

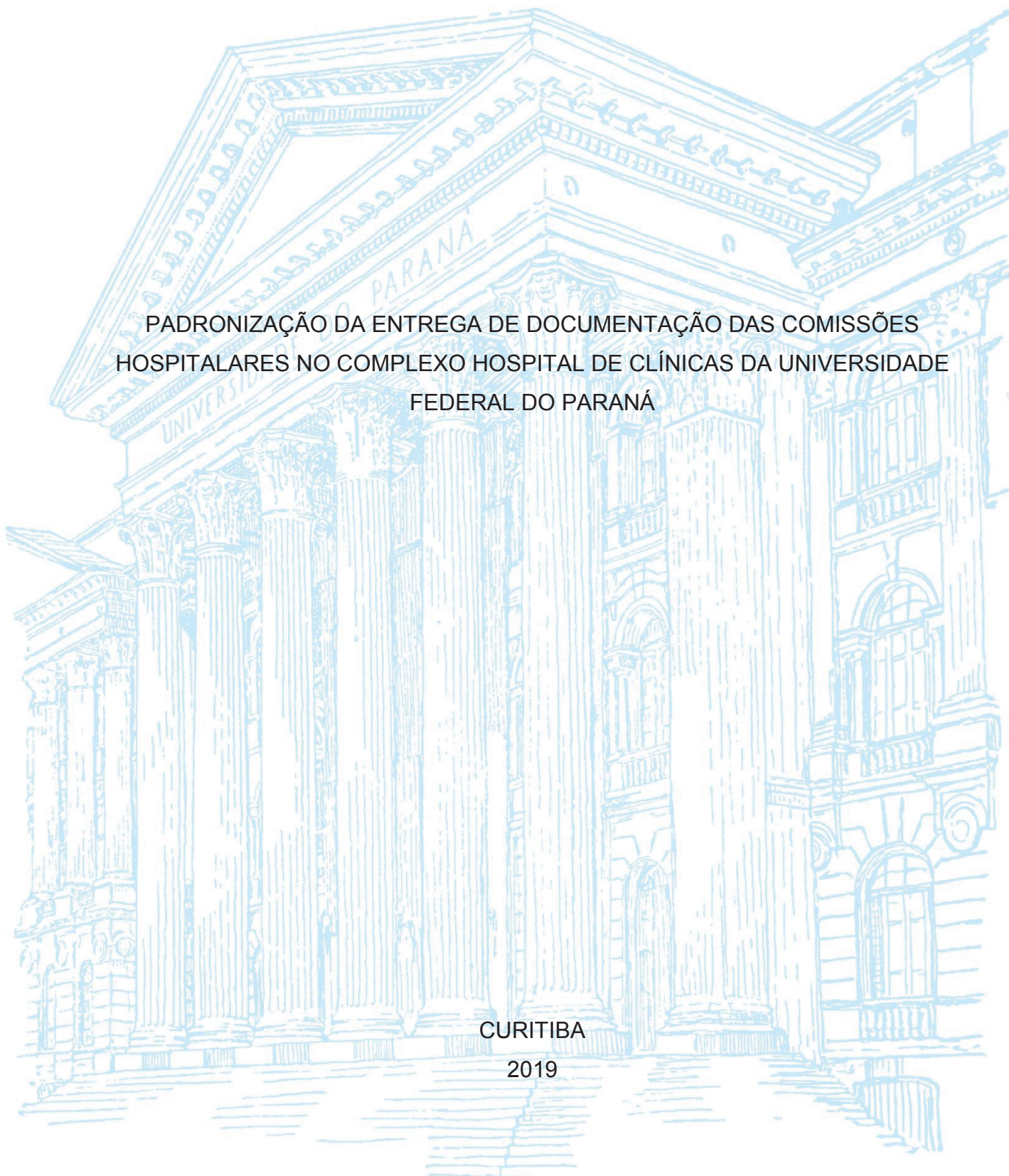
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTINA APARECIDA ALVES

PADRONIZAÇÃO DA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO DAS COMISSÕES  
HOSPITALARES NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ

CURITIBA

2019



CRISTINA APARECIDA ALVES

PADRONIZAÇÃO DA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO DAS COMISSÕES  
HOSPITALARES NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ

Projeto Técnico de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Especialização em Gestão da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2019

Dedico este Projeto Técnico de Conclusão de Curso ao todo-poderoso Deus por abençoar a minha vida todos os dias, me dando força, sabedoria e paciência para concluir esse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família serei eternamente grata.

Agradeço ao meu esposo Ademir que ao longo desses meses me deu não só força, mas apoio para vencer essa etapa da vida acadêmica, obrigada por compreender a minha ausência em diversos momentos.

Minhas primas Adriana e Natalia, pela contribuição valiosa.

Meus agradecimentos as amigas de trabalho e parceiras de estudo Clarice e Elisângela, por toda a ajuda e palavras de apoio durante esses meses.

Deixo um agradecimento especial a Dr.<sup>a</sup> Maria Pachaly pelo incentivo a continuar.

A minha Orientadora Prof.<sup>a</sup> Verônica e Tutor Rafael, pelos ensinamentos no pouco tempo que tivemos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

Trata-se de um Projeto Técnico realizado no Setor que gerencia as Comissões Hospitalares. O objetivo geral padronizar o processo de entrega da documentação das Comissões Hospitalares do Complexo HC/UFPR para o referido Setor, visando facilitar as atividades desenvolvidas por todos os envolvidos. As Comissões Hospitalares são fundamentais no âmbito hospitalar, sendo adotadas como um instrumento de gestão que serve de indicador para o Setor que as gerencia. Além disso, viabilizam a oferta de um atendimento de melhor qualidade aos usuários do SUS, bem como melhores condições de trabalho aos profissionais. Portanto, as documentações referentes a essas Comissões devem estar atualizadas. A pesquisa é de caráter exploratório e abordagem qualitativa, tendo a coleta de dados sido realizada por meio da observação, de um profissional do Setor que gerencia as Comissões, que ao precisar de documentação, verificou que os documentos das referidas Comissões não estavam atualizados ou estavam faltando. A proposta deste projeto é padronizar o processo de entrega dos documentos das Comissões Hospitalares para o Setor responsável. A solução sugerida foi a disponibilização de um profissional administrativo do Setor que gerencia as Comissões para monitorá-las, o qual verificará quais são os documentos vencidos e faltantes e os solicitará, via e-mail, aos presidentes e coordenadores das Comissões, indicando os prazos a serem cumpridos, padronizando então, o processo de entrega desses documentos. Com um profissional assumindo a coordenação e monitoramento deste processo, ocorrerá uma melhor organização e distribuição das atividades referentes aos documentos que precisam de elaboração e atualização para serem encaminhados para o Setor responsável, facilitando os serviços desempenhados por todos os profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Comissões Hospitalares. Documentos. Entrega. Padronizar. Gestão. Setor Responsável.

## **ABSTRACT**

This project technician was carried out in the sector that manages the Hospital Commissions of the HC/UFPR Complex, with the general purpose of standardizing the process of documentation delivery by these Commissions to said Sector, in order to facilitate the activities performed by all those involved. The Hospital Committees are fundamental in the hospital scope, being endorsed as a management tool that serves as an indicator for the sector that manages them. They also make it possible to offer better quality care to SUS users, as well as better working conditions for professionals. Documentation regarding these Commissions should be up to date. Exploratory research in a qualitative approach was carried out, and data collection was done through observation, based on the difficulty found when verifying that the documentation of the said Commissions was not current or was absent. The result of this project shows that the members of Hospital Committees are competent professionals, responsible and committed to the activities of the Commissions, but the lack of time during working hours, due to the demand of their own activities, causes difficulty in delivering the documentation. The proposal of this project is to standardize the form of delivery of these documents by Hospital Commissions to the responsible Sector. The suggested solution is the provision of an Administrative Professional of the Sector that manages the Commissions to monitor the Hospital Committees, which will check the missing documents and request them, by e-mail, to the chairmen and coordinators of the Commissions, indicating the deadlines to be fulfilled by those responsible, standardizing then the form of delivery of these documents. This monitoring will adjust the organization and distribution of the activities related to the documents that need elaboration and updating to be sent to the responsible sector, facilitating the services performed by all the professionals involved.

**Keywords:** Hospital Commissions. Documents. Delivery. Standardization Management. Responsible Sector.

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CGR	Comissão de Gerenciamento de Resíduos
CHC	Complexo Hospital de Clínicas
CIHDOOT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNPAR	Fundação de Apoio da Universidade Federal do Paraná
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PCIH	Programa de Controle de Infecção
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA PROBLEMA .....	8
1.2	OBJETIVO GERAL.....	9
1.2.1	Objetivos específicos.....	10
1.3	JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO.....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>11</b>
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	11
2.2	COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR.....	13
2.3	COMISSÕES HOSPITALARES .....	13
2.4	COMISSÕES SELECIONADAS .....	15
2.5	ORGANIZAÇÃO DE DOCUMENTO.....	16
<b>3</b>	<b>DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....</b>	<b>18</b>
3.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA PROBLEMA NA ORGANIZAÇÃO.....	18
3.2	DIAGNÓSTICO DO TEMA PROBLEMA NA ORGANIZAÇÃO .....	20
3.2.1	Descrição dos resultados obtidos a partir do diagnóstico.....	21
3.3	METODOLOGIA.....	22
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA ...</b>	<b>24</b>
4.1	PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.1.1	Plano de Implantação.....	24
4.1.2	Recursos .....	26
4.1.3	Resultados esperados .....	26
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas .....	26
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA PROBLEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 1.986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde onde conquistou o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária. (SILVA et al., 2014). Na Constituição de 1.988, ficou claro que a saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado: Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), Título VIII, Capítulo II, Seção II da Saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, n. p.).

A formatação final da CF/88 e regulamentação aconteceram em 1.990, com as aprovações das Leis nºs. 8.080, de 19 de setembro de 1.990, (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142 de 28 de dezembro de 1.990, que garantiram amplos direitos sociais a toda população, quando então incorporou o SUS em seu texto. Em 2.011, o Decreto nº. 7.508, de 28 de junho, também fundamentou princípios definidos na CF/88, regulamentando a Lei nº. 8.080, estabelecendo a Organização do SUS, Seção I das Regiões de Saúde, Art. 5º:

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II- urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. (BRASIL, 2011, não p.).

Essa organização no SUS, fez com que os hospitais fizessem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os quais são o centro do setor saúde, tanto os hospitais da rede pública como da privada, prestando serviço à população, o que faz com que o sistema de saúde seja hospitalocêntrico. Nos hospitais são utilizadas tecnologias de ponta e em alguns constituem ainda, um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica. Toda a organização hospitalar pode ser percebida por seu caráter preventivo, curativo ou reabilitador a pacientes em regime de internação ou ambulatorial. (GONÇALVES, 2014).

Sendo os Hospitais parte da RAS, para melhor atender o paciente do SUS, os complexos hospitalares podem solicitar a Certificação de Hospital de Ensino. A Portaria Interministerial nº. 285, de 24 de março de 2015, redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino, e no Capítulo II, do Processo de Certificação, Seção I, dos Requisitos Gerais e Específicos para Certificação, consta:

Art. 5º Poderão solicitar a certificação como HE, os estabelecimentos hospitalares e complexos hospitalares, públicos ou privados, próprios ou conveniados a Instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas, inscritos no Sistema Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde, que atendam os seguintes requisitos gerais: ... I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são: a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem; b) Comissão de Documentação Médica e Estatística; c) Comitê de Ética em Pesquisa; d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; f) Comissão de Óbitos; g) Comissão de Revisão de Prontuários; h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e j) Comissão de Proteção Radiológica. (BRASIL, 2015, p. 31 - 32).

O Complexo CHC/UFPR possui Certificação de Hospital de Ensino, bem como Comissões Hospitalares que estão em funcionamento, visto serem de extrema importância para a Instituição, auxiliando em um atendimento de melhor qualidade aos usuários/pacientes, possibilitando condutas de melhoria administrativa junto a Superintendência, proporcionando indicadores (unidade de medida de uma atividade) que contribuem para tomada de decisão.

O presente Projeto Técnico de Conclusão de Curso, foi realizado no Complexo HC e discorre sobre o tema Padronização da entrega de documentação das Comissões Hospitalares, devido à observação da dificuldade de entrega da documentação necessária, por partes dos responsáveis pelas Comissões, para o Setor que efetua o gerenciamento das referidas Comissões.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Padronizar o processo da entrega de documentação das Comissões Hospitalares do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

### 1.2.1 Objetivos específicos

- Diagnosticar situações relacionadas a entrega de documentação necessária;
- Analisar os resultados obtidos com o referido diagnóstico relacionado a dificuldade da entrega de documentação;
- Propor alternativa que auxilie quanto ao processo de entrega da documentação.

### 1.3 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

O Setor responsável pelas Comissões tem por dever organizar a documentação. A gestão de documentos é o planejamento, o controle, a direção, a organização, o treinamento, a promoção e outras atividades gerenciais relacionadas à criação, manutenção, uso e eliminação de documentos, com a finalidade de obter registro adequado e apropriado das ações inerentes à prática ao conjunto destas operações nas instituições. (FONSECA, 2004).

O presente Projeto Técnico de Conclusão de Curso é de extrema importância, pois apresenta um diagnóstico de situações relacionadas à dificuldade da entrega de documentação por parte das Comissões Hospitalares para o Setor responsável por essas Comissões, mas também apresenta proposta de padronização dos serviços exercidos pelas pessoas das Comissões Hospitalares, a fim de otimizar a gestão das atividades referentes a essas Comissões.

Este diagnóstico poderá auxiliar na organização e no trâmite do processo, padronizando e otimizando a entrega da documentação, ajudando na gestão das atividades desenvolvidas, facilitando os serviços desempenhados por todos. A padronização desse trâmite representa melhor qualidade no atendimento aos pacientes da rede SUS, posto que os envolvidos não terão dificuldade com a parte administrativa no momento em que for necessário pôr em prática a parte burocrática, posto que a documentação estará vigente e em ordem, em eventual necessidade de consulta e afins.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As expectativas no Brasil, no início do ano de 1.900, eram de importantes ações, principalmente no campo da medicina, mas o ano se inicia com epidemias de febre amarela, varíola, cólera, malária, tuberculose e peste. Na área de saúde somente era ofertado para a população pobre, atendimento filantrópico para cuidar da saúde, as pessoas eram atendidas por freiras (irmãs) em hospitais de caridade mantidos pela igreja católica, também procuravam benzedeadas para curar as mazelas. (PINTO, 2016).

O Brasil passou por grandes transformações na organização e administração do sistema da saúde, com diversas criações de leis. Em 1.953, foi criado o Ministério da Saúde com o objetivo de fortalecer as ações em saúde pública e em medicina preventiva (Ministério da Saúde, 2017). Neste ano, o conceito que os médicos especialistas sustentavam era de programas de construção de hospitais, de acordo com o tipo de doença que a pessoa apresentasse como sanatórios para tuberculosos, leprosários para leproso, hospícios para loucos, etc. Cogitava a ideia que um modelo de sistema de saúde pública com condições sociais para atender toda a população em redes locais numa visão municipalista, somente seria possível em 30 anos. (PINTO, 2016).

Em 1.966, o Governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passaria a gerir todas as aposentadorias, auxílios, abonos, pecúlios, pensões, assistências médicas, etc. dos trabalhadores do Brasil. Gradativamente a saúde pública chegou a um estado de decadência por falta de recursos, deixando a população em péssimas condições de vida e saúde. Nos anos 70, o governo construiu e equipou centenas de hospitais privados por todo o país, utilizando recursos a fundo perdido. (LIMA et al., 2005).

Em 1.977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que garantiu o pagamento da clientela atendida por ele, mas quando os donos dos hospitais se sentiram capitalizados, se descredenciaram do INAMPS, deixando a população sem assistência médica. (PINTO, 2016).

Quando o INAMPS foi extinto e suas atribuições ficaram à disposição do Ministério da Saúde e das instâncias: federal, estadual e municipal, gestoras do SUS, isso aconteceu em 1.993. (LIMA et al., 2005).

O SUS surge de um movimento social de trabalhadores e gestores da saúde em 1.986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde que alcançou a grande representatividade e cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária. Esse movimento teve o propósito de obter um sistema único de saúde, totalmente público e de qualidade para todos, que fosse assistido pela sociedade e Conselhos de Saúde. (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

O palco foi o município Montes Claros no norte do estado de Minas Gerais, local onde primeiro se discutiu sobre a organização da sociedade, da população como controle social dos serviços de Saúde (SILVA et al., 2014). O Projeto Montes Claros na construção do SUS, contou com um projeto democrático de reforma sanitária, com doutrinas voltadas à universalização do acesso (é universal para todos, ricos ou pobres, com ou sem carteira assinada), à equidade no atendimento (enfrentando as desigualdades sociais, construindo a justiça social, com participação no debate das políticas, no controle público das ações, nos serviços, nos conselhos e nas conferências), à integralidade da atenção (da vacina à transplantes). No começo do século passado era imposto pelo Estado que a saúde era um dever do cidadão. Com a CF/88, é evidente que a saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado. (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. (SOLLA; CHIORO, 2015).

A implantação do SUS no conjunto do País passou a acontecer de forma gradual ao longo dos anos 90, e em cada região o SUS deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. (BRASIL, 2011).

## 2.2 COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

O Complexo HC/UFPR passou a ser Complexo com a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2014. Anteriormente era Hospital de Clínicas, HC como ainda é chamado. É um órgão Suplementar da UFPR e o maior prestador de serviços públicos do Paraná e entre os universitários, o quinto maior do país, garantindo um atendimento 100 % SUS, numa assistência de 24 horas por dia, 365 dias por ano. Referência em vários serviços de saúde e realiza todos os seus atendimentos de forma gratuita que o classifica nível terciário e quaternário. Atende somente caso de médio e grave risco, ou seja, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de média e alta complexidade e consultas especializadas, realizando procedimentos cirúrgicos e exames avançados de diagnóstico. Apresenta uma estimativa de aproximadamente 411 mil pacientes do Estado do Paraná (97% das pessoas atendidas), realizando uma média mensal de aproximadamente 60.920 mil atendimentos. (EBSERH, 2017).

A história do Complexo HC/UFPR começa no dia 19 de dezembro de 1.912, com a inauguração da UFPR. Naquele tempo a prática da medicina era realizada na Santa Casa, no Hospital Nossa Senhora da Luz e a partir de 1.930, também no Cruz Vermelha e Hospital Oswaldo Cruz. Por necessidade, decidiu-se construir um amplo hospital que pudesse ser frequentado pelos estudantes de medicina e por ato do Poder Executivo, publicado no diário Oficial do Estado em 23 de agosto de 1.948, foi desapropriada uma área de 2.687m<sup>2</sup> pertencente ao Sr. Agostinho Ermelino de Leão, destinada à construção do prédio central do então, Complexo HC/UFPR. (EBSERH, 2019).

## 2.3 COMISSÕES HOSPITALARES

No ano de 1.985, morreu o presidente da República Tancredo Neves por infecção hospitalar e o Governo então, vem desde essa época, tomando providências quanto a conscientização, prevenção e controle desse problema na rede de saúde, independentemente de sua natureza jurídica (Senado Notícias, 2007).

Os estabelecimentos e complexos hospitalares, possuidores de Certificação de Hospital de Ensino, por questões legais devem possuir Comissões Hospitalares

consideradas obrigatórias, as citadas anteriormente na Portaria Interministerial nº. 285/15. As Comissões Hospitalares contribuem com a produção de evidências de indicadores, proporcionando melhor qualidade dos serviços prestados à comunidade. No Complexo HC/UFPR, atualmente existem 34 Comissões/Comitês, são eles: Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Óbitos; Comissão Permanente de Prontuário do Paciente, Comissão de Farmácia Terapêutica, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, Comitê Transfusional, Comissão de Mortalidade Materna; Comissão de Mortalidade Infantil; Comissão de Biossegurança, Comitê de Humanização, Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Material Perfurocortante, Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde, Comissão de Assessoria e Controle Interno, Comissão de Educação Permanente de Enfermagem, Comitê Gestor de Tecnologia da Informação, Comitê Gestor de Segurança da Informação, Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas, Comissão Permanente de Avaliação de Bens Móveis, Comissão de Avaliação, Padronização e Priorização de Equipamentos Médicos, Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares, Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão Assessora de Registro Hospitalar de Câncer, Comitê da Qualidade, Comissão de Cuidados com a Pele, Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem, Comissão de Descaracterização de Bens, Comitê de Segurança Cirúrgica, Comissão de Padronização de Produtos para Saúde e Comissão de Residências em Saúde. (EBSERH, 2019).

Conforme o Dicionário Online de Português (2019), caracteriza-se comissão como: “Conjunto de pessoas designado por uma autoridade ou escolhido por uma assembleia para estudar um assunto, projeto”. Enquanto define comitê: “Comissão de uma assembleia ou sociedade para exame de determinado assunto”.

Foram selecionadas aleatoriamente, quatro Comissões Hospitalares. Vale ressaltar que não precisamente as Comissões selecionadas possuem dificuldade de entrega da documentação, mesmo porque não são todas as 34 Comissões que demonstram tal dificuldade. Este Projeto Técnico de Conclusão de Curso não tem a intenção em expor nenhum responsável por Comissão, com informações que os deixem desconfortáveis. As Comissões foram selecionadas aleatoriamente e

servirão para enriquecer o referido Projeto, com um breve conhecimento sobre cada uma.

#### 2.4 COMISSÕES SELECIONADAS

A primeira Comissão a ser criada no Complexo HC/UFPR foi a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em 1.978, mesmo antes de qualquer determinação governamental. CCIH foi instituída com a missão de prevenção e controle das infecções hospitalares. Foi regulamentada a segmentação da CCIH no Brasil em 1.983, ficando separadas as atividades em CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A CCIH é uma Comissão deliberativa sendo que as ações de prevenção e controle de infecções relacionadas a Assistência à Saúde são executadas pelo SCIH. A CCIH e SCIH realizam capacitação dos profissionais periodicamente quanto a tudo relacionado ao controle de infecção. O monitoramento é contínuo. (EBSERH, 2019).

O Comitê de Humanização foi criado no ano de 2.000. Tem por finalidade possibilitar, difundir e consolidar uma cultura de humanização, solidária e crítica no âmbito do Hospital. Trabalha em parceria com o Setor responsável pelas Comissões, buscando sempre melhorar a realidade institucional, auxiliar os profissionais quando necessitam e beneficiar os pacientes com melhorias no atendimento. (EBSERH, 2019).

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), foi criada em 2.003. É responsável por toda a captação de órgãos e tecidos, realizando cobertura de 100% dos óbitos ocorridos na Instituição. Acompanha o desenvolvimento do serviço desde a identificação do potencial doador até a entrega do corpo à família. (EBSERH, 2019).

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGR) foi criada em 2.003. Seu objetivo é definir as ações que visem a implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). A CGR proporciona para os profissionais capacitação com a intenção de sensibilizar sobre a importância do manejo e descarte corretos de todo tipo de resíduo, a importância de reduzir os riscos de acidentes com perfurocortantes segregados incorretamente, bem como atua no acompanhamento de todo o processo de resíduos hospitalares, desde a coleta, tratamento, transporte e destinação final,

sempre com a preocupação de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente. (EBSERH, 2019).

## 2.5 ORGANIZAÇÃO DE DOCUMENTO

O Setor que gerencia as Comissões Hospitalares necessita ter todos os documentos inerentes as Comissões, de forma organizada e vigentes. Conceitua-se gestão de documentos, conforme Lei nº. 8.159, de 08 de janeiro de 1991:

Art. 3º Considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente. (BRASIL, 1991, n. p.).

De acordo com Paes (1997, p. 29), “conforme suas características, forma e conteúdo, os documentos podem ser classificados segundo o gênero e a natureza do assunto”.

As Comissões elaboram documentos e são responsáveis pela guarda e arquivamento dos mesmos, conforme a seguir:

Regimentos: Atos administrativos normativos internos. Visam reger o funcionamento dos órgãos colegiados e corporações legislativas. Emanam do poder hierárquico do Executivo, ou da capacidade de auto-organização interna das corporações legislativas e judiciárias. Em função disto, só se destinam à disciplina dos sujeitos do órgão que o expediu. – Resoluções: São atos administrativos normativos expedidos pelas autoridades do executivo. Inferiores aos regulamentos e aos regimentos. - Deliberações – Atos normativos ou decisórios provenientes de órgãos colegiados que devem estar de acordo com os regulamentos e regimentos das organizações coletivas. São via de regras vinculadas para a Administração e geram direitos para seus beneficiários. – Portarias: atos internos determinantes, pessoal ou genericamente de designação de funcionários a determinados cargos e funções. - Ofícios – Comunicações escritas de autoridades entre si ou a subordinados e seus superiores. (MAFRA, 2005, p. n.).

Para uma Comissão ser instituída o primeiro documento a ser elaborado é uma Portaria pelo Setor responsável pelas Comissões, que designa o Presidente ou Coordenador. Após essa designação, as responsabilidades ficam a cargo desse Presidente ou Coordenador que indica ou convida os membros restantes a comporem a Comissão. Essa Portaria tem vigência preestabelecida (01 ou 02 anos) ou indeterminada. É o documento que mais aparece na análise de documentos

faltantes, ou por vencimento da vigência, ou a Portaria está vigente, mas por informação verbal, toma-se conhecimento que membros não fazem mais parte da Comissão por diversos motivos e a mesma não é atualizada. O mesmo acontece com Regimentos. Por mais que os membros das Comissões são responsáveis pelas elaborações dos documentos (regimentos, ofícios, resoluções, entre outros), bem como seus arquivos. O Setor responsável pelas Comissões tem por finalidade, verificar se essas Portarias estão vigentes, se os Regimentos estão atualizados ou se já foram elaborados, etc. Somente não tem acordado com os presidentes e coordenadores sobre designar um profissional que cobre a efetiva atualização desses documentos. As Comissões desenvolvem suas atividades no âmbito do Hospital com determinação, dentro das normas, com coerência, responsabilidade, humanizada, seguem o protocolo e de maneira alguma prejudicam quer seja paciente ou profissional. Para uma completa gestão do responsável pelas Comissões Hospitalares, falta a efetivação quanto a entrega da documentação necessária dentro dos prazos.

### 3 DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

#### 3.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA PROBLEMA NA ORGANIZAÇÃO

O SUS, segundo Álvares (2006) é um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário a população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos:

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas). (Álvares, 2006, p. 5).

O Complexo HC/UFPR é um Hospital de média e alta complexidade que recebe pacientes do SUS, dispensando lhes atendimento terciário e quaternário e por atender alta complexidade, deve possuir Comissões Hospitalares, sendo estas fundamentais no Hospital. Com isso, observou-se dificuldade da entrega da documentação das Comissões Hospitalares para o Setor responsável. (EBSERH, 2019).

O Hospital de Clínicas, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população. Visão: "Ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência." Valores: Humanização, Comportamento ético e respeito ao código de conduta da instituição, Cidadania, Segurança, Sustentabilidade, Profissionalismo, Gestão participativa, Transparência, Produção e socialização do conhecimento, Comprometimento com o ensino, Qualidade, Inovação. (EBSERH, 2016, p. 18).

O CHC/UFPR conta com uma força de trabalho de 369 médicos residentes, 112 profissionais da residência Multiprofissional, 747 funcionários do vínculo da Fundação de Apoio da UFPR (FUNPAR), 1.645 servidores do Regime Jurídico Único (RJU) da UFPR, 881 empregados públicos da EBSERH e 484 terceirizados, totalizando 4.238 profissionais, atendendo em uma área construída de 40.450m<sup>2</sup>. (EBSERH, 2019).

Em 1.953, o Hospital de Clínicas, ainda por terminar, foi incorporado ao patrimônio da UFPR pela lei estadual nº 1.212. Originalmente, o Hospital teria

apenas o prédio central construído numa área de 23.000m<sup>2</sup>, mas, após vários estudos e visitas nas obras, foi aprovada a construção simultânea de edifícios anexos ao da central com diversas alterações introduzidas ao projeto inicial, ampliando área a ser construída. (EBSERH, 2019).

O Hospital teve duas inaugurações, a primeira foi em 26 de março de 1.960 com o descerramento da placa comemorativa pelo ministro da educação e Cultura Clóvis Salgado da Gama, representante do então Presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira. Ao assumir a presidência da república, Jânio Quadros, em seu primeiro ato, baixou decreto que proibia, pelo prazo de um ou dois anos, qualquer contratação de pessoal em âmbito federal. Com isso, em 28 de fevereiro de 1.961, os profissionais que já se encontravam em atividade no Hospital tiveram que retornar as suas antigas lotações e o Hospital fechou suas portas. Quatro meses depois, em junho de 1.961, o Hospital reabriu com 366 leitos e começou a prestar atendimento, mesmo sem a cerimônia oficial, que aconteceu no dia 05 de agosto de 1.961, ocasião na qual o Presidente Jânio Quadros veio a Curitiba, fez uma visita minuciosa a todas as unidades e o Hospital de Clínicas foi oficialmente declarado em funcionamento. (EBSERH, 2019).

O Complexo HC/UFPR atende média e alta complexidade, nos níveis terciários e quaternários, possui Certificação de Hospital de Ensino e dispõem de Comissões Hospitalares, onde atualmente são 34 Comissões e cada qual tem um papel fundamental. Para ilustrar tal importância, será usado como exemplo a Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGR), responsável em dar um destino final a todos os resíduos produzidos pelo Hospital, obedecendo resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA 358/05, de 29 de abril de 2005, que trata dos resíduos sólidos oriundos dos serviços de saúde, norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) RDC 306/04, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. É necessário quando efetuadas as coletas, um correto cuidado de acondicionamento e tratamento para então, serem encaminhados para Aterro Sanitário. Existem diversos tipos de resíduos e cada classe com os seus riscos: os infectantes, químicos, medicamentos vencidos, rejeitos radioativos, rejeitos comuns, recicláveis, perfurocortantes, entre outros. (EBSERH, 2019).

A CGR é responsável pela distribuição dos sacos de lixos, caixas para perfurocortantes, frascos para descarte de mercúrio, carrinhos para transporte de resíduos, autoclave para laboratórios, etc. (EBSERH, 2019).

Todos os profissionais, rotineiramente, necessitam colocar em prática o hábito de descarte e manejo corretos de resíduos gerados no ambiente de trabalho. (EBSERH, 2019).

Outro exemplo de importância igual, porém em outro momento e de difícil aceitação para a humanidade e, muito bem desempenhado pelos profissionais envolvidos, é da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). A CIHDOTT, no Hospital, organiza o estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação, efetua a cobertura de 100% dos óbitos em relação à possibilidade de doação, notifica e promove o registro de todos os casos, proporciona e organiza o acolhimento às famílias durante todo o processo de doação, recicla treinamento à equipe sobre o assunto. Atua todos os dias. Possui função de buscar doações de órgãos e tecidos, de morte encefálica e coração parado. (EBSERH, 2019).

Contudo, cada uma das 34 Comissões Hospitalares tem sua importância. É indispensável que a documentação dessas Comissões, esteja em perfeita ordem. Porém, foi observado dificuldade da entrega da documentação necessária, por partes dos responsáveis pelas Comissões, para o Setor que efetua o gerenciamento dessas Comissões, o que deve ser solucionado.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DO TEMA PROBLEMA NA ORGANIZAÇÃO

A gestão de documentos cobre todo o ciclo de existência dos documentos desde sua produção até serem eliminados ou recolhidos para arquivamento permanente, ou seja, trata-se de todas as atividades inerentes às idades corrente e intermediária. (JARDIM, 2016).

Em relação a gestão de documentos, foi relatado por um profissional do próprio Setor que gerencia as Comissões, que na busca de um documento, percebeu que documentos não estavam sendo entregues nos prazos determinados, bem como havia falta de outros documentos. Após averiguação, certificou que as Comissões estavam com dificuldade da entrega da documentação.

As Comissões Hospitalares têm dificuldade em atualizar ou elaborar a documentação para ser entregue no prazo para o Setor que gerencia essas Comissões, esse fato causa um efeito negativo na gestão.

Quando uma Comissão Hospitalar atrasa a entrega de um documento, isso reflete no bom andamento das atividades desempenhadas pelo Setor que as gerencia, o qual é responsável, no sentido de responder oficialmente sobre qualquer problema que venha a acontecer envolvendo as Comissões. Exemplo fictício, se o Hospital tiver que se retratar, sobre ter que fornecer Portaria da CIHDOTT, devido a queixa, onde é afirmado que um determinado profissional não está autorizado para a captação de órgãos, a Portaria tem que estar válida para que o Setor que gerencia as Comissões possa responder em defesa. Mas, se essa Portaria não está vigente, seus membros já mudaram e esse profissional apontado, faz sim parte da Comissão como membro, segundo a Coordenadora da Comissão, porém essa Portaria não está vigente, então tudo será explicado, justificado e esclarecido, mas transtornos teriam sido evitados se essa Portaria estivesse atualizada.

### 3.2.1 Descrição dos resultados obtidos a partir do diagnóstico

No tocante à observação da dificuldade de entrega da documentação necessária, por parte das Comissões Hospitalares para o Setor responsável, reuniões foram realizadas entre as partes, as quais tinham por finalidade verificar o andamento das atividades executadas pelos presidentes e coordenadores das Comissões. O Setor que gerencia as Comissões queria saber quais eram os desafios e dificuldades enfrentadas pelos presidentes e coordenadores, quais foram às metas atingidas por eles e as metas que estavam sendo elaboradas. O item mais destacado foi no quesito dificuldades, foram elencadas: - Falta de recursos financeiros, - Realizar as atividades nas horas de intervalo, pois nem sempre há tempo disponível, - Membros das comissões desmotivados pela questão do horário; - Falta de pessoal e não ter pessoas exclusivas para as funções; - Falta de recursos humanos; - Trabalhar no planejamento anual mensal e semestral, tendo em vista que os profissionais não conseguem deixar suas atividades diárias para realizarem as relacionadas à Comissão; - Obter membros exclusivos para essa equipe; - As tarefas, auditorias, análises de incidentes, enfim, as atividades desse Comitê sobrecarregam seus membros; - Falta de recursos financeiros para aquisição de

insumos básicos que influenciam na questão da prevenção das infecções; - Dos executores, dos participantes em aderirem o checklist de atividades da Comissão, devido os membros também terem suas atividades em seus Setores; - Os membros não têm dedicação exclusiva, o que torna o serviço moroso; - Atualmente está desarticulada, por falta de recursos humanos e sobrecarga de serviços/atividades da própria Unidade.

Diante das dificuldades externadas pelos presidentes e coordenadores das Comissões nas reuniões, o responsável pelo Setor que gerencia as Comissões deliberou que a dificuldade de entrega da documentação das Comissões Hospitalares é devido à falta de recursos humanos. (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2016).

### 3.3 METODOLOGIA

Este é um Projeto Técnico de Conclusão de Curso, tem caráter exploratório, com abordagem qualitativa, devido ter que se entender o que estava acontecendo. O referido método exploratório instiga o interesse em desvendar os acontecimentos. A abordagem para pesquisa foi a qualitativa. A coleta de dados foi realizada através da observação quando um profissional do Setor que gerencia as Comissões procurava um documento e se atentou quanto a documentação com prazo vencido ou faltante. A partir dessa observação, foi realizado levantamento acerca das 34 Comissões, quanto a vigência e inexistência de documentos como: portarias, regimentos, cronogramas sobre propostas de metas se foram atingidas ou não, calendários de reuniões se estão sendo seguidos, entre outros.

Ao organizar a documentação das Comissões, verificou-se que alguns documentos, de algumas Comissões, não estavam mais vigentes. São 34 Comissões Hospitalares, dessas, 15 estão com Portarias não vigentes. Com a observação da dificuldade da entrega da documentação, foi feito levantamento de documentação faltante e não vigente, foi utilizada a pesquisa bibliográfica para dar embasamento a essa observação.

O recurso necessário para a solução do problema (90% de resolutividade) é a indicação de um profissional administrativo, pertencente ao Setor que gerencia as Comissões, não precisando ser exclusivamente para desempenhar essa função, visto que após a implantação e organização, não haverá necessidade de ser revista

essa atividade diariamente. O recurso físico utilizado será computador para enviar e-mail ou quando houver necessidade, por telefone.

## **4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

### **4.1 PROPOSTA TÉCNICA**

O problema identificado foi a dificuldade da entrega da documentação necessária por parte das Comissões Hospitalares para o Setor responsável em gerenciá-las.

Analisando o problema, constata-se que os documentos não são entregues, devido falta de recursos humanos. Os membros designados para as comissões, não são exclusivos destas. São profissionais que desempenham suas atividades, para as quais foram contratados, em seus setores, unidades de serviço, concomitante com as atividades das Comissões, o que os sobrecarrega. Essa demanda de atividades gera atrasos na entrega da documentação, pois os responsáveis ficam impossibilitados de perceberem prazos, o que ocasiona tal situação.

Uma mudança organizacional que poderá mitigar o problema da dificuldade da entrega da documentação das Comissões, é um controle efetuado pelo Setor responsável pelas Comissões.

Seria designado um profissional do próprio Setor que gerencia as Comissões, o qual enviaria e-mails para os presidentes e coordenadores das Comissões, efetuando cobrança da documentação sem vigência e faltante. Esse profissional realizaria o monitoramento desse processo.

Outra mudança que pode contribuir para diminuir este problema seria a disponibilização de uma secretária para cada Comissão, totalizando 34 secretárias que realizariam todo o serviço administrativo, porém tal opção é inviável no momento, já que não está previsto concurso público.

A opção que envolve o Setor responsável no envio de e-mail, efetuando então o controle de toda a documentação, no momento é o ideal, pois o referido Setor é o mais interessado em resolver a questão e que possui o conhecimento de todas as Comissões Hospitalares.

#### **4.1.1 Plano de Implantação**

Para a implantação do Projeto Técnico de Conclusão de Curso e efetiva mudança organizacional, onde um profissional do Setor responsável pelas

Comissões, passaria a enviar e-mails para as 34 Comissões, efetuando cobranças de toda documentação faltante (portarias, regimentos, regulamentos, metas a atingir, metas que foram propostas se foram atingidas, cronograma de reuniões, entre outras). A implantação dessa mudança traria a padronização da entrega da documentação, uma vez que os presidentes e coordenadores seriam comunicados via e-mail, dos prazos a serem cumpridos, de elaborações de documentos. As Comissões que não se manifestassem, seriam monitoradas e cobradas.

A Padronização da entrega da documentação seria comunicada em Reunião do Setor que Gerência as Comissões com os Presidentes e Coordenadores, informando o passo a passo de como se daria essa Padronização, conforme a seguir:

- Apresentar aos membros presentes sobre a proposta de Padronização com as devidas justificativas;
- Designar um profissional do próprio Setor para a função;
- O profissional designado efetuará um levantamento de todas as Comissões e seus documentos vigentes, faltantes, que precisam ser elaborados, entre outros;
- Comunicar os presidentes/coordenadores sobre o levantamento dos documentos que não estão em vigência e a necessidade de atualização destes;
- Elaborar planilha com todos os dados necessários das Comissões, constando informações pertinentes para a padronização;
- Montar plano de fluxo de informações para cada Comissão com prazo, datas e metas a serem cumpridas.

Depois desse trabalho, apenas será necessário alimentar essa planilha com informações obtidas de cada uma das Comissões (o que justifica não precisar de um profissional exclusivo), controlar os prazos por tipo de documento, escrever um resumo do que for acordado com os presidentes/coordenadores, seja via e-mail, telefone ou pessoalmente, para acompanhamento.

A meta a ser atingida é 90% de reposição desses documentos faltantes. Em virtude de se depender de outras pessoas, considerando as dificuldades já expostas, a chance de se chegar a 100% de resolutividade é difícil, porém pode ser considerada uma meta a atingir no período de um ano.

#### 4.1.2 Recursos

O recurso necessário é recurso humano. A disponibilização, no Setor responsável pelas Comissões, de um profissional que monitoraria a documentação de todas as 34 Comissões. Esse profissional não precisa ser exclusivo para desempenhar as atividades relacionadas as Comissões, dado que essa verificação não necessitaria ser efetuada diariamente. Não há necessidade de recursos financeiros e o único recurso físico necessário é um computador, cuja existência no setor responsável pelas comissões já é prevista.

#### 4.1.3 Resultados esperados

Com a efetiva implantação do envio de e-mail, comunicando e/ou cobrando as Comissões Hospitalares de todas as documentações, o resultado esperado é que sejam realizadas dentro de seis meses, 90% da entrega da documentação das Comissões Hospitalares para o Setor responsável pelas Comissões.

#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

A proposta de mudança organizacional seria anunciada em reunião do Setor responsável e as Comissões Hospitalares. Corre se o risco de discussão na reunião e os presidentes e coordenadores, não aceitarem a proposta de serem comunicados e/ou cobrados via e-mail, por entenderem que estão sendo coagidos. A medida preventivo-corretiva, seria extraoficial, continuaria com a proposta, porém com Resolução de Reunião, concedendo o entendimento apenas de lembrança e não cobrança.

## 5 CONCLUSÃO

O Projeto Técnico de Conclusão de Curso propiciou uma melhora organizacional para todos os profissionais, quando proposto que um profissional do referido Setor realizaria o serviço de monitorar os documentos das Comissões e que seria efetuado por meio de e-mail, comunicando os presidentes e coordenadores sobre quais documentos deveriam ser providenciados ou atualizados.

Apesar de apenas serem indicadas quatro Comissões, aleatórias, ilustrativas no Projeto, a pesquisa de caráter exploratório, oportunizou uma melhor averiguação de todas as 34 Comissões Hospitalares, elencando quais as Comissões que estão com a documentação em dia e em atraso. A abordagem qualitativa se deu por intermédio de reuniões com as Comissões, onde os presidentes e coordenadores exprimiram, cada qual, sobre as metas pretendidas e as conquistas, os pontos fortes e as dificuldades.

A elaboração do Projeto Técnico de Conclusão de Curso, ampliou os conhecimentos acerca das Comissões Hospitalares, pois na medida que se verificavam os documentos faltantes, era necessária uma leitura minuciosa, um melhor entendimento e não só a certificação da vigência. A leitura propiciou melhores informações sobre as Comissões, as quais, então vistas apenas como “Comissões”, pois na agitação diária não se percebe detalhes, apenas se faz o serviço que se tem a fazer, mas percebeu-se a importância de cada uma, não um entendimento técnico e sim, um entendimento sentido, empático, com anseio de aprofundar mais os conhecimentos de cada Comissão. O Projeto reforçou não só a importância da documentação das Comissões Hospitalares estarem vigentes, como também a magnitude de cada uma das Comissões Hospitalares na Instituição.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES, A. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Entendendo o SUS**, 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2019. p.5.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 28 dez. 2018.

BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=17253-port-interministerial-mec-n285-2015&category\\_slug=abril-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17253-port-interministerial-mec-n285-2015&category_slug=abril-2015-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 28 dez. 2018. p. 31 – 32.

BRASIL. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL. **Lei nº. 8.159, de 08 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/L8159.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L8159.htm)>. Acesso em: 17 de fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília. Regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor sobre a Organização do SUS, O Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument)>. Acesso em: 27 dez. 2018.

CARVALHO, A. I., BARBOSA P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]. CAPES: UAB, 2014.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Curitiba. **Memória da Reunião das Comissões**, realizada no dia 03 fev. 2016, p. 05.

Dicio. **Dicionário Online de Português.** Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/comissao/>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **História do CHC/EBSERH.** Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/apresentacao>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **História das Comissões.** <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Comissão de Gerenciamento de Resíduos.** Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/residuos>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Comissão Controle Infecção Hospitalar.** Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/ccih>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Comissão de Humanização.** Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/humanizacao>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.** Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/cihdott>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Sistema de Informação Hospitalar,** dez. 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

(EBSERH) HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Ministério da Educação. **Plano Diretor Estratégico,** 2016/2017, p.18. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1948338/2287913/PDE+2016/2f68092a-1232-46ae-8ed9-0f3559a1634e>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

FONSECA, M. O. **Arquivologia e Ciência da Informação: (re)definição de marcos interdisciplinares.** 2004. 181 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://ridi.ibict.br/handle/123456789/696>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

GONÇALVES, M. A. **Organização e funcionamento do SUS.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

JARDIM, J.M. Simagestao.com.br. **O Conceito e a Prática de Gestão de Documentos,** 2016. Disponível em: <<http://simagestao.com.br/wp-content/uploads/2016/02/O-Conceito-e-a-Pratica-de-Gestao-de-Documentos.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Unidade 1 - Sistemas de saúde e organização de serviços.** 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 176p.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. orgs. **Saúde e democracia História e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=E1RtAwAAQBAJ&pg=PA61&dq=cria%C3%A7%C3%A3o+do+INPS+1966+scielo&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwi5kL\\_I49rgAhWMH7kGHf9JBDoQ6AEIMTAB#v=onepage&q=INPS%20&f=false](https://books.google.com.br/books?id=E1RtAwAAQBAJ&pg=PA61&dq=cria%C3%A7%C3%A3o+do+INPS+1966+scielo&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwi5kL_I49rgAhWMH7kGHf9JBDoQ6AEIMTAB#v=onepage&q=INPS%20&f=false)>. Acesso em: 26 fev. 2019.

MAFRA, F. **Atos Administrativos.** In *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, VIII, n. 20, fev 2005. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/www.inverbis.com.br?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=904&revista\\_caderno=4](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/www.inverbis.com.br?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=904&revista_caderno=4)>. Acesso em: 17 fev. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História do Ministério. Saúde do Brasil do Sanitarismo à Municipalização,** 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/historia-do-ministerio>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

PAES, M. L. **Arquivo: teoria e prática.** 3. ed. rev., Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1997.

PINTO, H. A História da saúde pública no Brasil. **Youtube.** 24 set. 2016. 1h2min.39seg. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc&t=10s>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Freitas Metodologia do Trabalho Científico. Métodos e Técnicas da pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SENADO NOTÍCIAS. **Programa contra infecção Hospitalar Completa dez anos,** 2007. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2007/01/05/programa-contrainfeccao-hospitalar-completa-dez-anos>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SILVA, P.L.N.; SCHITINI, F. M.; OLIVEIRA, P. P. R.; MENDONÇA, J. M. G.; FONSECA, J. R. Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na Visão de Atores Envolvidos Historicamente no Processo. **Renome Revista Norte Mineira de Enfermagem,** Minas Gerais, capa v. 3, n. 1 (2014) da Silva. Disponível em: <>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada,** 2015. Disponível em: <<https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Atencao-Ambulatorial-Especializada-Solla-e-Chioro/74801548.html>>. Acesso em 14. Jan. 2019.