

# POP

HC-UFTM/EBSERH

## Registro e Controle dos Documentos Institucionais da Qualidade

Versão: 8 | 2025

**SUPERINTENDENTE**  
LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE**  
LUCIANA PAIVA

**CHEFE DA UNIDADE DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**  
RAQUEL BESSA RIBEIRO ROSALINO

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Hospitalar

**ANÁLISE**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Hospitalar

**APROVAÇÃO**

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 4/11/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UGQSP.001

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



## 1. OBJETIVO

Regulamentar as fases de registro, controle, validação, aprovação e publicação de documentos institucionais da qualidade das áreas administrativas e assistenciais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), garantindo a rastreabilidade, a tempestiva revisão, bem como a melhoria dos processos de trabalho da instituição.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todas as Unidades Organizacionais do HC-UFTM.

## 3. DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS DA QUALIDADE

São documentos institucionais da qualidade produzidos no HC-UFTM, para efeito deste Procedimento Operacional Padrão (POP), os elencados no Manual “Gestão e Controle de Documentos da Qualidade” do Serviço de Gestão da Qualidade da Ebserh: Guias, Manuais, Planos, Programas, Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão e Lista Mestra de Documentos (LMD).

## 4. INFORMAÇÕES GERAIS

Independentemente do nível de maturidade organizacional, existem aspectos importantes sobre a documentação institucional que sempre devem ser levados em consideração.

A elaboração de um documento não deve ter um simples objetivo, mas representar uma atividade que agregue valor, ou seja, deve ter o intuito de colaborar com a melhoria dos processos de trabalho da instituição.

Por isso, a documentação deve ser construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação. O controle da documentação institucional deve assegurar:

- ✓ A aprovação antes de sua publicação;
- ✓ A aprovação a cada revisão e atualização;
- ✓ A rastreabilidade e o estado da revisão atual;
- ✓ A legibilidade e a fácil identificação;
- ✓ A prevenção do uso não intencionado de documentos obsoletos que devem ser identificados e retirados de circulação;
- ✓ O registro legível e facilmente identificável e recuperável das informações.

### 4.1 Gerenciador Eletrônico de Documentos - GED

Toda a tramitação de documentos institucionais da qualidade do HC-UFTM é realizada na intranet da Rede Ebserh, por meio do *software* GED – Gerenciador Eletrônico de Documentos. O acesso é feito no Portal de Apoio do hospital (<http://10.4.0.8/link/details/216>) com *login* e senha, os mesmos de acesso aos computadores da instituição.

O GED é um ambiente de organização dos procedimentos de gestão documental, criado pela Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e disponibilizado para toda a Rede Ebserh. Esta solução eletrônica permite o registro, controle de versões, tramitação e arquivamento digital de documentos, contribuindo para maior segurança da informação e agilidade nos processos internos. A ferramenta faz parte das diretrizes do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, voltado à padronização de processos e a sua melhoria contínua.



No HC-UFTM o GED possui os seguintes tipos de usuário:

- o administrador - profissional da equipe de tecnologia da informação que gerencia a criação, consulta e edição dos usuários e configura atividades automáticas;
- o gerente do sistema - profissional do Setor de Gestão da Qualidade, membro da Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD), que coordena o processo de registro, validação e aprovação dos documentos institucionais, define responsáveis internos, solicita e cancela revisão, consulta e anula documentos de terceiros, gerencia grupos, configura rotinas; altera dados de controle de documentos, e cria, edita, cancela, reabre e atribui tarefas ao usuário comum;
- o comum – profissional que pode usar o sistema para submeter documentos à aprovação, encerrar o processo de aprovação de seus próprios documentos e executar tarefas que lhe forem atribuídas pelo gerente.

O sistema tem um repositório público de todos os documentos aprovados e publicados e que ainda estão em vigor. Não há restrição de acesso aos usuários da Rede Ebserh, desde que estejam na intranet.

O auxílio (passo a passo) aos usuários do GED em seu manuseio, como: cadastrar, editar, anular, solicitar revisão e consultar documentos; consultar e executar tarefas; e consultar repositório público de documentos está apresentado no Manual “Uso do Gerenciador Eletrônico de Documentos” e nos tutoriais em vídeo, disponíveis na intranet da Rede Ebserh: <https://intranet.ebserh.gov.br/sede/gestao-qualidade/gestao-eletronica-documentos>

## 5. COMPETÊNCIAS

### 5.1 Unidade Organizacional gestora do documento ou Unidade Organizacional de origem – profissional e ou chefia

- Elaborar e revisar periodicamente seus documentos institucionais, atualizando-os quanto à:
  - ✓ legislação técnica da área;
  - ✓ literatura e/ou referências bibliográficas, conforme a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas);
  - ✓ avanços tecnológicos dos processos de trabalho e da ciência;
  - ✓ identificação de oportunidades de melhoria para um processo tratado no documento;
  - ✓ alterações na estrutura, composição, competências, atribuições e funcionamento;
  - ✓ prazo estabelecido para atualização;
  - ✓ determinações da instituição;
- Manter e alimentar uma LMD para registro e controle interno da vigência de seus documentos. A produção da LMD é de responsabilidade da área gestora do processo de trabalho para identificar todos os documentos de gestão da qualidade e controlar a versão vigente.

**Observação:** o GED permite que os interessados com acesso ao documento, gerem LMDs, sempre que necessário, com os vários *status* do documento (novos, em análise, aprovados e publicados, cancelados etc).

- Remover dos arquivos internos da unidade os documentos obsoletos (impressos e de computador);
- Validar os documentos elaborados pela equipe subordinada e os documentos de outras

unidades, quando da participação e/ou envolvimento de sua unidade no processo;

- Fazer a gestão de riscos para propriedade intelectual dos documentos referenciados;
- Aprovar os documentos institucionais, de acordo com o grau de hierarquia apresentado no tópico “Hierarquia na aprovação dos documentos do item 6.2”;
- Promover a divulgação, treinar colaboradores envolvidos e monitorar a implementação dos processos sob sua responsabilidade.

### 5.2 Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD)

- Registrar, analisar, revisar e controlar todos os documentos institucionais de que trata este POP;
- Identificar duplicidade de documentos e solicitar unificação;
- Definir no GED os responsáveis internos dos documentos, solicitar e cancelar revisão, consultar e anular documentos; gerenciar (criar, consultar e editar) grupos; atribuir tarefas aos usuários, configurar atividades automáticas (rotinas) e, em casos específicos, alterar os dados de controle de documentos, na função de gerente do sistema;
- Orientar os interessados, caso necessário, na elaboração de documentos;
- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e incentivar a padronização;
- Solicitar ao presidente do Colegiado Executivo (Colecx), via Sistema Eletrônico de Informações (SEI) a autorização de publicação do documento no *site* institucional;
- Encaminhar, para publicação no *site* do HC-UFTM, os documentos aprovados, após autorização de publicação pela presidência do Colecx.

**Observação:** devido o GED ser acessado somente pela intranet da Rede Ebserh, os documentos de que trata este POP continuarão a ser publicados no *site* hospitalar para não restringir o acesso à produção documental do hospital de profissionais da UFTM, que não possuem *login* e senha no sistema;

- Gerenciar uma LMD geral para controle interno;
- Solicitar a remoção de documentos obsoletos do *site* do HC-UFTM , após expirado o prazo de vigência;
- Gerenciar o App “Documentos Institucionais” no Portal de Apoio do HC-UFTM, ativando, inativando ou concedendo o *status* de expirado aos documentos institucionais, de acordo com a vigência (<http://10.4.0.65/portal-apoio/pub/documentos/pesquisa.jsf>).

### 5.3 Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

- Avaliar e validar todos os documentos institucionais de gestão da qualidade, após registro e análise preliminar da CGQD;
- Solicitar outras validações, se julgar pertinente.

### 5.4 Setor de Governança e Estratégia (SEGOV)

- Publicar os documentos institucionais no *site* do HC-UFTM, nas páginas destinadas a cada tema, após tê-los recebido da CGQD em pdf.

**Observação:** os arquivos em pdf dos documentos aprovados serão recebidos, exclusivamente, da CGQD, podendo ser publicados no *site* somente em suas abas específicas.

- Remover os documentos institucionais obsoletos das páginas onde se encontram, quando solicitado pela CGQD.

## 6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 6.1 Unidade Organizacional gestora do documento ou Unidade Organizacional de origem - profissional

- **Início do processo**

O profissional interessado em padronizar/normatizar um processo de trabalho deve proceder, conforme descrito a seguir:

- ✓ verificar na LMD da Unidade Organizacional se existe documento padronizado e já publicado para o assunto que deseja descrever;
- ✓ verificar se não haverá conflito com outros documentos existentes no HC-UFTM;
- ✓ elaborar o documento institucional e verificar se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- ✓ verificar se há consistência técnica;
- ✓ Inserir o documento no GED, em formato editável, utilizando os modelos padronizados da Ebserh, disponíveis em documento [41155314](#) do processo SEI 23521.012553/2024-15;
- ✓ realizar alterações pertinentes, propostas pelos validadores do documento, em caso de restrições, em qualquer fase do processo;
- ✓ acompanhar a tramitação do documento para intervenções pontuais, em qualquer fase do processo.

- **Atualização do documento**

Os responsáveis pelos documentos devem:

- ✓ realizar a revisão/atualização do arquivo em tempo hábil, para substituição do documento no repositório do GED e no *site*;
- ✓ utilizar a última versão do documento publicado para realizar as alterações/atualizações;
- ✓ manter o histórico de elaboração/revisão do documento e acrescentar o nome dos responsáveis pela alteração/revisão do documento.

**Observação:** todo documento institucional de que trata este POP possui vigência de dois anos, sendo de inteira responsabilidade da equipe gestora do processo a sua tempestiva revisão.

### 6.2 Unidade Organizacional – autor, chefia imediata e validadores (de acordo com a hierarquia)

A chefia imediata do responsável pela elaboração do documento, demais validadores e ou o autor do documento, quando receberem do gerente do GED a tarefa de analisar, validar e ou corrigir o documento, procederão, conforme elencado a seguir:

- ✓ avaliar a pertinência e aplicabilidade de novo documento ou de atualização do anterior e verificar a necessidade de padronização de nova rotina/processo de trabalho;
- ✓ verificar se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- ✓ verificar se há consistência técnica;
- ✓ verificar se não há conflito com outros documentos existentes e que tratam do mesmo assunto;
- ✓ verificar se os procedimentos seguem os padrões, conforme estabelecidos nos modelos

oficiais;

✓ validar, invalidar ou corrigir o documento no GED, apresentando suas justificativas, propondo alterações e adequações pertinentes, quando necessário; de acordo com sua posição na Unidade Organizacional ou de chefia da área gestora e geradora do documento.

**Observação:** os profissionais que receberem do gerente do sistema uma tarefa a cumprir no GED terão um prazo de 21 dias para a execução do parecer solicitado.

- **Hierarquia na aprovação dos documentos**

Programas e Protocolos devem ter a aprovação final do gerente da área gestora do documento, após terem sido validados pelas chefias hierárquicas subordinadas; os demais documentos (Manuais, Planos, POPs e Guias) devem ser aprovados pela divisão correspondente à área gestora do documento (ou setor, caso não haja divisão), após terem sido validados pelas chefias hierárquicas subordinadas.

Unidades Organizacionais envolvidas e participantes do processo de trabalho devem validar o documento antes da aprovação.

Documentos cuja unidade geradora seja setor subordinado à superintendência deverão ser aprovados por esta.

### 6.3 Comissão de Gestão da Qualidade Documental – gerente do sistema

São funções do gerente do sistema:

- ✓ acompanhar diariamente o GED para verificar se houve inclusão de documentos, solicitação de revisão ou validações realizadas (tarefas cumpridas);
- ✓ inserir o documento na fila para análise ou revisão final, de acordo com a ordem do recebimento;
- ✓ verificar se não há conflito com outros documentos existentes na instituição;
- ✓ verificar se os procedimentos seguem os padrões, conforme estabelecidos nos modelos oficiais;
- ✓ analisar o conteúdo quanto a cumprir o papel para o qual foi elaborado e para o processo de controle;
- ✓ verificar a necessidade de ajustes técnicos de elaboração e de formatação (obedecendo aos padrões de normas técnicas e modelos pré-estabelecidos);
- ✓ solicitar os ajustes necessários ao interessado;
- ✓ encaminhar a minuta, se necessário, a um revisor técnico para análise, escolhido em função de seu conhecimento ou experiência na área de atuação;
- ✓ encaminhar o documento, após a análise preliminar, à equipe técnica do UGQSP, para avaliação e validação ou sugestões de adequações;
- ✓ encaminhar o documento para demais validações e aprovação;
- ✓ realizar alterações e/ou adequações no documento;
- ✓ encaminhar à unidade gestora do processo solicitação de esclarecimentos ou solicitação de validação das alterações e/ou adequações;
- ✓ processar a avaliação final do documento e publicá-lo no repositório do GED;
- ✓ direcionar à presidência do Colex, via SEI, solicitação de autorização para publicação do documento no *site* do HC-UFTM.
- ✓ enviar o arquivo em pdf, via e-mail, ao SEGOV, para as providências relativas à publicação no *site* institucional;

- ✓ incluir o documento no Portal de Apoio no app “Documentos Institucionais”, por meio da cópia do seu *link* do *site*, atribuindo a ele o *status* de ativo;
- ✓ solicitar ao SEGOV a retirada do arquivo do *site* do HC-UFTM, via SEI, quando fora da vigência, e dar ciência à equipe;
- ✓ providenciar, quando fora da vigência, a mudança do *status* do documento no “Portal de Apoio” de “ativo” para “expirado”.

#### **6.4 Unidade Organizacional – UGQSP**

- ✓ sugerir/propor inclusões e/ou modificações necessárias;
- ✓ solicitar outras validações, se julgar pertinente;
- ✓ validar o documento.

#### **6.5 Unidade Organizacional – SEGOV**

- ✓ publicar a autorização do Colex no Boletim de Serviço do HC-UFTM, após recebimento do processo SEI corresponde, e o arquivo pdf do documento nas páginas específicas destinadas a cada tema (ver POP “Publicação do Boletim de Serviço e Demais Documentos Institucionais no *site* do HC-UFTM”, *link* nas referências.
- ✓ retirar do *site* do HC-UFTM, quando solicitado pela CGQD, documento que perdeu a vigência.

#### **6.6 Colegiado Executivo**

- ✓ emitir resolução que autoriza publicação dos documentos institucionais, quando recebido o processo SEI, enviado pela CGQD;
- ✓ enviar o processo SEI corresponde ao SEGOV para publicação da resolução no *site* institucional.

### **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### **7.1 Tramitação de documentos institucionais**

Os documentos institucionais continuarão a ter seus processos registrados no SEI, mas serão, gradativamente, transportados para o GED, à medida que forem sendo devolvidos para a CGQD.

A partir da inserção no GED, a sequência de tramitação dos documentos institucionais deverá ser providenciada somente no sistema, com as considerações, correções, validações e aprovações elencadas em pareceres e, se necessário, com inserção de minutas sequenciais.

Uma vez inserido no GED, o documento terá o mesmo código sequencial da unidade, o que será utilizado para todas as validações, atualizações e aprovações de novas versões. Desse modo, o documento permanece com um histórico de elaboração e revisão, sendo de responsabilidade da equipe gestora o controle por meio de sua LMD.

#### **7.2 Rotinas automáticas do sistema**

A cada tarefa cumprida no GED, o requerente, os autores do documento e a chefia cadastrada serão notificados por e-mail, automaticamente pelo sistema, para acompanhamento do processo.



Quando expirado o prazo de cumprimento de uma tarefa, o requerente, os autores e a chefia cadastrada do documento começarão a receber do GED um e-mail informando o atraso na execução da tarefa. Este e-mail só deixará de ser enviado, quando a tarefa for efetivamente cumprida.

O GED irá notificar por e-mail ao requerente, autores e chefia cadastrados, quais os documentos estão próximos de expirar. Esta funcionalidade será executada com 120 antes do fim da vigência do documento e repetida com 90, 60 e 30 dias da data da expiração. No dia seguinte à expiração do documento, o GED notificará aos mesmos interessados, a saída do repositório.

**Observação:** devido à atividade de publicação dos documentos no repositório público do GED ter sido iniciada em 1º/4/2025, a CGQD executará a função de solicitar, via SEI, às Unidades Organizacionais, gestoras do processo, a revisão do conteúdo de seu documento, com 120 dias de antecedência do prazo de vigência estabelecido, até o final de novembro de 2026. A partir de dezembro de 2026, esta função passa a ser executada automaticamente pelo GED.

### 7.3 Validade dos documentos institucionais

São considerados válidos os documentos, de que trata este POP, que possam ser acessados no repositório público do GED, os disponibilizados no *site* institucional e copiados para o app “Documentos Institucionais” no Portal de Apoio.

A última versão do documento também pode ser acessada em processo SEI específico, gerado, exclusivamente, para tramitar as autorizações de publicação do Colex e as solicitações de retirada do *site*, quando do fim da vigência do documento, por se tratar de funções não elencadas no GED.

Todos os documentos institucionais de que trata este POP possuem a seguinte informação em sua contracapa: “*Cópia Eletrônica não Controlada. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados*”.

Portanto, para garantir que apenas as versões atuais dos documentos estejam disponíveis, a impressão, se absolutamente necessária, deve ser pontual e as cópias físicas descartadas após a utilização, pois são cópias não oficiais e sem valor institucional. O destino das cópias físicas é de responsabilidade de quem imprimiu.

## 8. REFERÊNCIAS

EBSERH. Serviço de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. Manual Gestão e Controle dos Documentos da Qualidade, versão 2, 2024.

EBSERH. Maternidade Escola Januário Cicco. Unidade de Sistema de Informação e Inteligência de Dados. Manual “Uso do Gerenciador Eletrônico de Documentos, versão 3, 2025.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Governança e Estratégia. Procedimento Operacional Padrão “Publicação do Boletim de Serviço e demais documentos institucionais no *site* do HC-UFTM, versão 3”, 2025, disponível em: [www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/POP.HCUFTM.SEGOV.001PublicacaodeBoletimdeServicoedemaisDocumentosnoSiteInstitucionalversao3.pdf](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/POP.HCUFTM.SEGOV.001PublicacaodeBoletimdeServicoedemaisDocumentosnoSiteInstitucionalversao3.pdf)



## 9. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da Ação/Alteração
1 e 2	2015	Elaboração da 1ª versão do documento em Norma Operacional
3	22/10/2018	Revisão e atualização de conteúdo
4 e 5	2019 e 2021	Instituídos os prazos de retirada dos documentos do <i>site</i> e inserção em novo modelo
6	9/6/2022	Revisão de conteúdo
7	12/9/2024	Revisão e atualização do documento em “Competências”, “Descrição do Processo”, “Links” e “Referências”. Transformação em POP
8	04/11/2025	Incluído no processo a utilização do GED, atualização de referências e inserção em novo modelo

## 10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p><b>Elaboração da versão atual (versão 8) – data: 19/9/2025</b> Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD)</p> <p><b>Análise – data: 9/10/2025</b> Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p><b>Aprovação – data: 30/10/2025</b> Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)</p> <p><b>Registro, validação de forma e revisão – data: 4/11/2025</b> Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da CGQD</p>
<p><b>Elaboração da versão 7 em POP – data: 12/9/2024</b> Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)</p> <p><b>Validação</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG e Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p><b>Registro, análise e revisão</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG</p> <p><b>Aprovação</b> Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ</p>
<p><b>Elaboração da versão 6 – data: 9/6/2022</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG</p> <p><b>Revisão</b> Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da UPLAG</p> <p><b>Aprovação</b> Colegiado Executivo</p>
<p><b>Elaboração das versões 4 e 5 (8/9/2019 e 21/6/2021)</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p><b>Colaboração</b> João Pedro Vicente, chefe da Unidade de Comunicação</p> <p><b>Aprovação</b> Colegiado Executivo</p>
<p><b>Elaboração da versão 3 – data: 22/10/2018</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p><b>Aprovação</b> Colegiado Executivo</p>
<p><b>Elaboração das versões 1 e 2 em Norma Operacional – data: 2015</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p><b>Colaboração</b> Fábio Santos, analista administrativo e Sonia Beatriz Felix Ribeiro, chefe da Divisão Médica</p> <p><b>Validação</b> Tania Beatriz Parreira Severino, chefe do Setor Jurídico</p> <p><b>Aprovação</b> Colegiado Executivo</p>