

 HOSPITAL DO CENTRO <i>Sempre cuidando de você!</i>	MANUAL GESTÃO DE DOCUMENTO	
	Código: MAN.HC.GQ.001	Versão: 002

SUMÁRIO:

1	OBJETIVO	01
2	CAMPO DE APLICAÇÃO	01
3	SIGLAS	01
4	MATERIAL	01
5	PROCEDIMENTO	01
6	RESPONSABILIDADE	01
7	FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS	09
8	FLUXOGRAMA	10

1. OBJETIVO:

Estabelecer regras para elaboração, padronização, atualização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do Hospital do Centro (HC) relacionado ao sistema de gestão da qualidade, garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços, assegurar a devida revisão e aprovação, padronizar a identidade visual dos documentos.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

O Manual de Gestão de Documentos do Hospital do Centro se aplica aos documentos padronizados na instituição.

3. SIGLAS:

São usadas neste Manual as seguintes SIGLAS:

HC – Hospital do Centro

POP – Procedimento Operacional Padrão

4. MATERIAIS:

Modelo de documentos disponíveis em Padronizações – Hospital do Centro - Modelos

5. PROCEDIMENTO:

5.1 Conceitos:

5.1.1 Procedimento (rotina) POP:

Documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição. É o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade do mesmo resultado, ou seja, qualquer indivíduo que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.

5.1.2 Protocolo:

Instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

5.1.3 Manual:

Documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos instruções e orientações em uma organização. O manual tem por objetivo explicar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos sistemas organizacionais.

5.1.4 Fluxograma

É uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

5.1.5 Regimento Interno:

Documento de controle de que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

5.1.6 Lista mestra de documentos:

Relação que identifica todos os documentos integrantes do sistema de Gestão de Qualidade do hospital, versão vigente e controle de cópias.

5.1.7 Cópia controlada:

Documento, impresso ou eletrônico, que se refere a documento original aprovado, identificado como “cópia controlada” contendo data e assinatura do emissor. As versões devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.

5.1.8 Cópia Não Controlada:

Documento usado para fins de treinamento, informação e uso dos auditores.

5.1.9 Documento aprovado:

Documento cuja versão passou pelo processo de validação da Gestão da Qualidade e está em vigor.

5.1.10 Documento cancelado:

Documento identificado como “cancelado” devido à perda da vigência. Os documentos em meio físico deverão ficar em posse da Gestão da Qualidade para evitar o uso indevido e os documentos em meio eletrônico poderão permanecer arquivados para eventuais consultas, previamente identificados como cancelado.

5.1.11 Documento em revisão:

Documento que está em processo de revisão, sendo ela pela área responsável e/ou a Gestão da Qualidade.

5.1.12 Documento externo:

Documento utilizado no hospital cuja emissão, revisão, alteração sejam realizadas por uma organização externa, ou seja, órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais que impactam no atendimento do serviço do hospital.

5.1.13 Documento obsoleto (que já não se usa):

É a versão desatualizada de um documento que ainda está em vigor.

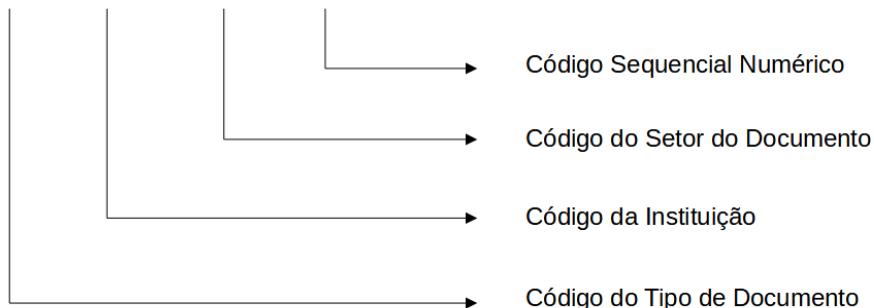
5.2 Da codificação e numeração dos documentos:

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo composta pela abreviatura do tipo de documento, instituição e identificação do setor, seguida do número de expedição do documento, separados por pontos. A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 em cada unidade, projeto ou comissão. As numerações seguirão crescentes para o mesmo setor ou comissão e para cada tipo de documento.

Codificação dos documentos:

Figura I – Ilustração e/ou anexos

XXX . XX . XXX. 001



EXEMPLO: FOR.HC.DIR.001

Tabela I - Codificação dos documentos

XXX - Indica tipo de documento	Planejamento Estratégico; (PE) Políticas; (PO) Organograma; (ORG) Código de Conduta; (COD) Plano de Ação; (PA) Procedimentos Operacionais Padrão; (POP) Fluxogramas; (FLU) Manual; (MAN) Regimento (REG) Termo (TER) Protocolo (PROT) Formulário (FOR)
XX – Sigla da Instituição	HC – Hospital do Centro
XXX - Sigla padrão da área/setor	Verificar siglas
XXX - Número sequencial por processo	Ex. 001, 002, 003

5.3 Da formatação

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados. A formatação deve seguir os padrões listados abaixo:

5.3.1 Página: O documento deverá ser digitado e impresso em papel branco, no formato A4 (21cm x 29,7cm).

- Margem:
- Parte superior = 1.0 cm
- Parte inferior = 1.0 cm
- Esquerda = 1.0 cm
- Direita = 1.0 cm

5.3.2 Texto

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho de fonte: 10
- Destaque: Nenhum
- Parágrafo: Justificado
- Letra: Inicial em caixa-alta
- Espaçamento: 1,15

Ex.: Desenvolvimento do texto, texto texto. Texto texto.

5.3.3 Título

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho da fonte: 12
- Destaque: Negrito
- Parágrafo: Centralizado
- Letra: Caixa-alta
- Espaçamento: 1,15

Ex.: **TÍTULO DO DOCUMENTO**

5.3.4 Subtítulo:

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho da fonte: 11
- Destaque: Negrito
- Parágrafo: Alinhado à esquerda
- Letra: Inicial em caixa-alta
- Espaçamento: 1,15

Ex.: **Nome do Subtítulo**

5.3.5 Cabeçalho:

- Logotipo: Logo do Hospital do Centro;
- Campos: tipo de documento, título do documento - fonte arial 12, caixa-alta, centralizado em negrito;
- Codificação, versão e numeração de página: Fonte 9 e alinhado à esquerda

5.3.6 Ilustração e/ou anexos:

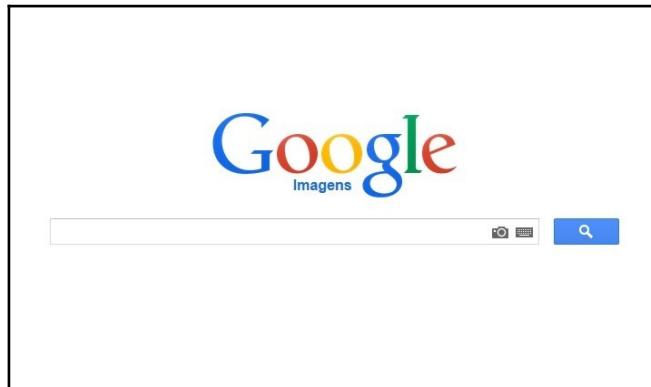
A identificação da ilustração deve aparecer centralizado na página, precedida da palavra em negrito “Figura”, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos “**Figura I.**”

A ilustração, deve-se indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver). Ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere. Deve-se utilizar fonte “Arial” em tamanho 8, espaço entrelinhas simples e em alinhamento a direita no rodapé da imagem.

Ex.: Fonte: :<https://images.app.goo.gl/X2gibEXK7siKXUuV8> . Acesso em 22 de Junho de 2020

Ex.: Fonte: Do Autor

Figura II – Ilustração e/ou anexos



Fonte:<https://images.app.goo.gl/X2gibEXK7siKXUuV8> . Acesso em 22 de Junho de 2021

5.3.7 Tabela:

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho da fonte: 10
- Destaque: Nenhum
- Parágrafo: Alinhado à esquerda
- Borda: 1pt
- Cor da borda: Preto
- Espaçamento: Simples

5.3.8 Fluxograma

É uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional de um fluxo de trabalho / processo.

Deve ser utilizado o programa de fluxograma, localizado na pasta de padronização

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho da fonte: 10
- Parágrafo: Alinhado à esquerda
- Espaçamento: 1,15

5.3.9 Referência

Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual. As referências devem ser listadas no final do trabalho.

- Fonte: Arial
- Cor: Preto
- Tamanho da fonte: 10
- Parágrafo: Alinhado à esquerda
- Espaçamento: 1,15

Artigo online

Ex.: SOBRENOME, Nome Abreviado. Título: subtítulo (se houver). Nome do site, ano. Disponível em: (link). Acesso em: (data).

Artigo online com autor desconhecido

Ex.: Nome do site. Título: subtítulo (se houver). Nome do site, ano. Disponível em: (link). Acesso em: (data).

Livro

Ex.: SOBRENOME, Nome Abreviado. Título: subtítulo (se houver). Edição (se houver). Local de publicação: Editora, data de publicação da obra.

Livro com mais de um autor:

Ex.: SOBRENOME, Nome Abreviado; SOBRENOME, Nome Abreviado. Título: subtítulo (se houver). Edição (se houver). Local de publicação: Editora, data de publicação da obra.

Livro com autor desconhecido:

Ex.: TÍTULO EM CAIXA ALTA – Cidade – Editora – ano de publicação – página

Legislação comum:

Ex.: BRASIL. Lei nº X.XXX, de XX de mês de ANO. Função da lei. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. XX, n. XX, data de publicação do diário onde a lei foi divulgada. Seção, páginas.

5.3.10 Histórico das revisões

- Deve vir no final de cada documento, apresentando em forma de tabela, alinhado à esquerda, fonte arial, tamanho 10 com títulos destacados em negrito.
- Descreve quais tópicos foram atualizados.

5.4 Da elaboração, revisão e aprovação dos documentos

A elaboração de um documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais colaboradores para realizar tal atividade.

Os modelos apresentados nos anexos deste manual contêm informações mínimas necessárias aos documentos, podendo o hospital, se julgar necessário, acrescentar outras informações. Nos documentos institucionais deverão constar, minimamente a logo da instituição, validação do serviço de qualidade e a definição dos responsáveis pela aprovação dos documentos.

Os formulários poderão haver duas forma, formulário aprovado o qual ficará guardado em pasta de controle e formulário de utilização, o qual será utilizado diariamente na rotina de trabalho. Os responsáveis pela aprovação deverão observar:

- Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- Se há consistência técnica;

Todos os documentos do hospital devem seguir o Manual de Gestão de Documento e Controle de Documentos Institucionais.

Tabela II - Modelo de campo de assinatura

Elaborado	Revisado	Aprovado	Elaborado em	Próxima Revisão
Nome completo	Nome completo	Nome completo		
Função	Função	Função	01/01/2022	01/01/2024

Elaborado: Profissional quem descreveu o documento

Revisado: Gestão da Qualidade / Gerência Operacional;

Aprovado: Gerente ou Direção

5.5. Do controle dos documentos

Para garantir que apenas as versões atuais e relevantes dos documentos estejam disponíveis, recomenda-se que a impressão de documentos só seja permitida com autorização e de forma controlada. Para tanto as versões eletrônicas ficarão disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão. Os destinos das cópias físicas e eletrônicas devem ser registrados em planilha de controle para permitir a rastreabilidade e recolhimento das versões obsoletas.

5.6 Da consulta ao acervo documental

Os documentos publicados permanecerão disponíveis como cópia controlada, em sua última versão em pasta física localizada nos setores. Os documentos com as assinaturas originais, estarão arquivados na Qualidade do Hospital do Centro.

Os documentos externos devem ser arquivados nas unidades em que são aplicados. Documentos de origem externa provenientes de órgãos normativos (portarias, resoluções, leis, normas, etc) devem estar disponíveis em arquivo físico e/ou eletrônico, nas áreas responsáveis por sua aplicação. Os registros de calibração por entidades externas, os manuais de equipamentos e outros de origem externa utilizadas nos processos internos, devem estar nos respectivos setores, e o seu controle, arquivamento e manutenção são de responsabilidade da liderança do serviço.

Os documentos de serviços terceirizado ou prestador de serviço, deverá ser avaliado pelo setor de competências, o qual emitirá um ofício validando ou fazendo orientações sobre os documentos apresentados.

5.7. Revisão dos documentos

Para revisão de documentos já homologados (legitimados e aprovados), o Coordenador deve solicitar o documento editável ao setor da qualidade. As revisões serão novamente analisadas, aprovadas e controladas por data, número da versão e histórico da revisão na lista mestra.

A revisão dos documentos será realizada como o descrito:

- A partir de sugestões dos colaboradores que utilizam o documento, após a análise e aprovação dos responsáveis;
- A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas nos processos;
- Para atender às melhorias necessárias aos processos;
- Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas.

Os documentos podem ser revistos a qualquer momento e/ou conforme a periodicidade descrita para os seguintes documentos, conforme a tabela:

Tabela III - Temporalidade máxima para revisão de documentos

DOCUMENTO	PERIODICIDADE MÁXIMA DE REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Política - Regimento - Regulamento 	<ul style="list-style-type: none"> - A cada 4 anos
<ul style="list-style-type: none"> - Norma - Plano - Protocolo - Manual 	<ul style="list-style-type: none"> - A cada 2 anos

- | | |
|---------------------|--|
| - Documento Externo | - Quando houver atualização sobre o tema |
|---------------------|--|

5.8. Exclusão de documentos

As versões anteriores dos documentos descrito neste manual serão excluídas das áreas de consulta, sendo arquivada no setor de qualidade servindo para histórico documental para futuras pesquisas e verificação e ascendência.

5.9 Dos documentos obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias da versão atual devem substituir a versão anterior. Os documentos obsoletos como Regimento Interno e Atas de Reunião ficarão em arquivo físico na Qualidade durante 1 ano, após serão digitalizados e mantidos na rede da instituição.

5.10 Siglas

Conforme o setor referido, segue abaixo uma lista com as siglas para uso padrão:

Tabela IV - Siglas

Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	ADM	Administrativo
02	ALMOX	Almoxarifado
03	AGT	Agência Transfusional
04	CAP	Capelania
05	CC	Centro Cirúrgico
06	CDI	Centro De Diagnóstico Por Imagem
07	DIR	Direção
08	DRSS	Departamento De Resíduos De Serviço De Saúde
09	ENF	Enfermagem
10	FARM	Farmácia
11	FAT	Faturamento Convênio / SUS / Pré Faturamento
12	FST	Fisioterapia
13	GOP	Gerência Operacional
14	GP	Gestão De Pessoas

15	GQ	Gestão Qualidade
16	HOT	Hotelaria
17	MED	Médicos
18	NUT	Nutrição
19	NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
20	REC	Recepção
21	SCIH	Serviço De Controle De Infecção Hospitalar
22	SESMT	Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança E Em Medicina Do Trabalho
23	SS	Serviço Social
24	TI	Tecnologia E Informática
25	UI	Unidade De Internação
26	UTI	Unidade De Terapia Intensiva
27	DE	Documento Externo Compras, Contabilidade, Jurídica e Complaince, Engenharia Clínica, Hemodiálise, Manutenção, Climatização, NIR, Ouvidoria, SAME, Segurança, Tesouraria Terceiros: LANAC, Lacqua, Byori, Esteriflex, Laboran, Serquip, Biocontrol, Via, Abare,

6. RESPONSABILIDADE:

6.1 Setores/Unidades

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/rotinas, protocolos, entre outros e enviá-los ao Setor de Gestão da Qualidade para avaliar a padronização e catalogação, de acordo com a Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais;
- Identificar os documentos externos, ou seja, a documentação regulamentar e inerente às suas atividades, mantê-la atualizada e enviar para validação da Gestão da qualidade;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados;
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento e enviá-los ao Setor de Gestão da Qualidade para atualização dos mesmos;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Setor/Unidade;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos;

6.2 Setor de Gestão da Qualidade

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração destes;

- Avaliar, validar e aprovar, juntamente com os setores/unidades, os documentos sob sua responsabilidade;
- Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação;
- Garantir a remoção de documentos obsoletos das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação do hospital;
- Gerenciar a lista mestra de controle de documentos para manter atualizados os prazos de revisão (validade) bem como a relação de cópias controladas do hospital;
- Treinar líderes para serem multiplicadores em suas áreas de atuação;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Sistema de Gestão da Qualidade;

7. FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS:

Utilize a cópia do formulário de uso. Modelo padrão disponível na pasta de Padronizações do Hospital do Centro

8. FLUXOGRAMA:

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000/2015: **Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário**. Rio de Janeiro, 2015

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS - CONARQ: Classificação, temporalidade e destinação de documentos de arquivos relativos às atividades de administração. Rio de Janeiro, 2001. 15p.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ: **Norma zero para elaboração de documentos institucionais. v15. 2018. 9p.**

10. HISTÓRICO DE REVISÕES:

20/02/2024 - Atualizado e Revisado