



Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROCEDIMENTO OPERACIONAL - HCFAMEMA

Nº do Processo: 144.00015178/2024-32

Assunto: CONFERÊNCIA, APROVAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: HCF-NGPQ-PO-6

REVISÃO: 4

1. OBJETIVO

Estabelecer fluxo para a conferência, aprovação e divulgação de documentos institucionais, assegurando agilidade, clareza e transparência em todo o processo.

2. APLICAÇÃO

Aplica-se a todas as estruturas organizacionais do HCFAMEMA.

3. RESPONSABILIDADE

Assessores Técnicos I, II, III, IV e V;
Chefe de Gabinete;
Diretores Técnicos I, II e III;
Enfermeiros;
Equipe Multiprofissional;
Médicos.

4. ABREVIATURAS E SIGLAS

APGE - Assistência de Apoio à Procuradoria Geral do Estado;
CID - Classificação Internacional de Doenças
DEGIC - Departamento de Gestão da Informação e Contratualização;
HCFAMEMA- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília;
NAT - Núcleo de Apoio Tecnológico;
NGPQ - Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade;
PDF - *Portable Document Format*.

5. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/FERRAMENTAS

Materiais:

Referencial teórico sobre o tema abordado.

Equipamentos:

Computadores.

Ferramentas:

Plataforma gestão de processos e documentos eletrônicos em vigência.

6. CONCEITOS E FUNÇÕES**6.1 PROTOCOLO DE ACESSO**

Refere-se a um conjunto de diretrizes que regulam o acesso de pacientes e profissionais de saúde a serviços, informações e recursos dentro da instituição.

Seu objetivo é subsidiar a organização do processo de regulação, promovendo o uso adequado e racional das ações e serviços de saúde em diversos níveis de atenção. Este documento é composto por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, adaptados às necessidades locais. Nele, são estabelecidas as regras, procedimentos e diretrizes para garantir que o acesso aos departamentos específicos ocorra de forma controlada, segura e eficaz.

6.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Instrumento essencial para garantir a padronização e qualidade no atendimento aos pacientes. Deve ser baseado em evidências científicas atualizadas e revisado periodicamente para garantir sua eficácia. Contém orientações estruturadas que oferecem suporte ao manejo clínico, incluindo a definição de objetivos terapêuticos, uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas. Essas diretrizes delineiam os passos a serem seguidos na prestação de cuidados de saúde, estando DIRETAMENTE relacionadas às patologias que afetam os pacientes.

6.3 PROCEDIMENTO OPERACIONAL

Consiste em um conjunto de diretrizes que descrevem, de forma detalhada, as etapas e procedimentos a serem seguidos em uma atividade ou processo específico, geralmente relacionados às operações técnicas. Seu principal objetivo é garantir que as atividades sejam realizadas de maneira consistente, eficiente e segura, respeitando os padrões de qualidade e os regulamentos aplicáveis. Essas diretrizes estabelecem os procedimentos e práticas a serem adotados em diversas funções dentro da instituição, normalmente voltadas INDIRETAMENTE ao atendimento dos pacientes.

6.4 INSTRUÇÕES DE TRABALHO

Orientações detalhadas que descrevem as etapas necessárias para realizar uma tarefa ou função. Esses documentos são fundamentais para padronizar processos, garantindo que todos os colaboradores sigam os mesmos procedimentos, minimizando erros e aumentando a produtividade. As instruções apresentam um passo a passo claro e preciso, destinado à execução de tarefas ou processos específicos dentro de uma estrutura organizacional.

6.5 REGISTROS E/OU FORMULÁRIOS

São registros que documentam dados, eventos, processos ou atividades da instituição. Esses documentos, sejam físicos ou digitais, são organizados com campos específicos para a coleta sistemática de informações. Eles são amplamente utilizados em diversas áreas (assistencial, administrativo e/ou operacional) para padronizar a coleta de dados, facilitando seu processamento.

6.6 PLANO DE SEGURANÇA

Instrumento fundamental para garantir a proteção dos usuários, o bem-estar e a satisfação dos colaboradores em relação aos riscos internos e externos no ambiente hospitalar. Seu objetivo é identificar os perigos presentes no local de trabalho e traçar medidas de controle que devem ser adotadas para minimizá-los. Trata-se de um documento estratégico que descreve as políticas e ações a serem implementadas para salvaguardar pessoas, bens, informações e recursos de uma organização ou local específico contra ameaças e

incidentes de segurança. O processo envolve a análise de vulnerabilidades, a identificação de riscos e a definição de ações preventivas e corretivas para mitigar essas ameaças. O plano pode ser aplicado em vários contextos, como segurança física, financeira e/ou cibernética.

6.7 PLANO DE CONTINGÊNCIA

Documento que estabelece as responsabilidades para o atendimento às emergências, inclui informações detalhadas sobre as características da área e dos sistemas envolvidos. Desenvolvido para treinar, organizar, orientar e uniformizar as ações essenciais para o controle e combate às ocorrências anormais. Trata-se de um recurso estratégico que estabelece ações e procedimentos a serem seguidos, garantindo a continuidade das operações em caso de eventos inesperados que possam causar interrupções. O objetivo é minimizar o impacto de incidentes, como desastres naturais, falhas técnicas, ataques cibernéticos ou crises de segurança, garantindo que a área afetada seja capaz de retomar suas atividades o mais rápido possível. Um plano de contingência é parte fundamental da **gestão de riscos** e da **continuidade da assistência**. Ele deve prever soluções para situações de crise, identificando recursos essenciais, definindo responsabilidades e estabelecendo protocolos de recuperação.

6.8 MANUAL

Conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, políticas e outras diretrizes que devem ser seguidas por todos os agentes de uma organização. Este documento contém instruções detalhadas e informações essenciais para a execução de tarefas específicas ou para o uso de produtos, sistemas e processos. Serve como uma referência prática, orientando usuários e funcionários sobre procedimentos padronizados, boas práticas e soluções para problemas frequentes.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 INCLUSÃO E TRAMITAÇÃO DE PROTOCOLOS

O responsável pela elaboração do documento institucional, por meio da plataforma gestão de processos e documentos eletrônicos em vigência, deverá criar um processo na opção "Iniciar Processo" em Documentos; Escolher o "Tipo de Processo": Processo de elaboração e execução de plano, programa ou projeto; Em nível de acesso, selecionar a opção "público" e salvar; Após gerar processo, na parte superior clicar na opção "Incluir documento"; Escolher o "Tipo de documento" de acordo com o documento base:

- Protocolo de Acesso – HCFAMEMA;
- Protocolo Assistencial – HCFAMEMA;
- Protocolo Operacional – HCFAMEMA.

Na tela editar do documento, excluir o texto "interessado" e acrescentar no "assunto" o título do protocolo; Após, incluir texto no corpo do documento, salvar e assinar. Na parte superior da plataforma, ir na opção "Enviar Processo" e preencher:

Órgãos da Unidade: HCFAMEMA

Unidades: HCFAMEMA-DEGIC-NGPQ

Clicar em "enviar".

Observação: A tramitação dos Protocolos somente poderá ocorrer após a aprovação de todos os responsáveis envolvidos, como forma de evitar retrabalhos e garantir a integridade e qualidade do documento.

7.2 INCLUSÃO E TRAMITAÇÃO DE PLANO, MANUAL E/OU FORMULÁRIO

O responsável pela elaboração do documento institucional por meio da plataforma gestão de processos e documentos eletrônicos em vigência, deverá criar um processo na opção "Iniciar Processo"; Escolher o "Tipo de documento": Processo de elaboração e execução de plano, programa ou projeto;

Em nível de acesso, selecionar a opção "público" e salvar;

Após gerar processo, na parte superior clicar na opção "Incluir documento" e selecionar a opção "externo" e preencher o registro do documento:

Tipo de documento: Manual / Plano e/ou Formulário – de acordo com o documento base;

Data do documento: Incluir data da elaboração do documento;

Formato - Escolher a opção de acordo com os critérios:

• **Nato Digital:** Arquivo que é criado e armazenado em formato digital, sem passar por uma conversão de um formato físico, ou seja, ele nasceu em formato digital;

• **Digitalizado nesta unidade:** Representação digital de um documento produzido em outro formato (físico) e que por meio da digitalização foi convertido para o formato digital;

Quando incluir documento no formato "Digitalizado nesta unidade", na caixa de texto "Tipo de Conferência" selecionar a opção "Documento Original".

Nível de acesso: Público.

Depois, clicar na caixa de texto "Anexar Arquivo" e salvar.

Observação: O documento anexado precisa estar em formato editável (preferencialmente Word).

Na parte superior da plataforma, ir na opção "Enviar Processo" e preencher:

Órgãos da Unidade: HCFAMEMA

Unidades: HCFAMEMA-DEGIC-NGPQ

Clicar em "enviar".

Observação¹: Em casos de Formulários internos, o responsável pela elaboração deve especificar se o documento pretende compor o prontuário do paciente. Se a resposta for afirmativa, a solicitação deve ser inicialmente avaliada pela Comissão de Revisão de Prontuário e somente após a sua aprovação será tramitada para mesa do NGPQ.

Observação²: Quando necessário, o formulário deverá ser enviado à Assistência de Apoio à Procuradoria Geral do Estado (APGE) e Diretoria Clínica para avaliação dos aspectos legais ou estatutários que estejam envolvidos na composição do documento, como por exemplo, os Termos de Consentimento Informado ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

8. CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS

O NGPQ recebe o documento e realiza a avaliação técnica, verificando se atende aos padrões institucionais de formatação. Além disso, avalia se as informações contidas no documento estão de acordo com as referências bibliográficas, sejam elas provenientes de literatura ou de legislação.

8.1 DOCUMENTO DEFERIDO

Estando em conformidade e não necessitando de adequação, o NGPQ incluirá um novo documento ao processo, inserindo a codificação (código, revisão e vigência) conforme a tabela de controle de documentos. Será gerado o bloco de assinatura com os responsáveis envolvidos que ocupam o cargo hierárquico mais alto do departamento e/ou gerência, e como cossignatário o Diretor Técnico I do NGPQ.

8.2 DOCUMENTO PENDENTE PARA ADEQUAÇÃO

Caso precise de ajustes, o NGPQ incluirá um novo documento ao processo, incluindo as considerações para tramitar ao responsável de origem.

O responsável deverá realizar as adequações conforme os apontamentos detalhados e, após a adequação, tramitar o documento novamente para a mesa HCFAMEMA-DEGIC-NGPQ.

9. ASSINATURAS

A sequência de assinatura é composta por:

- Responsável pela conferência;
- Responsável pela aprovação.

Observação¹: A disposição das assinaturas segue a sequência acima citada e obedece a ordem alfabética;

Observação²: O elaborador não assina o documento;

Observação³: Os formulários devem ser aprovados mediante processo de despacho para ciência e aprovação.

10. PRAZOS

Todos os documentos serão avaliados mediante a ordem de chegada e classificação de prioridade;

O NGPQ tem o prazo de 15 (quinze) dias úteis para realizar a 1º avaliação do documento.

Após a adequação final dos documentos e assinatura por parte dos envolvidos, o NGPQ tem o prazo de 2 (dois) dias úteis para encaminhar, via e-mail, o documento ao NAT para a inclusão/substituição no site institucional.

O NAT tem o prazo de até 7 (sete) dias úteis para a disponibilizar no site institucional (<https://hcfamema.sp.gov.br/>) a versão pública em formato PDF.

11. ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os documentos devem informar as referências bibliográficas utilizadas em sua elaboração.

Imagens contidas nos documentos devem ser nítidas, para fácil visualização e leitura, mencionando a fonte.

O NGPQ não é responsável por erros ortográficos e erros de informações de nomenclaturas dos CID's.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Plano de Segurança do Paciente. 2020 13p. Disponível no endereço eletrônico: <https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2024/07/Plano-de-Seguranca-do-Paciente-ultima-alteracao-Juliana.pdf> Acesso em: 03 de outubro de 2022.

GOUREVITCH, P.; MORRIS, E. Procedimento Operacional Padrão: uma história de guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. Disponível no endereço eletrônico: <https://dokumen.pub/procedimento-operacional-padrao-uma-historia-de-guerra-1432561956.html> Acesso em: 31 de agosto de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE. O que são protocolos de acesso? 2018. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/protocolos-e-diretrizes-terapeuticas/6073-o-que-sao-protocolos-de-acesso> Acesso em 30 de setembro de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acoes-e-programas/sei> Acesso em: 24 de outubro de 2024.

MARCONDES, J. S. Plano de Contingência: O que é, como fazer planejamento de contingência. Blog de Gestão de Segurança Privada. Disponível no endereço eletrônico: <https://gestaodesegurancaprivada.com.br/plano-de-contigencia-conceitos/> Acesso em: 03 de outubro de 2022.

13. CONTROLE DE QUALIDADE

13.1 REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	MOTIVO
4	31/10/2024	-	Unificação dos PO's – HCF-NGPQ-PO-1, HCF-NGPQ-PO-2, HCF-NGPQ-PO-3, HCF-NGPQ-PO-4, HCF-NGPQ-PO-5 e reestruturação do fluxo operacional.

14. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos

15. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Gerência de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Qualidade	Lourdes Inez Fleitas Cano
Departamento de Gestão da Informação e Contratualização	Mariana Micena da Silva Tamborim

16. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Departamento de Gestão da Informação e Contratualização	José Luís de Almeida
Gerência de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Qualidade	Lourdes Inez Fleitas Cano



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Sabatine dos Santos, Diretor Técnico I**, em 31/10/2024, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Luis de Almeida, Assistente Técnico I**, em 06/11/2024, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lourdes Inez Fleitas Cano, Diretor Técnico II**, em 06/11/2024, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0044787713** e o código CRC **4778E0DA**.