



Rede Distrital
DE HOSPITAIS PÚBLICOS

GUIA PRÁTICO · REDE SES-DF

Rotina que Gera Resultado

Guia prático para a direção hospitalar da Rede SES-DF

Elaboração

Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar (SEGHOSP)
Central Integrada de Comando em Saúde (CICS)

Versão 1.0 · 23 de setembro de 2026

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO HOSPITALAR
CENTRAL INTEGRADA DE COMANDO EM SAÚDE

Rotina que Gera Resultado

Guia prático para a direção hospitalar da Rede SES-DF



Sobre este guia. Caderno técnico de apoio à direção dos hospitais sob gestão direta da SES-DF, elaborado no contexto da **Rede Distrital de Hospitais Públicos (RDHP)**, a iniciativa que passa a operar os hospitais do Distrito Federal como rede. Reúne obrigações já previstas em normas e boas práticas de gestão, sempre sinalizadas. Não cria rito, prazo ou cobrança novos.

Rotina que Gera Resultado

Guia prático para a direção hospitalar da Rede SES-DF

COORDENAÇÃO GERAL

Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar (SEGHOSP)

ELABORAÇÃO

Michelline Pedrosa de Melo (SEGHOSP)

Victor Leonardo Arimatea Queiroz (CICS)

COLABORAÇÃO

Roberta Danielle Mendonça de Melo Fiuza

Larissa Miriam de Andrade Reis

Bruno Rafael Santos Pires

Ana Júlia Cassimiro Marques

Lorennna Lima Simões Bragança

Sara Cristina Lins Ramos

Cintya Mendes Vieira de Oliveira

Leonardo Souza da Silveira

ÁREAS COLABORADORAS

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF/FEPECS): capítulo de educação permanente e integração ensino-serviço

EDIÇÃO

1ª edição · versão 1.0 · 2026

CONTROLE DE VERSÃO

Versão	Data	Descrição	Elaboração
1.0	23/09/2026	Primeira versão	SEGHOSP · CICS

As referências normativas foram conferidas em fontes oficiais (SINJ-DF, DOU e portais do Ministério da Saúde e da Anvisa) em setembro de 2026. Antes de aplicar um dispositivo específico, confirme sempre a versão vigente do ato.

Como referenciar este documento: DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar. Central Integrada de Comando em Saúde. **Rotina que gera resultado:** guia prático para a direção hospitalar da Rede SES-DF. Brasília, DF: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 2026. 103 p.

Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde.

Rotina que gera resultado: guia prático para a direção hospitalar da Rede SES-DF / Elaboração : Michelline Pedrosa de Melo (Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar - SEGHOSP) ; Victor Leonardo Arimatea Queiroz (Central Integrada de Comando em Saúde - CICS) / Coordenação geral : Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar -- Brasília, 2026.

103 p. ; il.

1. Gestão hospitalar. 2. Saúde pública. 3. Administração de serviços de saúde. I. Melo, Michelline Pedrosa de. II. Queiroz, Victor Leonardo. III. Título

CDU 658:61(817.4)

Apresentação

Este guia nasce com a **Rede Distrital de Hospitais Públicos (RDHP)** e com uma mudança de cultura organizacional que ela representa. Durante muito tempo, os hospitais do Distrito Federal foram geridos como unidades que, somadas, formavam uma rede. A proposta agora é outra: **operar os hospitais como rede**, de fato e no dia a dia.

Operar em rede significa que a situação de cada hospital, sua capacidade, suas restrições e seus resultados, fica visível para quem articula o conjunto, a tempo de decidir. Significa também que a decisão tomada em um hospital considera o efeito que produz nos demais. Pela primeira vez, as unidades hospitalares passam a ser enxergadas, de forma objetiva, como uma rede, e os processos de trabalho de orquestração estão sendo construídos para isso.

Nesse desenho, a direção do hospital é a peça central. É ela que transforma o que acontece na unidade em informação confiável, decisão e resultado, e que conecta a rotina interna ao funcionamento da rede.

O guia reúne, em linguagem direta, o que a direção precisa acompanhar, com que frequência, com quais evidências e como transformar o que

observa em decisão. Foi escrito para o dia a dia: privilegia quadros, diagramas e roteiros prontos para uso, e cada capítulo pode ser lido de forma independente.

O guia não cria obrigação nova. Ele organiza, em um só lugar, dois tipos de orientação, sempre sinalizados:

- **obrigações** que já existem em leis, portarias e normas regulamentadoras, com a fonte citada;
- **boas práticas** de gestão em saúde amplamente validadas, com a base metodológica citada.

Nada aqui institui rito, prazo ou cobrança além do que já está previsto nas normas citadas. Prevalecem sempre o regimento, as portarias, os contratos e os fluxos formalmente aprovados.

O conteúdo está organizado em **cinco partes**: o lugar do diretor na rede e suas obrigações; a rotina de direção; as pessoas e as equipes; os recursos e os contratos; e a medição e a melhoria. Ao final, o calendário do diretor, uma caixa com treze ferramentas prontas para uso, um glossário e as referências.

A quem se destina

Aos **diretores dos hospitais sob gestão direta da SES-DF que integram a RDHP** e às suas equipes de gestão. Não se aplica às Unidades de Referência Distrital nem às unidades geridas por outras entidades ou contratualizadas, que têm modelo de gestão próprio.

Para dar sobrevida ao texto, o guia descreve **funções**, e não cargos ou siglas. Onde se lê, por exemplo, "responsável pelo gerenciamento da emergência", entenda-se a pessoa ou área que exerce essa função na estrutura vigente do hospital.

Como ler este guia

Cada orientação traz um selo que diz de onde ela vem. Assim o leitor distingue, de relance, o que é dever do cargo e o que é recomendação de método.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

Já está prevista em lei, decreto, portaria ou norma regulamentadora. A fonte vem sempre indicada.

Cumprir não é opção: é dever do cargo.

BOA PRÁTICA

Método de gestão amplamente validado, com base metodológica indicada. Recomendação, não exigência.

Adapte ao porte e ao perfil do hospital.

ATENÇÃO

Ponto de risco ou erro frequente.

[12] Número da referência na lista final do guia

NA PRÁTICA

Exemplo concreto ou roteiro para o dia a dia.

Quatro ideias que atravessam o guia

1

Verificar e decidir

Acompanhar é necessário, mas o objetivo é decidir e remover barreiras. Cada ritual termina em decisão, responsável e prazo.

2

Usar as réguas que já existem

Onde há norma ou critério oficial de criticidade, ele é o ponto de partida. Onde não há, prioriza-se pelo risco.

3

Um dado, uma fonte

Os números saem dos sistemas oficiais. Quadros locais apoiam, mas não substituem o registro oficial.

4

O hospital é parte da rede

Toda restrição que muda o que o hospital consegue receber afeta a rede e precisa ser comunicada e tratada.

Sumário

PARTE I · O DIRETOR E A REDE

01	Onde o diretor está na rede	7
02	O que é obrigação do diretor	8
03	Priorizar pela criticidade	10

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

04	Três fontes, três ritmos	11
05	Rituais que produzem decisão	12
06	O painel diário	15
07	O fluxo do paciente	19
08	Painéis semanal e mensal	21
09	Presença e delegação	25

PARTE III · PESSOAS E EQUIPES

10	Pessoas: escala, cobertura e produtividade	30
11	TPD: recurso escasso, prioridade e prestação de contas	35
12	Educação permanente e integração ensino-serviço	40
13	Acompanhamento das lideranças	44

PARTE IV · RECURSOS E CONTRATOS

14	Serviços de apoio e contratos	49
15	Financiamento do SUS e faturamento	51
16	Recurso descentralizado: o PDPAS	58

PARTE V · MEDIR E MELHORAR

17	Indicadores	62
18	Melhoria contínua	65
19	Dados confiáveis	69

CALENDÁRIO, CAIXA DE FERRAMENTAS E REFERÊNCIAS

	Calendário do diretor	71
A-M	Como usar a caixa de ferramentas	72
A-D	Rotina: huddle, ronda, round e revisão de desempenho	73
E-G	Analisar: Ishikawa, 5 Porquês e Pareto	77
H-L	Agir e melhorar: plano de ação, 5W2H, PDSA, VSM e 5S	80
M	Planejar: matriz SWOT	85
	Glossário	86
	Referências	88

01 PARTE I · O DIRETOR E A REDE

Onde o diretor está na rede

A condução do hospital é da direção. A rede depende de que cada hospital enxergue a si mesmo como parte de um sistema maior.

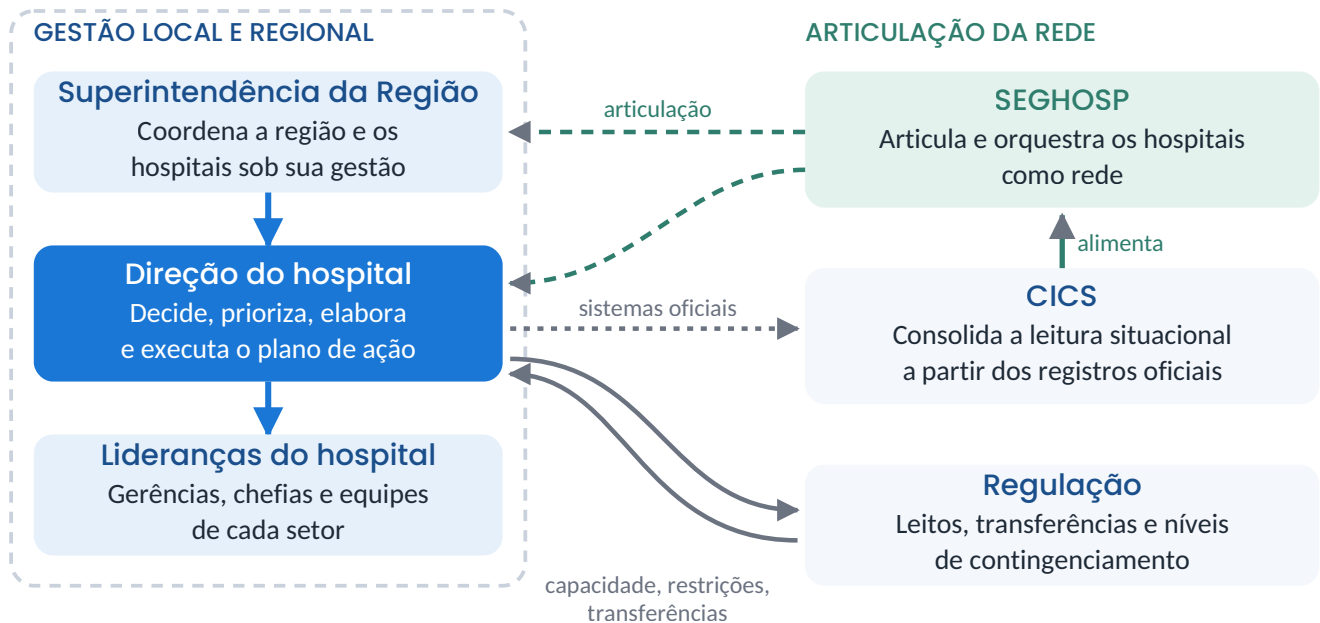


Figura 1. Relações da direção hospitalar. Linhas cheias: hierarquia e fluxo assistencial. Linhas tracejadas: articulação e informação.

Quem conduz

A hierarquia é clara: a **condução das ações gestoras e a elaboração dos planos de ação competem à gestão local e regional**, isto é, aos diretores de hospital e às superintendências das regiões de saúde, às quais os hospitais estão vinculados pelo Regimento Interno da SES-DF.^[2]

A diretoria responde pelo cumprimento das metas pactuadas e acompanha seus resultados de forma sistemática, em conjunto com a superintendência da região.^[4]

Quem articula

A **SEGHOSP** articula e orchestra a rede hospitalar: identifica onde a rede está tensionada e apoia a resolução de problemas que ultrapassam um único hospital.

A **CICS**, integrante da Rede de Inteligência em Saúde do DF,^[3] consolida a leitura situacional da rede a partir dos registros oficiais e a entrega à SEG-HOSP e às áreas que decidem. O protocolo de comunicação entre a CICS e os hospitais será definido em ato próprio.

Quem regula

A **regulação** organiza o acesso a leitos, exames e transferências segundo critérios da rede.^[21, 22] Por isso a informação que o hospital registra sobre capacidade e restrições não é um assunto interno: ela orienta para onde os pacientes serão encaminhados.

02

PARTE I · O DIRETOR E A REDE

O que é obrigação do diretor

Antes das boas práticas, o essencial: o que as normas já atribuem à diretoria do hospital e os instrumentos que orientam a gestão.

As competências da diretoria

No marco do SUS^[1] e da Política Nacional de Atenção Hospitalar,^[11] a Portaria SES/DF nº 1.357/2018, que organiza a atenção hospitalar no SUS-DF, lista cinco competências da diretoria do hospital.^[4]

ART. 8º, INCISO I

Qualidade e segurança

Implementar as ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e acompanhar a execução do Plano de Segurança do Paciente.

ART. 8º, INCISO II

Protocolos

Adotar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para intervenções seguras e resolutivas.

ART. 8º, INCISO III

Responsável pelo cuidado

Manter atualizada a informação sobre os profissionais responsáveis pelo cuidado de cada paciente, na internação, emergência e ambulatório.

ART. 8º, INCISO IV

Visita ampliada

Garantir o acesso de visitantes e acompanhantes na emergência e na internação.

ART. 8º, INCISO V

Avaliação da qualidade

Realizar avaliação da qualidade da assistência no mínimo a cada dois anos.

ONDE ESTÁ NESTE GUIA

I → capítulos 6 e 18 · II → capítulo 18 · III → capítulo 7 · IV → capítulo 8 · V → capítulos 8 e 17

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

A mesma portaria determina que a diretoria **adote um plano para cumprir as metas contratualizadas**, monitore os compromissos pactuados **em conjunto com a superintendência da região** e mantenha **o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais** da SES-DF (art. 18). A formação em competências de gestão é obrigatória para quem ocupa cargos de diretoria e gerência (art. 19; ver capítulo 12).

Fonte: Portaria SES/DF nº 1.357/2018, arts. 17 a 20 [4].

Do plano à rotina

A gestão hospitalar tem como orientadores o Plano Plurianual (PPA), o Plano Distrital de Saúde (PDS) e os acordos de gestão regional, local e distrital.^[4, 58] Todos os hospitais pactuam seus acordos de gestão a cada ano. O que o guia propõe é aproximar ainda mais esses instrumentos da rotina da direção, para que orientem as decisões do dia a dia.

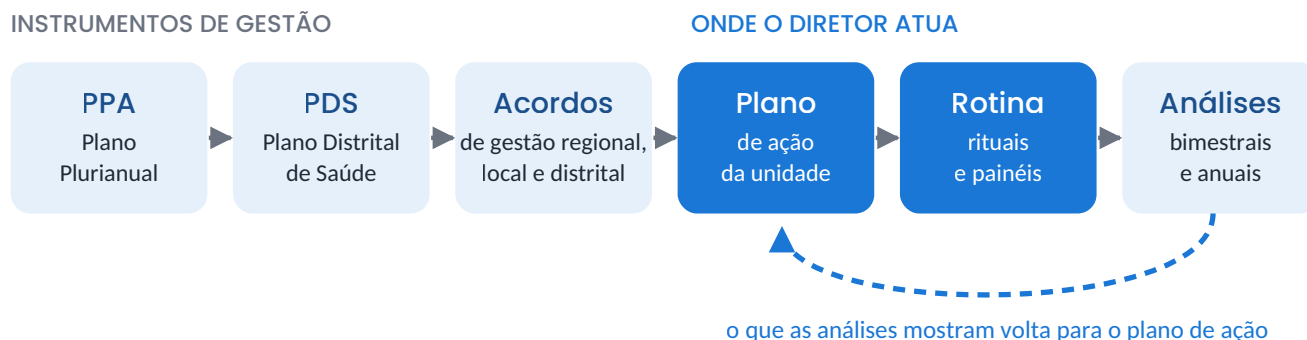


Figura 2. Os instrumentos de planejamento se desdobram em plano de ação e em rotina. As análises bimestrais e anuais consolidam os resultados e retroalimentam o plano.

O diretor tem posse dos seus acordos

O diretor conhece o acordo de gestão da sua unidade, os compromissos assumidos e a situação de cada meta. Esses compromissos são consolidados em documento com análises bimestrais e anuais.

A pauta das reuniões nasce das metas

As reuniões e pontos de controle com as lideranças têm pauta ancorada nas metas: analisar e consolidar dados, decidir ações concretas e, ao mesmo tempo, produzir a informação organizada que alimenta as análises bimestrais e anuais.

O plano fica à vista

O plano para cumprir as metas é de conhecimento de todos os gestores e, de preferência, fica ao alcance visual das equipes, mostrando a evolução do trabalho e dos resultados (capítulo 5).

Mapa das demais obrigações

Outras obrigações citadas ao longo do guia: bandeiramento e comunicação à regulação^[5]; fluxo de alta da UTI^[6]; escalas e frequência^[7]; segurança do paciente^[12, 14]; controle de infecção^[18]; responsabilidade técnica médica^[19]; fiscalização de contratos^[23, 24]; proteção de dados.^[25]

03

PARTE I · O DIRETOR E A REDE

Priorizar pela criticidade

Não se cria régua nova onde já existe uma. Onde não existe, a análise do gestor se ordena pelo risco.

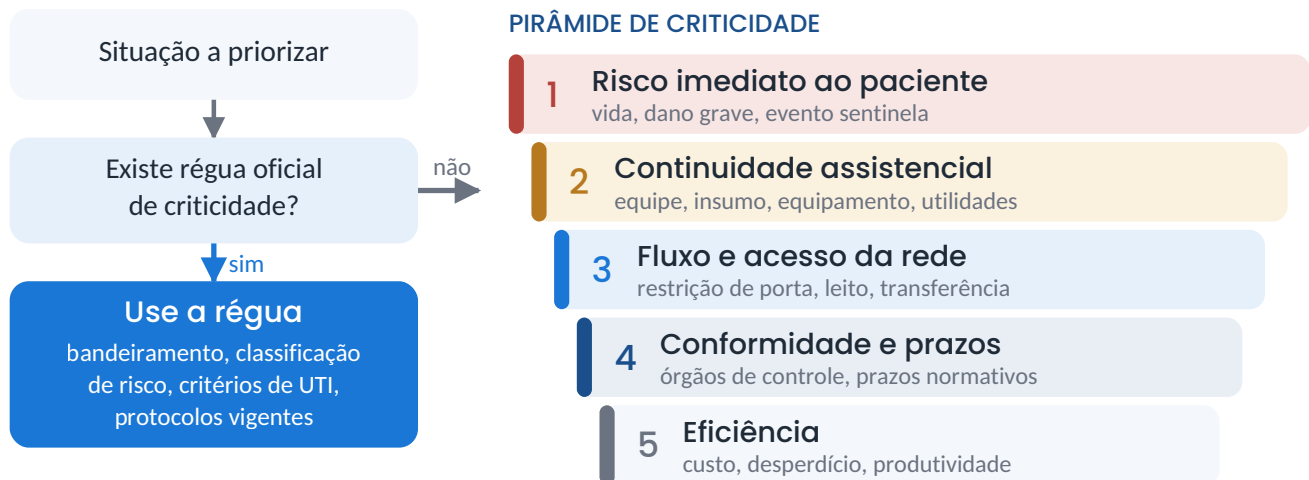


Figura 3. Primeiro, a régua oficial. Na ausência dela, a pirâmide ordena a atenção do gestor do nível 1 para o nível 5.

Réguas que já existem

A rede já dispõe de critérios formais de criticidade. Eles são o ponto de partida obrigatório da análise gestora:

- **níveis de contingenciamento** (bandeiras) dos serviços hospitalares de emergência;^[5]
- **classificação de risco** no acolhimento da urgência;^[5, 20]
- **critérios de admissão e alta** da terapia intensiva e o fluxo regulado de egressos;^[6]
- **protocolos** assistenciais e de acesso vigentes, aprovados pela CPPAS.^[27]

Criar escalas paralelas a essas réguas gera confusão na rede. Um exemplo recente: o uso da cor preta para classificar o atendimento de uma especialidade, quando a bandeira negra tem sentido próprio e restrito na norma (capítulo 6).

Quando não há régua

Muitas situações do dia não têm critério formal: um elevador parado, uma escala incompleta, uma pendência de órgão de controle. Nesses casos a regra geral é ordenar a análise pela pirâmide ao lado, do risco ao paciente para a eficiência.

BOA PRÁTICA

Para cada situação, pergunte: **qual o pior desfecho possível e em quanto tempo ele pode acontecer?** Quanto mais grave e mais próximo, mais alto na pirâmide. Situações do mesmo nível são ordenadas pelo número de pacientes afetados.

Base metodológica: gestão sistêmica de riscos assistenciais [12, 48]. A pirâmide é uma ordem de raciocínio, não uma norma.

04

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

Três fontes, três ritmos

O painel mostra a tendência, a presença confirma a realidade e as equipes explicam as causas. O ritmo diário, semanal e mensal organiza o que olhar e quando.

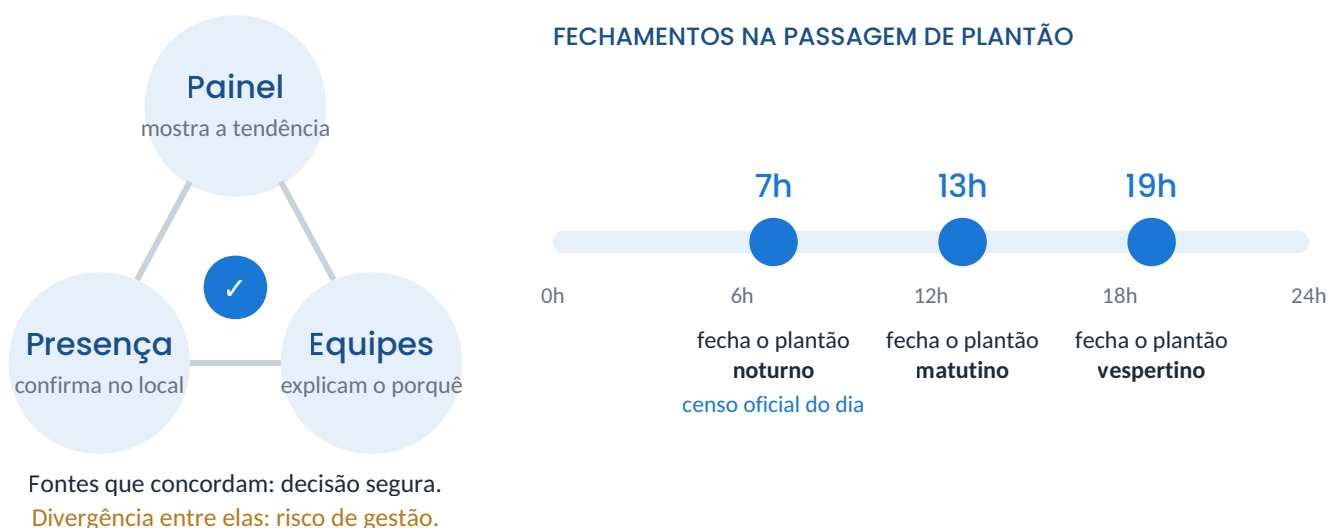


Figura 4. À esquerda, a triangulação das fontes. À direita, os três horários de fechamento dos números, alinhados às passagens de plantão.

Horário de corte único

Para que os números de todos os hospitais sejam comparáveis e possam ser consolidados pela rede, os fechamentos acontecem nas mesmas horas: **7h, 13h e 19h**, momentos de transição do cuidado. A primeira tarefa de cada plantão é confirmar e fechar os números do plantão anterior. O fechamento das 7h é a referência do **censo diário** usado nos indicadores (capítulo 17). O huddle diário acontece mais tarde, **entre 10h e 10h30**, quando as informações já foram levantadas e as pendências fechadas.

Decidir com a melhor informação

Números sem definição, fonte ou atualização não servem para relatórios oficiais. Na operação do dia, porém, a decisão não espera o dado perfeito:

decide-se com a melhor informação disponível, **registra-se a incerteza** e confirma-se no local. A divergência é tratada em seguida (capítulo 19).

Dados, observação direta e escuta das equipes formam a base da gestão no local de trabalho: o dado aponta onde olhar, a visita confirma e as equipes indicam a causa. [\[55, 56\]](#)

05

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

Rituais que produzem decisão

Poucos encontros, curtos e com pauta fixa. O valor de um ritual está na decisão que ele produz, não no tempo que ele ocupa.

Os rituais são a espinha dorsal da rotina de direção. São poucos encontros, com frequência, participantes e pauta definidos, que transformam a informação dos painéis e das rondas em decisão. Sem eles, a gestão depende da memória e da disponibilidade de cada pessoa. Com eles, o hospital ganha um ritmo previsível: todos sabem quando um problema será visto, por quem e com que produto.

Os cartões a seguir trazem os rituais de referência. Eles não criam instância nova: na maioria dos hospitais já existem reuniões com esse propósito, e o que se propõe é dar a elas pauta fixa, horário e produto. O huddle, por exemplo, dura de **10 a 15 minutos** e acontece entre 10h e 10h30, depois do fechamento dos números e do levantamento das pendências (Ferramenta A). A revisão mensal pode seguir a ficha de Revisão de desempenho (Ferramenta D).

DIÁRIO · 10H A 10H30 · 10 A 15 MIN

Huddle operacional

Quem: Direção, gestão de leitos, assistência, enfermagem, apoio e manutenção

Sai com: Mapa de riscos e restrições das próximas 24 horas

ROTATIVA · 30 A 60 MIN

Ronda executiva

Quem: Diretor e gestor do setor visitado

Sai com: Achados com evidência, responsável e prazo

SEMANAL

Reunião de fluxo

Quem: Direção, gestão de leitos, regulação, equipes médicas e multiprofissionais

Sai com: Barreiras de admissão, transferência e alta

MENSAL

Revisão de desempenho

Quem: Colegiado gestor e áreas responsáveis

Sai com: Metas do acordo de gestão, tendências e decisões

QUANDO HOUVER EVENTO GRAVE

Revisão extraordinária

Quem: Áreas relacionadas ao evento

Sai com: Contenção, comunicação e aprendizagem

REGRA COMUM A TODOS OS RITUAIS

Toda reunião termina em **decisão · responsável · prazo · critério de encerramento · data de reche-cagem**. Sem esses cinco elementos, o assunto volta na reunião seguinte do mesmo ponto em que parou.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

O gerenciamento dos leitos deve integrar a prática clínica aos processos de internação e alta, preferencialmente por meio do **Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar** e do **Núcleo Interno de Regu-lação**. A reunião de fluxo pode ser a própria agenda desses núcleos, sem criar instância paralela.

Fonte: Portaria SES/DF nº 1.357/2018, art. 7º, § 5º [4]; Manual do NIR [22].

Reuniões que produzem decisão

- Comece pelos riscos e restrições que exigem decisão no mesmo dia.
- Mostre apenas os indicadores necessários para decidir.
- Separe o que é evidência do que é hipótese.
- Registre decisão, responsável, prazo e critério de encerramento.
- Abra a reunião seguinte conferindo as ações vencidas.

- Trate temas disciplinares ou sigilosos fora da reunião, no canal competente.

Ata enxuta

Data e participantes · situação e evidência · deci-são · responsável · prazo · status · impedimento · data de reche-cagem. Nada além disso é necessá-rio para dar rastreabilidade.

BOA PRÁTICA

Reuniões diárias breves, em pé, no mesmo horário e com pauta fixa, focadas no risco das próximas 24 horas, melhoram a comunicação e a antecipação de problemas.

Base metodológica: IHI, huddles de segurança [57]; Toussaint e Berry [56].

Gestão à vista

O plano de ação e a evolução das metas do acordo de gestão ficam visíveis para as equipes, em quadro físico ou painel eletrônico. Todos sabem qual é a meta, como está o resultado e o que está sendo feito.

Metas do acordo	Situação no mês	Ações em curso	Barreiras	Rechecagem
Taxa de ocupação	▲ dentro da meta	Round de alta diário	Tomógrafo parado	Sexta, 10h
Altas até o horário	▼ abaixo da meta	Mapa cirúrgico	Enxoval à noite	Revisão mensal
Suspensão cirúrgica	● estável	Reforço da higiene		

Figura 5. Exemplo de quadro de gestão à vista. Os conteúdos são ilustrativos.

PROTEÇÃO DE DADOS

Quadros visíveis mostram **processo e resultado**, nunca dados que identifiquem pacientes ou servidores. Informação pessoal fica restrita aos sistemas oficiais e a quem precisa dela para o cuidado.

Base: Lei nº 13.709/2018 (LGPD) [25]; Liker [46].

06

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

o painel diário

O painel diário responde a uma pergunta: o que, hoje, ameaça a segurança do paciente e o fluxo da rede, e o que está sendo feito para resolver?



Figura 6. Eixos do painel diário. O eixo de restrições vem em destaque porque é ele que orienta as decisões da rede.

Restrições em primeiro lugar

Na rede, as decisões de encaminhamento são tomadas sobre as **situações de restrição** registradas: falta de especialista na porta, sala cirúrgica bloqueada, tomógrafo parado, UTI sem vaga, retenção de pacientes no pronto-socorro. A cor da bandeira resume a situação, mas é a restrição descrita que orienta a rede.

Por isso o peso do painel diário está nas **ações gestoras para reverter** essas situações transitórias, e não apenas em reportá-las. Registrar a tempo e com fidelidade é obrigatório; resolver é o objetivo.

Painel de Monitoramento de Situação Hospitalar

Segue vigente o Painel de Monitoramento de Situação Hospitalar, ferramenta ancorada na Portaria SES/DF nº 386/2017^[5] em que os gestores locais

têm acesso e edição conforme seu perfil. Ele registra a situação da porta de urgência e dos recursos de apoio direto e indireto ao fluxo da porta.

O setor responsável acompanha o painel de forma contínua. O diretor acompanha o que está registrado, tem domínio do processo de trabalho e responde pela elaboração e implementação das medidas para reverter as situações de contingenciamento instaladas. A forma de preenchimento deve ser consultada na versão mais atualizada da ferramenta.

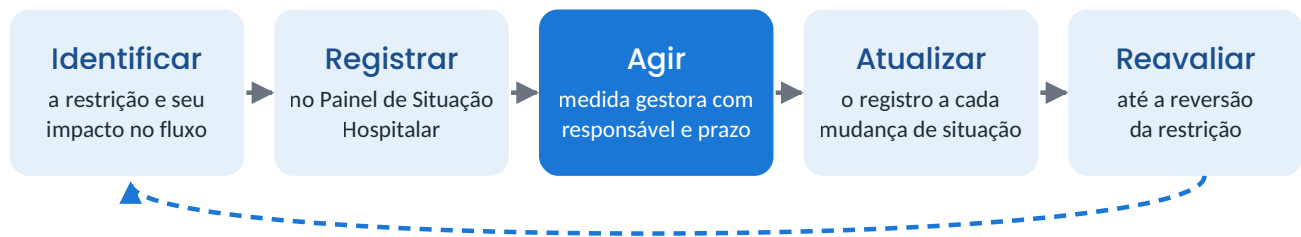


Figura 7. Ciclo de tratamento de uma restrição: o registro abre o ciclo; a reversão o encerra.

Níveis de contingenciamento



Figura 8. Bandeiras dos serviços hospitalares de emergência na redação da Portaria SES/DF nº 386/2017, art. 21, com as alterações da Portaria nº 570/2020 [5]. As bandeiras verde a vermelha formam uma escala de contingenciamento; a bandeira negra está fora dela. Entre parênteses, inciso e alínea do art. 21.

ATENÇÃO

A bandeira classifica o hospital inteiro, não uma especialidade. Restrição de atendimento em uma especialidade é registrada como restrição, e não como bandeira.

Da verde à vermelha: alerta para agir

As bandeiras verde, amarela, laranja e vermelha são, antes de tudo, um **alerta para ações gestoras da própria unidade**: mobilizar equipes, liberar leitos, acelerar altas, rever a distribuição de pacientes e remover as barreiras que produziram a restrição. Quanto mais alta a cor, maior a urgência dessas medidas e mais alto o nível que precisa acompanhá-las.

Para quem decide na rede, a cor sozinha diz pouco. O que orienta o apoio e o encaminhamento de pacientes é o detalhamento da restrição instalada e das medidas já desdobradas para revertê-la. Por isso o registro precisa dizer o que falta, desde quando, qual o impacto e o que está sendo feito.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- O responsável pelo gerenciamento da emergência (ou, na sua ausência, o chefe de equipe) **informa à central de regulação o nível de contingenciamento**, que deve ser atualizado periodicamente (art. 22).
- Em caso de fechamento de unidade, o gestor local **pactua os fluxos** com os demais gestores (art. 23).
- Gestores que não adotarem as medidas previstas estão sujeitos a **responsabilização** (art. 24).

Fonte: Portaria SES/DF nº 386/2017, alterada pela Portaria nº 570/2020 [5].

BANDEIRA NEGRA

As bandeiras verde, amarela, laranja e vermelha formam uma **escala de contingenciamento**: cada cor corresponde a um grau crescente de restrição da capacidade de atendimento, aferido pelas variáveis monitoradas no dia a dia. A bandeira negra **não é o grau seguinte dessa escala**. A Portaria SES/DF nº 386/2017 a reserva “a casos que afetem a unidade hospitalar como um todo e não permitam o funcionamento mínimo como instituição de saúde” (art. 21, V, a).^[5]

Trata-se de situação crítica de outra natureza: alagamento, comprometimento da rede elétrica, incêndio, vazamento de produtos tóxicos, dano estrutural grave, ausência absoluta de profissionais, entre outras. Nesses casos, os indicadores habitualmente monitorados podem até estar em patamar melhor do que numa bandeira vermelha; ainda assim, a unidade **fica fechada à entrada de pacientes**, porque não dispõe das condições mínimas para recebê-los com segurança.

Nos termos da portaria, a bandeira negra implica ainda “evacuação do hospital e imediata remoção de todos os pacientes” (art. 21, V, b), e o diretor da unidade “deverá acionar imediatamente o plano de catástrofes do Distrito Federal e o plano de mitigação nas fases de socorro e recuperação, para redução dos riscos e danos” (art. 21, V, c). A instalação é atribuição privativa do Secretário de Estado de Saúde (art. 21, V, d).

Nenhuma bandeira da verde à vermelha fecha a porta: todo paciente que chega é acolhido e classificado; a rede continua podendo encaminhar pacientes quando não houver alternativa razoável, seja pela gravidade do caso, seja porque as unidades vizinhas estão na mesma situação; o encaminhamento de casos de menor gravidade previsto na portaria é orientação de fluxo, não bloqueio.

A bandeira sinaliza; a situação explica; as ações resolvem.

Mais importante do que a cor da bandeira é a situação instalada. E mais importante do que a situação são as ações efetivamente desdobradas para resolvê-la. Classificar corretamente continua sendo dever; é o relato da restrição e das medidas que permite à rede ajudar.

07

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

O fluxo do paciente

Pronto-socorro, internação, UTI, diagnóstico e alta formam uma única cadeia. Um atraso em qualquer elo aparece, horas depois, como lotação na porta.

JORNADA DO PACIENTE

● barreiras frequentes

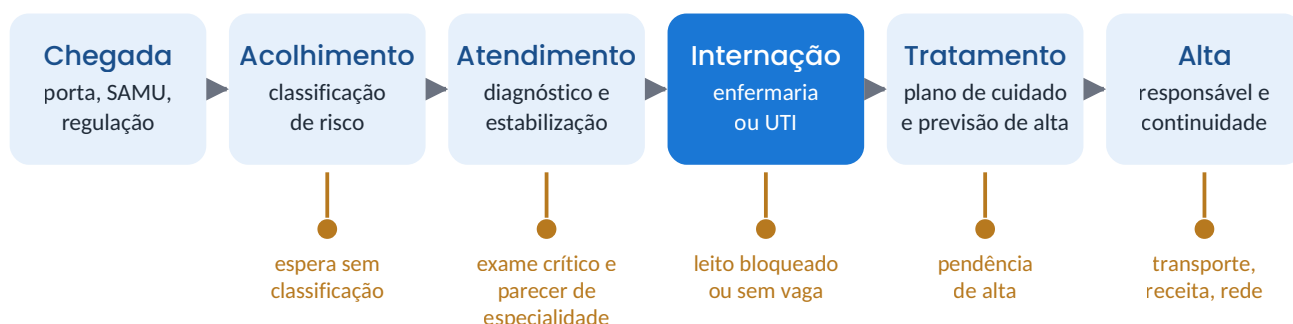


Figura 9. A jornada do paciente e as barreiras que mais atrasam o fluxo.

Mapear para enxergar

Mapear o fluxo é desenhar a jornada real do paciente, da chegada à alta, separando o tempo de cuidado do tempo de espera. O mapa mostra onde o paciente para, por quê e qual área controla a barreira.^[45] A ficha de Mapeamento do fluxo (Ferramenta K) ajuda a registrar etapas, tempos e esperas.

O mapeamento não precisa começar pelo hospital inteiro. Uma única etapa bem mapeada já produz resultado. O exemplo a seguir trata de uma etapa crítica: **a entrada de pacientes na enfermaria**.

Quem é o responsável pelo paciente

Cada paciente tem um profissional responsável pelo seu cuidado, identificado e atualizado na internação, na emergência e no ambulatório.^[4] Sem responsável claro, a previsão de alta e as pendências não têm dono.

Alta responsável

A alta é transferência do cuidado: orientação ao paciente e à família, articulação com os demais pontos da rede, desospitalização e encaminhamento ao ambulatório de egessos.^[4]

Exemplo trabalhado: a entrada na enfermaria

A enfermaria recebe pacientes de **diferentes origens ao mesmo tempo**: do pronto-socorro local, egressos de UTI (da própria unidade ou de leitos contratados e conveniados) e do centro cirúrgico, pela sala de recuperação pós-anestésica. Esses fluxos precisam ser analisados e ponderados em conjunto, para que **nenhum deles se torne um gargalo**: não se pode criar barreira para o paciente que sobe do pronto-socorro, para o que sai da recuperação pós-anestésica nem para o egresso de UTI.

O exemplo abaixo destaca um desses fluxos, o dos **egressos de UTI**, porque ele mostra bem o efeito em cadeia. Ocupar as vagas da enfermaria sem considerar a demanda contínua de egressos represa pacientes em leitos de UTI, que são mais caros e escassos, prolonga permanências desnecessárias e trava a liberação de novas vagas críticas para toda a rede.

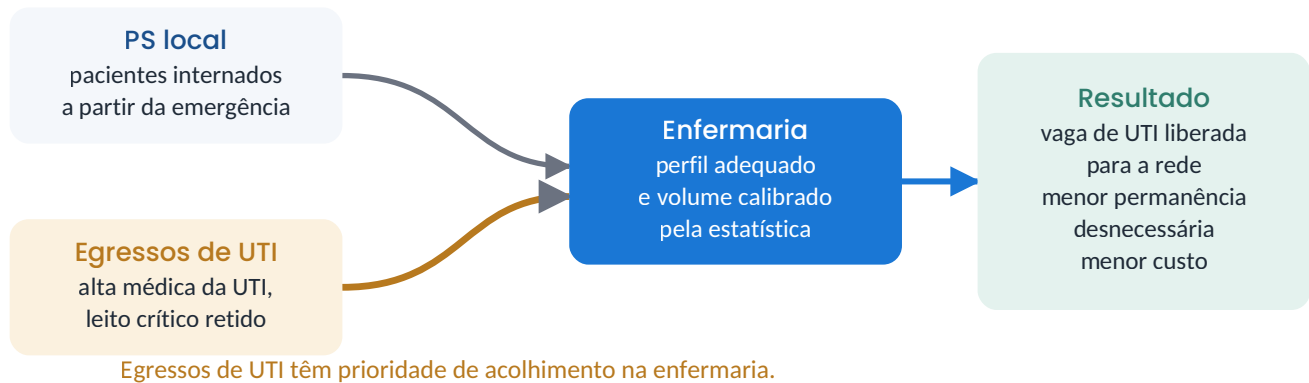


Figura 10. Exemplo de um fluxo de entrada na enfermaria: os egressos de UTI. Na rotina, a distribuição diária das vagas considera também os pacientes do pronto-socorro e da recuperação pós-anestésica.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

O fluxo de alta da UTI é padronizado: a alta médica é registrada e comunicada de imediato, e o direcionamento para leito de menor complexidade é feito **exclusivamente pela regulação**, com prazos definidos para cada etapa.

Fonte: Portaria SES/DF nº 510/2025 [6].

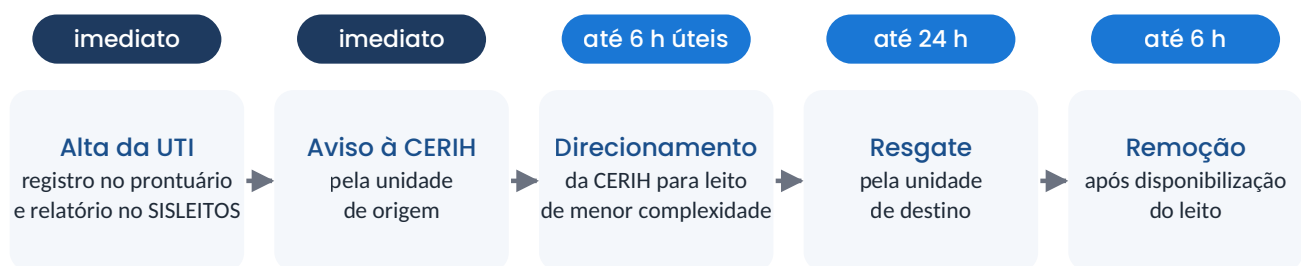


Figura 11. Etapas e prazos do fluxo de alta da UTI (Portaria SES/DF nº 510/2025, art. 7º).

BOA PRÁTICA

- Cada unidade de internação identifica os **perfis de pacientes** que pode acolher com segurança e o **volume** esperado de egressos de UTI, com base na estatística recente, revista periodicamente.
- A distribuição diária das vagas é calibrada no huddle e na reunião de fluxo, considerando todas as origens: pronto-socorro, recuperação pós-anestésica e egressos de UTI.
- O painel diário acompanha as **altas de UTI aguardando saída** e o tempo decorrido desde a alta.

Base metodológica: mapeamento do fluxo de valor [45]; Lean nas Emergências [41].

08

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

Painéis semanal e mensal

O painel semanal procura padrões; o mensal presta contas. Ambos terminam em decisão.



Figura 12. Cada ritmo agrega o anterior: o que se registra no dia sustenta a semana, o mês, a análise bimestral e a pactuação anual.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- Avaliar a qualidade da assistência **no mínimo a cada dois anos**.
- Garantir a **visita ampliada** na emergência e na internação.
- Monitorar as metas pactuadas **em conjunto com a superintendência da região**.

Fonte: Portaria SES/DF nº 1.357/2018, arts. 8º e 18 [4].

O ritmo diário protege o dia; o semanal e o mensal protegem o resultado. Na semana, o olhar muda de "o que está acontecendo agora" para "**o que se repete**": desvios recorrentes, barreiras entre áreas, tendências que ainda não viraram crise. No mês, o diretor presta contas das metas pactuadas e decide as prioridades do mês seguinte, em conjunto com a superintendência da região.

Os quadros a seguir listam, para cada tema, os indicadores mínimos e a pergunta ou a decisão esperada. A pergunta é o que importa: o indicador é

apenas o meio de respondê-la. Temas sem desvio passam rápido; o tempo da reunião vai para onde há tendência desfavorável, meta em risco ou barreira que nenhuma área resolve sozinha.

Leia sempre a série histórica, e não o número isolado. Uma semana ruim pode ser variação normal; três semanas na mesma direção são um sinal. Métodos simples de leitura de séries, como o gráfico de tendência com a mediana, ajudam a separar ruído de mudança real. ^[54]

O que cada ritmo produz

Ritmo	Para quê	Produto mínimo
Diário	Preservar segurança, capacidade e continuidade do cuidado	Situação do dia, restrições instaladas, riscos, responsável e prazo
Semanal	Corrigir desvios recorrentes e remover barreiras entre áreas	Plano de ação atualizado e decisões registradas
Mensal	Avaliar desempenho, metas pactuadas, pessoas, contratos e qualidade	Análise de tendência, prestação de contas e prioridades do mês seguinte

Painel semanal de desempenho

Tema	Indicadores mínimos	Pergunta gerencial
Fluxo de leitos	ocupação, giro, intervalo de substituição, permanência, bloqueios	Onde o fluxo para e qual área controla a barreira?
Urgência e emergência	tempo até classificação e atendimento, permanência, evasão, internação, retorno	Há risco por demora ou falta de retaguarda?
Centro cirúrgico	programadas e realizadas, suspensões e motivo, uso de sala, atraso da primeira cirurgia	Que perdas são evitáveis e quem corrige?
Ambulatório e SADT	oferta, produção, absenteísmo, fila, laudos pendentes, equipamento parado	A capacidade entregue corresponde à escala e ao recurso?
Pessoas	cobertura por turno, afastamentos, horas extras, divergências de frequência	A equipe prevista esteve presente e produziu o pactuado?
Qualidade e segurança	eventos notificados, quedas, lesão por pressão, identificação, medicação, adesão a protocolos	Quais riscos se repetem e qual barreira falhou?
Infecção	IRAS prioritárias, precauções, consumo de antimicrobianos, surtos	Há medida imediata de contenção?
Apoio e contratos	nível de serviço, ocorrências, notificações, plano corretivo	O contrato entrega o que é medido?

Painel mensal de governança

Dimensão	Conteúdo	Decisão esperada
Metas pactuadas	situação de cada meta do acordo de gestão	Ajuste do plano de ação e subsídio às análises bimestrais

Dimensão	Conteúdo	Decisão esperada
Assistência	tendência dos indicadores, perfil da demanda, mortalidade, reinternação	Prioridades clínicas e melhoria de processo
Acesso	filas, oferta regulada, recusas, transferências, capacidade fechada	Ajuste de oferta e articulação em rede
Pessoas	lotação, vacância, absenteísmo, dimensionamento, educação permanente	Plano de alocação e desenvolvimento
Orçamento e suprimentos	consumo, perdas, estoque, itens críticos	Correção de desperdício e prevenção de desabastecimento
Contratos e infraestrutura	entrega, indicadores contratuais, manutenção, obras	Providência pelo fiscal e priorização técnica
Experiência do usuário	ouvidoria, visita ampliada, acompanhantes, acesso à informação	Correção de causas recorrentes
Conformidade	pendências de auditoria, vigilância, conselhos, órgãos de controle	Prazo, responsável e comprovação

Rota de visualização dos painéis

Os painéis disponíveis na SES-DF são muitos, e a tendência é abri-los ao acaso ou só quando um problema aparece. Uma **rota de visualização** resolve isso: uma sequência fixa de paradas, percorrida sempre na mesma ordem, cada uma com uma pergunta que orienta o olhar. A ordem vai do compromisso (as metas) para as condições que o sustentam: fluxo, produção, pessoas, qualidade e recursos.

A rota abaixo é uma sugestão. Ela indica o tipo de painel de cada parada, sem nomear painéis específicos, porque a oferta muda com o tempo. Serve tanto à preparação da reunião semanal quanto à revisão mensal: na semana, percorre-se a rota em busca de padrões; no mês, em busca de tendência e de prestação de contas, com o apoio da ficha de Revisão de desempenho (Ferramenta D).

ROTA SUGERIDA · SEMPRE NA MESMA ORDEM

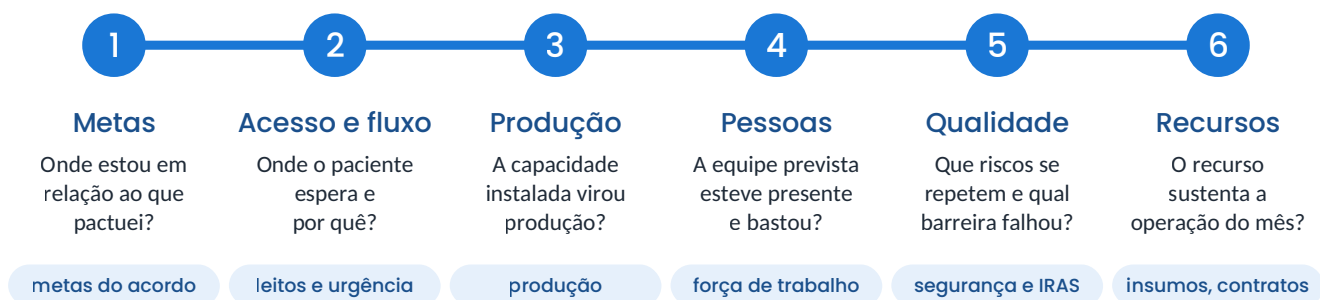


Figura 13. Rota sugerida de visualização dos painéis semanal e mensal. Cada parada tem uma pergunta ordenadora e um tipo de painel.

ROTA CONFIGURADA

Quando estiver disponível a **rota configurada**, um acesso único com filtros pré-configurados para cada hospital na plataforma institucional de painéis (CIEGES), ela substituirá esta sugestão. Em qualquer caso, o gestor mantém **livre acesso a todos os painéis** e aprofunda a leitura onde a rota indicar.

LEITURA DE INDICADORES

Mais notificações nem sempre é pior. Um aumento de eventos notificados pode refletir uma cultura de segurança mais forte, e uma queda pode significar subnotificação. Leia a tendência junto com a gravidade dos eventos e a adesão aos protocolos.

Base: Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente [12]; Donabedian [49].

09

PARTE II · A ROTINA DE DIREÇÃO

Presença e delegação

O diretor não precisa estar em todos os lugares. Precisa saber o que acontece em todos eles, e estar presente onde a sua presença muda o resultado.

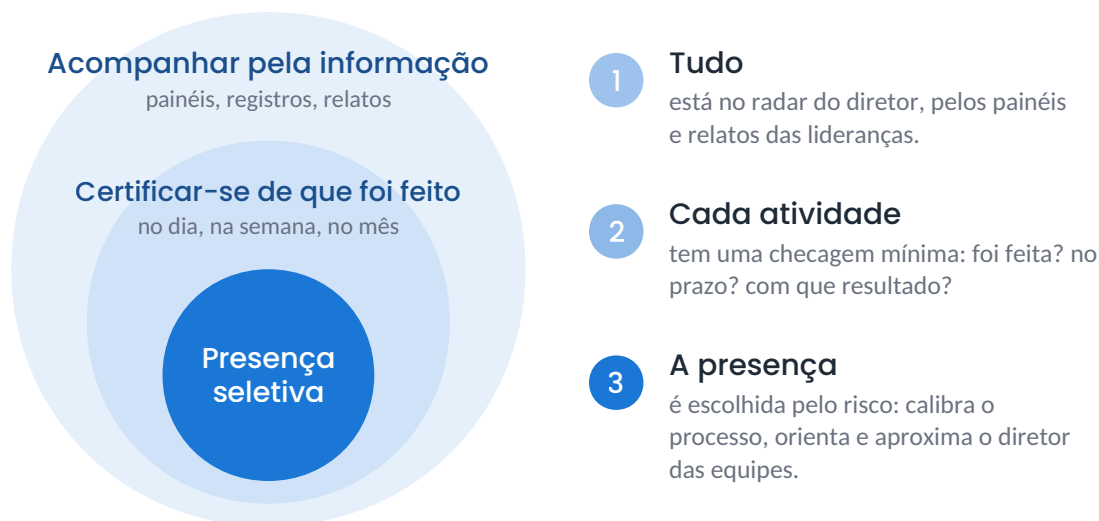


Figura 14. Três modos de atuação do diretor. Todas as atividades estão no círculo externo; a presença pessoal é escolhida pelo risco.

Por que delegar é inegociável

O hospital funciona de forma contínua, ininterrupta e muitas vezes com atividades concorrentes. A agenda externa do diretor, com a superintendência, a rede, os órgãos de controle e os parceiros, por si só já torna inviável a presença em todas as rotinas. A equipe técnica existe justamente para conduzir as atividades de forma permanente.

Este guia **não espera** que o diretor participe presencialmente de todas as atividades descritas. Espera que todas estejam no seu radar e que ele se certifique de que foram conduzidas.

Por que a presença importa

A presença escolhida pelo risco calibra o processo de trabalho, permite recomendações técnicas e coloca o diretor dentro do cenário, visto pelos ser-

vidores como parte do processo, e não apenas como quem decide e dá ordens na sala da direção. [55]

A presença deve ser programada, mas não previsível a ponto de mostrar apenas o cenário preparado. Converse com a chefia, o trabalhador e o usuário, sem expor informações pessoais.

Como delegar: cinco passos

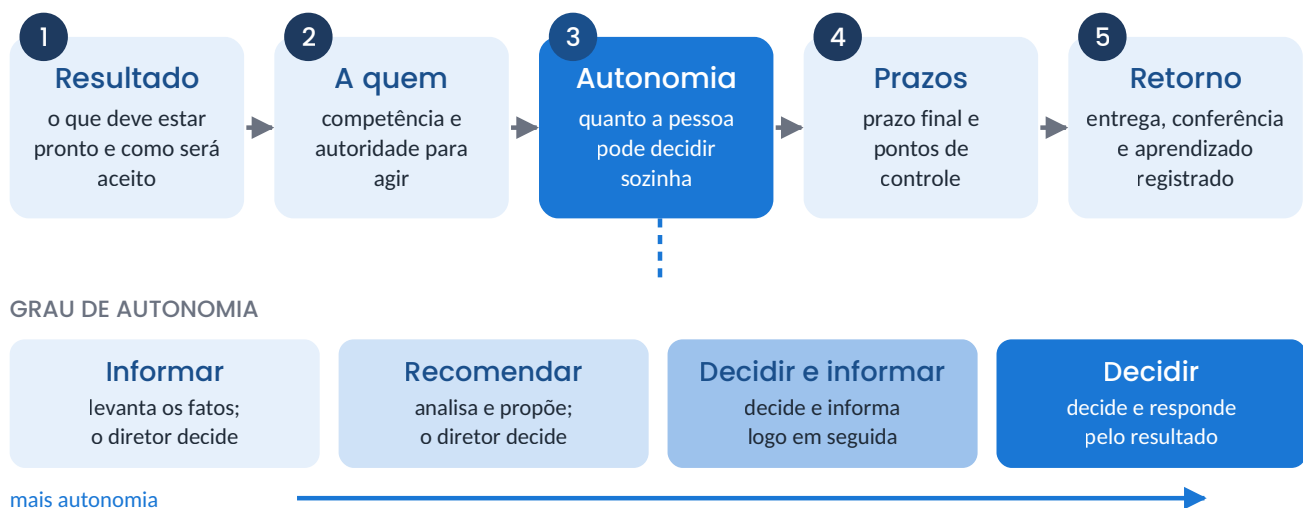


Figura 15. Método de delegação em cinco passos. O terceiro passo combina o grau de autonomia, que pode crescer à medida que a confiança se consolida.

Delegar não é repassar uma tarefa: é transferir a condução de uma entrega, com clareza sobre o que se espera, quanto se pode decidir e quando haverá retorno. A delegação mal feita volta para a mesa do diretor, às vezes maior do que saiu. A bem feita libera a agenda da direção e desenvolve as lideranças.

Os cinco passos organizam essa conversa. O mais esquecido é o terceiro: combinar o **grau de autonomia**. Quem recebe a tarefa precisa saber se deve apenas levantar informações, recomendar

uma solução, decidir e informar, ou decidir por conta própria. O grau depende da experiência da pessoa com aquele tipo de problema e do risco envolvido.^[61, 62]

Delegar a execução não transfere a responsabilidade do cargo. Por isso o quinto passo fecha o ciclo: o diretor confere a entrega, reconhece o trabalho e registra o que aprendeu. Na delegação seguinte do mesmo tipo, a autonomia pode subir um nível.

BOA PRÁTICA

Em projetos, os mesmos cinco passos ganham a forma de um termo de abertura simples, de uma página: **objetivo e entregas; responsável e equipe; limites de autonomia** (o que o responsável pode ajustar em escopo, prazo e recursos sem consultar); **marcos e pontos de controle**; e **critério de encerramento**, com o registro das lições aprendidas.

Base metodológica: liderança situacional [61]; continuum de delegação [62]; gerenciamento de projetos [53].

O que delegar e o que conduzir

O quadro aplica essa lógica às principais atividades da rotina. Em algumas, o diretor delega a execução e mantém a condução; em outras, a execução é de uma área e o diretor certifica o resultado.

Atividade	Quem executa	Frequência
Leitura do painel diário e decisões do huddle	Não delegável	Diário
Restrições instaladas e medidas para revertê-las	Não delegável: pode delegar a execução, não a condução	Diário
Preenchimento do Painel de Monitoramento de Situação Hospitalar	Área responsável pela emergência	Contínuo
Fechamento dos números nas passagens de plantão	Lideranças de cada setor	7h · 13h · 19h
Rondas setoriais de rotina	Gerências e chefias, com presença seletiva do diretor	Conforme roteiro
Conferência de escalas e frequência	Chefias imediatas; diretor certifica o cumprimento	Mensal (prazos da Portaria 321)
Acompanhamento de contratos	Fiscais designados; diretor recebe o impacto assistencial	Semanal e mensal
Revisão das metas do acordo de gestão	Não delegável	Mensal, bimestral e anual
Resposta a evento grave	Não delegável na condução	Por evento

Base metodológica: matriz de responsabilidades [53]; gestão no local de trabalho [55].

Rotinas por setor

Cada setor tem sua rotina de acompanhamento, conduzida pela liderança do setor. É nela que aparecem a evolução dos indicadores, os problemas e os gargalos. O quadro traz um ponto de partida; cada hospital adapta os setores e as frequências ao seu perfil.

Setor	Frequência sugerida	O que observar
Emergência	Diária	Lotação por área, pacientes em local inadequado, tempos, retaguarda, escala e presença real
Gestão de leitos	Diária	Censo confiável, bloqueios, previsão de alta, pendências, longa permanência
UTI	Diária	Aguardando vaga, altas aguardando saída, equipe, equipamentos, critérios de admissão e alta

Setor	Frequência sugerida	O que observar
Enfermarias	Diária por amostra	Plano de cuidado, rounds, previsão de alta, pendências, pacientes sociais
Centro obstétrico e neonatal	Diária	Lotação, classificação de risco obstétrico, leitos neonatais, equipe, transferências
Centro cirúrgico e CME	2 a 3 vezes por semana	Mapa cirúrgico, atrasos, suspensões, material, rastreabilidade, sala ociosa
Ambulatório	Semanal	Oferta, absenteísmo, fila, cumprimento de agenda, ambulatório de egressos
Agência transfusional (se houver)	Semanal	Estoque, rastreabilidade, reações transfusionais, tempo de atendimento
Farmácia e almoxarifado	Semanal	Itens críticos, validade, divergência físico-sistema, cadeia fria
Laboratório e imagem	Semanal	Tempo de resposta, laudos críticos, equipamentos, contingência
Hotelaria, higiene, nutrição	Semanal	Enxoval, limpeza terminal, resíduos, dietas, não conformidades
Engenharia e manutenção	Semanal	Ordens abertas, preventivas vencidas, gases, energia, climatização, elevadores
Qualidade, CCIH, epidemiologia	Quinzenal e por evento	Notificações, investigação, planos de ação, surtos
Ouvidoria e serviço social	Quinzenal	Demandas recorrentes, vulnerabilidade, barreiras de alta
Arquivo, faturamento e informação	Mensal	Prontuários pendentes, qualidade do registro, rejeições

NA PRÁTICA

Modelo único de rotina. Para qualquer setor, a rotina responde a cinco itens: **o que observar** · **com que frequência** · **qual indicador** · **qual evidência** · **quem executa**. O Formulário de ronda (Ferramenta B) serve para registrar a ronda; o Round gerencial (Ferramenta C) oferece um roteiro por dimensão para a visita.

Checklist para qualquer visita

- ☐ A escala publicada corresponde às pessoas presentes no setor?
- ☐ A quantidade e a qualificação da equipe são compatíveis com o volume e o risco atuais?
- ☐ A cobertura de pessoal do turno está sendo monitorada: ausências repostas, escala dos próximos turnos completa e lacunas comunicadas a quem responde por elas?
- ☐ Os profissionais sabem quem responde pelo turno e como escalar um problema?
- ☐ Há pacientes, materiais, roupas, resíduos ou equipamentos em condição insegura?
- ☐ O setor conhece sua meta e o resultado mais recente?
- ☐ As pendências da visita anterior foram resolvidas e comprovadas?
- ☐ O sistema e o quadro local mostram a mesma informação?
- ☐ Existe contingência conhecida para falta de pessoal, sistema, equipamento, insumo ou utilidade?

A lógica por trás do checklist



Figura 16. As seis dimensões que o checklist verifica em qualquer setor.

O checklist é uma **proposta**, e não um formulário fixo. Cada pergunta cobre uma dimensão que vale para qualquer setor: pessoas, segurança, meta e resultado, continuidade das pendências, confiabilidade da informação e contingência. Juntas, elas respondem se o setor está seguro agora e se está preparado para o que pode dar errado.

Cada hospital e cada setor podem adaptar as perguntas à sua realidade, desde que preservem a lógica: **as seis dimensões continuam presentes**, as perguntas são objetivas, a resposta é verificável no

local e toda resposta negativa vira registro, com responsável e prazo, no formulário de ronda (Ferramenta B).

10

PARTE III · PESSOAS E EQUIPES

Pessoas: escala, cobertura e produtividade

A escala é um instrumento de governança: define quem cuida de quem, quando e com que competência. O que protege o paciente é a cobertura efetiva no turno, com a qualificação certa, produzindo com qualidade.

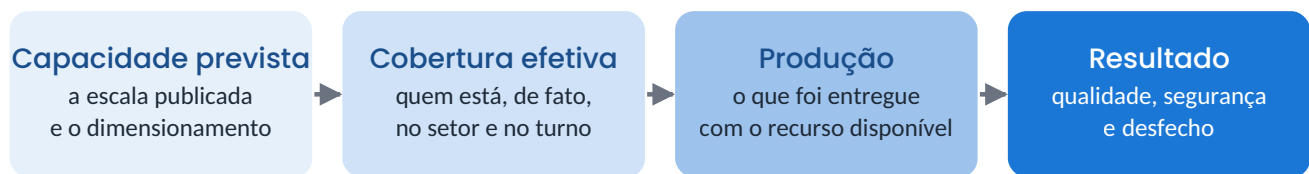


Figura 17. Quatro dimensões da gestão de pessoas. Presença sozinha não é desempenho: as quatro são lidas juntas.

A escala como governança

A escala de serviço costuma ser tratada como tarefa administrativa: uma planilha de nomes a preencher até o dia 15. Na prática, ela é uma das decisões de gestão mais importantes do hospital. É na escala que se decide se a porta de urgência terá cobertura na madrugada de domingo, se o centro cirúrgico abrirá todas as salas e se a UTI terá profissional com a experiência que o perfil de pacientes exige.

Por isso a escala precisa seguir **critérios explícitos**, conhecidos por todos, e não apenas o costume. Muitas escalas carregam **arranjos históricos**: tur-

nos fixos, folgas ou dispensas concedidos em outro contexto, que se mantiveram sem revisão. Nem todo arranjo é indevido, mas todo arranjo precisa ser conferido à luz da necessidade do serviço e da equidade entre os profissionais.

O ponto central é distinguir **requisito** de **preferência**. Requisitos, como a carga horária legal, o descanso e as restrições laborais, são obrigatórios. Preferências são legítimas e devem ser atendidas sempre que possível, mas não prevalecem sobre a necessidade assistencial nem sobre a distribuição justa do ônus.

ORDEM DE PRECEDÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DA ESCALA

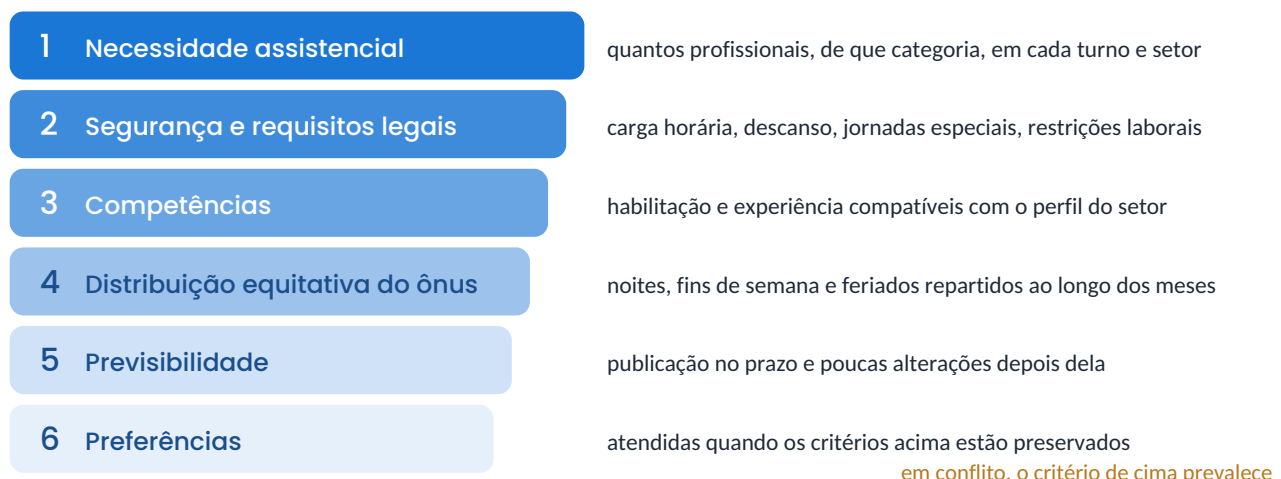


Figura 18. Ordem de precedência na construção da escala. Os critérios se aplicam de cima para baixo.

Tipo	Exemplos	Como tratar
Requisito	Carga horária e descanso legais; jornadas especiais e restrições laborais; habilitação para o setor; prazos de publicação	Obrigatório. Não se negocia nem se troca por conveniência
Arranjo histórico	Turno fixo ou folga concedidos no passado sem base em norma ou em necessidade do serviço	Revisto com diálogo e transição, à luz da necessidade e da equidade
Preferência	Turno preferido, folgas em datas específicas, trocas entre colegas	Atendida quando os critérios anteriores estiverem preservados, com regra conhecida por todos

Equidade, previsibilidade e fadiga

Equidade longitudinal. Uma escala justa em um mês pode ser injusta em um ano. Noites, fins de semana e feriados precisam ser lidos em série: quem trabalhou mais nos turnos pesados nos últimos meses, e quem nunca trabalha neles? O rodízio com regra conhecida reduz conflitos e protege a chefia de pressões individuais.

Previsibilidade. A publicação no prazo e a estabilidade da escala permitem que os profissionais organizem a vida e reduzem faltas não previstas. Al-

terações frequentes depois da publicação são um sinal de que a escala foi montada sem considerar a necessidade real.

Fadiga. Sequências longas de plantões, descanso encurtado e horas adicionais somadas à jornada aumentam o risco de erro e de adoecimento. A leitura da escala inclui a soma das horas de cada profissional, com o TPD, e não apenas a cobertura de cada turno.^[63]

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- A chefia imediata elabora e lança a escala do mês seguinte **até o dia 15** de cada mês; alterações posteriores exigem justificativa.
- A chefia trata as ocorrências do sistema eletrônico de frequência **até o 4º dia útil** e valida os espelhos de ponto **até o dia 10** do mês seguinte.
- As escalas mensais ficam disponíveis nos locais de trabalho, no padrão da SES-DF.

Fonte: Portaria SES/DF nº 321/2023, arts. 9º, 45 e 46, no texto compilado com a Portaria nº 252/2024 [7]; Lei Complementar DF nº 840/2011 [8].

CALENDÁRIO MENSAL DE ESCALA E FREQUÊNCIA

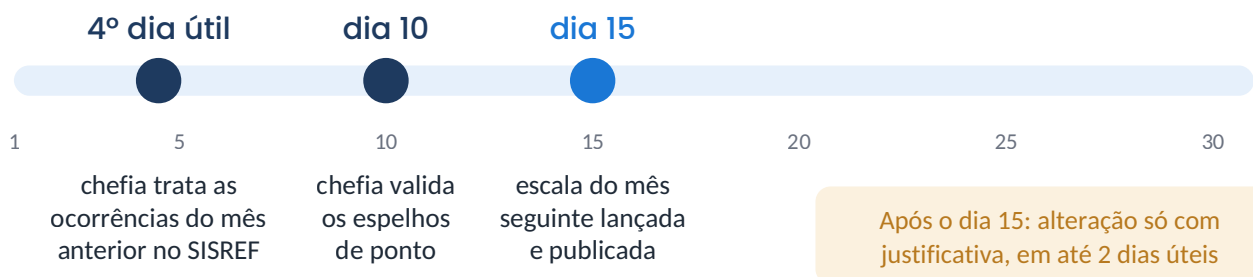


Figura 19. Prazos da Portaria SES/DF nº 321/2023 que entram no calendário do diretor como pontos de verificação.

PONTO DE VERIFICAÇÃO

O diretor não lança escalas nem valida espelhos: **certifica-se de que as chefias cumpriram os prazos.** Nos dias 5, 11 e 16 de cada mês, uma checagem simples responde: todas as ocorrências foram tratadas? Todos os espelhos foram validados? Todas as escalas do mês seguinte estão publicadas?

Síntese mensal da escala

Em vez de conferir planilhas, o diretor pede ao responsável pela escala de cada área uma **síntese mensal de uma página**, apresentada na revisão mensal (capítulo 8). Ela responde, com números, às perguntas que importam para a decisão:

O QUE A SÍNTESE TRAZ

- cobertura prevista por turno e lacunas que restaram, por setor;
- distribuição de noites, fins de semana e feriados por profissional, nos últimos meses;
- alterações feitas depois da publicação, com o motivo;
- afastamentos e ausências não previstas do mês;
- horas de TPD previstas e executadas, por setor e por nível de criticidade;
- sequências de plantões acima do padrão da unidade.

Dez perguntas para ler uma escala

- ☐ A escala cobre a necessidade assistencial de cada turno, conforme o dimensionamento?
- ☐ Os requisitos legais estão atendidos: carga horária, descanso, jornadas especiais e restrições?
- ☐ Cada turno tem as competências necessárias para o perfil do setor?
- ☐ A escala foi publicada no prazo e está disponível no local de trabalho?
- ☐ Noites, fins de semana e feriados estão distribuídos de forma equitativa ao longo dos meses?
- ☐ Há sequências de plantões ou de horas que aumentam o risco de fadiga?
- ☐ Quantas alterações ocorreram após a publicação, e com que justificativa?
- ☐ O TPD foi usado só nas lacunas residuais, com elegibilidade conferida (capítulo 11)?
- ☐ A presença real confere com a escala e com o registro de frequência?
- ☐ A produção do período é compatível com a equipe presente e com a demanda?

CUIDADO JURÍDICO

Registrar ocorrência, não julgar. Uma ausência ou divergência é registrada como **ocorrência**, de forma neutra. A análise e as eventuais correlações vêm depois. Indícios de irregularidade são documentados e encaminhados pelos canais competentes, com contraditório, proteção de dados e respeito às atribuições da gestão de pessoas e da corregedoria. O guia não autoriza exposição pública, desconto automático ou punição sem o devido processo.

Cobertura segura tem referência

"Equipe compatível com o volume e o risco" não é impressão pessoal. A referência é o dimensionamento da força de trabalho: as diretrizes distribuídas^[9] e o Manual de Parâmetros para o Dimensionamento da Força de Trabalho da SES-DF.^[10] O índice de segurança técnica, que cobre ausências previstas e não previstas, é a base para ler o absenteísmo.

4. Compare períodos e pares semelhantes, com ajuste pelo perfil.
5. Associe volume a qualidade e desfecho; registre meta, resultado, causa do desvio e ação.

Como analisar produtividade

1. Defina o produto do setor e a unidade de medida.
2. Use o denominador adequado: profissional disponível, hora trabalhada, sala ou equipamento operacional.
3. Separe falta de demanda, falta de insumo, indisponibilidade técnica e decisão clínica.

Controles e sinais de alerta

O quadro reúne os controles mínimos da gestão de pessoas. A coluna de sinais de alerta é a que mais importa na ronda e na leitura da síntese mensal: ela indica onde olhar primeiro.

Controle	Evidência mínima	Sinal de alerta	Providência
Escala	Publicação no prazo, carga horária, perfil e cobertura por turno	Buracos, sobreposição, alterações informais	Correção pela chefia e registro da alteração
Presença	Registro oficial, confirmação no setor, responsável do turno	Ponto sem presença, presença sem registro, saída sem justificativa	Registrar ocorrência e apurar conforme a norma
Distribuição	Mapa nominal por área e complexidade	Concentração em área menos crítica, setor descoberto	Redistribuição imediata e revisão do processo
Equidade	Noites, fins de semana e feriados por profissional, em série de meses	Mesmos nomes sempre nos turnos mais pesados, ou sempre poupados	Rodízio com regra conhecida e revisão mensal
Fadiga	Sequências de plantões e horas somadas, incluindo TPD	Plantões consecutivos longos, descanso encurtado	Reorganizar a sequência e rever a oferta de TPD
Entrega	Produção compatível com atribuição, turno e demanda	Produção nula ou muito discrepante sem justificativa	Análise individualizada, com qualidade e sem meta isolada como punição
Chefia	Validação da frequência e tratamento das divergências	Atesto automático ou tolerância seletiva	Auditoria amostral e responsabilização

PERSPECTIVA: ESCALA INTELIGENTE

Ferramentas de apoio à escala já conseguem cruzar a necessidade assistencial, as competências, as regras legais e o histórico de distribuição para **sugerir escalas e sinalizar riscos**, como lacunas, sobrecarga de um mesmo profissional ou descumprimento de descanso. Elas não substituem a decisão da chefia, mas tornam os critérios deste capítulo verificáveis de forma contínua. É uma perspectiva para a rede, e não um requisito atual.

PARTE III · PESSOAS E EQUIPES

11 TPD: recurso escasso, prioridade e prestação de contas

O TPD complementa a escala; não a substitui. Como todo recurso escasso, exige prioridade explícita, decisão registrada e prestação de contas.

O Trabalho em Período Definido (TPD) é a remuneração por trabalho prestado **em caráter adicional à jornada regular**, criada para complementar as escalas e garantir a integralidade dos serviços de saúde.^[28] Na rotina do hospital, ele é o equivalente à hora extra: um recurso de complementação, e não uma forma de compor a escala-base.

Por isso a ordem importa. **Primeiro a jornada ordinária**: a escala contratual dos servidores é distribuída de forma equilibrada, cobrindo o máximo de períodos. Só depois as lacunas que restam são ofertadas em TPD, a servidores elegíveis e dentro do teto da unidade. Quando o TPD passa a cobrir, todo mês, os mesmos turnos, o problema não é de TPD: é de distribuição ou de dimensionamento.

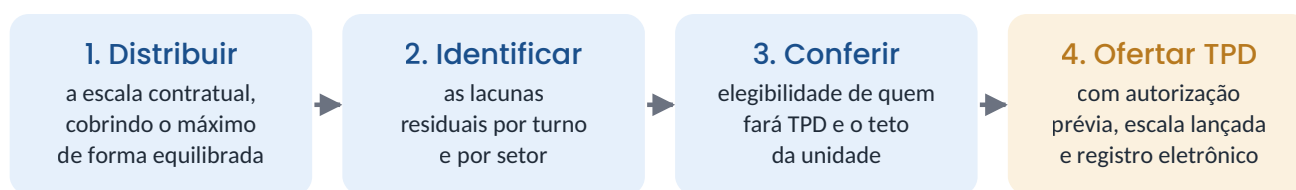


Figura 20. Sequência recomendada para compor a escala com TPD.

UM MÊS DE PLANTÕES DE UM SETOR (cada quadrado = um plantão a cobrir)

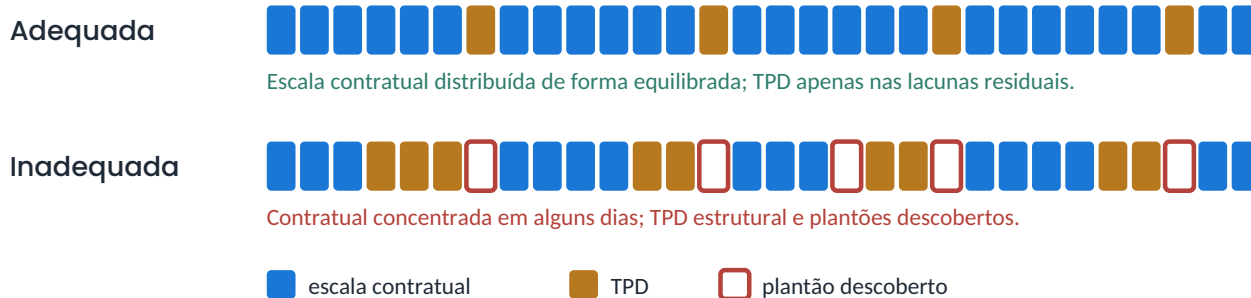


Figura 21. Distribuição adequada e inadequada entre escala contratual e TPD. Ilustração esquemática.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- O TPD é prestado **em caráter adicional à jornada regular** e é vedado no mesmo período da escala contratual.
- Limite de **44 horas mensais** por servidor; excepcionalmente até 96 horas, quando não houver voluntários. Em serviço ininterrupto, até 18 horas consecutivas, com descanso, e um dia inteiro de descanso por semana.
- Exige **autorização prévia**, escala de TPD lançada **até o dia 15 do mês anterior** e registro eletrônico de entrada e saída.
- É vedado, entre outros casos, a residentes, requisitados, ocupantes de cargo em comissão sem vínculo, aposentados e servidores com **restrição de horário ou horário especial**; durante férias, licenças e afastamentos; e a quem tiver **saldo negativo de horas** acima do limite fixado. Servidores readaptados ou com restrição laboral só atuam em ambiente compatível.
- O titular da unidade gerencia a distribuição da força de trabalho, respeita o **teto de TPD atribuído** e autoriza a realização após o parecer do núcleo de controle de escalas.
- O descumprimento dos critérios sujeita o servidor e a chefia imediata ao **regime disciplinar**.

Fonte: Lei distrital nº 6.137/2018 e Decreto nº 39.048/2018 [28]; Portaria SES/DF nº 337/2023, arts. 3º, 4º, 8º, 20 e 26 [29].

Quando o recurso não cobre tudo

O teto de TPD da unidade é finito, e a necessidade quase sempre é maior do que ele. A pergunta de gestão, então, não é "quantas horas faltam", mas **"o que deixa de ser feito, e onde o risco é aceitável"**. Responder a ela exige uma régua de criticidade, alinhada à pirâmide do capítulo 3, aplicada aos serviços que dependem de TPD.

Um exercício simples ajuda a tornar a decisão visível: dividir o teto em blocos e perguntar, para cada bloco, o que ele cobre e o que acontece se for cortado. O corte começa pelo que pode ser reprogramado sem dano e nunca alcança, sem escalonamento, o que protege a vida.

Nível de criticidade	Serviços típicos
1 • Risco imediato	Serviços ininterruptos em que a falta de profissional põe a vida em risco: porta de urgência, sala de emergência, UTI, centro obstétrico
2 • Continuidade	Internação, cirurgia de urgência, SADT de urgência e retaguarda da alta
3 • Acesso programado	Cirurgia eletiva, exames e consultas reguladas, com impacto direto em fila
4 • Reprogramável	Atividades que podem ser remarcadas sem dano no curto prazo

EXERCÍCIO ILUSTRATIVO · TETO MENSAL DE R\$ 500 MIL EM CINCO BLOCOS DE R\$ 100 MIL

Bloco 5	nível 4	Ambulatório e atividades reprogramáveis se cortado: agenda remarcada e comunicada
Bloco 4	nível 3	Cirurgia eletiva e exames regulados se cortado: menos procedimentos no mês; a fila cresce
Bloco 3	nível 2	Internação e retaguarda da alta se cortado: altas atrasam; pacientes retidos no PS
Bloco 2	nível 2	Cirurgia de urgência e SADT de urgência se cortado: tempo até o procedimento aumenta
Bloco 1	nível 1	Porta de urgência, UTI e centro obstétrico se cortado: risco imediato: só com escalonamento

Se o recurso não cobre tudo, o corte começa pelo bloco 5. Os valores são ilustrativos: o teto real é o atribuído à unidade.

Figura 22. Exercício dos blocos de recurso. Cada bloco cobre um conjunto de serviços; o corte segue do nível menos crítico para o mais crítico.

Negociar consequência, não volume

Pedir "mais horas" raramente convence quem decide sobre recursos. O que convence é a consequência descrita com precisão: "sem este bloco, a sala 3 do centro cirúrgico fecha às terças e quintas, e deixam de ser feitas cerca de 40 cirurgias eletivas no mês". Essa forma de apresentar o problema permite comparar necessidades de hospitais diferentes e decidir com critério.

Tornar o déficit visível

Quando o recurso não cobre a necessidade, o déficit precisa aparecer: no plano de ação, na síntese mensal da escala, no relatório à superintendência e, se afetar o que o hospital consegue receber, no Painel de Monitoramento de Situação Hospitalar. **O corte não é silencioso.** Um serviço reduzido sem registro reaparece semanas depois como fila, reclamação ou evento adverso, sem que ninguém consiga ligar a causa ao efeito.

Cenários de decisão

Cenário	Situação	O que a direção faz	A quem comunica
A	O recurso cobre toda a necessidade	Distribui pelos quatro níveis e acompanha a execução	Síntese mensal de rotina
B	Cobre os níveis 1 a 3	Reprograma o nível 4 com antecedência	Equipes e usuários afetados
C	Cobre os níveis 1 e 2	Reduz os níveis 3 e 4, estima o impacto em fila e registra no plano de ação	Superintendência, com o impacto quantificado
D	Não cobre o nível 1	Escala de imediato, ativa a contingência e registra a restrição no Painel de Situação	Superintendência e rede, no mesmo dia

O ciclo do TPD

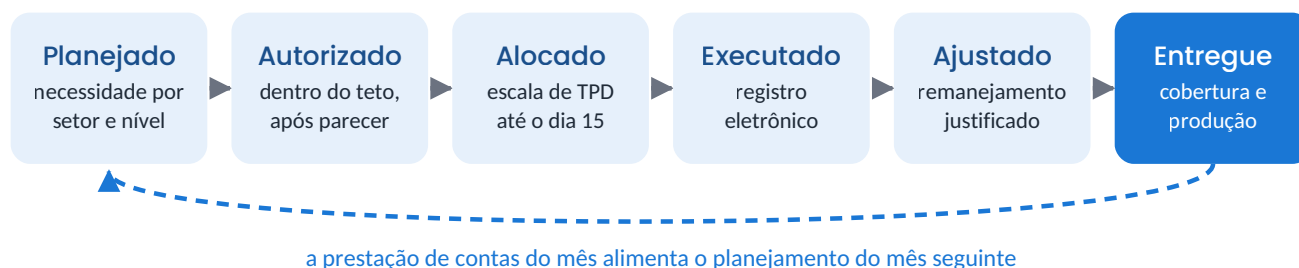


Figura 23. Ciclo do TPD. Cada etapa deixa evidência: a necessidade que justificou, a autorização, a escala, o registro de frequência, os ajustes e o que foi entregue.

O ciclo mostra por que o TPD é, ao mesmo tempo, recurso assistencial e ato administrativo. A cada etapa corresponde uma evidência que o diretor precisa conseguir apresentar: a necessidade que justificou a oferta, a autorização dentro do teto, a escala lançada no prazo, o registro eletrônico da execução, a justificativa dos remanejamentos e o resultado entregue em cobertura e produção.

A última etapa fecha o ciclo e abre o seguinte: o que foi entregue com o TPD do mês orienta o planejamento do mês seguinte, e setores em que o TPD não produziu a cobertura esperada são revisados antes de nova oferta.

INDICADOR

Dependência de TPD = horas de TPD executadas ÷ horas contratuais executadas × 100, por setor e por mês.

Leia em série e junto com o absenteísmo e a cobertura efetiva. Dependência alta e estável no mesmo setor indica problema estrutural de distribuição ou de dimensionamento, e é tema para a revisão mensal e para o diálogo com a superintendência.

BOA PRÁTICA

- Monte a escala contratual antes de qualquer oferta de TPD e confira se ela cobre os turnos de forma equilibrada, inclusive noites e fins de semana.
- Confira a elegibilidade antes de incluir o servidor na escala de TPD, e não depois.
- Distribua a oferta de TPD com critério transparente entre os elegíveis.
- Priorize pela criticidade e registre, no plano de ação, o que ficou descoberto e por quê.

Base metodológica: dimensionamento da força de trabalho [9, 10]; matriz de responsabilidades [53].

ATENÇÃO JURÍDICA

TPD é recurso público com peso jurídico. É matéria acompanhada por órgãos de controle e envolve o uso adequado de recurso público. TPD autorizado sem necessidade demonstrada, sobreposto à escala contratual, prestado por servidor inelegível ou sem registro de frequência expõe o servidor, a chefia e quem autorizou à apuração de responsabilidade. A autorização é um ato de gestão: quem autoriza deve poder demonstrar a necessidade, a elegibilidade e a execução.

PARTE III · PESSOAS E EQUIPES

12 Educação permanente e integração ensino-serviço

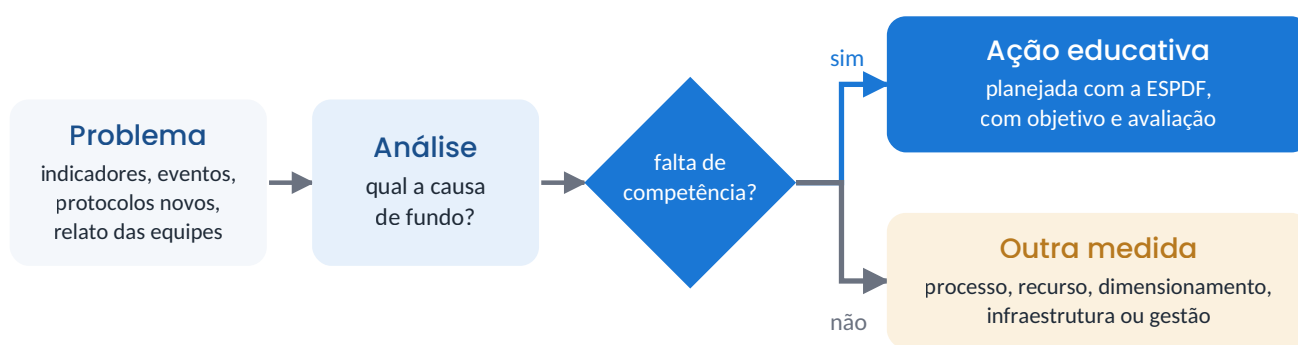
A educação permanente parte dos problemas do trabalho e volta para eles. O hospital que abre as portas ao ensino também ganha, desde que a presença de estudantes seja planejada, supervisionada e segura.

As ações de educação na saúde são um instrumento de gestão: desenvolvem as equipes, qualificam os processos de trabalho e melhoram a assistência. Mais do que oferecer cursos, a **Educação Permanente em Saúde** parte dos problemas e das necessidades do cotidiano do serviço e busca transformar as práticas profissionais a partir deles. [38, 64]

A identificação das necessidades considera os indicadores, os eventos adversos, os resultados assistenciais, as mudanças de protocolo, as dificuldades nos processos de trabalho e o que as pró-

prias equipes apontam. A partir daí, cabe ao gestor avaliar se o problema pede uma ação educativa ou outra medida: mudança de processo, recurso, dimensionamento de pessoal, infraestrutura ou gestão.

Essa distinção evita dois erros comuns: oferecer capacitação para um problema que é de processo ou de recurso, e que por isso não se resolve; e deixar sem resposta educativa uma falha que nasce de competência não desenvolvida.



Muitas vezes, a resposta combina as duas.

Figura 24. Antes da ação educativa, a pergunta sobre a causa: o problema é de competência ou de outra natureza?

ATENÇÃO, GESTOR

A proposta de uma ação educativa parte da análise do problema e das suas causas de fundo, e da necessidade de desenvolver competências profissionais. Essa análise define a estratégia mais adequada e reconhece que certas situações exigem mudanças nos processos, na organização do serviço ou nos recursos. Assim, a ação educativa fica mais efetiva e alinhada às necessidades reais do serviço.

O fluxo das ações educativas

A Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), vinculada à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantém um fluxo institucional para apresentar, planejar, executar e avaliar ações educativas. O fluxo aproxima o hospital da escola e permite desenvolver ações com objetivo definido e resultado passível de acompanhamento.

A demanda nasce no hospital, na área técnica que identificou a necessidade, e percorre oito passos até a certificação. O planejamento é conjunto: a área demandante participa da reunião de alinhamento e da elaboração do Projeto de Ação/Evento Educativo (PAE), que define os elementos pedagógicos, metodológicos, operacionais e de avaliação da ação.



Figura 25. Fluxo das ações educativas na ESPDF. Fonte: ESPDF/FEPECS, adaptado para este guia.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- O fluxo institucional das ações educativas é regulamentado pela **Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF)**, vinculada à FEPECS.
- A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde orienta que a formação dos trabalhadores parta dos problemas do processo de trabalho e se articule com a gestão, a atenção e o controle social.
- A formação em competências de gestão é obrigatória para quem ocupa cargos de diretoria e gerência nos hospitais (capítulo 2).

Fonte: ESPDF/FEPECS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [38]; Portaria SES/DF nº 1.357/2018, art. 19 [4].

NA PRÁTICA

O **Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)** da ESPDF (ava.espdf.fepecs.edu.br) é a plataforma oficial da FEPECS para cursos a distância e híbridos. Nele ficam:

- **conteúdos:** apostilas, videoaulas e apresentações, disponíveis 24 horas;
- **atividades:** tarefas, fóruns e avaliações;
- **comunicação** entre professores, tutores e estudantes.

Usam o AVA alunos dos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, residentes e profissionais da SES-DF em capacitação, atualização e educação permanente. Para o hospital, o AVA permite oferecer a ação a equipes de todos os turnos, sem retirar profissionais da assistência ao mesmo tempo.

A educação permanente também se liga ao restante do guia: a revisão mensal acompanha o desenvolvimento das equipes (capítulo 8), e os ciclos de melhoria frequentemente revelam necessidades de competência (capítulo 18).

O hospital como cenário de ensino

Os hospitais da SES-DF são espaços de formação de profissionais de saúde. Neles, o conhecimento acadêmico encontra a realidade do SUS, e estudantes e trabalhadores trocam experiência. O gestor tem papel estratégico na oferta e na qualificação das vagas: incentiva a participação dos setores, identifica novas oportunidades de aprendizagem e compatibiliza as atividades acadêmicas com a rotina do serviço.

A integração ensino-serviço vai além de disponibilizar vagas. É uma relação de cooperação entre o hospital, a ESPDF, a FEPECS e as instituições de ensino, que pode transformar a presença dos estudantes em projetos, estudos e intervenções ligados às necessidades reais do serviço. Acompanhar o uso das vagas também revela capacidades não aproveitadas e setores com potencial pedagógico.

As instituições de ensino conveniadas oferecem **contrapartidas** vinculadas ao uso dos cenários de prática: equipamentos, materiais, tecnologias,

melhorias de infraestrutura, cursos, capacitações e apoio a projetos de ensino, pesquisa e extensão. Ao planejar a oferta de vagas, o hospital amplia também a oportunidade de ter suas necessidades atendidas.

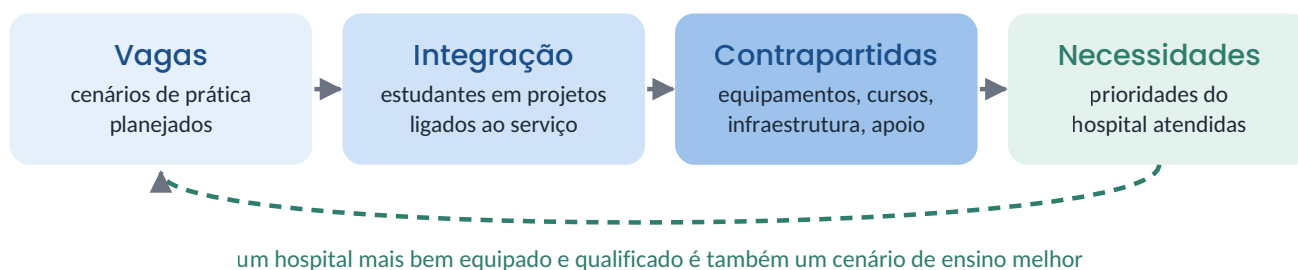


Figura 26. Da vaga à necessidade atendida: a integração ensino-serviço como ciclo que fortalece o hospital.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

As atividades práticas curriculares obrigatórias de estudantes de cursos técnicos e de graduação da área da saúde, de instituições de ensino credenciadas, nas estruturas da SES-DF, seguem diretrizes próprias de organização, pactuação e responsabilidades das instituições envolvidas. A disponibilização de vagas pelos hospitais integra esse processo de pactuação.

Fonte: Portaria Conjunta SES/FEPCS nº 2, de 26 de janeiro de 2023 [39].

BOA PRÁTICA

- Mantenha uma **lista priorizada de necessidades** da unidade que possam ser atendidas por contrapartidas: equipamentos, reformas de pequeno porte, cursos, tecnologia.
- Leve essa lista à pactuação das vagas, para que as contrapartidas sigam as prioridades do hospital, e não apenas a oferta da instituição de ensino.
- Acompanhe a entrega das contrapartidas e registre o que foi recebido e onde foi aplicado.

Base metodológica: integração ensino-serviço [64].

ATENÇÃO

Supervisão e segurança do paciente vêm primeiro. A oferta de vagas respeita a capacidade instalada, a infraestrutura e, sobretudo, a capacidade de supervisão de cada setor. Estudantes não substituem a força de trabalho nem compõem escala. O paciente é informado sobre a presença de estudantes, e o acesso a prontuários e a dados pessoais segue as regras de sigilo e de proteção de dados.

13

PARTE III · PESSOAS E EQUIPES

Acompanhamento das lideranças

Cobrança genérica não produz resultado. A liderança precisa saber qual entrega é esperada, por qual critério será aceita e quando haverá nova verificação.

As lideranças do hospital, gerências, chefias e responsáveis técnicos, são o elo entre a direção e o trabalho de cada setor. O acompanhamento que a direção faz delas define, em grande parte, a qualidade do que chega ao paciente. Acompanhar não é fiscalizar tudo: é combinar entregas claras, verificar no tempo certo e remover as barreiras que estão fora do alcance da liderança.

A regra de ouro resume o que toda solicitação precisa ter. Quando uma das cinco perguntas fica sem resposta, a solicitação tende a voltar como dúvida, atraso ou resultado diferente do esperado.



Figura 27. Toda solicitação às lideranças responde a cinco perguntas.

O modelo Fato · Impacto · Expectativa

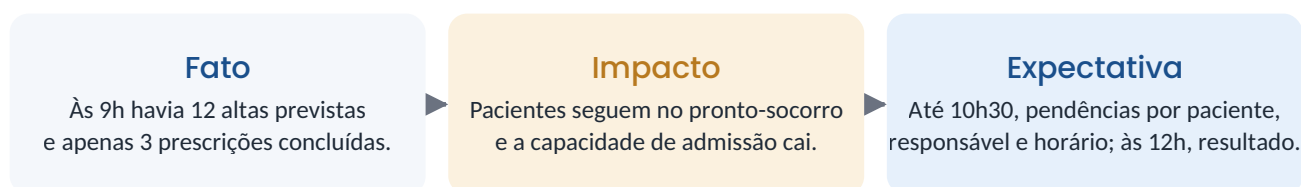


Figura 28. Exemplo de solicitação objetiva a uma liderança.

BOA PRÁTICA

Descrever o fato observado, o impacto que ele produz e a expectativa concreta, com prazo, torna a conversa objetiva e evita pedidos genéricos como “melhore o fluxo” ou “resolva a escala”.

Base metodológica: modelo situação-comportamento-impacto [52].

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

O diretor técnico médico responde pelas condições de funcionamento dos serviços médicos, incluindo o acompanhamento das escalas médicas, e deve ser acionado nas situações de risco assistencial que envolvam a assistência médica.

Fonte: Resolução CFM nº 2.147/2016 [19].

O que cada periodicidade pede

Cada periodicidade tem um conteúdo próprio. A liderança não precisa apresentar tudo em todas as reuniões: no dia, o que exige decisão imediata; na semana, os desvios e as barreiras; no mês, o resultado frente às metas.

Periodicidade	A liderança apresenta	A direção acompanha
Diária	Situação do setor, equipe presente, riscos, restrições e pendências críticas	Decisão, responsável, prazo e confirmação de conclusão
Semanal	Indicadores, desvios, causas, plano de ação e demandas entre áreas	Evidência de avanço e remoção de barreiras
Mensal	Resultado frente às metas, tendência, qualidade, pessoas e contratos	Prestação de contas e nova prioridade
Por evento	Comunicação imediata, contenção, notificação e preservação de evidências	Segurança primeiro; investigação depois; retorno às equipes

Por que escalonar

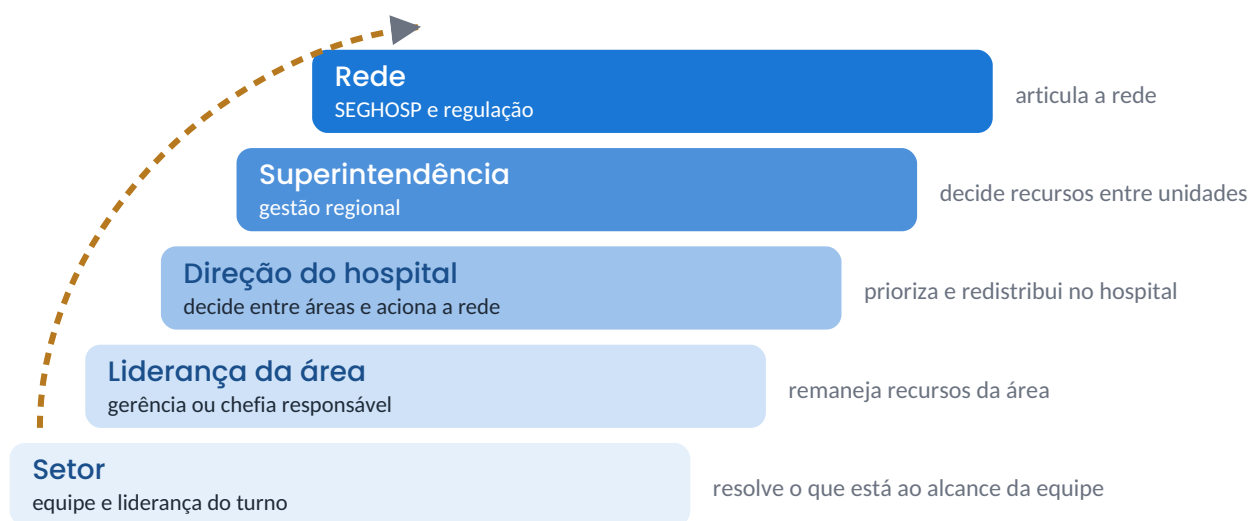
O hospital é um ambiente de alta complexidade, em que o imprevisível é esperado: equipes desfalcam, equipamentos param, a demanda muda em horas. Não é possível prever cada situação, mas é possível combinar **como os problemas sobem**.

Cada nível atua dentro das **linhas de ação e das autonomias previstas no protocolo local**: o que pode decidir, com quais recursos e em quanto

tempo. O problema é resolvido no nível mais próximo de onde acontece, por quem tem a informação e a autonomia para agir.

Escala-se em dois momentos: **depois de esgotadas as alternativas locais** previstas no protocolo, ou **de imediato**, quando o próprio protocolo assim determina, como nas situações de tempo crítico. Escalar não é falha nem transferência de culpa: é um mecanismo de segurança. Quem escala leva o

fato, o impacto, o que já foi feito e o que precisa; quem recebe devolve a decisão e fecha o ciclo.^[59, 60]



Escala-se ao esgotar as alternativas previstas no protocolo local, ou de imediato quando o protocolo assim determina (situações de tempo crítico).

Figura 29. Níveis de escalonamento. Cada nível resolve o que está na sua governabilidade, conforme o protocolo local.

BOA PRÁTICA

Onde ainda não houver protocolo local, recomenda-se construí-lo: para as situações mais frequentes, definir o que cada nível pode decidir, as alternativas a esgotar, o tempo máximo antes de escalar e as situações que sobem de imediato. Comunicar o escalonamento de forma estruturada, com situação, contexto, avaliação e recomendação, reduz ruído e acelera a decisão.

Base metodológica: Weick e Sutcliffe [59]; Haig e colaboradores (SBAR) [60].

Quando problemas de todos os níveis de complexidade chegam ao WhatsApp e aos grupos de gestão, isso costuma ser **sintoma, não causa**.

É sinal de que falta processo definido, autonomia clara, delegação ou governança para resolvê-los no nível em que nasceram.

O grupo de mensagens serve para **alertar**; não é o lugar de decidir, registrar ou acompanhar. A decisão tomada no grupo se perde na conversa, não tem responsável nem prazo e não alimenta o pla-

no de ação. Quando a direção passa a resolver pelo grupo o que deveria ser resolvido no setor, reforça o padrão que gostaria de mudar.

Uma pergunta ajuda a transformar o sintoma em diagnóstico. Para cada problema que chegou pelo grupo na semana: **havia protocolo? Quem deve-**

ria ter decidido? Por que não decidiu? As respostas apontam onde falta processo, onde a autonomia não está clara e onde a delegação precisa ser refeita (capítulo 9).

PROTEÇÃO DE DADOS

Grupos de mensagens não são canal para dados de pacientes. Nome, prontuário, fotografias e informações clínicas circulam apenas nos sistemas oficiais e entre quem precisa delas para o cuidado, em respeito ao sigilo profissional e à Lei Geral de Proteção de Dados.^[25]

Matriz de escalonamento

A matriz traduz esse princípio para as situações mais comuns. Ela não substitui o protocolo local nem o julgamento de quem está no local: orienta a primeira resposta e o momento de escalar.

Situação	Primeira resposta	Quando escalar	Registro mínimo
Risco imediato ao paciente	Conter, reorganizar a equipe e acionar o responsável técnico	Imediatamente, se exceder a governabilidade local	Hora, fato, pacientes afetados, decisão, contatos
Restrição que muda o perfil de pacientes que o hospital recebe	Registrar no Painel de Monitoramento de Situação Hospitalar e comunicar a regulação	Imediatamente	Restrição, início, previsão de reversão, medida adotada
Ausência não prevista	Confirmar, recompor a cobertura e informar a chefia	Se houver risco assistencial ou reincidência	Escala, presença, impacto, medida adotada
Falha de contrato	Acionar preposto e fiscal	Quando o nível de serviço ou o prazo seguro for descumprido	Chamado, evidência, impacto, prazo, reincidência
Equipamento crítico parado	Retirar de uso se inseguro, abrir ordem de serviço, ativar contingência	Se não houver alternativa ou prazo aceitável	Patrimônio, defeito, ordem de serviço, setores afetados
Desabastecimento	Confirmar saldo e consumo, evitar desperdício, buscar alternativa técnica	Antes da ruptura do estoque ou do cancelamento de procedimento ou serviço assistencial	Item, estoque, consumo, previsão, impacto

Situação	Primeira resposta	Quando escalar	Registro mínimo
Dado divergente	Decidir com a melhor informação, registrar a divergência e conciliar a fonte	Se recorrente ou se afetar reporte oficial	Fontes, diferença, validação, correção

14

PARTE IV · RECURSOS E CONTRATOS

Serviços de apoio e contratos

Mesmo quando o serviço não é subordinado à direção, a falha dele acontece dentro do hospital. O dever do diretor é verificar, registrar o impacto e acionar quem responde.

Rouparia, limpeza, alimentação, manutenção, engenharia clínica, segurança, tecnologia e transporte raramente aparecem nas metas assistenciais, mas sustentam todas elas. Uma falha de enxoval à noite atrasa admissões; um tomógrafo parado muda o perfil de pacientes que o hospital consegue receber; um elevador fora de uso trava o fluxo do centro cirúrgico.

Boa parte desses serviços é contratada e gerida por áreas centrais. O diretor não substitui o fiscal nem o gestor do contrato, mas é quem percebe primeiro o impacto no cuidado. O roteiro abaixo organiza a resposta a qualquer falha, e a mesma lógica vale para os serviços próprios.

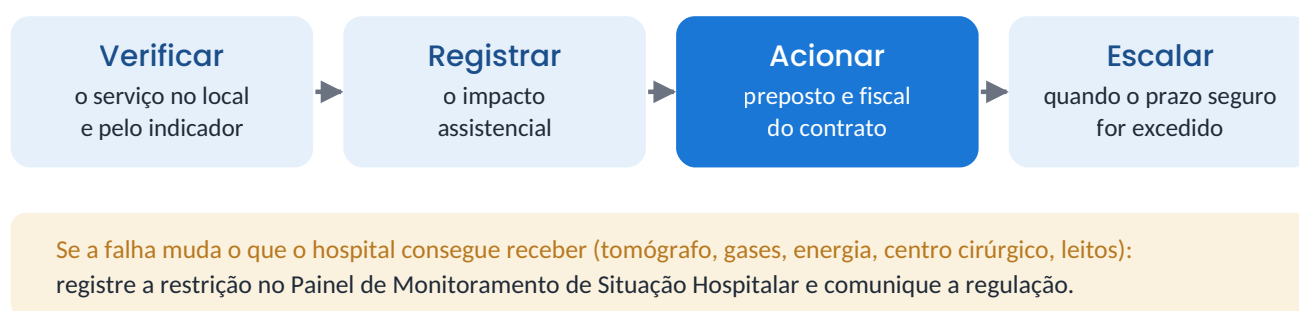


Figura 30. Roteiro diante de falha em serviço de apoio.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

A execução de cada contrato é acompanhada e fiscalizada por **fiscais especialmente designados**, a quem cabe registrar as ocorrências e determinar a regularização das falhas. A direção não substitui o fiscal: ela informa o impacto assistencial e exige providência pelos canais formais.

Fonte: Lei nº 14.133/2021, arts. 7º e 117 [23]; Decreto DF nº 44.330/2023 [24].

O papel da direção

Quando o contrato, a chefia ou a governança do serviço não estão subordinados à direção, o diretor tem o **dever de verificar, registrar o impacto e acionar** o responsável formal, e de escalar quando

o prazo ultrapassar o limite seguro. Não responde pelo que não governa, mas responde por não comunicar.

Normas técnicas de referência

Boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde,^[15] gerenciamento de resíduos^[16] e segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde^[17]

são as bases para avaliar os serviços de apoio, junto com o contrato e o plano de fiscalização vigentes.

Controle essencial por área

O quadro indica, para cada serviço, o controle mínimo, a evidência que o comprova e a quem acionar quando ele falha. Na dúvida sobre quem responde, o fiscal do contrato é o primeiro contato formal.

Área	Controle essencial	Evidência	A quem acionar
Lavanderia e rouparia	Parâmetro de enxoval, coleta, entrega, perdas e reserva	Contagem, ocorrência, nível de serviço	Fiscal do contrato, área central responsável, superintendência
Limpeza e hotelaria	Rotina, limpeza terminal, áreas críticas, resíduos e pragas	Checklist, tempo, não conformidade	Preposto, fiscal, controle de infecção, área central
Alimentação	Dieta correta, prazo, temperatura e contingência	Mapa de dietas, aferição, ocorrência	Nutrição, fiscal e empresa
Manutenção predial	Prioridade por risco, preventiva e prazo de atendimento	Ordem de serviço e teste de liberação	Área de infraestrutura, engenharia, superintendência
Engenharia clínica	Inventário, preventiva, calibração e equipamento reserva	Etiqueta, ordem de serviço, disponibilidade	Área técnica central e contrato
Segurança e portaria	Acesso, fluxo, incidentes e áreas restritas	Livro de ocorrência, imagens conforme a regra	Fiscal, segurança institucional, direção
Tecnologia	Disponibilidade de sistemas, rede e contingência	Chamado, impacto, tempo de recuperação	Área de tecnologia da SES-DF e gestor do sistema
Transporte	Ambulância, remoção, alta e logística	Solicitação, tempo, motivo de atraso	Central responsável e regulação

PARTE IV · RECURSOS E CONTRATOS

15 Financiamento do SUS e faturamento: o caminho do recurso

O hospital não recebe o que fatura, mas tudo o que registra volta para a rede como recurso, como argumento e como critério. Entender o caminho do recurso muda a forma de olhar o faturamento.

O SUS é financiado pelas três esferas de governo, com aplicação mínima em saúde definida em lei e transferências "fundo a fundo" entre elas.^[30] No Distrito Federal, que acumula competências de estado e de município, há uma particularidade: além dos recursos próprios do Tesouro do GDF e das transferências do Ministério da Saúde, uma parte expressiva da despesa da saúde, sobretudo com pessoal, é custeada pelo **Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF)**.

Esses recursos são organizados no **Fundo de Saúde do DF** e, em sua maior parte, executados de forma centralizada: folha de pagamento, grandes

contratos, compras e medicamentos. Os hospitais sob gestão direta não têm caixa próprio. A exceção é o PDPAS, recurso descentralizado tratado no capítulo 16.

Isso não torna o faturamento uma tarefa menor. Ao contrário: a produção que o hospital registra é o que volta para a rede como pagamento, como evidência para manter e ampliar o teto de financiamento e como critério de distribuição interna. O diretor que entende esse caminho passa a tratar o registro da produção como parte da gestão, e não como burocracia.

FONTES

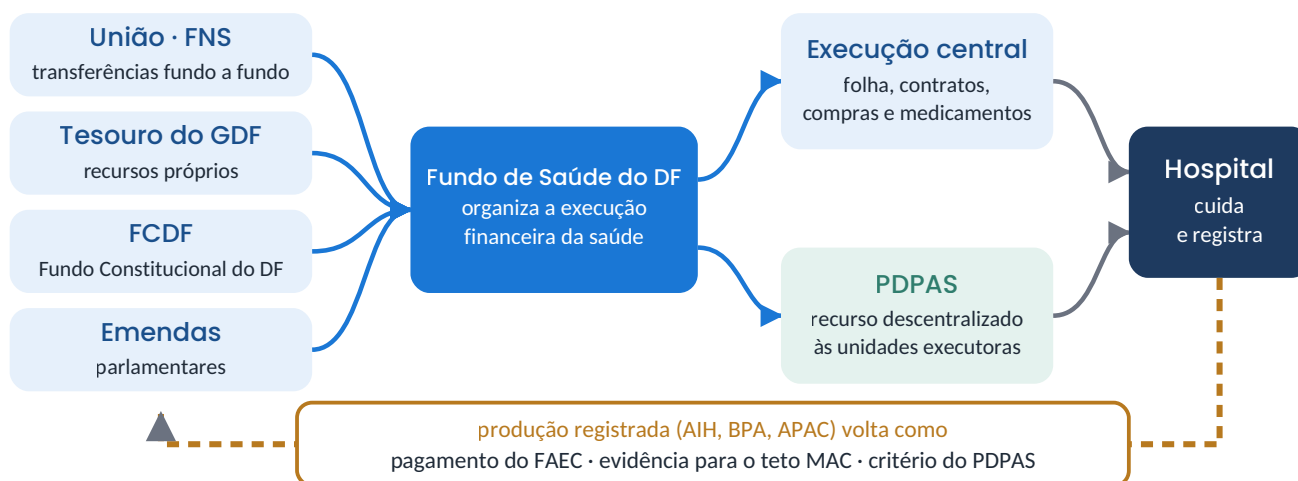


Figura 31. O caminho do recurso: das fontes ao hospital, e de volta, pela produção registrada.

O tamanho das fontes

ORÇAMENTO DA SAÚDE DO DF NA LEI ORÇAMENTÁRIA DE 2025 · R\$ 13,2 BILHÕES

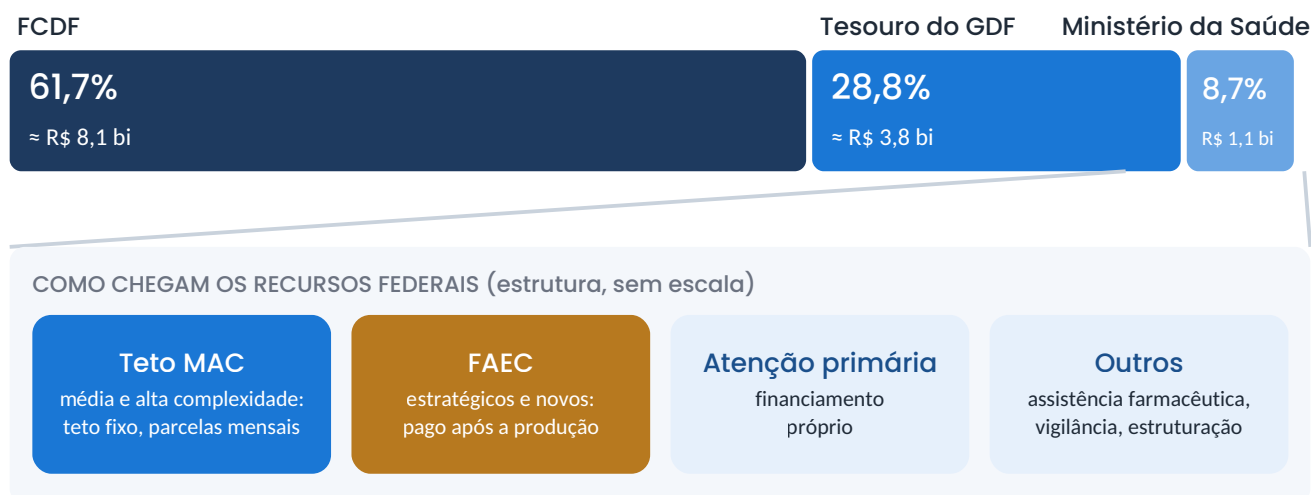


Figura 32. Composição do orçamento da saúde do DF em 2025, por fonte, segundo as dotações da Lei Orçamentária Anual, e estrutura das transferências federais. Fonte: Estudo Técnico nº 04/2025 da Conofis/CLDF [69]. Valores arredondados.

A figura mostra por que o FCDF é a maior fonte da saúde no DF: são cerca de R\$ 8,1 bilhões, dos quais aproximadamente 82% custeiam pessoal e encargos.^[69] As transferências do Ministério da Saúde são bem menores, mas merecem atenção especial do hospital. É nelas que o registro da produção faz diferença direta: o **teto MAC**, que custeia a média e a alta complexidade, e o **FAEC**, que paga procedimentos estratégicos depois da produção.

A lógica dos fundos de incentivo

O Ministério da Saúde usa o FAEC e os incentivos específicos para **induzir políticas**. Quando um procedimento é novo, estratégico ou está em implantação, ele é pago por produção, fora do teto, durante a fase de implantação e estabilização nos estados e municípios. Isso permite que o serviço cresça sem disputar o teto já comprometido.

Criado em 1999 para compensar o atendimento de alta complexidade a pacientes vindos de outros estados, o FAEC financia hoje transplantes, terapia renal substitutiva, casos regulados pela central nacional (CNRAC), ações estratégicas temporárias, como os mutirões de cirurgias eletivas, e procedi-

mentos recém-incorporados à tabela.^[70] Só a terapia renal substitutiva, paga pelo FAEC quando cobrada por APAC, somou cerca de R\$ 4,8 bilhões em 2024.^[37, 70] Em 2019, os recursos pagos fora do teto (FAEC, incrementos temporários e emendas) chegaram a cerca de 20% do orçamento federal da média e alta complexidade.^[71]

Consolidada a política, o valor migra para o **teto MAC**, com base na série histórica da produção registrada, e outras políticas passam a ocupar o

FAEC. Em novembro de 2017, por exemplo, uma única portaria transferiu cerca de R\$ 317 milhões do FAEC para os tetos MAC dos estados.^[34]

A consequência para o hospital é direta: **o que não for registrado na fase de incentivo não entra na série que vira teto**. Quando um procedimento

migra, o valor acrescido ao teto de cada gestor é calculado sobre a produção que ele registrou no FAEC. A perda, portanto, não se limita ao mês não faturado: ela se incorpora de forma permanente ao financiamento da rede.

O QUE NÃO FOR REGISTRADO NA FASE DE INCENTIVO NÃO ENTRA NA SÉRIE QUE VIRA TETO



Figura 33. Ciclo dos fundos de incentivo: a política nasce no FAEC, consolida-se pela produção registrada e migra para o teto MAC.

	Teto MAC	FAEC
Natureza	Teto financeiro fixo do gestor	Recurso fora do teto
Pagamento	Parcelas mensais, independentes da produção do mês	Após a apuração e a aprovação da produção
Para quê	Custeio da média e alta complexidade em geral	Procedimentos estratégicos, novos ou em implantação
Base	Série histórica, habilitações e incrementos	Produção registrada em cada competência
O que importa ao hospital	Registrar tudo: a produção é o argumento para manter e ampliar o teto	Registrar tudo e sem erro: o que não é aprovado não é pago

O DF e o teto MAC

O Distrito Federal viveu essa lógica na prática. Em fevereiro de 2018, o faturamento da média e alta complexidade estava 8,59% abaixo do teto. Naquele ano, a SES-DF passou a aplicar o **Plano de Recuperação do Faturamento**, que melhorou o registro e o envio de procedimentos realizados que antes não chegavam ao sistema e reduziu o prazo de entrega da produção pelos hospitais de

até quatro meses para cerca de um mês. Em fevereiro de 2019, a produção registrada já superava o teto em 11,1%; em agosto de 2019, em 14,7%.^[72]

A média mensal faturada passou de R\$ 30,5 milhões em 2018 para R\$ 47,5 milhões em 2024, um crescimento de 55,7%. Segundo a SES-DF, foi esse registro que permitiu extrapolar o teto e sustentar os pedidos de ampliação junto ao Ministério da Saúde.^[73]

FATURAMENTO MAC DO DF EM RELAÇÃO AO TETO



Figura 34. Faturamento da média e alta complexidade do DF em relação ao teto MAC e evolução da média mensal faturada. Fontes: SES-DF [72]; Agência Brasília [73].

LEITURA ESTRATÉGICA

Produção acima do teto não é paga automaticamente, mas também não se perde: é a **evidência** que sustenta o pedido de ampliação do teto. E a produção paga pelo FAEC forma a série histórica que, quando o procedimento migra, define quanto será acrescido ao teto do DF.

Por isso, cada hospital contribui para o financiamento de toda a rede quando registra toda a produção, no prazo e com a forma de financiamento correta. Esta é uma leitura de gestão, e não uma projeção de valores.

Habilitação

Um hospital pode oferecer um serviço sem estar **habilitado** para ele. Nesse caso, a capacidade operacional é maior do que a capacidade habilitada, e o serviço funciona sem o financiamento específico que a habilitação traria. O inverso também acontece: habilitações que já não correspondem à realidade expõem o hospital a glosas e à perda da habilitação.

A habilitação segue requisitos definidos em portaria específica para cada tipo de serviço: estrutura, equipe e, muitas vezes, produção mínima. O pedido é instruído pela área técnica competente da SES-DF, com o CNES atualizado e a comprovação dos requisitos, e a habilitação é publicada pelo Ministério da Saúde. Cabe ao diretor identificar as lacunas e levá-las à área técnica, com os dados que as sustentam.

HABILITAÇÃO

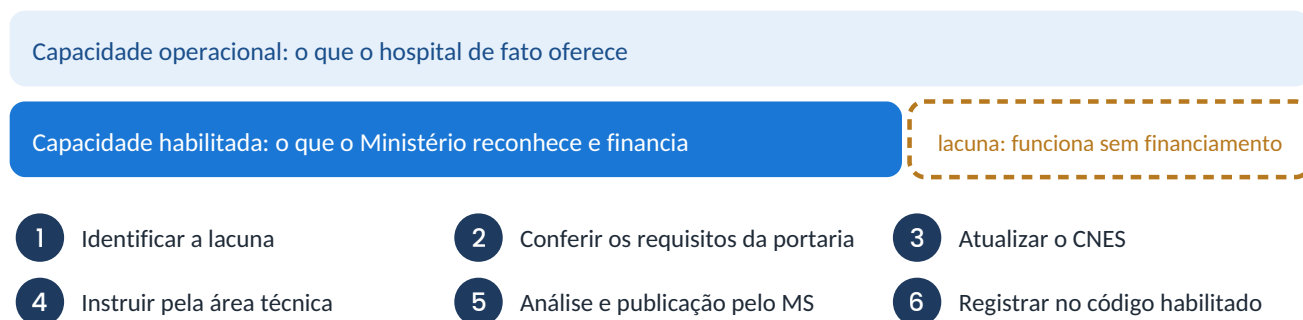


Figura 35. Capacidade operacional e capacidade habilitada, e o rito do pedido de habilitação.

A cadeia do faturamento

O faturamento é uma cadeia, e a falha em qualquer elo produz rejeição. A tabela de procedimentos (SIGTAP) define o que pode ser cobrado, com quais compatibilidades; o CNES informa quem, onde e com que habilitação; o prontuário sustenta o que foi feito; os instrumentos de registro (AIH na internação, BPA e APAC no ambulatório) levam a produção ao processamento, onde passa pelas críticas dos sistemas de informação.^[66]

Registros rejeitados podem ser corrigidos e reapresentados dentro do prazo. Por isso a rejeição precisa ser acompanhada por motivo: rejeições repetidas pelo mesmo motivo apontam para um elo da cadeia que precisa de correção, e não apenas para retrabalho.

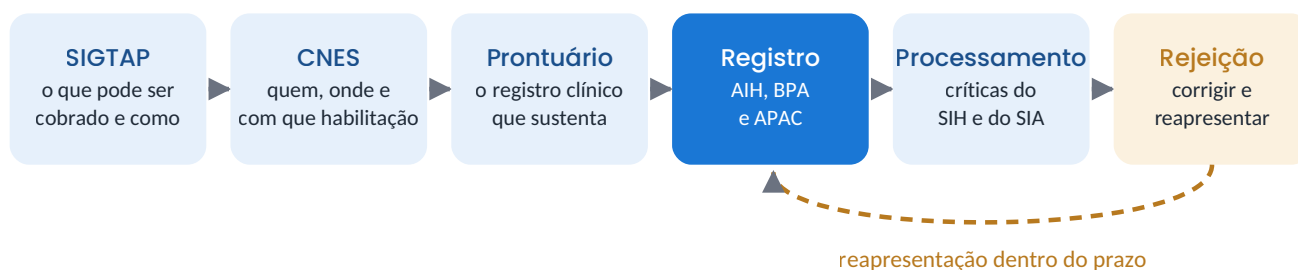


Figura 36. A cadeia do faturamento. A falha em qualquer elo gera rejeição; a reapresentação no prazo recupera a produção.

Cinco razões para faturar bem, mesmo sem caixa próprio

1 · FAEC

O que é financiado pelo FAEC só é pago à rede quando registrado e aprovado. Produção não registrada é recurso perdido.

2 · Série histórica

A produção registrada é a evidência para manter e ampliar o teto MAC e para incorporar incentivos ao teto.

3 · Habilitações

Manter ou obter uma habilitação exige comprovar estrutura, equipe e, em muitos casos, produção mínima.

4 · Distribuição na rede

O valor do PDPAS de cada unidade considera a produção registrada no SIH e no SIA e os acordos de gestão regional.

5 · Informação

O faturamento é base de indicadores de produção, perfil de casos e custos. Registro ruim gera decisão ruim.

O hospital não fatura para si

O valor faturado não entra no caixa do hospital: vai para o Fundo de Saúde do DF e financia a rede. Faturar mal é perder recurso de todos.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- As transferências federais para ações e serviços de saúde são organizadas em blocos de **manutenção** e de **estruturação** (originalmente, custeio e investimento).
- A aplicação mínima em saúde, as transferências fundo a fundo e a prestação de contas seguem a Lei Complementar nº 141/2012.
- Os montantes anuais do teto MAC são divulgados em portaria; os recursos do FAEC **não integram o teto** e são transferidos após a apuração da produção.
- Parcelas suplementares para o custeio da atenção primária e da média e alta complexidade podem ser estabelecidas em portaria própria, em caráter excepcional e sem uso em despesas de capital.
- O valor global do PDPAS de cada unidade executora considera a produção registrada no SIH e no SIA e os acordos de gestão regional, com cota mínima definida no decreto, e pode ser suplementado por emendas parlamentares.

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, com as alterações das Portarias nº 3.992/2017 e nº 828/2020 [31]; Lei Complementar nº 141/2012 [30]; Portarias GM/MS nº 10.146/2026 [32] e nº 10.169/2026 [33]; Decreto DF nº 44.322/2023, art. 6º [35].

BOA PRÁTICA

1. **Conheça o seu perfil de produção**, e o que dele é financiado pelo FAEC.
2. **Acompanhe as rejeições por motivo** e reapresente no prazo.
3. **Mantenha o CNES fiel à realidade**: profissionais, leitos, serviços e habilitações. Divergência gera rejeição.
4. **Mapeie os serviços sem habilitação** e leve à área técnica os dados que sustentam o pedido.
5. **Qualifique o registro clínico**: o prontuário completo sustenta o procedimento correto e sua compatibilidade na tabela.
6. **Confira no SIGTAP a forma de financiamento** de cada procedimento: produção FAEC registrada ou processada de forma errada ocupa espaço no teto ou deixa de ser paga.
7. **Aproveite as ações estratégicas temporárias**, como os programas de redução de filas, planejando a oferta local para essas janelas de recurso.

Base metodológica: inteligência orçamentária no financiamento do SUS [65].

Indicadores do faturamento

Quatro indicadores simples bastam para o diretor acompanhar o faturamento na revisão mensal (capítulo 8). Como os demais, seguem ficha técnica e fonte oficial (capítulo 17).

Indicador	Definição	Leitura
AIH apresentadas ÷ saídas × 100	Completude do faturamento hospitalar	Toda saída gera AIH; diferença indica perda
Taxa de rejeição	Registros rejeitados ÷ apresentados × 100	Estratificar pelo motivo da crítica
Tempo de fechamento	Dias entre a alta e a apresentação da AIH	Atraso aumenta o risco de perda de prazo
Produção FAEC registrada	Quantidade e valor por competência	Ler em série; queda sem causa assistencial é alerta

16

PARTE IV · RECURSOS E CONTRATOS

Recurso descentralizado: o PDPAS

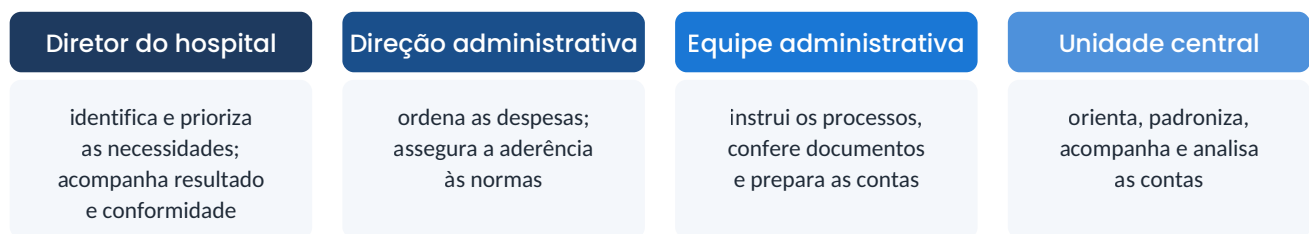
O PDPAS aproxima o recurso da necessidade real da unidade. Agilidade é o benefício; responsabilidade é a contrapartida.

O Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS) transfere recursos do Fundo de Saúde do DF às unidades executoras, para que determinadas demandas deixem de depender exclusivamente da administração central e possam ser resolvidas mais perto de onde surgem. [35, 36] São unidades executoras as superintendências das regiões de saúde, as unidades de referência distrital, o LACEN e, desde 2026, as unidades básicas de saúde.

A principal fonte é a receita ordinária do Tesouro do DF, consignada na lei orçamentária no Fundo de Saúde; emendas parlamentares podem suple-

mentar as cotas. O valor global de cada unidade considera a produção registrada no SIH e no SIA e os acordos de gestão regional, mais uma razão para faturar bem (capítulo 15). O recurso é **suplementar**: não substitui o abastecimento regular pelas centrais nem o planejamento das compras da SES-DF.

Quanto maior a autonomia, maior a importância da boa gestão. O PDPAS dá agilidade, mas cada despesa precisa demonstrar necessidade, critério, conformidade documental e resultado, e a prestação de contas em dia é a condição para receber as cotas seguintes.



Responsabilidade compartilhada não é responsabilidade indefinida.

Figura 37. Quem faz o quê no PDPAS.

O ciclo da despesa

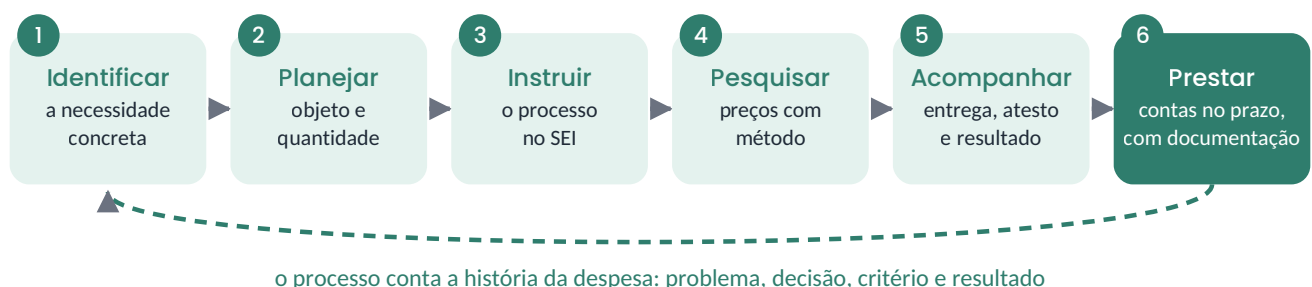


Figura 38. O ciclo da despesa no PDPAS, em seis passos. A unidade executora responde pelo ciclo completo.

Muitas falhas acontecem antes da compra: demanda mal definida, objeto impreciso, quantidade inadequada, justificativa ausente. Planejar é transformar a necessidade em objeto, quantidade e justificativa verificáveis. A documentação acompanha a despesa desde o início, e não corre atrás dela no fim.

Não basta gastar corretamente: é preciso verificar se a contratação resolveu o problema que a motivou. Por isso o quinto passo, acompanhar, inclui conferir a entrega, a conformidade e o resultado.

O que pode e o que não pode

Pode (finalidades)	Não pode (vedações)
Adquirir materiais de consumo e medicamentos	Pessoal e encargos, gratificações, bônus e auxílios
Adquirir materiais permanentes, mobiliário e equipamentos, com parecer técnico favorável da área central	Implantação de novos serviços
Realizar reparos nas instalações físicas	Obras de infraestrutura, exceto pequenos reparos
Contratar serviços de pessoas jurídicas e físicas, observadas as normas	Veículos, viagens, hospedagem, festas, publicidade e pesquisas
Outras despesas disciplinadas pela SES-DF	Medicamentos do componente especializado, ordem judicial, produtos não padronizados, juros e multas, pagamento anterior ao crédito

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- Os recursos têm caráter **suplementar**: itens só são adquiridos quando não houver disponibilidade nas centrais de abastecimento nem ata de registro de preços vigente (ou quando o prazo for incompatível com a preservação da vida), e quando estiver caracterizada a relevância da aquisição.
- **Exceção**: havendo atraso de entrega, inexecução de ata ou de empenho, ou descumprimento de contrato, o item ou serviço pode ser adquirido pelo PDPAS, desde que motivado. A existência de ata, por si só, não impede a compra quando a ata não está sendo executada.
- Repasses: **seis cotas bimestrais** de custeio e **duas cotas semestrais** de capital.
- Cada aquisição tem processo próprio no SEI, com justificativa, declarações de inexistência de estoque e de ata, disponibilidade financeira, autorização, nota fiscal, pagamento, consulta a empresas impedidas e publicação.
- Prestação de contas **bimestral até o dia 10** do mês seguinte ao bimestre e **anual até o último dia útil de fevereiro**.
- Contas rejeitadas e não saneadas levam ao **bloqueio de novas cotas**; a omissão ou irregularidade grave leva à **tomada de contas especial**; recursos aplicados em desacordo devem ser **ressarcidos**.

Fonte: Decreto DF nº 44.322/2023, arts. 3º, 4º, 11, 12, 15 e 16 [35]; Portaria SES/DF nº 473/2023, arts. 13, 16, 21 (inclusive § 1º), 22 e 34 a 40 [36].

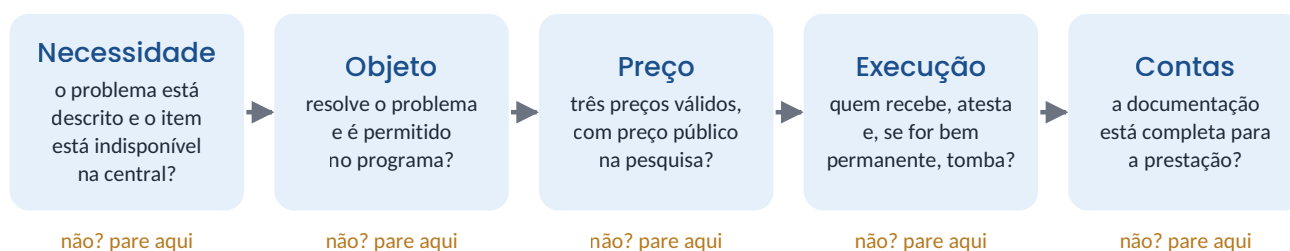
Filtro de decisão

Figura 39. Filtro de decisão antes de usar o PDPAS. Uma resposta negativa interrompe o processo até ser resolvida.

ATENÇÃO JURÍDICA

Fracionamento e contratação direta indevida. Dividir compras ou serviços da mesma natureza para caber no limite da dispensa de licitação é ilegal. O limite do art. 75 da Lei nº 14.133/2021 é aferido pela **soma do que a unidade gestora gasta no exercício com objetos do mesmo ramo de atividade**. Os valores são atualizados periodicamente: consulte sempre o valor vigente antes de decidir.

Na contratação direta indevida com dolo, fraude ou erro grosseiro, o contratado e o agente público respondem solidariamente pelo dano (art. 73). Admitir ou dar causa à contratação direta fora das hipóteses legais é crime (Código Penal, art. 337-E).

BOA PRÁTICA

- **O PDPAS atende situações pontuais.** Quando a mesma necessidade se repete, ela deve ir para o planejamento regular de compras da SES-DF, e não ser resolvida repetidamente pelo programa.
- Registre as necessidades previsíveis no **plano anual de contratações**, no calendário definido pelo Governo do DF.
- Priorize o uso do recurso pela **criticidade** (capítulo 3): primeiro o que protege o paciente e a continuidade do cuidado.
- Use a lista dos erros mais frequentes, abaixo, como conferência antes de cada prestação de contas.

Base metodológica: Lei nº 14.133/2021 [23]; Decreto DF nº 44.330/2023, art. 41 [24].

Os dez erros que mais geram glosa ou diligência

- ☐ Nota fiscal sem a menção expressa ao PDPAS
- ☐ Nota fiscal sem atesto de recebimento
- ☐ Documento fiscal fora do nome da unidade executora
- ☐ Pesquisa de preços com menos de três preços válidos
- ☐ Pagamento de R\$ 5 mil ou mais fora do BRB
- ☐ Falta de publicação da contratação direta no PNCP e no DODF
- ☐ Bem permanente sem tombamento, foto e termo de guarda
- ☐ Extrato bancário incompleto, sem a conta de aplicação
- ☐ Processo SEI incompleto
- ☐ Envio da prestação de contas fora do prazo

NA PRÁTICA

A área central de orçamento e finanças oferece **capacitação** sobre execução e prestação de contas do PDPAS. Garanta que as equipes que instruem processos e preparam as contas participem, e que a direção administrativa conheça o checklist usado na análise.

Os marcos do PDPAS entram no calendário do diretor, ao final do guia: prestação de contas bimestral até o dia 10 e anual até o último dia útil de fevereiro.

17

PARTE V · MEDIR E MELHORAR

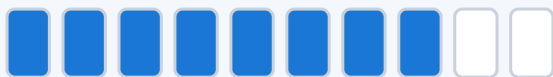
Indicadores

Um indicador só serve à decisão quando todos o calculam da mesma forma, com a mesma fonte e o mesmo horário.

DUAS MEDIDAS DIFERENTES

Ocupação instantânea

fotografia no horário de fechamento



8 de 10 leitos ocupados às 7h = 80%

Uso: painel diário e decisão do dia

Taxa de ocupação do período

média no mês, a partir do censo diário



$\text{pacientes-dia} \div \text{leitos-dia} \times 100$

Uso: painel mensal e metas

Figura 40. Ocupação instantânea e taxa de ocupação do período não são a mesma medida e não devem ter o mesmo nome.

Indicadores são a linguagem comum entre o hospital, a região e a rede. Quando cada unidade calcula a taxa de ocupação de um jeito, os números não se somam nem se comparam, e a discussão passa a ser sobre o número, e não sobre o problema. O primeiro cuidado, portanto, é usar a mesma definição, a mesma fonte e o mesmo horário.

A figura mostra uma confusão frequente: a ocupação instantânea, fotografia do censo às 7h, e a taxa de ocupação do período, média calculada a partir dos censos diários. As duas são úteis, mas respondem a perguntas diferentes e não devem ter o mesmo nome. O quadro a seguir traz as fórmulas de referência dos indicadores citados no guia; os indicadores de faturamento estão no capítulo 15.

Fórmulas de referência

Indicador	Fórmula básica	Observação
Taxa de ocupação	$\text{Pacientes-dia} \div \text{leitos-dia operacionais} \times 100$	Censo diário às 7h; explicitar leitos excluídos
Tempo médio de permanência	$\text{Pacientes-dia} \div \text{saídas}$	No hospital: altas, transferências externas e óbitos. Na unidade (UTI, por exemplo), a transferência interna também é saída
Giro de leito	$\text{Saídas} \div \text{número médio de leitos operacionais}$	Ler junto com permanência e perfil
Intervalo de substituição	$(\text{Leitos-dia} - \text{pacientes-dia}) \div \text{saídas}$	Tempo médio que o leito fica vago entre uma saída e a nova ocupação

Indicador	Fórmula básica	Observação
Tempo de acesso ao leito	Hora da internação no leito – hora da decisão de internar	Mede a retenção de pacientes internados no pronto-socorro
Tempo de saída da UTI	Hora da saída – hora da alta médica da UTI	Comparar com os prazos da Portaria 510/2025
NEDOCS	Escore de superlotação da emergência	Indicador central do Lean nas Emergências
Absenteísmo não previsto	Horas de ausência não prevista ÷ horas previstas × 100	Mesma definição de ausência do dimensionamento
Suspensão cirúrgica	Cirurgias suspensas ÷ programadas × 100	Estratificar motivo, evitabilidade e momento
Alta até o horário pactuado	Altas efetivas até o horário ÷ altas efetivas × 100	Horário pactuado pela unidade
Tempo de limpeza terminal	Liberação pela higiene – saída do paciente	Separar a espera para início e a execução

Bases: padronização da nomenclatura do censo hospitalar [40]; Lean nas Emergências [41]; NEDOCS [42]; Portaria SES/DF nº 510/2025 [6].

A ficha técnica

Cada indicador tem uma ficha técnica. A **área técnica assistencial competente, responsável pela atualização da Ficha Técnica do indicador**, define e mantém esses campos; o hospital calcula segundo a ficha, sem criar métricas próprias com o mesmo nome.

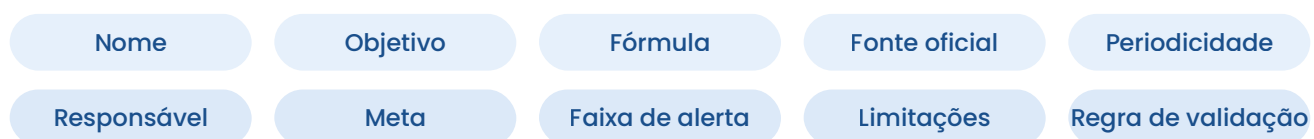


Figura 41. Campos mínimos da ficha técnica de um indicador.

Estrutura, processo e resultado

Bons painéis equilibram três tipos de indicador: de **estrutura** (leitos, equipe, equipamentos), de **processo** (tempos, adesão a protocolos) e de **resultado** (desfechos, eventos, experiência do usuário). [49]

Indicadores de equilíbrio

Toda melhoria pode ter efeito colateral. Ao acompanhar o aumento de altas, acompanhe também a reinternação; ao reduzir a permanência, acompanhe a segurança da transição do cuidado. [54]

Comparar com cuidado

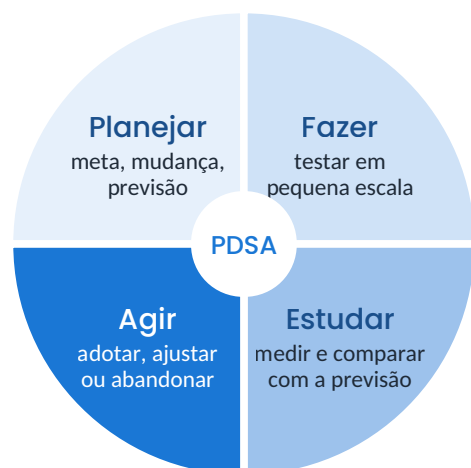
Unidades de perfis diferentes não são comparadas sem ajuste pelo perfil assistencial, pela capacidade operacional e pela regra do denominador. A série histórica da própria unidade costuma ser a melhor comparação.

18

PARTE V · MEDIR E MELHORAR

Melhoria contínua

Melhorar é testar pequeno, medir e aprender, sem abrir mão de critérios clínicos, segurança, equidade e condições de trabalho.



- 1 Comece pequeno: um setor, um turno, uma semana.
- 2 Defina antes o que vai medir e o que espera.
- 3 Interrompa o teste se houver risco assistencial.
- 4 Amplie só o que funcionou, com as áreas responsáveis.

Figura 42. O ciclo Planejar–Fazer–Estudar–Agir e quatro regras para testar mudanças com segurança.

Melhorar não é implantar grandes projetos de uma vez. O ciclo Planejar–Fazer–Estudar–Agir propõe o contrário: testar uma mudança pequena, com uma previsão clara do que se espera, medir o resultado e decidir se ela deve ser adotada, ajustada ou abandonada. Cada ciclo ensina algo, e vários ciclos curtos costumam produzir mais do que um plano longo.

Base: Langley e colaboradores [43].

O teste pequeno também protege o paciente: se a mudança não funcionar, o dano fica contido em um setor, um turno, uma semana. Só se amplia o que funcionou, com as áreas responsáveis pelo processo e respeitando os fluxos oficiais.

Ferramentas Lean aplicadas ao hospital

O Lean, originado na indústria, foi adaptado à saúde para reduzir esperas e desperdícios sem perder qualidade. No SUS, o projeto Lean nas Emergências aplicou essas ferramentas em hospitais de todo o país.^[41] O quadro resume as mais úteis à rotina de direção, com o cuidado que cada uma exige.

Prática	Aplicação	Cuidado
Huddle diário	Reunião breve, no mesmo horário, focada nos riscos das próximas 24 horas	Não virar reunião longa nem exposição individual
Gestão visual	Mostrar capacidade, demanda, pendências e metas, com atualização definida	Proteger dados pessoais; não criar controle paralelo

Prática	Aplicação	Cuidado
Gemba e ronda	Observar o trabalho onde ele acontece e ouvir equipe e usuário	Não substitui a supervisão técnica nem a auditoria formal
Mapeamento do fluxo	Desenhar a jornada e separar tempo de cuidado de tempo de espera	Validar mudanças com as áreas e os fluxos oficiais
Trabalho padronizado	Sequência mínima, responsável, critério de qualidade e contingência	Não retirar o julgamento clínico necessário
5S	Organizar ambiente, materiais, informação e locais de guarda (ver o destaque abaixo)	Articular com controle de infecção, patrimônio e contratos
Análise de causa	Cinco porquês, diagrama de causa e efeito, antes da solução	Examinar o sistema antes de atribuir culpa individual

Base: Womack e Jones [44]; Rother e Shook [45]; Liker [46]; Ohno [50]; Ishikawa [51]; Lean nas Emergências [41].

A caixa de ferramentas, ao final do guia, traz fichas prontas para aplicar esses métodos: Ishikawa, 5 Porquês e Pareto para analisar as causas (Ferramentas E, F e G); o Ciclo PDSA para testar mudanças (Ferramenta J); e o 5S para organizar o local de trabalho (Ferramenta L).

BOA PRÁTICA · EM DESTAQUE

5S: organizar o ambiente para cuidar melhor

O 5S é um método japonês de organização do local de trabalho. Não é um mutirão de limpeza: é uma forma de manter o setor organizado para que cada item esteja onde deve estar, em condição de uso, quando for preciso. No hospital, isso significa menos tempo procurando material, menos item vencido e menos risco de trocar um produto por outro.

Senso	Significa	No hospital
Seiri	Utilização	Separar o necessário do desnecessário. O que sai segue o destino correto: bens tombados vão ao patrimônio, resíduos seguem o plano de gerenciamento, documentos seguem a tabela de temporalidade e medicamentos voltam à farmácia.
Seiton	Ordenação	Um lugar definido e identificado para cada item, perto de onde é usado. Medicamentos de alta vigilância e itens parecidos ficam separados e sinalizados.
Seiso	Limpeza	Manter ambiente e equipamentos em condição de uso e identificar a causa da sujeira. A higienização segue os protocolos do controle de infecção e do serviço de limpeza; o 5S não os substitui.
Seiketsu	Padronização	Registrar o padrão com foto do “como deve ficar”, etiquetas e cores, para que qualquer turno o reproduza.

Senso	Significa	No hospital
Shitsuke	Disciplina	Manter o padrão com verificação curta e periódica e retorno à equipe.

Como implementar na prática

1. Escolha um setor e forme um grupo pequeno com a equipe e a liderança do próprio setor.
2. Registre a situação inicial, com fotos e com os indicadores abaixo.
3. Aplique os três primeiros sensos com o controle de infecção desde o início; envolva o patrimônio e a gestão do contrato de limpeza quando houver descarte ou mudança de leiaute.
4. Padronize: foto do “como deve ficar”, etiquetas e cores.
5. Verifique periodicamente, na ronda (Ferramenta B) e na reunião do setor, com uma lista de verificação curta. Não é preciso criar um rito novo.
6. Dê retorno à equipe, reconheça o resultado e amplie para outros setores.

Como saber se funcionou

- tempo para encontrar materiais ou documentos;
- itens vencidos encontrados no setor;
- ocorrências de falta de insumos;
- percentual de itens atendidos na lista de verificação.

Se a unidade optar por começar com um piloto, 30 dias em um único setor, com avaliação semanal na reunião do próprio setor, costumam bastar para mostrar resultado e ganhar a adesão de outras equipes.

A ficha do 5S (Ferramenta L) organiza a aplicação e o registro dos indicadores.

Base metodológica: Osada [74]; Hirano [75]. Descarte de resíduos: RDC Anvisa nº 222/2018 [16].

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

A Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente orienta a **gestão sistêmica de riscos**, a notificação e a **aprendizagem organizacional** a partir de incidentes, a cultura voltada à qualidade e a integração dessas ações aos instrumentos de planejamento e gestão. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é o espaço dessa agenda no hospital.

Fonte: Portaria GM/MS nº 11.527/2026 [12]; Portaria GM/MS nº 529/2013 [13]; RDC Anvisa nº 36/2013 [14]; Portaria SES/DF nº 1.357/2018, art. 8º, I [4].

BOA PRÁTICA

Cultura justa. Diferencie falha do sistema, limitação de recurso, erro não intencional e conduta irregular. A maioria dos eventos nasce de falhas do sistema; tratá-los como culpa individual reduz as notificações e esconde os riscos. Dê sempre retorno às equipes sobre as providências adotadas.

Base metodológica: Marx [47]; Reason [48].

ATENÇÃO

O Lean não autoriza redução indiscriminada de recursos nem substitui protocolos, regulação, dimensionamento ou processo administrativo.

19

PARTE V · MEDIR E MELHORAR

Dados confiáveis

Quando cada setor tem seu próprio número, ninguém confia em nenhum. Registrar uma vez, na fonte oficial, é o que permite que o hospital, a região e a rede vejam a mesma realidade.

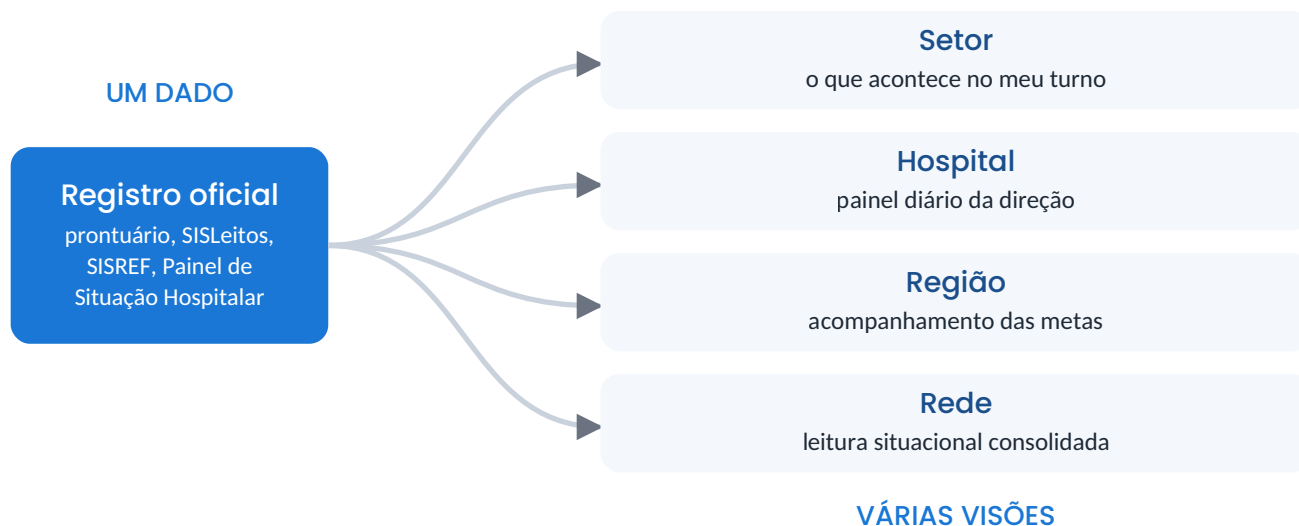


Figura 43. Um dado registrado uma vez, na fonte oficial, alimenta todas as visões: do setor à rede.

Dados confiáveis são a condição de tudo o que o guia propõe: o painel diário, as metas, os indicadores, o faturamento e a leitura da rede dependem de que o mesmo fato seja registrado uma única vez, no sistema oficial, no momento em que acontece.

Quadros e planilhas locais têm seu lugar: ajudam a equipe a organizar o turno e a enxergar pendências. O problema começa quando produzem números próprios, diferentes dos oficiais, que passam a circular em relatórios e reuniões. As seis regras a seguir evitam esse caminho.

Fonte oficial

Os números do painel saem dos sistemas oficiais. É obrigação manter o registro e a atualização regular desses sistemas.

Sem quadro paralelo

Quadros e planilhas locais apoiam a rotina, mas não substituem o registro oficial nem geram números próprios para relatórios.

Conciliação mensal

Uma vez por mês, confira se a capacidade é a mesma no CNES, no SISLeitos e no censo. Divergência é registrada e corrigida.

Registro na hora

Restrições e mudanças de situação são registradas quando acontecem, e não no fim do plantão.

Dado divergente

Decida com a melhor informação, registre a divergência, concilie a fonte e corrija na origem.

Dado pessoal

Acesso a dados de pacientes e servidores só para quem precisa. Pedidos externos seguem o fluxo de acesso à informação.

OBRIGAÇÃO NORMATIVA

- A gestão mantém o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação adotados pela SES-DF.
- O tratamento de dados pessoais segue a Lei Geral de Proteção de Dados.
- Pedidos de acesso à informação seguem a Lei de Acesso à Informação e a lei distrital correspondente.

Fonte: Portaria SES/DF nº 1.357/2018, art. 18, § 2º [4]; Lei nº 13.709/2018 [25]; Lei nº 12.527/2011 e Lei DF nº 4.990/2012 [26].

ATENÇÃO

Enviar a órgãos de controle ou à imprensa números de planilhas locais, diferentes dos oficiais, gera contradição com os painéis da SES-DF e descrédito institucional. Na dúvida, o número oficial prevalece e a divergência é tratada internamente.



SÍNTESE DA ROTINA

Calendário do diretor

O que precisa acontecer, e quando. O diretor não executa tudo: certifica-se de que foi feito.

O calendário reúne, em uma única página, os rituais, os prazos e as prestações de contas descritos ao longo do guia, do dia ao ano. Não é uma ficha de preenchimento: é o mapa da rotina, para planejar a agenda da direção e conferir, a cada período, se cada ritual e cada prazo aconteceu. As fichas da caixa de ferramentas, a seguir, apoiam a execução de cada um desses momentos.

Diário	Semanal
7h · 13h · 19h: fechamento dos números - Huddle entre 10h e 10h30 (10 a 15 minutos) - Painel diário e restrições instaladas - Altas e transferências do dia - Revisão de riscos no fim do dia	- Reunião de fluxo - Painel semanal: rota de visualização - Rondas escolhidas pelo risco - Contratos com falha - Fechamento da semana
Mensal	Bimestral e anual
Revisão de indicadores, metas e resultados - Dias 5, 11 e 16: prazos de escala e frequência (Portaria 321) - Síntese mensal da escala e do TPD - Faturamento: produção e rejeições - Pendências de órgãos de controle	- Análises bimestrais do acordo de gestão Relatório de gestão das unidades subordinadas: apresentação e revisão - PDPAS: contas bimestrais até o dia 10 do mês seguinte ao bimestre - PDPAS: contas anuais até o último dia útil de fevereiro - Plano anual de contratações - Análise anual e novo acordo de gestão - A cada 2 anos: avaliação da qualidade

Figura 44. Calendário de referência. A gestão da escala segue as Portarias SES/DF nº 321/2023 [7] e nº 337/2023 [29]; o PDPAS, a Portaria SES/DF nº 473/2023 [36]; a avaliação bienal, a Portaria SES/DF nº 1.357/2018 [4]. Em destaque, os rituais de prestação de contas.

As ferramentas transformam as orientações do guia em prática. Cada ficha cabe em uma página, pode ser impressa e preenchida à mão e indica quando usá-la e em qual capítulo o tema é aprofundado.

Estão organizadas pelo ciclo de gestão: **rotina** (acompanhar o dia, a semana e o mês), **analisar** (entender as causas de um problema), **agir e melhorar** (planejar, testar e padronizar) e **planejar** (preparar a pactuação anual).

Um caminho comum: o problema aparece no huddle, na ronda ou na revisão de desempenho (A a D); as causas são levantadas e priorizadas (E, F, G); a ação é detalhada e acompanhada (I, H); a mudança é testada antes de ser ampliada (J).

As fichas C, D, E, F, G e I a M foram adaptadas do Banco de Ferramentas do Curso de Gestão Baseada em Dados da SES-DF. As fichas A, B e H foram elaboradas para este guia.

	Ferramenta	Etapa	Para quê	Capítulo
A	Pauta do huddle	Rotina	conduzir o huddle diário de 10 a 15 minutos	5
B	Formulário de ronda	Rotina	registrar a ronda em qualquer setor	9
C	Round gerencial	Rotina	visitar um setor com roteiro por dimensão	9
D	Revisão de desempenho	Rotina	conduzir a revisão mensal de metas e indicadores	5, 8
E	Diagrama de Ishikawa	Analisar	levantar as causas de um problema, por categoria	18
F	5 Porquês	Analisar	aprofundar uma causa até a origem	18
G	Gráfico de Pareto	Analisar	priorizar as causas que mais pesam	17, 18
H	Plano de ação	Agir e melhorar	acompanhar ação, evidência e checagem	5, 13
I	Plano de ação 5W2H	Agir e melhorar	detalhar uma ação antes de executá-la	5, 13
J	Ciclo PDSA	Agir e melhorar	testar uma mudança em pequena escala	18
K	Mapeamento do fluxo (VSM)	Agir e melhorar	enxergar esperas e desperdícios no fluxo	7
L	Metodologia 5S	Agir e melhorar	organizar o local de trabalho	18
M	Matriz SWOT	Planejar	preparar a pactuação anual e os planos	2



Pauta do huddle

Reunião diária breve · olhar para trás, situação agora, olhar para frente

Quando usar: todos os dias, entre 10h e 10h30, depois do fechamento dos números e do levantamento das pendências.

Capítulo 5

DATA _____ FACILITADOR _____ PARTICIPANTES _____

1 Olhar para trás · últimas 24 horas

☐ Números fechados conferidos: capacidade, ocupação e pacientes aguardando destino

_____☐ Eventos, riscos e intercorrências das últimas 24 horas

_____☐ Decisões e prazos do dia anterior: foram concluídos?

2 Situação agora

☐ Restrições instaladas e nível de contingenciamento, com registro atualizado no Painel de Situação

_____☐ Escala prevista, presença real e cobertura segura por turno

_____☐ Equipamentos, insumos e serviços de apoio críticos

3 Olhar para frente · próximas 24 horas

☐ Altas do dia e previstas para amanhã, com as barreiras para concluí-las
_____☐ Altas de UTI aguardando saída e tempo decorrido desde a alta
_____☐ Admissões previstas: cirurgias, transferências reguladas e demanda do pronto-socorro
_____☐ Pacientes aguardando transferência por procedimento indisponível
_____☐ Pacientes que exigem atenção: deterioração, isolamento, risco de queda
_____☐ Prioridades, responsáveis e escalonamentos até o próximo huddle

Pendências e escalonamentos

ITEM	RESPOSTA			RESPONSÁVEL	PRAZO
_____	☐ sem pendência	☐ pendência com prazo	☐ escalonamento	_____	_____
_____	☐ sem pendência	☐ pendência com prazo	☐ escalonamento	_____	_____
_____	☐ sem pendência	☐ pendência com prazo	☐ escalonamento	_____	_____

Cada item termina em uma de três respostas: sem pendência · pendência com responsável e prazo · escalonamento. Sempre na mesma ordem, de 10 a 15 minutos.

Base metodológica: IHI, huddles de segurança [57]; Toussaint e Berry [56].



Quando usar: para registrar a ronda da direção ou das lideranças, com o checklist das seis dimensões do capítulo 9.

Capítulo 9

SETOR _____ DATA E HORA _____ TURNO _____ RESPONSÁVEL PRESENTE _____

1 O que foi observado

ESCALA PREVISTA E PRESENÇA REAL

VOLUME E CAPACIDADE ATUAL

RESTRIÇÃO INSTALADA

registrada no Painel de Situação? ☐ sim ☐ não

RISCO ASSISTENCIAL OBSERVADO

NÃO CONFORMIDADE OU DIVERGÊNCIA DE DADO

2 O que foi decidido

AÇÃO IMEDIATA

RESPONSÁVEL

PRAZO

EVIDÊNCIA EXIGIDA

DATA DA RECHECAGEM

STATUS

☐ aberta

☐ em andamento

☐ concluída

☐ resolvida

☐ escalada

CHECKLIST DA VISITA · MARQUE O QUE FOI VERIFICADO E ESTÁ ADEQUADO

☐ A escala publicada corresponde às pessoas presentes

☐ Equipe compatível com o volume e o risco atuais

☐ Cobertura de pessoal do turno monitorada; lacunas comunicadas

☐ Todos sabem quem responde pelo turno e como escalar

☐ Nada em condição insegura: pacientes, materiais, resíduos, equipamentos

☐ O setor conhece sua meta e o resultado mais recente

☐ Pendências da visita anterior resolvidas e comprovadas

☐ Sistema e quadro local mostram a mesma informação

☐ Contingência conhecida para falta de pessoal, insumo ou utilidade

Uma folha por visita. Não registre nomes nem dados que identifiquem pacientes. Toda resposta negativa vira registro, com responsável e prazo.

Base metodológica: gestão no local de trabalho [55]; matriz de responsabilidades [53].



Quando usar: em visitas da direção ou das lideranças a qualquer setor, sobretudo nas escolhidas pelo risco.

Capítulo 9

SETOR VISITADO _____ DATA E HORA _____ RESPONSÁVEL PELA VISITA _____

1 Segurança do paciente

ITEM VERIFICADO	OBSERVAÇÃO OU ACHADO	CONFORME?
Identificação dos pacientes	_____	☐ sim ☐ não
Risco de queda e de lesão por pressão	_____	☐ sim ☐ não
Higienização das mãos	_____	☐ sim ☐ não

2 Qualidade assistencial

ITEM VERIFICADO	OBSERVAÇÃO OU ACHADO	CONFORME?
Prescrição e evolução atualizadas	_____	☐ sim ☐ não
Dispositivos invasivos	_____	☐ sim ☐ não
Alta planejada	_____	☐ sim ☐ não

3 Equipe

ITEM VERIFICADO	OBSERVAÇÃO OU ACHADO	CONFORME?
Intercorrências no turno	_____	☐ sim ☐ não
Necessidades e barreiras	_____	☐ sim ☐ não
Reconhecimento e clima	_____	☐ sim ☐ não

4 Ambiente e infraestrutura

ITEM VERIFICADO	OBSERVAÇÃO OU ACHADO	CONFORME?
Limpeza e organização (5S)	_____	☐ sim ☐ não
Equipamentos funcionando	_____	☐ sim ☐ não
Materiais e medicamentos	_____	☐ sim ☐ não

Ações imediatas identificadas

achados que exigem providência seguem para o plano de ação

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	STATUS
_____	_____	_____	☐ aberta ☐ andamento ☐ concluída ☐ resolvida ☐ escalada
_____	_____	_____	☐ aberta ☐ andamento ☐ concluída ☐ resolvida ☐ escalada
_____	_____	_____	☐ aberta ☐ andamento ☐ concluída ☐ resolvida ☐ escalada
_____	_____	_____	☐ aberta ☐ andamento ☐ concluída ☐ resolvida ☐ escalada

Não registre nomes nem dados que identifiquem pacientes. Para o registro completo da ronda, use também o Formulário de ronda (Ferramenta B).

Base metodológica: gestão no local de trabalho (gemba) [55]; IHI [57].



Revisão de desempenho

Ritual de gestão · revisar, analisar, decidir, comprometer

Quando usar: na revisão mensal das metas do acordo de gestão e dos indicadores do painel mensal.

Capítulos 5 e 8

UNIDADE OU ÁREA _____ DATA _____ FACILITADOR _____

PAUTA



Indicador	Meta	Realizado	Status	Análise do desvio e causa		
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____
_____	_____	_____	☐ ok ☐ alerta ☐ crítico	_____	_____	_____

Prioridades definidas na reunião	Responsável	Prazo	Status		
_____	_____	_____	☐ aberta	☐ andamento	☐ concluída
_____	_____	_____	☐ aberta	☐ andamento	☐ concluída
_____	_____	_____	☐ aberta	☐ andamento	☐ concluída
_____	_____	_____	☐ aberta	☐ andamento	☐ concluída

COMO CONDUZIR

- 1 Liste os indicadores do acordo de gestão, com meta e realizado.
- 2 Classifique cada um: ok, alerta ou crítico.
- 3 Discuta só os que estão em alerta ou críticos.
- 4 Para cada desvio relevante: ação, responsável e prazo.
- 5 Até 60 minutos. Abra a próxima conferindo as ações vencidas.

*Leia a tendência, e não o número isolado: três meses na mesma direção são um sinal; um mês fora da meta pode ser variação normal.***Base metodológica:** gestão à vista (Liker) [46]; leitura de séries (Provost e Murray) [54].

Diagrama de Ishikawa

Análise de causa e efeito · as seis categorias de causa

Quando usar: antes de propor solução para um problema recorrente, com a equipe que vive o processo.

Capítulo 18



COMO USAR

- 1 Escreva o problema no quadro à direita, como fato observado.
- 2 Para cada categoria, liste as causas que a equipe identifica.
- 3 Pergunte “por quê?” às causas mais prováveis (Ferramenta F).
- 4 Marque a causa mais provável e confirme-a com dados.

Examine o sistema antes de atribuir culpa individual. Monte o diagrama com quem executa o processo.

Base metodológica: Ishikawa [51]; cultura justa (Marx; Reason) [47, 48].

5 Porquês

Análise de causa raiz · aprofundar até a origem do problema

Quando usar: quando o problema tem uma cadeia de causas clara, ou para aprofundar uma causa do Ishikawa.

Capítulo 18

PROBLEMA INICIAL (FATO OBSERVADO) _____

DATA _____

EQUIPE _____

Por quê 1?	Por quê 2?	Por quê 3?	Por quê 4?	Por quê 5?
_____ _____ _____ RESPOSTA _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ RESPOSTA _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ RESPOSTA _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ RESPOSTA _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ RESPOSTA _____ _____ _____ _____ _____

CAUSA RAIZ IDENTIFICADA

PRÓXIMO PASSO · AÇÃO NO PLANO DE AÇÃO

COMO USAR

- 1 Descreva o problema como fato, com dado, local e momento.
- 2 Pergunte "por quê?" até chegar a algo que a equipe possa mudar.
- 3 Cada resposta precisa de evidência, e não de suposição.
- 4 Nem sempre são cinco. Várias causas? Use o Ishikawa (Ferramenta E).

A causa raiz está no processo, raramente em uma pessoa. Se a resposta for "alguém errou", pergunte por que o sistema permitiu o erro.

Base metodológica: Ohno [50]; Langley e colaboradores [43].



Gráfico de Pareto

Priorização de causas · poucas causas concentram a maior parte do problema

**Quando usar:** quando há muitas causas registradas e é preciso decidir por onde começar.

Capítulos 17 e 18

PROBLEMA ANALISADO _____ PERÍODO _____ FONTE DOS DADOS _____

#	Causa ou categoria	Frequência	% individual	% acumulado	Prioridade
1	_____	_____	_____	_____	☐
2	_____	_____	_____	_____	☐
3	_____	_____	_____	_____	☐
4	_____	_____	_____	_____	☐
5	_____	_____	_____	_____	☐
6	_____	_____	_____	_____	☐
7	_____	_____	_____	_____	☐
8	_____	_____	_____	_____	☐
Total		_____	100%		



COMO PREENCHER

- 1 Liste as causas da mais frequente para a menos frequente.
- 2 Calcule o % de cada causa e o % acumulado.
- 3 Desenhe as barras (altura = % individual).
- 4 Trace a linha do % acumulado sobre as barras.
- 5 As causas até a linha de 80% são as primeiras a tratar.

*Use dados do período, de fonte oficial (notificações, ocorrências, motivos de suspensão, rejeições). A prioridade final considera também a gravidade de cada causa.***Base metodológica:** princípio de Pareto (Juran) [67]; Ishikawa [51].



Plano de ação

Problema · causa · ação · responsável · prazo · evidência · recheçagem

**Quando usar:** para acompanhar as ações decididas nos rituais e nas rondas até que o problema deixe de acontecer.

Capítulos 5 e 13

UNIDADE OU SETOR _____

RESPONSÁVEL PELO PLANO _____

DATA _____

Problema e evidência	Risco	Causa	Ação	Responsável	Prazo	Evidência de conclusão	Recheçagem do resultado	Status

COMO PREENCHER

- 1 Uma linha por problema, com a evidência que o comprova.
- 2 Evidência de conclusão: o que prova que a ação foi executada.
- 3 Recheçagem: a data em que se verifica se o problema deixou de ocorrer.
- 4 Status: aberta · em andamento · concluída · resolvida · escalada.

Se a ação depende de outra instância, registre a quem foi escalada e quando. Para detalhar uma ação complexa antes de executá-la, use o 5W2H (Ferramenta I).

Base metodológica: regra de ouro do capítulo 13; matriz de responsabilidades [53]; Langley e colaboradores [43].

Plano de ação 5W2H

O quê · por quê · quem · quando · onde · como · quanto

Quando usar: para detalhar uma ação antes de executá-la, sobretudo quando envolve várias áreas ou recurso.

Capítulos 5 e 13

AÇÃO OU PROBLEMA _____ RESPONSÁVEL GERAL _____ DATA _____

W O quê? o que será feito	W Por quê? qual a justificativa	W Quem? quem é o responsável	W Quando? prazo de execução
W Onde? em que local ou setor	H Como? de que forma será feito	H Quanto? custo ou recurso estimado	

COMO PREENCHER

- 1 Defina a ação ou o problema no cabeçalho, da forma mais específica.
- 2 Preencha cada campo com uma resposta verificável.
- 3 Não deixe campos em branco.
- 4 Se algum campo não tem resposta, o plano ainda não está pronto.

Para acompanhar a execução, a evidência de conclusão e a checagem do resultado, registre a ação no Plano de ação (Ferramenta H).

Base metodológica: ferramentas da qualidade; gerenciamento de projetos (PMI) [53].

Quando usar: para testar uma mudança de processo antes de adotá-la no setor ou no hospital.

MUDANÇA TESTADA _____ SETOR _____ PERÍODO DO TESTE _____

Planejar

O que vamos mudar e o que esperamos?

Objetivo _____

Previsão (o que deve acontecer) _____

Quem, quando e onde _____

Como vamos medir _____

Fazer

Teste em pequena escala e registre

O que foi feito _____

Problemas encontrados _____

Dados coletados _____

Observações _____

Estudar

O que os dados mostram?

Resultado obtido _____

Comparação com a previsão _____

A previsão se confirmou? _____

O que aprendemos _____

Agir

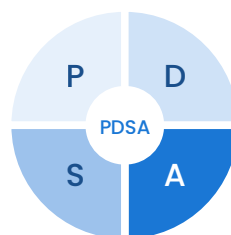
Adotar, ajustar ou abandonar?

Decisão ☐ adotar ☐ ajustar ☐ abandonar

Ajustes para o próximo ciclo _____

Ampliar para _____

Próximo ciclo _____

**REGRAS PARA TESTAR COM SEGURANÇA**

- 1 Comece pequeno: um setor, um turno, uma semana.
- 2 Defina antes o que vai medir e o que espera.
- 3 Interrompa o teste se houver risco assistencial.
- 4 Amplie só o que funcionou, com as áreas responsáveis.

Cada ciclo gera aprendizado, mesmo quando a mudança não funciona. Vários ciclos curtos costumam render mais do que um plano longo.

Base metodológica: Langley e colaboradores [43].

Quando usar: para enxergar onde o paciente ou o processo para, por quê e quem controla a barreira.

Capítulo 7

PROCESSO MAPEADO _____ INÍCIO E FIM DO FLUXO _____ DATA _____

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5	Etapa 6
Nome _____	Nome _____	Nome _____	Nome _____	Nome _____	Nome _____
Quem executa _____	Quem executa _____	Quem executa _____	Quem executa _____	Quem executa _____	Quem executa _____
Tempo com valor _____	Tempo com valor _____	Tempo com valor _____	Tempo com valor _____	Tempo com valor _____	Tempo com valor _____
espera: _____		espera: _____		espera: _____	

LINHA DO TEMPO: SOMA DOS TEMPOS COM VALOR E DOS TEMPOS DE ESPERA

TEMPO COM VALOR _____	+	TEMPO DE ESPERA _____	=	TEMPO TOTAL _____	→	% COM VALOR _____
--------------------------	---	--------------------------	---	----------------------	---	----------------------

% com valor = tempo com valor ÷ tempo total × 100

DESPERDÍCIOS IDENTIFICADOS

espera · transporte · retrabalho · excesso · movimento · estoque · defeitos

COMO PREENCHER

- 1 Nomeie cada etapa do fluxo.
- 2 Registre o tempo com valor de cada etapa.
- 3 Registre as esperas entre etapas.
- 4 Some os tempos na linha do tempo.
- 5 Identifique os principais desperdícios.
- 6 Priorize os gargalos para o plano de ação.

Mapeie a jornada real, como ela acontece, e não o fluxo previsto no papel. Valide os tempos com quem executa cada etapa.

Base metodológica: Rother e Shook [45]; Lean nas Emergências [41].



Metodologia 5S

Organização do local de trabalho · segurança, qualidade e menos desperdício

Quando usar: para organizar um setor, reduzir tempo de busca, itens vencidos e risco de troca de produtos.

Capítulo 18

SETOR AVALIADO _____

DATA DE INÍCIO _____

RESPONSÁVEL _____

1S Seiri UTILIZAÇÃO	2S Seiton ORDENAÇÃO	3S Seiso LIMPEZA	4S Seiketsu PADRONIZAÇÃO	5S Shitsuke DISCIPLINA
Separar o necessário do desnecessário e dar o destino correto ao que sai. NO SETOR _____ _____ _____ _____ RESULTADO Itens retirados: _____ ☐ patrimônio ☐ resíduos ☐ arquivo	Um lugar definido e identificado para cada item, perto de onde é usado. NO SETOR _____ _____ _____ _____ RESULTADO Tempo para localizar um item antes _____ depois _____	Manter em condição de uso e eliminar a causa da sujeira, conforme os protocolos da CCIH. NO SETOR _____ _____ _____ _____ RESULTADO Não conformidades na verificação: _____	Registrar o padrão com foto, etiqueta e cor, para que todo turno o reproduza. NO SETOR _____ _____ _____ _____ RESULTADO Padrões visuais criados: _____	Manter o padrão com verificação curta e periódica e retorno à equipe. NO SETOR _____ _____ _____ _____ RESULTADO Itens atendidos na lista de verificação: _____ %

INDICADORES DO SETOR

Tempo para encontrar materiais ou documentos

ANTES

APÓS 30 DIAS

Itens vencidos encontrados no setor

Ocorrências de falta de insumos

% de itens atendidos na lista de verificação

COMO IMPLEMENTAR

- 1 Escolha um setor e forme um grupo com a equipe.
- 2 Registre a situação inicial com fotos e dados.
- 3 Aplique os três primeiros S, com a CCIH.
- 4 Padronize: foto, etiquetas e cores.
- 5 Verifique na ronda e na reunião do setor.
- 6 Dê retorno, reconheça e amplie.

O 5S não substitui os protocolos de higienização e de controle de infecção. Descartes seguem as regras de patrimônio, resíduos e arquivo.

Se optar por um piloto, 30 dias em um único setor, com avaliação semanal na reunião do próprio setor, costumam bastar para mostrar resultado.

Base metodológica: Osada [74]; Hirano [75]; RDC Anvisa n° 222/2018 [16].



Quando usar: na preparação da pactuação anual e dos planos da unidade; não é ferramenta da rotina diária.

Capítulo 2

UNIDADE OU SERVIÇO ANALISADO _____ HORIZONTE _____ DATA _____

FAVORÁVEIS

DESFAVORÁVEIS

INTERNOS	Forças vantagens internas	Fraquezas pontos a melhorar internamente
	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____
EXTERNOS	Oportunidades fatores externos favoráveis	Ameaças fatores externos de risco
	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____

COMO USAR OS RESULTADOS

Forças + oportunidades
→ estratégias de crescimento

Forças + ameaças
→ estratégias de proteção

Fraquezas + oportunidades
→ estratégias de desenvolvimento

Fraquezas + ameaças
→ estratégias de redução de risco

Fatores internos são governáveis pela unidade; externos, não. Cada estratégia vira ação no plano de ação (Ferramentas H ou I).

Base metodológica: análise SWOT (Learned e colaboradores) [68].

GLOSSÁRIO E REFERÊNCIAS

Aa Glossário

5S	Método de organização do local de trabalho: utilização, ordenação, limpeza, padronização e disciplina
5W2H	Roteiro de plano de ação: o quê, por quê, quem, quando, onde, como e quanto
Acordo de gestão	Instrumento anual de pactuação de metas (regional, local e distrital)
AIH	Autorização de Internação Hospitalar, instrumento de registro da produção hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de alta complexidade ou custo
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem da ESPDF
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
CICS	Central Integrada de Comando em Saúde
CME	Central de Material e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPPAS	Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPDF	Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, vinculada à FEPECS
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação: recursos federais fora do teto, pagos após a produção
FCDF	Fundo Constitucional do Distrito Federal
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GAEES	Área da ESPDF que analisa e planeja as ações educativas demandadas pelas unidades
Habilitação	Reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de que um serviço cumpre os requisitos para receber financiamento específico
Huddle	Reunião breve, diária e com pauta fixa
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
MAC	Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; o teto MAC é o limite financeiro federal para essa atenção
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NEDOCS	Escore de superlotação de serviços de emergência

NIR	Núcleo Interno de Regulação
NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
PAE	Projeto de Ação/Evento Educativo, elaborado com a ESPDF
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde
PDS	Plano Distrital de Saúde
PDSA	Ciclo Planejar-Fazer-Estudar-Agir
PNCP	Portal Nacional de Contratações Públicas
PPA	Plano Plurianual
RDHP	Rede Distrital de Hospitais Públicos
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SEGHOSP	Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar
SIA · SIH	Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SISLEITOS	Sistema de regulação de leitos da SES-DF
SISREF	Sistema de Registro Eletrônico de Frequência
SWOT	Matriz de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças
TCE	Tomada de Contas Especial
TPD	Trabalho em Período Definido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VSM	Mapeamento do fluxo de valor (value stream mapping)

Referências

Normativas

- [1] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, arts. 196 a 200; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- [2] DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e alterações.
- [3] DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 48.924, de 8 de julho de 2026. Institui a Rede de Inteligência em Saúde do Distrito Federal.
- [4] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 1.357, de 6 de dezembro de 2018. Organização da Atenção Hospitalar no âmbito da SES-DF.
- [5] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 386, de 27 de julho de 2017. Componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e níveis de contingenciamento; alterada pela Portaria nº 570, de 30 de julho de 2020.
- [6] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 510, de 2025 (DODF nº 220, de 19 de novembro de 2025). Fluxo de pacientes com alta médica de UTI.
- [7] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 321, de 15 de agosto de 2023. Horários, escalas, carga horária e frequência eletrônica; texto compilado com a Portaria nº 252, de 24 de maio de 2024.
- [8] DISTRITO FEDERAL. Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011. Regime jurídico dos servidores públicos civis do Distrito Federal.
- [9] DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 43.291, de 9 de maio de 2022. Diretrizes gerais para o Dimensionamento da Força de Trabalho.
- [10] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Parâmetros para o Dimensionamento da Força de Trabalho. 3. ed. Brasília: SES-DF, 2025.
- [11] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXIV. Política Nacional de Atenção Hospitalar (origem: Portaria GM/MS nº 3.390/2013).
- [12] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (Anexo XLV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).
- [13] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- [14] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.
- [15] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.
- [16] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.
- [17] BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- [18] BRASIL. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Obrigatoriedade do programa de controle de infecções hospitalares.
- [19] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.147, de 2016. Responsabilidades e atribuições de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço.
- [20] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III. Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- [21] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria GM/MS nº 1.559/2008), consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017.
- [22] BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para hospitais gerais e especializados. Brasília: MS, 2017.
- [23] BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos.
- [24] DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 44.330, de 16 de março de 2023. Regulamenta a Lei nº 14.133/2021 no âmbito do Distrito Federal.
- [25] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
- [26] BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação); DISTRITO FEDERAL. Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012.

- [27] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portal de Protocolos Vigentes e portarias de aprovação dos documentos da CPPAS (por exemplo, Portarias nº 279/2024 e nº 79/2026).
- [28] DISTRITO FEDERAL. Lei nº 6.137, de 20 de abril de 2018. Cria a remuneração por Trabalho em Período Definido (TPD); regulamentada pelo Decreto nº 39.048, de 11 de maio de 2018.
- [29] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 337, de 8 de setembro de 2023. Dispõe sobre a prestação de Trabalho em Período Definido (TPD) na SES-DF.
- [30] BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, critérios de rateio e normas de fiscalização, avaliação e controle.
- [31] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS; com as alterações da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (blocos de custeio e de investimento), e da Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020 (blocos de manutenção e de estruturação).
- [32] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.146/2026 (DOU de 12 de janeiro de 2026). Divulga os montantes anuais do Teto MAC alocados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.
- [33] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.169, de 19 de janeiro de 2026 (república no DOU de 28/01/2026). Parcelas suplementares para o custeio da Atenção Primária à Saúde e da Média e Alta Complexidade.
- [34] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.011, de 10 de novembro de 2017. Transfere recursos do FAEC para o Teto MAC dos estados.
- [35] DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 44.322, de 15 de março de 2023 (DODF nº 52, de 16/03/2023). Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PD-PAS); alterado pelos Decretos nº 47.725/2025 e nº 48.796/2026.
- [36] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 473, de 4 de dezembro de 2023. Regulamenta a execução do PDPAS (revogou a Portaria nº 200/2023).
- [37] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.603, de 22 de novembro de 2018. Financiamento da terapia renal substitutiva pelo FAEC.
- [38] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portarias GM/MS nº 198/2004 e nº 1.996/2007, consolidadas na Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XL.
- [39] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde; Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Portaria Conjunta SES/FEPECS nº 2, de 26 de janeiro de 2023 (DODF nº 20, de 27/01/2023). Atividades práticas curriculares obrigatórias de estudantes de cursos técnicos e de graduação da área da saúde nas estruturas da SES-DF.

Metodológicas e institucionais

- [40] BRASIL. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2. ed. Brasília: MS, 2002.
- [41] BRASIL. Ministério da Saúde; Hospitais PROADI-SUS. Projeto Lean nas Emergências: redução das superlotações hospitalares.
- [42] WEISS, S. J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NE-DOCS). *Academic Emergency Medicine*, v. 11, n. 1, p. 38-50, 2004.
- [43] LANGLEY, G. J. et al. The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- [44] WOMACK, J. P.; JONES, D. T. Lean Thinking: banish waste and create wealth in your corporation. New York: Simon & Schuster, 1996.
- [45] ROTHER, M.; SHOOK, J. Learning to See: value stream mapping to add value and eliminate muda. Cambridge: Lean Enterprise Institute, 1999.
- [46] LIKER, J. K. The Toyota Way: 14 management principles. New York: McGraw-Hill, 2004.
- [47] MARX, D. Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives. New York: Columbia University, 2001.
- [48] REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, v. 320, p. 768-770, 2000.
- [49] DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- [50] OHNO, T. Toyota Production System: beyond large-scale production. Portland: Productivity Press, 1988.
- [51] ISHIKAWA, K. Guide to Quality Control. Tokyo: Asian Productivity Organization, 1986.

- [52] WEITZEL, S. R. Feedback that works: how to build and deliver your message. Greensboro: Center for Creative Leadership, 2000.
- [53] PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide). 6. ed. Newtown Square: PMI, 2017.
- [54] PROVOST, L. P.; MURRAY, S. K. The Health Care Data Guide: learning from data for improvement. San Francisco: Jossey-Bass, 2011.
- [55] WOMACK, J. P. Gemba Walks. Cambridge: Lean Enterprise Institute, 2011.
- [56] TOUSSAINT, J. S.; BERRY, L. L. The promise of Lean in health care. Mayo Clinic Proceedings, v. 88, n. 1, p. 74-82, 2013.
- [57] INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Patient Safety Essentials Toolkit: Huddles. Boston: IHI, 2017.
- [58] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Distrital de Saúde 2024-2027. Brasília: SES-DF, 2024.
- [59] WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. Managing the Unexpected: resilient performance in an age of uncertainty. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
- [60] HAIG, K. M.; SUTTON, S.; WHITTINGTON, J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, v. 32, n. 3, p. 167-175, 2006.
- [61] HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. Management of Organizational Behavior: utilizing human resources. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.
- [62] TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W. H. How to choose a leadership pattern. Harvard Business Review, v. 36, n. 2, p. 95-101, 1958.
- [63] CARUSO, C. C. Negative impacts of shiftwork and long work hours. Rehabilitation Nursing, v. 39, n. 1, p. 16-25, 2014.
- [64] CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- [65] CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 2).
- [66] BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Brasília: MS, versão vigente.
- [67] JURAN, J. M. (ed.). Quality Control Handbook. New York: McGraw-Hill, 1951.
- [68] LEARNED, E. P.; CHRISTENSEN, C. R.; ANDREWS, K. R.; GUTH, W. D. Business Policy: text and cases. Homewood: Irwin, 1965.
- [69] DISTRITO FEDERAL. Câmara Legislativa. Conofis. Estudo Técnico nº 04/2025: análise do 1º quadrimestre de 2025 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: CLDF, 2025.
- [70] BRASIL. Ministério da Saúde. Programação, regulação, controle e financiamento da média e alta complexidade (MAC). Brasília: MS. Disponível em: gov.br/saude.
- [71] BRASIL. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP). Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade: relatório de avaliação. Brasília, 2020.
- [72] DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Faturamento de média e alta complexidade está acima do teto. Brasília: SES-DF, 2019. Notícia institucional.
- [73] AGÊNCIA BRASÍLIA. Distrito Federal compartilha experiência sobre gestão de custos e recursos com outros estados. Brasília, 13 mar. 2025.
- [74] OSADA, T. The 5S's: five keys to a total quality environment. Tokyo: Asian Productivity Organization, 1991.
- [75] HIRANO, H. 5 Pillars of the Visual Workplace: the sourcebook for 5S implementation. Portland: Productivity Press, 1995.

Atos distritais consultados no SINJ-DF (sinj.df.gov.br); atos federais no Diário Oficial da União e nos portais do Ministério da Saúde e da Anvisa. Conferência em setembro de 2026.