, uma rotina, ou seja, apresenta o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado, de modo que qualquer indivíduo habilitado para executar o procedimento, seguindo as instruções, obterá o mesmo resultado.
11. Programa: documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização, e que estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico com a função de apresentação.
12. Protocolo: instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade. Deve fornecer elementos de apoio à decisão ou 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.

6. ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS

O acervo de documentos da qualidade da instituição deve ser elaborado e redigido de maneira padronizada, conforme orientações deste Manual. Nos **Apêndices B a F**, constam os modelos de cada parte dos documentos. Os modelos editáveis destes serão disponibilizados no Portal do Conhecimento e no site do HDT-UFT.



6.1 Capa e Folha de Rosto

O uso de capa e folha de rosto nos documentos é facultativo, contudo, ao se optar pela utilização, os modelos apresentados neste documento deverão ser seguidos, conforme descrito no **Quadro 1**. Os modelos de capa são apresentados nos **Apêndices C, D e E**. O modelo de folha de rosto é apresentado no **Apêndice F**.

Quadro 1 - Cores de capa por tipo de documento

Cor da Capa	Documentos
Verde	Manual Plano Programa
Azul	Guia Protocolo
Amarelo	POP

Fonte: Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade EBSEH/SEDE (2024).

6.2 Ficha Catalográfica

Para documentos que serão editorados e publicados, pode-se incluir a ficha catalográfica.

6.3 Sumário

Em documentos extensos, recomenda-se a inclusão de “Sumário”, que contenha a relação de tópicos contidos no documento e respectivas páginas. O sumário deve ser colocado no início do documento, logo após a capa e folha de rosto, quando existentes. Aplicável a todos os documentos citados neste Manual, exceto ao POP. Os elementos pré-textuais não podem constar no sumário (ABNT, 2012).

6.4 Lista de abreviaturas e siglas

Elemento opcional. Consiste na relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso. A sigla, quando mencionada pela primeira vez no texto, deve ser indicada entre parênteses, precedida do nome completo (ABNT, 2011). Deve-se seguir a lista de siglas, abreviaturas e símbolos implementada no hospital.



6.5 Lista de ilustrações

Elemento opcional. Elaborada de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, travessão, título e respectivo número da folha ou página. Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outras) (ABNT, 2011).

6.6 Descrição

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados e o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Os modelos apresentados nos **Apêndices G a L** contêm a formatação a ser seguida e uma sugestão de tópicos a serem abordados em cada tipo de documento, podendo a unidade organizacional, se julgar necessário, retirar ou acrescentar tópicos.

6.7 Referências

O tópico de referências deve conter a lista de referências bibliográficas referente a todos os documentos citados no documento no formato da ABNT. Recomenda-se a utilização de software gerenciador de referências.

6.8 Histórico de revisão

As alterações, a cada versão, devem ser identificadas no campo “Histórico de Revisão” ao final do documento, apresentado em forma de quadro com as informações: versão, data e descrição da atualização.

A descrição da atualização deve apresentar os tópicos, subtópicos ou itens excluídos, alterados ou incluídos, indicando o tipo de alteração e a numeração correspondente no documento.

6.9 Responsáveis pelo documento

A identificação dos responsáveis pela elaboração, análise, validação e aprovação deverá ser incluída ao final do documento, após o item “Histórico de Revisão”, no quadro correspondente com os seguintes campos:

1. elaboração: campo de identificação dos responsáveis pela elaboração do documento vigente, no qual devem ser inseridos os nomes e cargos dos elaboradores da versão, se documento inicial, ou dos revisores, no caso de se tratar da revisão do documento;
2. análise: campo de identificação (nome, cargo ou função e unidade de lotação) dos responsáveis pela análise do documento;



3. validação: campo de identificação dos responsáveis pela validação do documento (nome, cargo ou função e unidade de lotação); e

4. aprovação: campo de identificação dos responsáveis pela aprovação do documento (nome, cargo ou função e unidade de lotação).

As datas de conclusão de cada etapa (elaboração, análise, validação e aprovação) devem ser apostas ao lado de cada campo no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), juntamente à assinatura dos responsáveis. A data da emissão deve ser considerada a data da aprovação do documento.

No caso de publicações que reúnam outros documentos, a identificação dos responsáveis pela elaboração deve permanecer por documento. Contudo, a análise, validação e aprovação podem ser únicas para o compilado.

6.10 Mensagem de autorização de reprodução

Nos documentos sem Folha de Rosto, a mensagem de autorização de reprodução deverá ser atualizada com o ano do documento e incluída ao final da última página do documento, após o campo de aprovação: *“Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ©Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br”*. Nos documentos com Folha de Rosto, essa mensagem deve constar ao final da Folha de Rosto.

6.11 Anexos e apêndices

A fim de complementar os documentos, podem ser adicionados, ao final, anexos e apêndices. Tais elementos, quando necessários, devem ser inseridos após o campo “Histórico de Revisão”.

7. DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA GESTÃO DOCUMENTAL

O processo de gestão de documentos da qualidade envolve as etapas de elaboração, análise, validação, aprovação, publicação e divulgação de documentos, seguidas pelo treinamento dos colaboradores quanto a esses documentos e, quando necessário, revisão dos documentos. O Fluxograma 1 apresenta as ações e responsabilidades relativas a cada uma dessas etapas.

7.1 Elaboração

A elaboração de documentos deve ser demandada por profissionais responsáveis pela gestão e operação do hospital, incluindo: Superintendência do Hospital, Gerentes e Chefes de Divisão, Setores e Unidades, Comissões e Grupos de Trabalho.

Os documentos devem atender às normas regulatórias e de acreditação estabelecidas pela EBSEH, visando garantir a segurança dos pacientes e a eficiência operacional do hospital. O gestor do processo é responsável pela elaboração do documento ao qual pode designar um ou mais colaboradores para realizar a atividade.

Partindo desse princípio os documentos devem ser elaborados por profissionais com conhecimento técnico sobre o tema abordado e dentro de suas competências regimentais. Os



colaboradores podem submeter a necessidade da elaboração do documento à sua chefia imediata, que avaliará a relevância do documento para o HDT-UFT. A elaboração deve agregar valor à instituição e melhorar os processos, não tendo um objetivo simples.

A elaboração deve seguir os formatos padronizados pelo "Manual para Gestão e Controle de Documentos MA.STGQ.001" disponíveis no site do HDT através do seguinte link: [Modelos de Documentos](#).

Considera-se elaborador o profissional que participou ativamente da construção do documento. É importante definir o número de participantes na elaboração. Para fins de validação considera-se o número máximo em 5 elaboradores para Procedimento Operacional Padrão, e 10 para (Protocolos, Manuais, Planos, Guias e Programa).

A documentação deve ser construída de forma clara, comunicando o propósito e a consistência da ação.

Atenção, importante: Para efeito de publicação no Portal do Conhecimento, nova intranet da Ebserh onde serão lançados os documentos organizacionais, deverá ser elaborado um texto com o Resumo do documento a ser validado, esta informação deve constar no processo SEI encaminhado para a validação.

7.2 Análise

A análise deverá ser realizada pelas chefias da unidade organizacional responsável pela elaboração do documento devendo esta ser realizada, preferencialmente, por chefes de Divisão e na ausência deste a chefia de Setor, podendo ser analisado por ambos desde que tenham também conhecimento técnico sobre o assunto abordado no documento, podendo este delegar a setores que tenham melhor domínio do assunto a exemplo os documentos com conteúdo relacionado à prevenção de infecção hospitalar serão submetidos ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS), os relacionados à segurança do trabalho, à Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) e os que necessitem de revisão dos aspectos jurídicos ao Setor Jurídico, dentre outros.

Ao ser concluída a análise do documento o chefe responsável por realizar a ação encaminhará para validação a versão do documento com conteúdo e forma que considera adequados.

7.3 Validação

Todos os documentos devem ser validados pelo STGQ, que fará a verificação conforme definido neste Manual. A validação refere-se à verificação do atendimento às normas de padronização documental e à avaliação de possibilidade de conflito com outros documentos existentes. A análise do conteúdo técnico, quando necessário, será realizada pela área competente no assunto.

Na etapa de Validação o Setor de Gestão da Qualidade irá observar se o documento está de acordo com a padronização estabelecida neste Manual e só serão validados os Documentos que seguirem rigorosamente os Modelos Padronizados e a formatação desta Norma, para tanto segue abaixo o Quadro com os Padrões de formatação dos elementos e tópicos do corpo dos documentos institucionais.



Quadro 2 – Padrões de formatação dos elementos e tópicos do corpo dos documentos institucionais.

Elemento/Tópico	Formatação
Capa	<p>Tipo do documento: fonte Verdana, caixa alta, tam. 40, negrito, alinhado à esquerda;</p> <p>Sigla do HUF e Sigla da Universidade/Ebserh: fonte Calibri, caixa alta, tam. 12 alinhado à esquerda.</p> <p>Título do documento: fonte Verdana, caixa baixa (exceto a primeira letra do título e nomes próprios), tamanho variável para garantir a adequada inserção e leitura do texto na caixa de texto, alinhado à direita.</p> <p>Versão e ano: fonte Verdana, caixa baixa (exceto a primeira letra da palavra), tam. 12, negrito, alinhado à direita.</p>
Cabeçalho	Tipo, nome, código e versão do documento, alinhados à esquerda, e a paginação (Página x de x), alinhada à direita, fonte Calibri, tamanho 11.
Rodapé	Deverão constar as logomarcas do SUS, da Universidade, do hospital e da Ebserh, nesta sequência. Aplicado a partir da segunda página. A aplicação das marcas deverá seguir o Manual de Identidade Visual da Ebserh (EBSERH, 2023).
Sumário	<p>Título: fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado</p> <p>Lista de tópicos e páginas: fonte 12, normal, justificado</p>
Corpo do texto	<p>Fonte Calibri, tam. 12, justificado, espaçamento entre linhas simples, espaçamento entre parágrafos de 6 pontos, antes e depois.</p> <p>Recuo de parágrafo de 1,5 cm de distância da margem esquerda.</p> <p>Espaço de 1 linha em branco entre tópicos.</p>
Citações recuadas	Fonte Calibri, tam. 11, recuo de 4 cm da margem esquerda, justificado, espaçamento simples. Sem aspas, sem itálico.
Notas de rodapé	Fonte Calibri, tam. 10, à esquerda, espaçamento entre linhas simples
Títulos	Fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, à esquerda, com recuo de texto em 0 cm, alinhado em 0 cm, com posição de parada de tabulação em 0,75 cm numeração de subitem sequencial numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.)
Subtítulos	<p>Fonte Calibri, tam. 12, negrito, caixa baixa (exceto a primeira letra do subtítulo e nomes próprios), à esquerda, tabulação em 1,25 cm numeração de subitem sequencial (Ex.: 1.1., 1.2., 1.3.), com recuo de texto em 0 cm, alinhado em 0 cm, com posição de parada de tabulação em 1,25 cm.</p> <p>Recomenda-se a utilização de até 4 níveis de subtítulos, todos seguindo a mesma configuração.</p>
Enumerações no corpo do texto	<p>Primeiro nível: marcação numérica (1., 2., 3.), recuo de 1,5 cm da margem esquerda, alinhado em 1,5 cm, parada de tabulação em 2 cm.</p> <p>Segundo nível: marcação alfabética minúscula (a., b., c.). Alinhado em 2 cm da margem esquerda, com recuo de texto em 1,5 cm e parada de tabulação em 2,5 cm. Inicia frase com letra maiúscula.</p> <p>Terceiro nível: marcação numérica romana minúscula (i., ii., iii.). Alinhado em 3 cm da margem esquerda, com recuo de texto em 2 cm e parada de tabulação em 3,5 cm. Inicia frase com letra maiúscula.</p>
Margens	Superior 2 cm; inferior 3,5 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5 cm.
Ilustrações (figuras, quadros e tabelas)	<p>Dimensionadas de acordo com a necessidade, alinhadas à esquerda.</p> <p>Título na parte superior, alinhado à esquerda, fonte 10, e com a palavra designativa (Figura, Quadro, Tabela), seguida do seu número de ocorrência no texto, em algarismo arábico, travessão e a respectiva descrição.</p>

	A fonte de obtenção da imagem deve ser citada abaixo desta, alinhada à esquerda, com fonte 10 e ano entre parênteses. Esses elementos, quando presentes, devem ser citados no corpo do texto, em negrito, e inseridos próximos ao trecho a que se refere.
Fluxogramas	O desenho do fluxo formal de processos deverá ser realizado por meio da elaboração de fluxograma utilizando o <i>software</i> Bizagi conforme Método de Gestão por Processos da Ebserh.
Referências	Fonte 12, em espaço simples, separadas umas das outras por 6 pt, alinhadas à margem esquerda do texto, seguindo Norma ABNT.
Histórico de Revisão	Quadro centralizado, fonte 12, títulos das colunas em negrito, caixa baixa (exceto a primeira letra do título), espaçamento simples entre linhas, sem espaçamento entre parágrafos, centralizadas.
Responsáveis pelo documento	Para os documentos que não contarem com Folha de Rosto, quadro centralizado, fonte 9, espaçamento simples entre linhas, sem espaçamento entre parágrafos, justificado. Títulos “Elaboração”, “Análise”, “Validação” e “Aprovação”: em negrito, alinhado à esquerda, superior. Nome dos envolvidos nos processos de “Elaboração”, “Análise”, “Validação” e “Aprovação” seguido de hífen e sigla do setor do qual ele faz parte, alinhado à esquerda, superior. Identificação dos campos e data: normal, alinhado à esquerda, superior.
Reprodução	Fonte Calibri, tam. 11, cor cinza escuro, itálico, centralizado. Para os documentos com Folha de Rosto, deverá ser aposta a mensagem ao final desta. Para os documentos que não contarem com Folha de Rosto, a mensagem de reprodução deve ser aposta ao final do documento, após o campo de aprovação.
Anexos	Elemento opcional. Deve ser precedido da palavra ANEXO, com fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado. Será identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Quando esgotadas as letras do alfabeto, utilizam-se letras maiúsculas duplicadas (Ex.: ANEXO AA) na identificação dos anexos. O título do Anexo contará apenas com a primeira letra do título em maiúsculo.
Apêndices	Elemento opcional. Deve ser precedido da palavra APÊNDICE, com fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado. Será identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo título do documento. Quando esgotadas as letras do alfabeto, utilizam-se letras maiúsculas duplicadas (ex.: APÊNDICE AA) na identificação dos apêndices. O título do Apêndice contará apenas com a primeira letra do título em maiúsculo.

Fonte: Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade EBSEH/SEDE (2024), ABNT (2002), ABNT (2011), EBSEH (2019) e BRASIL (2018a).

OBSERVAÇÃO. O Setor de Gestão da Qualidade não fará formatação de documentos que não estão padronizados, caso seja encontrada alguma discordância da padronização nessa etapa o documento será devolvido aos elaboradores para correções, conforme Fluxograma 1.

7.4 Aprovação

A decisão dos responsáveis pela aprovação deve sempre considerar a abrangência do documento e devem ser aprovados minimamente pelos setores envolvidos. Os responsáveis pela aprovação do documento deverão observar se:

1. As informações descritas estão corretas;
2. Há viabilidade de execução dos processos;



3. Há convergência das informações presentes em outros documentos publicados pela instituição; e
4. Há consistência técnica.

São considerados válidos na instituição apenas os documentos da qualidade aprovados e disponibilizados site do HDT e os documentos impressos que contenham assinatura e carimbo de um representante do STGQ.

Para documentos mantidos exclusivamente em meio eletrônico, as assinaturas dos responsáveis pela elaboração, validação e aprovação podem ser por meio de assinatura eletrônica. As contas digitais na Plataforma gov.br permitem a assinatura eletrônica de documentos.

Para critério de Padronização no HDT-UFT que as assinaturas se darão exclusivamente por meio do SEI, onde será confeccionada uma Certidão de Aprovação (conforme Anexo 1) contendo todos os envolvidos no Processo, em que será anexada ao documento em formato não editável (.pdf).

Sempre que um documento envolver serviços de um determinado Setor/Unidade/Divisão este deverá ser aprovado também pelo chefe desses serviços. Por exemplo documentos que envolverem o serviço de Enfermagem (independente do serviço), deverão ser aprovados também pela Divisão de Enfermagem.

7.5 Publicação

Após receber o processo com todos os Despachos, o STGQ providenciará a publicação do documento no Site do Hospital e no Portal do Conhecimento da Ebserh, [Portal do Conhecimento](#) além disso semanalmente será publicado em boletim de serviço todos os documentos que foram publicados no período. Esta versão será no modo não editável e com uma marca d'água padronizada (CÓPIA CONTROLADA-STGQ HDT/UFT DD/MM/AAAA), localizado no canto superior direito do documento.

O STGQ anexará ao Processo Sei o Despacho final, comunicando a todos os envolvidos que o Documento foi publicado.

7.6 Treinamento

A unidade organizacional responsável pelo documento deverá capacitar sua equipe na aplicação dos conhecimentos presentes nos documentos, utilizando o formulário de frequência para evidenciar a ação, devendo esta ação ser realizada em um período de até seis meses. O STGQ fica responsável pelo monitoramento da efetiva realização desses treinamentos pelas áreas responsáveis, em articulação com a Unidade de Desenvolvimento de Pessoal através do recolhimento e validação das listas de frequência dos treinamentos.

7.7 Revisão

A revisão inclui a apreciação do documento para verificação da necessidade de atualização das informações. A revisão resulta na publicação de nova versão do documento.



Para revisão de documentos aprovados e publicados, a área emitente deve solicitar o documento editável ao STGQ. As revisões deverão ser analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis, e controladas pela data, número e histórico da revisão na Lista Mestra de Documentos.

Apenas os profissionais que participaram da revisão da versão publicada deverão constar no campo elaboração. Autores de versões anteriores não deverão ser incluídos como elaboradores, considerando que não houve envolvimento na revisão do conteúdo nem consentimento prévio para divulgação das informações atualizadas presentes no documento.

A revisão dos documentos Programa, Plano, Protocolo, Manual, Guia e POP deve ser realizada conforme periodicidade máxima de 2 anos ou anteriormente:

1. A partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis;
2. A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo;
3. Para atender às melhorias necessárias aos processos; e
4. Para corrigir as não conformidades constantes dos relatórios de avaliações ou auditorias internas e externas.

Para os demais documentos não descritos no parágrafo anterior, sua revisão deverá ocorrer quando houver atualização sobre o tema ou por prazo definido pelo Manual de Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.

O documento que atingir sua periodicidade máxima de revisão, mesmo após análise e identificação da não necessidade de alteração, deverá ter atualizada a versão e data da revisão. No histórico de revisão, em descrição da alteração, relatar que foi realizada análise de acordo com a tabela de temporalidade sem necessidade de alterações.

8. CONTROLE DOS DOCUMENTOS

A informação documentada requerida pelo sistema de gestão da qualidade deve ser controlada para assegurar que ela esteja disponível e adequada para uso, além de estar protegida contra uso impróprio (ABNT, 2015a).

No HDT-UFT a Gestão documental é de responsabilidade do STGQ, e será realizada através da Lista Mestre, é importante ressaltar que todo o Processo documental será tramitado via SEI, não sendo aceito recebimentos de documentos via e-mails, teams.

8.1 Lista Mestre

Para elaboração da Lista Mestra de Documentos, pode ser utilizada planilha do Microsoft Excel® contendo nome e outros dados de identificação do documento de modo a permitir a rastreabilidade e controle de versões, conforme modelo padrão

Os destinos das cópias físicas e eletrônicas devem estar registrados nesta planilha de controle para permitir o recolhimento das versões obsoletas.



Documentos não mencionados neste Manual, mas que apresentem relação com a padronização de processos também deverão estar relacionados na Lista Mestra, mesmo que não possuam todos os dados requeridos por este Manual (código de identificação, versão etc.).

Orienta-se que cada unidade organizacional possua sua Lista Mestra de Documentos para controle dos documentos sob sua responsabilidade. A Lista Mestra com todos os documentos da instituição relacionados ao sistema da qualidade deverá ser controlada pelo STGQ.

Documentos externos também devem constar em Lista Mestra de Documentos específica de controle de documentos externos.

8.2 Codificação e Numeração dos documentos

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo compostas pela sigla do tipo de documento (Quadro 3) e identificação da sigla da unidade organizacional (independentemente do número de letras), seguida do número de expedição do documento, separados por pontos.

Quadro 3 - Codificação e Numeração dos documentos

DOCUMENTO	SIGLA
GUIA	GU
MANUAL	MN
PLANO	PL
PROGRAMA	PRG
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP
PROTOCOLO	PRT
LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS	LMD

A numeração dos documentos será feita utilizando, no mínimo, três dígitos, devendo receber a numeração em ordem crescente referente ao tipo de documento editado em cada unidade organizacional. As numerações seguirão ordem crescente para a mesma unidade organizacional e para cada tipo de documento.

A numeração dos documentos será feita utilizando, no mínimo, três dígitos, devendo receber a numeração em ordem crescente referente ao tipo de documento editado em cada unidade organizacional. As numerações seguirão ordem crescente para a mesma unidade organizacional e para cada tipo de documento.

Ex.:

MN.SGQ.001 → MN.SGQ.002 → MN.SGQ.003...

GU.SGQ.001 → GU.SGQ.002 → GU.SGQ.003...

A unidade organizacional poderá adicionar até três letras à identificação do documento, entre a sigla da unidade e o código sequencial numérico, para diferenciação dos serviços/assuntos, desde que as siglas constem em documento padronizado e aprovado na instituição.

8.3 Documentos obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias impressas da versão atual devem substituir as da versão anterior. As cópias impressas da versão anterior deverão ser recolhidas logo após a aprovação do documento que irá substituí-lo e antes de sua publicação.

Os documentos obsoletos impressos devem ser recolhidos e destruídos conforme procedimento de controle de documentos das normativas vigentes, o que garantirá a não permanência e circulação desse tipo de documento nas áreas da instituição e evitará o uso indevido.

Os documentos obsoletos em meio eletrônico poderão permanecer no arquivo para eventuais consultas, contudo, deverão estar identificados com a palavra “obsoleto”. O STGQ manterá arquivo digital dos documentos obsoletos para controle e registro histórico das versões.

As versões anteriores dos documentos descritos neste Manual não serão excluídas e sim desativadas, ficando armazenadas em meio eletrônico. 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 destruídos logo após o armazenamento em meio eletrônico.

Tais documentos podem ser desativados quando houver solicitação da liderança responsável pelo processo, com aprovação da(s) respectiva(s) chefia(s) STGQ.

9. RESPONSABILIDADES

9.1 Setor de Gestão da Qualidade

- Gerenciar e controlar os documentos do sistema de gestão da qualidade.
- Orientar os colaboradores, caso necessário, para elaboração dos documentos da qualidade:
- manuais, a exemplo do Manual, o POP de elaboração de documentos e POP de gestão de documentos.
- Validar os documentos da qualidade quanto à padronização frente ao Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
- Elaborar, avaliar e validar, juntamente à Superintendência, gerências, divisões, setores e unidades, os documentos sob sua responsabilidade.
- Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação acessível aos colaboradores da instituição.
- Comunicar aos elaboradores a publicação dos documentos.
- Garantir a distribuição das cópias controladas.



- Garantir a remoção de cópias controladas impressas obsoletas das unidades organizacionais que as utilizam e das cópias digitais dos canais de comunicação da instituição.
- Gerenciar a Lista Mestra de Documentos internos para manter atualizados os prazos de revisão (validade) e a relação de cópias controladas da instituição.
- Gerenciar a Lista Mestra de Documentos externos para permitir a rastreabilidade, verificar a vigência e a aplicação de documentos elaborados por outras instituições.
- Capacitar profissionais da instituição no sistema de gestão da qualidade para serem multiplicadores em suas áreas de atuação.
- Disponibilizar modelos de documentos padronizados.

9.2 Superintendência, Gerências, Divisões, Setores e Unidades

- Elaborar e avaliar os documentos institucionais da área sob sua responsabilidade.
- Atualizar os documentos, quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento.
- Enviar os documentos elaborados ou atualizados ao STGQ para validação e controle, de acordo com o Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
- Identificar os documentos externos necessários às suas atividades, verificar vigência e enviar para controle do STGQ.
- Promover a divulgação e a capacitação dos colaboradores sobre os documentos publicados.
- Aprovar os documentos relativos às suas atribuições, em articulação com outras unidades, quando necessário.
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados.
- Gerenciar os documentos sob sua responsabilidade.

10. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 14724 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 6027 - Informação e documentação - Sumário - Apresentação, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestão a Qualidade - Requisitos, 2015a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR ISO 9000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário, 2015b.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Manual para Gestão e Controle de



Documentos da Qualidade. MN.SGQ.006 – 1ª versão. – Produzido pelo Serviço de Gestão da Qualidade – Brasília: Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2024, 36p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade. 3ª versão – Produzido pelo Serviço de Gestão da Qualidade – Brasília: Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2021, 33p.

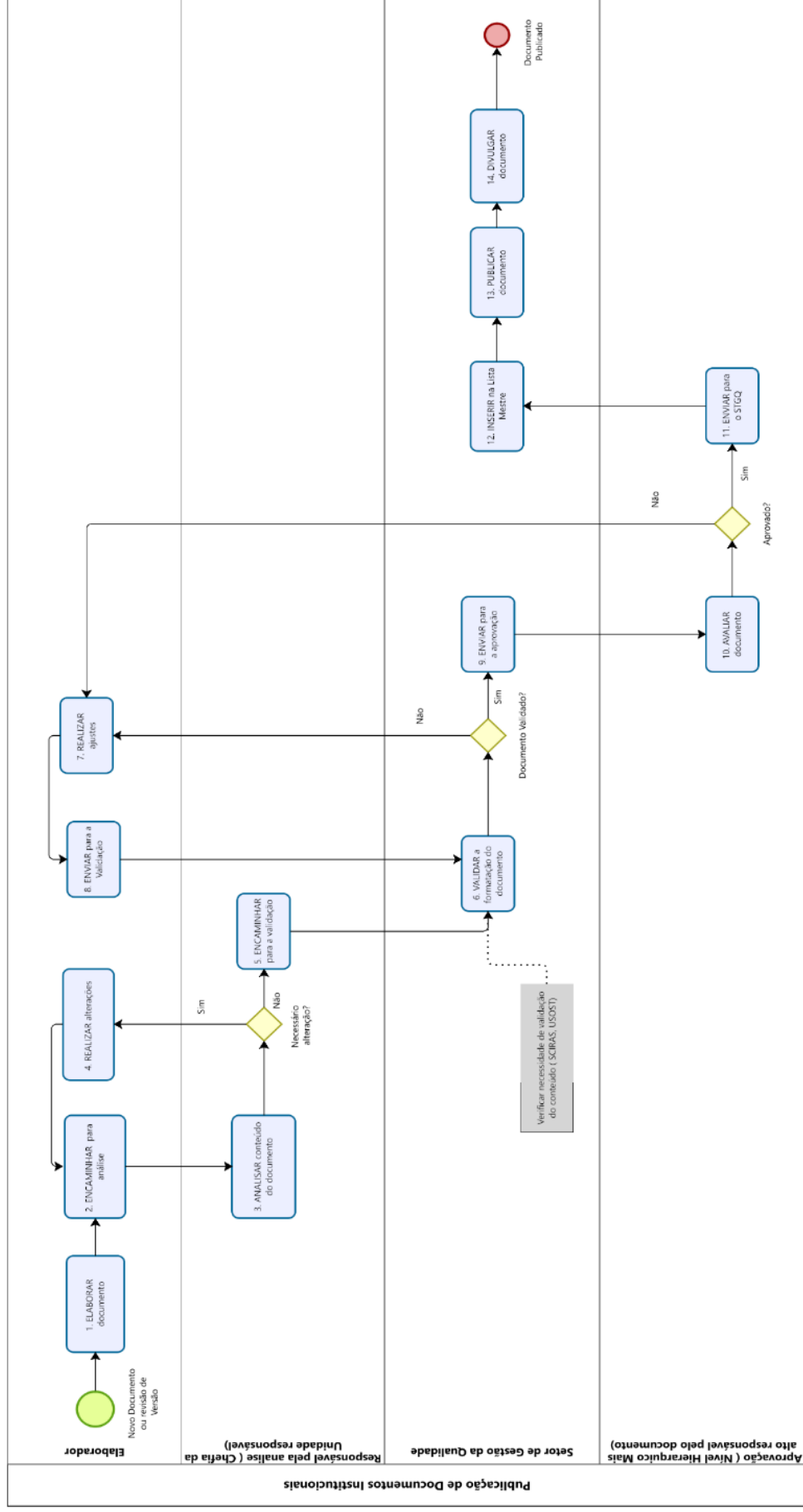
11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	07/08/2024	Versão inicial.


12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Luis Fernando Beserra Magalhães – STGQ/SUP/HDT-UFT Marília Viana Miranda – STGQ/SUP/HDT-UFT	Assinado Eletronicamente Data: 07/08/2024 Processo SE- 23761.003859/2024-40
Análise Antonio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT	Assinado Eletronicamente Data: 07/08/2024 Processo SE- 23761.003859/2024-40
Validação Luis Fernando Beserra Magalhães – STGQ/SUP/HDT-UFT	Assinado Eletronicamente Data: 07/08/2024 Processo SE- 23761.003859/2024-40
Aprovação Antonio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT Andrielly Gomes de Jesus - GAS/HDT-UFT Daniele Pereira Barros - GEP/HDT-UFT Missael Araújo de Lima - GAD/HDT-UFT	Assinado Eletronicamente Data: 22/08/2024 Processo SE- 23761.003859/2024-40

13. FLUXOGRAMA DE PUBLICAÇÃO DE DOCUMENTOS



ANEXO 1 – Modelo de Certidão de Assinaturas Eletrônicas via SEI

	
<p>HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS Avenida José de Brito, nº 1015 - Bairro Setor Anhanguera, Araguaína/TO, CEP 77818-530 - http://hdt.ebserh.gov.br/</p>	
Certidão	
Processo nº 23761.003859/2024-40	
Interessado: @interessados_virgula_espaco@	
<p>Certidão de Assinaturas Eletrônicas do Documento (Nome do documento conforme descrito no título).</p>	
Elaboração: nome dos elaboradores	Data da elaboração <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Análise: Responsáveis pela Revisão	Data da Análise <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Validação: Responsável pela Validação	Data: <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Aprovação Responsável pela Aprovação	Data: <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
<i>Datado e assinado eletronicamente.</i>	
Referência: Processo nº 23761.003859/2024-40 SEI nº 40959167	

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
Avenida José de Brito, nº 1015 - Bairro Setor Anhanguera, Araguaína/TO, CEP 77818-530
- <http://hdt.ebserh.gov.br/>

Certidão

Processo nº 23761.003859/2024-40

Interessado: Setor de Gestão da Qualidade

Certidão de Assinaturas Eletrônicas do Documento

Elaboração: Luis Fernando Beserra Magalhães - STGQ/SUP/HDT-UFT Marília Viana Miranda - STGQ/SUP/HDT-UFT	Data: 07/08/2024 <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Análise: Antônio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT	Data: 07/08/2024 <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Validação: Luis Fernando Beserra Magalhães - STGQ/SUP/HDT-UFT	Data: 21/08/2024 <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>
Aprovação Antonio Oliveira Dos Santos Junior - SUP/HDT-UFT Andrielly Gomes de Jesus - GAS/HDT-UFT Daniele Pereira Barros - GEP/HDT-UFT Missael Araújo de Lima - GAD/HDT-UFT	Data: 22/08/2024 <i>(assinatura eletrônica via SEI)</i>

Datado e assinado eletronicamente.



Documento assinado eletronicamente por **Luis Fernando Beserra Magalhães, Chefe de Setor**, em 26/08/2024, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marilia Viana Miranda, Enfermeiro(a)**, em 26/08/2024, às 10:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Danielle Pereira Barros, Presidente, Substituto(a)**, em 05/09/2024, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de](#)



[outubro de 2015.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Andrielly Gomes de Jesus, Membro do Colegiado**, em 18/09/2024, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Missael Araújo de Lima, Membro do Colegiado**, em 18/09/2024, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Oliveira dos Santos Junior, Presidente**, em 18/09/2024, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **41848164** e o código CRC **B9608632**.

Referência: Processo nº 23761.003859/2024-40

SEI nº 41848164