

MANUAL

HUAP - UFF/EBSERH

Gestão e Controle dos Documentos da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro

Versão: 2 | 2026



Sumário

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO	3
2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA GESTÃO E NO CONTROLE DOS DOCUMENTOS DA QUALIDADE	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. GESTÃO DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE	6
4.1. Elaboração	7
4.2. Análise	8
4.3. Aprovação	8
4.4. Validação	8
4.5. Coleta da assinatura eletrônica	9
4.6. Publicação	9
4.7. Divulgação	9
4.8. Treinamento	10
4.9. Revisão	10
5. CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE	11
5.1. Lista Mestra de Documentos	11
5.2. Codificação e Numeração dos Documentos	11
5.3. Documentos Obsoletos	12
6. RESPONSABILIDADES	13
6.1. Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	13
6.2. Divisões, Setores e Unidades	13
7. ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS	13
7.1. Capa e Folha de Rosto	14
7.2. Ficha Catalográfica	14
7.3. Sumário	14
7.4. Lista de abreviaturas e siglas	14
7.5. Lista de ilustrações	15
7.6. Descrição	15
7.7. Referências	15
7.8. Histórico de revisão	15
7.9. Responsáveis pelo documento	15
7.10. Mensagem de autorização de reprodução	16

7.11. Anexos e Apêndices	16
8. FORMATAÇÃO	16
9. REFERÊNCIAS	19
10. HISTÓRICO DE REVISÃO	21
11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	21
ANEXO A – Passo a passo para gestão dos documentos institucionais	22
ANEXO B – Fluxograma para gestão dos documentos	23
ANEXO C - Modelo de Lista Mestra de Documentos	24
ANEXO D – Modelo de capa para Manual, Plano e Programa	25
ANEXO E – Modelo de capa para Guia e Protocolo	26
ANEXO F – Modelo de capa para Procedimento Operacional Padrão	27

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O Manual para Elaboração e Controle dos Documentos da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro baseia-se no “Manual de Gestão e Controle de Documentos da Qualidade” da Rede EBSEH. O Manual da Rede foi publicado em julho de 2024 e compreende uma das normas de funcionamento do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) (EBSEH, 2022), anteriormente denominado como Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais (“Norma Zero”), o qual passou por uma revisão, tendo sido alterados a nomenclatura e o tipo documental, visando garantir o adequado enquadramento do seu objetivo e finalidades. A partir de sua publicação, tornou-se revogado a Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais, devendo ser seguidas as orientações do Manual.

De acordo com o Manual da Rede, cada hospital da Rede Ebserh poderá publicar e manter atualizado seu Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade para acrescentar o detalhamento e características próprias do hospital, desde que considere as informações dispostas neste documento, integralmente, sem contrariá-las, podendo conter informações adicionais. Deste modo, o Manual para Elaboração e Controle dos Documentos da Qualidade do Hospital Universitário Antônio traz recortes do Manual da Rede que colaboram com o perfil da instituição para a construção e o controle dos documentos institucionais.

O objetivo deste documento é estabelecer regras para elaboração, padronização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do hospital 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 elaboração, análise, validação, aprovação, revisão, publicação e divulgação.

Ressalta-se que os documentos objetos deste Manual compreendem: Plano, Programa, Manual, Guia, Protocolo e POP. Já os documentos de comunicação oficial (ex.: ofício, despacho, nota técnica) **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). 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. Documentos como regimentos, regulamentos e normas são de caráter normativo e também não são objetos deste manual, devendo seguir os modelos disponíveis no SEI, bem como no decreto nº 12.002, de 22 de abril de 2024, que estabelece normas para elaboração, redação e consolidação de atos normativos.



2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA GESTÃO E NO CONTROLE DOS DOCUMENTOS DA QUALIDADE

Em primeiro lugar, a elaboração do documento não deve ter um simples objetivo, mas sim representar uma atividade que acrescente valor. Em outras palavras, a elaboração de documentos deve ter o intuito de ajudar a melhorar os processos na instituição.

Além disso, é importante observar que a documentação esteja construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação.

Em relação ao controle da documentação é importante considerar os aspectos apresentados abaixo:

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;
6. prevenir o uso não intencionado de documentos obsoletos, que devem estar corretamente identificados.

3. 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. **Documento da qualidade:** documentos técnicos e administrativos necessários para apoiar a operação dos processos da organização, garantindo que esses aconteçam conforme os padrões de qualidade pré-definidos (ABNT, 2015a; ABNT, 2021).
5. **Documentação clínica:** suporte de qualquer tipo ou classe que contém um conjunto de dados e informações de caráter assistencial (HUSM-UFSM, 2017).
6. **Documento cancelado:** documento que não está vigente e não possui versão atualizada.
7. **Documento em revisão:** documento que está em processo de revisão da versão vigente, para a edição de uma versão com informações atualizadas.

8. **Documento externo:** documento elaborado por outras instituições, aplicável ou que interfere nos processos organizacionais, com layout e padrão próprios, não havendo interferência ou adaptação pelo Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
9. **Documento obsoleto:** versão desatualizada, não vigente de um documento.
10. **Ficha catalográfica:** campo destinado ao registro das informações que identificam a publicação na sua situação atual (ABNT, 2011).
11. **Fluxograma:** representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.
12. **Formulário:** informação documentada que contém campos para coletar informações como entrada ou saída para um processo (ABNT, 2021), devendo estar vinculado a um documento norteador.
13. **Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED):** um módulo dentro do sistema interno que é o ambiente de organização dos procedimentos de gestão documental do Hospital Universitário Antônio Pedro.
14. **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.
15. **Informação documentada:** informação registrada em documento que fornece orientações, provas dos resultados alcançados ou de realização de atividades (ABNT, 2021).
16. **Lista de Verificação (checklist):** tipo especial de formulário que é desenvolvido e mantido para se ter confiança de que os processos são executados como planejado para fornecer um meio consistente de registrar resultados de atividades (ABNT, 2021), devendo estar vinculada a um documento norteador do processo.
17. **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.
18. **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.
19. **Não conformidade:** não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.
20. **Padrões:** produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.
21. **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.

22. **Política da Qualidade:** documento alinhado com a política geral da instituição e com os princípios da gestão da qualidade que provê estrutura para estabelecerem os objetivos da qualidade (ABNT, 2015b).

23. **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.

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

25. **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.

26. **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.

27. **Sistema de Gestão da Qualidade:** conjunto de práticas padronizadas, interrelacionadas, com a finalidade de gerir os processos e recursos interatuantes que são necessários para proporcionar valor e obter resultados.

28. **Sumário:** enumeração das divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que a matéria nele se sucede (ABNT, 2011).

29. **Tabela:** forma não discursiva de apresentar informações das quais o dado numérico se destaca como informação central (ABNT, 2011).

4. GESTÃO DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE

O processo de gestão de documentos da qualidade envolve as etapas de elaboração (realizada pelo responsável da unidade demandante), análise (realizada pelo chefe da respectiva unidade), validação (realizada pela UGQSP), aprovação (realizada por superior hierárquico ao responsável pela análise), publicação (realizada pela UGQSP no repositório público do GED e pela Superintendência, por meio de Boletim de Serviço) e divulgação (O elaborador ou chefe da unidade de origem do documento e realizada pela Superintendência, por meio de Boletim de Serviço) dos documentos, seguidas do treinamento dos colaboradores quanto ao seu conteúdo e, quando

necessário, de sua revisão.

4.1 Elaboração

A elaboração de um documento é de responsabilidade da área demandante, que poderá designar um ou mais colaboradores para realizar tal atividade. Todas as áreas envolvidas no processo deverão participar da elaboração, a fim de garantir o adequado alinhamento e a conformidade das informações. Os documentos deverão ser elaborados por profissionais que possuam conhecimento técnico a respeito da temática abordada, sobre os assuntos regimentalmente sob sua competência. Para iniciar a elaboração, o responsável deverá acessar o modelo do documento disponível na página inicial da intranet, por meio do link: https://ebserhnet-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/lorran_reis_ebserh_gov_br/lgCFlcRK03-RRK_Ezmp1qKwfAc7qR1lRZ6klfp-b518iWJc?e=aeJvBV. Após elaboração um dos autores deve realizar o cadastro do documento no GED, conforme o Manual do Uso do Gerenciador Eletrônico de Documentos.

Figura 1: Página inicial do navegador

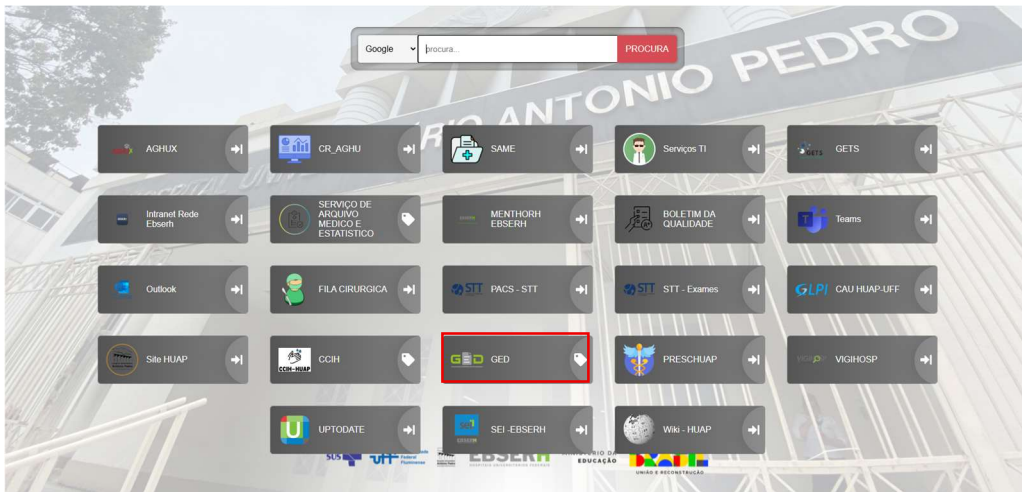


Figura 2: Modelos de documentos



4.2. Análise

A análise deverá ser realizada pela chefia da unidade organizacional responsável pela elaboração do documento. Ao concluir a análise do documento, o responsável pela ação encaminhará para a validação a versão do documento com conteúdo e forma que considera adequados. Além de indicar em seu parecer se há necessidade de validação técnica por outras unidades organizacionais. A decisão dos responsáveis pela análise deve sempre considerar a abrangência do documento.

4.3. Aprovação

A decisão dos responsáveis pela aprovação deve sempre considerar a abrangência do documento. 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 os documentos da qualidade aprovados e disponibilizados no portal corporativo institucional (Gerenciador Eletrônico de Documentos – GED)

4.4. Validação

Recomenda-se que todos os documentos sejam validados pela Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP), que fará a verificação conforme definido em procedimento de validação de documentos, elaborado pela instituição. A validação, realizada pela UGQSP, 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

Alguns documentos poderão ter seu conteúdo validado por outras unidades organizacionais, a exemplo da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) quando o documento estiver relacionado com à Prevenção e Controle de Infecção Relacionado à Assistência (IRAS) e Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST) sempre que pertinente. Nestes casos, a UGQSP receberá o documento e, antes de realizar a verificação do atendimento às normas de padronização documental, encaminhará o documento para a validação de conteúdo por essas unidades organizacionais. Nestes casos, o prazo de validação pode ser estendido.

4.5. Coleta da assinatura eletrônica

As etapas de elaboração, análise, validação técnica e aprovação dos documentos serão realizadas por meio do GED, não sendo necessária a assinatura digital, uma vez que todo o processo ficará devidamente registrado no sistema, cujo acesso é restrito e permitido exclusivamente mediante login e senha institucionais.

A assinatura eletrônica será exigida apenas a do responsável pela etapa de validação, devendo ser realizada previamente à publicação do documento, por meio da Plataforma GOV.BR.

4.6. Publicação

Com o documento devidamente assinado pelo responsável pela etapa de validação, este estará apto para publicação. O procedimento de publicação ocorre por meio do GED, após a criação da tarefa denominada “Publicar documento”. Essa tarefa apresentará o código do documento gerado pelo sistema, a versão na qual será publicado, bem como as datas de publicação e de vencimento. Dessa forma, o colaborador do STGQ/UGQSP deve acrescentar ao arquivo editável do documento a ser publicado, em seus respectivos campos, as informações gravadas nas etapas de publicação que se deram dentro do sistema. As informações que serão retiradas do sistema são: autores, responsável pela análise, responsável pela validação, responsável pela aprovação. Por fim, o colaborador do STGQ/UGQSP deve anexar o arquivo em formato não editável (PDF) e colocar no sistema juntamente com o arquivo editável, dessa forma, finalizando a tarefa de publicação. A publicação em boletim de serviço dará conhecimento a todos os colaboradores e usuários.

4.7. Divulgação

A divulgação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade da instituição em meios eletrônicos em modo não editável. Os documentos regidos por este Manual somente serão divulgados depois de passar pelo processo de elaboração, análise, aprovação e validação, e publicação no GED e em Boletim de Serviço, conforme o fluxo de documentos definidos e documentados pela instituição.

A versão vigente dos documentos publicados ficará no repositório público disponível no GED da Rede Ebserh. Após a disponibilização do documento no repositório público no GED, será publicado, em boletim de serviço, o link de acesso ao documento. Os documentos deverão ser disponibilizados em versão não editável.

Os documentos publicados são de propriedade e específicos da instituição. Tais documentos devem ser disponibilizados de modo a atender a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011).

O elaborador ou chefe da unidade de origem do documento deverá divulgar para os colaboradores da instituição, a forma de consultar o documento que acabou de ser publicado no



repositório público no GED.

Documentos de origem externa relacionados ao sistema de gestão da qualidade, tais como manuais, guias, POP de empresas terceirizadas devem estar disponíveis em arquivo eletrônico nas áreas responsáveis por sua aplicação.

4.8. Treinamento

A unidade organizacional responsável pelo documento deverá capacitar sua equipe na aplicação dos conhecimentos presentes no documento, no prazo de até 3 meses após a publicação do documento, utilizando lista de presença para evidenciar a realização da ação. A lista de presença deverá ser encaminhada via SEI à Unidade de Desenvolvimento de Pessoal (UDP), responsável pelo monitoramento da realização dos treinamentos, com cópia à UGQSP para fins de acompanhamento.

4.9. 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.

As revisões deverão ser analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis, e controladas pela data, número e histórico da revisão no Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED).

A revisão ocorrerá no âmbito do GED. O elaborador do documento, ou outro usuário que possua acesso ao respectivo documento no sistema, poderá solicitar a revisão de documento já publicado. A partir dessa solicitação, será criada automaticamente a tarefa de “Avaliar solicitação de revisão” para os membros do STGQ/UGQSP, que deverão avaliar a pertinência da atualização do documento.

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, sempre que necessário:

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.

O documento que atingir a data máxima estabelecida para revisão deverá ser analisado pela área responsável. Caso, após a análise, seja verificado que não há necessidade de alterações, deverão ser atualizadas apenas a versão e a data da revisão. No campo “Histórico de Revisão”, na

parte destinada à descrição da alteração, deverá ser informado apenas que o documento foi analisado por ter atingido o prazo de revisão, sem necessidade de alteração.

5. CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE

5.1. Lista Mestra de Documentos

A Lista Mestra do Hospital Universitário Antônio Pedro é o próprio repositório público de documentos do GED, pois o sistema faz a gestão documental de versões, de documentos obsoletos, de documentos cancelados entre outros.

Além disso, recomendamos que cada unidade organizacional monitore sua própria lista mestra, através do GED, para que haja autonomia no controle dos documentos elaborados pelas próprias unidades.

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

5.2. 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 1) e identificação da sigla da unidade organizacional (independentemente do número de letras), seguida do número de expedição do documento, separados por pontos.

Quadro 1 – Siglas segundo tipo de documentos

Documento	Sigla
Guia	GU
Manual	MN
Plano	PL
Programa	PRG
Procedimento Operacional Padrão	POP
Protocolo	PRT
Lista Mestra de Documentos	LMD

Fonte: Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade (2024)

A numeração dos documentos será feita automaticamente no GED 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.

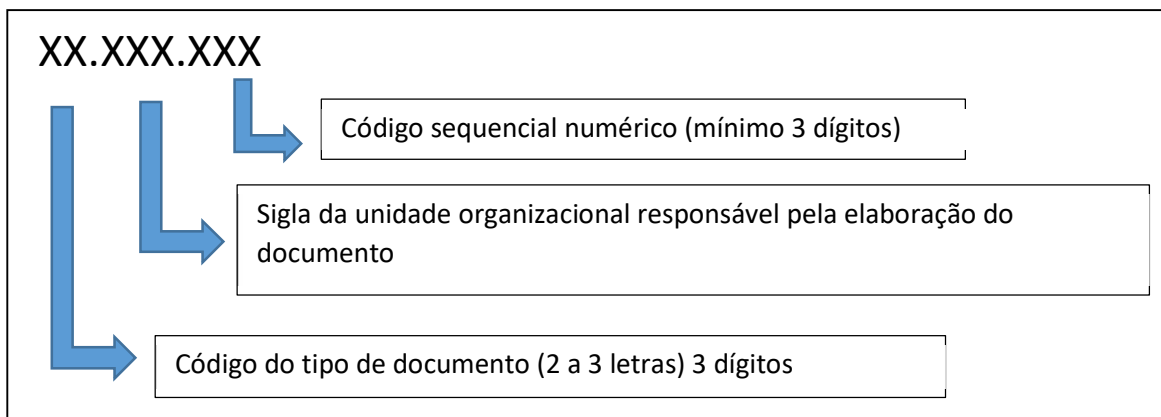
Por exemplo:

Manual: MN.UGQSP.001 → MN.UGQSP.002 → MN.UGQSP.003...

Guia: GU.UGQSP.001 → GU.UGQSP.002 → GU.UGQSP.003...

Observe a figura a seguir para melhor entendimento da codificação (Figura 1):

Figura 3 – Exemplo usado para codificação



Fonte: Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade (2024)

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.

5.3. Documentos Obsoletos

Os documentos obsoletos são automaticamente ocultados no Repositório Público no GED, permanecendo disponíveis apenas para consulta dos elaboradores, da área responsável e dos membros do STGQ/UGQSP.

Quando a atividade ou o processo descrito no documento deixar de existir, este deverá ser cancelado. Documentos cancelados não são substituídos por novas versões. Esse controle será realizado por meio do GED.

As versões anteriores dos documentos descritos neste Manual não serão excluídas, mas sim desativadas, permanecendo armazenadas em meio eletrônico. Essa prática garante o registro histórico para futuras consultas e para a verificação do ciclo de aprendizado.

6. RESPONSABILIDADES

6.1. Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

1. Gerenciar e controlar os documentos do sistema de gestão da qualidade.
2. Orientar os colaboradores, caso necessário, para elaboração dos documentos institucionais.
3. Validar os documentos da qualidade quanto à padronização frente ao Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
4. Solicitar a publicação dos documentos atualizados em boletim de serviço.
5. Gerenciar a Lista Mestra de Documentos internos para manter atualizados os prazos de revisão (validade).
6. Disponibilizar modelos de documentos padronizados.

6.2 Divisões, Setores e Unidades

1. Elaborar e avaliar os documentos institucionais da área sob sua responsabilidade.
2. Atualizar os documentos, quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento.
3. Enviar os documentos elaborados ou atualizados à UGQSP via GED para validação e controle, de acordo com o Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
4. Promover a divulgação e a capacitação dos colaboradores sobre os documentos publicados.
5. Aprovar os documentos relativos às suas atribuições, em articulação com outras unidades, quando necessário.
6. Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados.
7. Gerenciar os documentos sob sua responsabilidade.

6.3. Superintendência, Gerências

1. Promover a divulgação dos documentos publicados (especialmente a divulgação institucional, via Boletim de Serviço).
2. Aprovar os documentos relativos às suas atribuições, em articulação com outras unidades, quando necessário.
3. Gerenciar os documentos sob sua responsabilidade.

7. ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS

O acervo de documentos da qualidade da instituição deve ser elaborado e redigido de maneira padronizada, conforme orientações deste Manual.



7.1. 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 2.

Os modelos de capa são apresentados nos Anexo C, D e E.

Quadro 2 - 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 (2024)

7.2. Ficha Catalográfica

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

7.3. 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).

7.4. 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.

7.5. 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).

7.6. Descrição

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

Os modelos de documentos abordados neste manual estarão disponíveis na página inicial da intranet, através do link: <https://ebserhnet-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fflorran%5Ffreis%5Febserh%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FModelos%20de%20documentos&ct=1770816400842&or=Teams%2DHL&ga=1&LOF=1> e 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.

7.7. 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.

7.8. 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 consiste na apresentação dos tópicos, subtópicos ou itens excluídos, alterados ou incluídos, indicando o tipo de alteração e a numeração correspondente no documento.

7.9. 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.

7.10. 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.

7.11. 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 “Responsáveis pelo documento”.

8. FORMATAÇÃO

Deve ser usada a fonte Calibri, cor preta, em toda a extensão do documento, alterando apenas o tamanho, posição e corpo conforme campo do cabeçalho ou ao longo do documento (Quadro 3).

Quadro 3 – Padrões de formatação dos elementos e tópicos do corpo dos documentos institucionais

Elemento/ Tópico	Formatação
Capa	Tipo do documento: fonte Verdana, caixa alta, tam. 40, negrito, alinhado à esquerda; Sigla do HUF e Sigla da Universidade/Ebserh: fonte Calibri, caixa alta, tam. 12 alinhado à esquerda. 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. Versão e ano: fonte Verdana, caixa baixa (exceto a primeira

	letra da palavra), tam. 12, negrito, alinhado à direita.
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	Título: fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado Lista de tópicos e páginas: fonte 12, normal, justificado.
Corpo do texto	Fonte Calibri, tam. 12, justificado, espaçamento entre linhas simples, espaçamento entre parágrafos de 6 pontos, antes e depois. Recuo de parágrafo de 1,5 cm de distância da margem esquerda. Espaço de 1 linha em branco entre tópicos
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	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. Recomenda-se a utilização de até 4 níveis de subtítulos, todos seguindo a mesma configuração
Enumerações no corpo do texto	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. 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. 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
Margens	Superior 2 cm; inferior 3,5 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5 cm.
Ilustrações (figuras, quadros e tabelas)	Dimensionadas de acordo com a necessidade, alinhadas à esquerda. 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. 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.
Fluxograma	O desenho do fluxo formal de processos deverá ser realizado por meio da elaboração de fluxograma utilizando o software 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. 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 (2024)

9. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 10520 - Informação e documentação – Citações em Documentos - Apresentação, 2002.

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 da Qualidade - Requisitos, 2015a.

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ISO 10013 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Orientação para informação documentada, 2021.

BRASIL. Manual de Redação da Presidência da República, 2018a. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/centrodeestudos/assuntos/manual-de-redacao-da-presidencia-darepublica/manual-de-redacao.pdf>>.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). 2018b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 23 mai. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Manual de Gestão e Controle de Documentos da Qualidade. v.1, 2024. Disponível em: <https://intranet.ebserh.gov.br/conhecimento/base/manual/gestao-controle-documentos>. Acesso em: 06 ago. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Manual de Identidade Visual Ebserh. v.2.5, fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/ptbr/comunicacao/legislacao-e-normas-de-comunicacao/manual-de-identidade-visual-versao-2-5fevereiro-2023.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Método de Gestão por Processos EBSEH: método de atuação e ferramentas utilizadas, 2019. Disponível em: <https://intranet.ebserh.gov.br/conhecimento/base/metodologia/metodo-gestao-processos-redeebserh>. Acesso em: 23 mai. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Programa Ebserh de Gestão da Qualidade. Versão 2. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-ainformacao/acoes-e-programas/programas-projetos-acoes-obras-e-atividades/programa-e->



seloebserh-de-qualidade/copy_of_ProgramaEbserhdeGestodaQualidade.pdf. Acesso em: 23 mai. 2024.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM). Diretrizes de Regulação Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria - Gestão de Arquivo e Documentação Clínica. Nov, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husmufsm/governanca/superintendencia/setor-de-contratualizacao-e-regulacao/diretrizes-deregulacao-assistencial/gestao-de-arquivo-e-documentacao-clinica>>. Acesso em: 10 jun. 2022.



10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	09/01/2025	Revisão da versão 2 da Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade, que teve a alteração do tipo de documento para Manual. Alteração da formatação dos modelos de documentos; inclusão de modelos de capas; inclusão de orientação para impressão de documentos; exclusão dos modelos de Política, Regimento, Regulamento e Ordem de Serviço; e alteração dos Apêndices.
2	16/03/2026	Implantação do controle de documentos por meio do GED – Gerenciador Eletrônico de Documentos, estabelecendo que todos os documentos da Qualidade passam a ser elaborados, tramitados, aprovados, publicados e controlados exclusivamente pelo sistema

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Lorran Leite Reis - STGQ Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP
Análise Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP
Validação Lorran Leite Reis – STGQ
Aprovação Ana Paula Amorim Moreira - STGQ

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

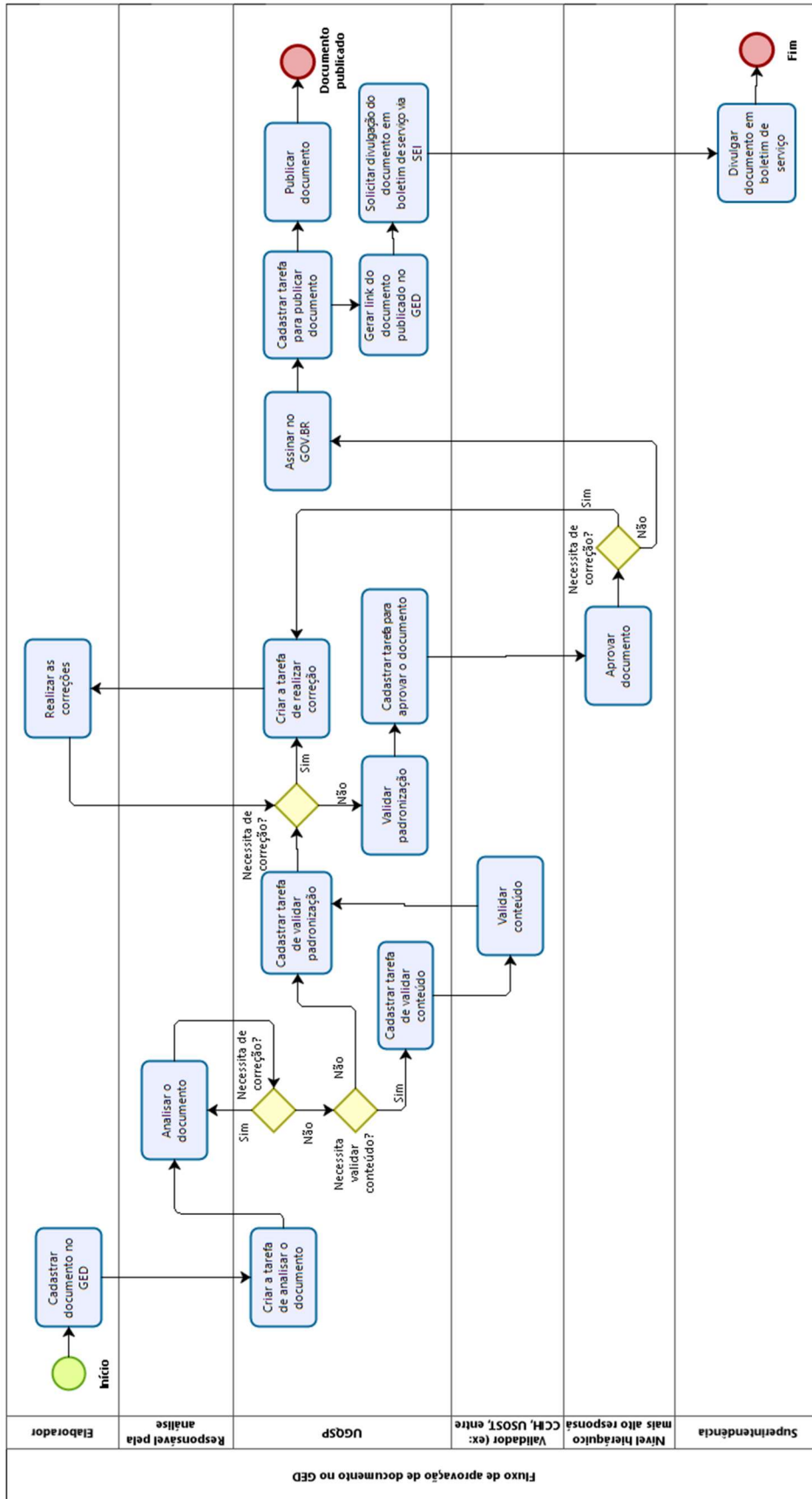
ANEXO A – Passo a passo para gestão dos documentos institucionais

1. O elaborador confecciona o documento de acordo com os moldes institucionais que estão disponíveis na página inicial da intranet em modelos de documentos.
2. Após confeccionar o documento, o elaborador deve encaminhar o mesmo para os responsáveis pelas etapas de análise e aprovação para possíveis sugestões/correções;
3. Caso necessário, o elaborador realiza os ajustes. Se não, deve cadastrar o documento no Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED) e enviar para UGQSP.
4. A UGQSP receberá os documentos e, em seguida, criará a tarefa de “Analisar documento”, encaminhando-a ao responsável pela análise.
5. Após essa análise, a UGQSP recebe os documentos, analisa se o documento precisa de validação técnica (CCIH ou SOST). Em caso afirmativo, encaminha para a área responsável pela validação técnica, a qual tem até 10 dias úteis para retornar com o documento para a UGQSP. A UGQSP avalia o layout e, quando necessário, encaminha ao elaborador para realização das correções pertinentes. Em caso de não haver necessidade de validação técnica, a UGQSP tem o prazo de até 10 dias úteis para responder à área demandante sobre a validação do *layout*. Esse prazo pode ser estendido em caso de condições adversas. Se o documento não estiver de acordo, retorna ao elaborador para que se façam as correções;
6. Com o documento validado pela UGQSP, o responsável pela validação deverá cadastrar a tarefa de “Aprovar documento” e encaminhá-la ao responsável pela aprovação.
7. Após a aprovação, o responsável pela etapa de validação do documento realizará a assinatura digital por meio da Plataforma GOV.BR e, em seguida, cadastrará a tarefa de “Publicar documento”, efetuando a publicação no repositório público do GED.;
8. Após publicação no GED, o colaborador da UGQSP gerará o link do documento no repositório público do sistema e o encaminhará, por meio do SEI, à Superintendência, para divulgação do documento em Boletim de Serviço.



OBS:

- A Unidade demandante do documento deverá monitorar sua própria lista mestra, através do GED.;
- A UGQSP adiciona o documento à lista mestra de documentos institucional;
- É de responsabilidade do elaborador o acompanhamento de todas as etapas do processo.

ANEXO B – Fluxograma para gestão dos documentos



ANEXO C - Modelo de Lista Mestra de Documentos

1			Logo da universidade		Logo do hospital				
2									
3	DOCUMENTO DE CONTROLE						UMD.XXX - Página 1/1		
4	LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS						Atualizada em:		
5									
6									
7	1. CONTROLE DOS DOCUMENTOS								
8	Código	Tipo de Documento	Título do Documento	Setor Elaborador	Versão	Validade	Situação (vigente ou obsoleto)	Próxima Revisão	Responsável(is) pelo Documento
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

ANEXO D – Modelo de capa para Manual, Plano e Programa

|

TIPO DE DOCUMENTO

SIGLA HOSPITAL-SIGLA UNIVERSIDADE/EBSERH



ANEXO E – Modelo de capa para Guia e Protocolo

TIPO DE DOCUMENTO

SIGLA HUF-SIGLA UNIVERSIDADE/EBSERH



Título do documento

Versão: X | Ano

SUS  Logo da universidade  Logo do hospital **EBSERH**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



ANEXO F – Modelo de capa para Procedimento Operacional Padrão

|

POP

SIGLA DO HOSPITAL-SIGLA DA UNIVERSIDADE/EBSERH

Título do documento

Versão: X | Ano

SUS  Logo da universidade  Logo do hospital  **EBSERH**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS