



CENTRO ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA

**POLÍTICA DE GERENCIAMENTO  
DE DOCUMENTOS  
2024-2026**

## SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. ABRANGÊNCIA.....	3
4. DEFINIÇÃO DOS DOCUMENTOS A SEREM PADRONIZADOS .....	4
5. METODOLOGIA DE APROVAÇÃO.....	5
6. PERIODO DE REVISÃO DOS DOCUMENTOS.....	6
7. REGRAS DE FORMATAÇÃO DOS CODIGOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS .....	6
ELABORAÇÃO .....	6
FORMATAÇÃO.....	7
8. ESTRUTURA INTERNA DOS DOCUMENTOS .....	10
9. DEFINIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM OS DOCUMENTOS:.....	11
10. GUARDA E DESTRUÇÃO DE DOCUMENTOS .....	12
11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO .....	12
12. LISTA MESTRE DE DOCUMENTOS .....	14
13. REFERÊNCIA .....	15
14. ANEXOS .....	15
15. CONTROLE DE VERSÕES .....	15

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

## **1. OBJETIVO**

Estabelecer regras para elaboração, padronização, atualização, controle,

Distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do Centro Goiano de Oncologia, 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 revisão e aprovação.

## **2. DEFINIÇÕES**

Este documento é um compilado de informações escritas que descreve, relata, define ou certifica, especifica rotina, produto, serviço e/ou processo.

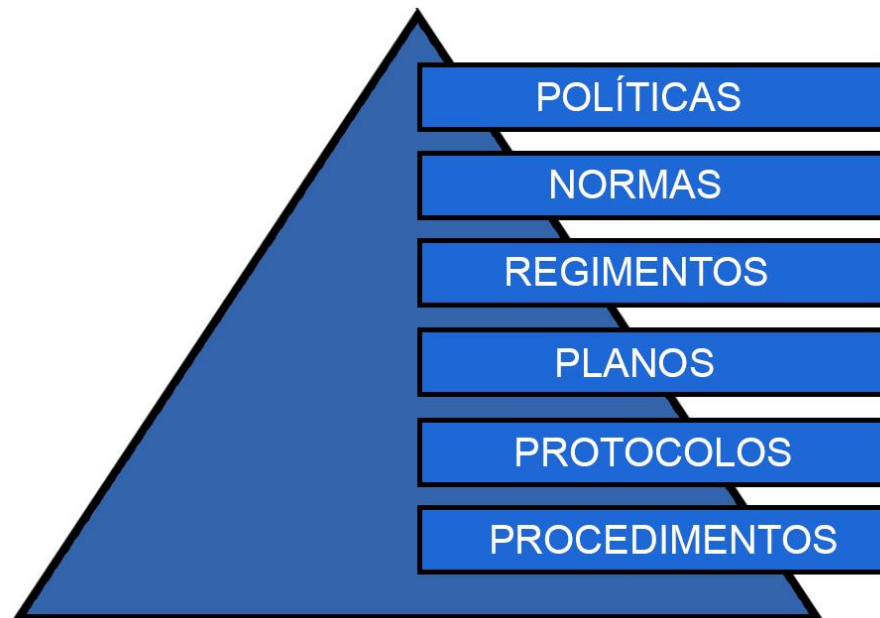
A revisão deste documento deverá ocorrer no prazo máximo de 3 anos, podendo ocorrer antes, caso necessário.

## **3. ABRANGÊNCIA**

A Norma de Elaboração e Controle de Documentos do CGO é aplicável aos documentos institucionais com efeito em todas as áreas da Clínica.

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

## 4. DEFINIÇÃO DOS DOCUMENTOS A SEREM PADRONIZADOS



**Política:** Declaração de intenções para o alcance da missão institucional. Revisadas a cada 3 anos ou quando houver modificação de diretriz institucional.

**Norma:** Documento que disciplina os órgãos da Instituição, atribuindo-lhes responsabilidades, competência e funções e que determina as regras e os objetivos no aspecto “o que fazer” de cada órgão.

**Regimento:** Documento que regulamenta funcionamento, atribuições e competências de comissões, comitês ou corpos profissionais.

**Plano:** Documento formal norteador à implantação de políticas ou diretrizes institucionais. Revisado a cada cumprimento de etapas ou mudança no planejamento, visto que é um documento dinâmico.

**Procedimento:** Conjunto sistemático de passos/atividades/tarefas, necessários para instrução dos envolvidos no processo citado.

**Protocolo clínico:** Documento que determina a conduta clínica baseada em evidências e práticas de consenso, com objetivo de garantir um atendimento mais qualificado para o paciente.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

## 5. METODOLOGIA DE APROVAÇÃO

Os documentos propostos possuem elaboração, análise, aprovação e exclusão ou inativação por pessoal autorizado, conforme a tabela 1.

**Tabela 1- Ciclo dos Documentos**

DOCUMENTO	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO	INATIVAÇÃO
Políticas	Diretoria e/ou Gestores de área	Superior Imediato	Diretorias	Qualidade
Norma	Diretoria e/ou Gestores de área	Superior Imediato	Diretorias	
Regimentos	Diretoria e/ou Gestores de área	Superior Imediato	Diretorias	
Planos	Diretoria e/ou Gestores de área	Superior Imediato	Diretorias	
Protocolos	Equipe técnica Médicos Administração	Superior Imediato	Diretoria e Gestão de área	
Procedimentos	Equipe técnica Médicos Administração	Superior Imediato	Diretorias e Gestão de área	

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

## 6. PERÍODO DE REVISÃO DOS DOCUMENTOS

O prazo máximo para revisão dos documentos institucionais ficou estabelecido conforme tabela 2.

**Tabela 2- Período máximo de revisão dos documentos**

DOCUMENTO	PERÍODO MÁXIMO PARA REVISÃO
Políticas	3 anos
Norma	3 anos
Regimentos	3 anos
Planos	1 ano
Protocolos	2 anos
Procedimentos	2 anos

**Nota 2 :** O Plano de Gerenciamento de Resíduos segue revisão de acordo com a definição da Vigilância Sanitária de cada estado.

## 7. REGRAS DE FORMATAÇÃO DOS CODIGOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Todos os Documentos deverão ser escritos seguindo as regras listadas abaixo:

### Elaboração

- Deve ser claro e objetivo;
- Refletir a realidade da Clínica;

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

- As linguagens utilizadas nos documentos devem estar de acordo com o grau de instrução das pessoas envolvidas no processo;

### **Formatação**

- Fonte de títulos: Arial 14 Negrito e caixa alta
- Fonte Subtítulos: Arial 12 Negrito
- Fonte Corpo do texto: Arial 12
- Fonte Notas: Arial 12 negrito
- Espaçamento entre linhas: simples (1,0)
- Espaçamento antes do parágrafo: 12pt
- Espaçamento depois do parágrafo: 12pt
- Alinhamento do texto: Justificado
- Alinhamento dos Títulos: À esquerda
- Margens superiores e inferiores: 2,5 cm
- Margens esquerdas e direitas: 3,0 cm
- Paginação: Início da página à direita. Ex.: pagina 1
- Fonte Cabeçalho e Rodapé: Arial 10
- Fonte de títulos Cabeçalho e Rodapé: Arial 12 Negrito e Caixa Alta

Utilizar sempre os modelos de documentos já existentes e pré-definidos.

A identificação dos Documentos deverá seguir a padronização descrita abaixo:

### **PRO\_0\_000\_00**

- “PRO” (letra maiúscula): representam o tipo de documento, conforme tabela 3.
- O dígito após o PRO representa o setor em que o documento pertence conforme tabela 4, por exemplo (PRO\_ENF\_001\_22)
- Os três dígitos a seguir representam o número do documento,

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

- Os dois últimos dígitos representam o ano da versão mais atual do documento;
- As quatro partes que compõe o número do POP devem ser separadas entre si pelo símbolo “*underline*”.

**Tabela 3 - Códigos do Tipo do Documento**

<b>CÓDIGOS DO TIPO DO DOCUMENTO</b>
<b>POL</b> – Política
<b>NOR</b> – Norma
<b>REG</b> – Regimento
<b>PLA</b> – Plano
<b>PRO</b> – Protocolo
<b>POP</b> – Procedimento

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

**Tabela 4 - Códigos do Setor**

<b>CÓDIGO DO SETOR</b>
<b>INT:</b> Institucional
<b>ADM:</b> Administrativo
<b>SUP:</b> Suprimento
<b>ATD:</b> Atendimento
<b>DGP:</b> Gestão de pessoas
<b>DTI:</b> Tecnologia
<b>ENF:</b> Enfermagem
<b>FAR:</b> Farmácia
<b>FAT:</b> Faturamento
<b>FIN:</b> Financeiro
<b>MED:</b> Médicos
<b>QUA:</b> Qualidade
<b>MAN:</b> Manutenção
<b>REC:</b> Recepção
<b>HIG:</b> Higienização

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

## 8. ESTRUTURA INTERNA DOS DOCUMENTOS

**Tabela 5 – Estrutura Interna dos Documentos**

<b>ESTRUTURA INTERNA DOS DOCUMENTOS</b>	
<b>Políticas</b>	Definição de termos – Descrição – Referência documental – Histórico de revisões – Anexos (opcional) - Aprovação
<b>Norma</b>	Finalidade – Descrição – Referência documental – Histórico de revisões – Aprovação
<b>Regimentos</b>	Finalidade – Definição de termos – Descrição - Referência documental – Histórico de revisões – Anexos (opcional) - Aprovação
<b>Planos</b>	Sumário – Finalidade – Definição de termos -Descrição – Itens de Controle - Referência documental – Histórico de revisões – Anexos (opcional) – Aprovação
<b>Protocolos</b>	Finalidade – Definição de termos – Passos do processo – Recursos (opcional) – Itens de controle – Referência documental – Histórico de revisões - Anexos (opcional) – Aprovação
<b>Procedimento</b>	Sumário – Finalidade - Descrição – Referência documental – Itens de controle – Histórico de revisões – Anexos - Aprovação

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
<b>Aprovado por:</b>	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024

## **9. DEFINIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM OS DOCUMENTOS:**

- a) **Sumário:** Enumeração das principais divisões, seções e outras partes do documento, em conformidade com a ordem em que a matéria nele se sucede. Tem como objetivo facilitar o manejo do documento e promover visão do conjunto.
- b) **Finalidade:** Descrição do objetivo/finalidade para a qual o documento existe.
- c) **Definição de termos utilizados:** Descrição do significado dos principais termos técnicos, siglas, abreviaturas e abreviações utilizados neste documento, com vistas a tornar claro e objetivo seu entendimento.
- d) **Descrição:** Consiste no desenvolvimento do documento, no relato de seu conteúdo. Deve-se levar em consideração o planejamento estratégico da instituição.
- e) **Passos do processo:** Descrição detalhada, enumerada em itens, das atividades programadas e executadas. O objetivo do detalhamento é proporcionar entendimento da atividade e facilitar a execução dos processos pelos seus executores.
- f) **Itens de controle :** Documentos, indicadores, formulários usados como apoio para mensurar o desenvolvimento do plano.
- g) **Referência documental :**
- Interna: quaisquer outros documentos institucionais que tenha interface com a política descrita. Citar o título do documento.
  - Externa: Livros, periódicos, endereços eletrônicos, leis, normas, portarias, decretos, recomendações, dentre outros.
- h) **Histórico de revisões:** Descrição das modificações realizadas na versão mais atual do documento, conforme o modelo: dd/mm/aaaa – relato da alteração.

**Nota 3:** Quando não houver modificações no documento utilizar o seguinte termo após a data: REVISÃO SEM ALTERAÇÕES. As modificações realizadas anteriormente deverão ser mantidas para fins de histórico.

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

- i) **Anexos** (opcional): Formulários, fluxogramas, textos, imagens que constituem suporte elucidativo para melhor compreensão do documento.
- j) **Aprovação**: Tabela onde é inserido data e responsável pela elaboração e aprovação.

## **10. GUARDA E DESTRUIÇÃO DE DOCUMENTOS**

Os documentos institucionais são controlados via Lista Mestra e dispostos via INTRANET – CGO.

A disponibilização dos documentos no sistema será controlada pela qualidade bem como os acessos dos usuários. A cada atualização, o documento deve ser substituído por cópia atualizada.

O controle de validade dos documentos será visualizado no próprio sistema. Os documentos inativos/obsoletos ficaram guardados na pasta OLD por um período não inferior a 12 meses, após atualização ou cancelamento poderão ser apagados, ficando apenas o documento mais recente.

## **11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

O Procedimento Operacional Padrão é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim “as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias”.

### **a) Razões para elaboração dos POPs**

- Necessidade de aperfeiçoamento
- Identificação dos procedimentos de maior risco ou impacto
- Correção de falhas
- Uniformização da técnica ou procedimento
- Redução de custos
- Diagnóstico situacional
- Garantia de atendimento aos padrões de conformidade e boas práticas;

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

- Minimização de impacto adverso no meio ambiente;
- Maximização dos requisitos de produção ou execução de tarefas;
- Maior garantia de segurança dos processos;
- Diminuição e prevenção de falhas;
- Uso no treinamento de novos profissionais e equipes.

### **b) Etapas da criação de um POP**

- Reunir os profissionais responsáveis pela execução da tarefa/procedimento. Afinal, são eles que sabem cada atividade desenvolvida e conhecem as particularidades da tarefa.
- Formar um grupo de trabalho para formular o POP, onde estejam envolvidos os executores do processo;
- Descrever as etapas do procedimento de maneira detalhada. Isso inclui o tempo despendido para a execução, todos os materiais utilizados e quais resultados são esperados ao fim do processo.
- Apontar as etapas de maior criticidade, que podem comprometer o resultado do procedimento caso não sejam cumpridas ou sejam feitas de modo insatisfatório.
- Criar um prognóstico para a rotina de checagem, de modo a verificar a realização adequada do procedimento.

### **c) Envolvimento da equipe**

É de extrema importância que toda equipe esteja envolvida diretamente em todas as etapas, desta forma podemos assegurar que a implementação ocorrerá de forma satisfatória, pois teremos o apoio dos profissionais dos setores.

Para que o processo de implementação aconteça com adesão de todos, toda equipe é informada dos benefícios que o novo Procedimento traz.

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

#### **d) Treinamento**

Após aprovação final, o autor envia o POP para o responsável pelo gerenciamento de POPs do setor. Este, por sua vez, após assinatura e arquivamento do documento original, providenciará o treinamento do novo POP/versão de POP. O treinamento poderá ocorrer de duas formas:

- Presencial, documentando o treinamento na lista de presença – Anexo 2

**Nota 4:** O treinamento presencial é obrigatório para todos os membros envolvidos em um determinado assunto, sempre que um novo procedimento for implementado na Clínica ou ainda quando a alteração for de grande relevância, impactando assim no bem estar do paciente

**Nota 5:** O autor e aprovador não necessitarão ser treinados, uma vez que participaram de forma ativa da confecção dos mesmos.

O treinamento dos POPs deve ser realizado entre a data da última aprovação e a data efetiva. O intervalo entre a data da última aprovação e a data efetiva deve ser de 30 dias.

Os POPs atualizados são disponibilizados na INTRANET do CGO – para serem consultados em caso de dúvidas, desta forma garantimos que todos utilizem a versão mais atualizada.

#### **e) Cancelamento de POP**

Um POP pode ser cancelado pelos seguintes motivos: Evolução do procedimento, mudanças organizacionais, desenvolvimento tecnológico, alteração nas funções, eliminação de processos e outros.

**Nota 6:** Os Documentos poderão ser manuseados por terceiros/não empregados da Clínica. No entanto, não serão disponibilizadas cópias dos mesmos em formato físico ou digital.

## **12. LISTA MESTRE DE DOCUMENTOS**

É uma lista que identifica todos os procedimentos vigentes, data efetiva e prazo de validade. Deve ser atualizada pelo setor de qualidade. Anexo 1.

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>08/07/2024</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Marcelo Lopes Fagundes</b>	<b>08/07/2024</b>

### 13. REFERÊNCIA

GOUREVITCH, Philip. MORRIS, Errol. **Procedimento operacional padrão: uma história de guerra.** São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SCARTEZINI, Luís Maurício Bessa. **Análise e Melhoria de Processos** / Luís Maurício Bessa Scartezini. – Goiânia, 2009. 54p. Apostila. Disponível em: <http://www.aprendersempre.org.br/arqs/GE%20B%20-%20An%E1lise-e-Melhoria--de-Processos.pdf>.

WERNEK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário.** Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de educação em saúde coletiva) da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Ed. Coopmed, 2009, 84p.

### 14. ANEXOS – LISTA MESTRA

CGO		LISTA MESTRA - CGO				
NOME	TIPO	IDENTIFICAÇÃO	SETOR	STATUS	DATA DA VERSÃO	
Quimioterapia Antineoplásica	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 001	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Classificação dos Quimioterápicos	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 002	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Terapia Alvo	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 003	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos e Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 004	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 005	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 006	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 007	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 008	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 009	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 010	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 011	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 012	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Efeitos Colaterais Relacionados aos quimioterápicos / Intervenções de	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 013	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Reações Alérgicas e Anafilaxia com quimioterápicos	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 014	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Vias de administração de quimioterapia	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 015	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Extravasamentos de quimioterápicos	PROCEDIMENTOS	POP-ENF-CGO 016	ENFERMAGEM	ATIVO	set/19	
Diluição de Medicamentos Antineoplásicos	PROCEDIMENTOS	POP-FAR-CGO-001	FARMÁCIA	ATIVO	abr/21	
Recebimento, Armazenamento e Transporte de Medicamentos	PROCEDIMENTOS	POP-FAR-CGO-002	FARMÁCIA	ATIVO	abr/21	
Procedimento p/ limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos	PROCEDIMENTOS	POP-FAR-CGO-003	FARMÁCIA	ATIVO	mai/21	
PGRSS - Programa de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde -	PLANOS	PIA-FAR-CGO-004	FARMÁCIA	ATIVO	jul/21	

### 15. CONTROLE DE VERSÕES

Versão	Motivo	Data da Revisão
01/2022	Criação	10/01/2022
07/2024	Revisão/Formatação	17/07/2024

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	08/07/2024
Aprovado por:	Marcelo Lopes Fagundes	08/07/2024