



POLÍTICA DE GOVERNANÇA CLÍNICA



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



SUMÁRIO

1 Finalidade.....	3
2 Abrangência	3
3 Regulação	3
4 Definições técnicas.....	4
5 Diretrizes da Governança Clínica	5
6 Sanções e Penalidades.....	10
7 Disposições Finais.....	11

POLÍTICA	
Título: Política de Governança Clínica	Código: POL.014
	Revisão: 00

POLÍTICA DE GOVERNANÇA CLÍNICA

APROVAÇÃO PERANTE O CONSELHO CURADOR

A presente Política foi aprovada pelo Conselho Curador da Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba, em 18/08/2026 – ata da 4ª Reunião do Conselho Curador – em sessão Ordinária.

1 FINALIDADE

Estabelecer diretrizes, princípios e responsabilidades relacionadas à Governança Clínica da instituição hospitalar, assegurando a tomada de decisão ética, transparente, responsável e orientada à qualidade assistencial, à segurança do paciente, à sustentabilidade organizacional e à melhoria contínua dos processos.

Esta política visa integrar os aspectos estratégicos, assistenciais, regulatórios, éticos e de gestão de riscos, promovendo o cuidado centrado na pessoa, a efetividade clínica e o alinhamento entre a alta direção, lideranças e equipes multiprofissionais.

2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todas as unidades assistenciais administradas pela Fundação iNOVA Capixaba.

Para assegurar a implementação, o monitoramento e a efetividade desta Política, as responsabilidades são distribuídas entre os seguintes atores institucionais:

- **Alta Direção:** aprovar, apoiar e monitorar a aplicação desta política;
- **Diretor Técnico / Diretor Clínico:** garantir a efetividade da Governança Clínica;
- **Gestores e Coordenadores:** implementar, monitorar e reportar resultados;
- **Comissões e Comitês:** apoiar tecnicamente, analisar riscos e propor melhorias;
- **Equipes Assistenciais e Administrativas:** cumprir as diretrizes estabelecidas.

3 REGULAÇÃO

A presente política tem como principais referenciais normativos:

-Lei n.º 13.709/2018 – LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) - Base para o tratamento e armazenamento de informações, especialmente dados pessoais sensíveis relativos à saúde (item sobre epidemiologia/dados dos pacientes).

-Lei nº 13.303/2016 – Lei das Estatais - As práticas de governança, gestão de riscos e transparência da Fundação buscam alinhamento com seus princípios, no que for aplicável à natureza jurídica da instituição.

-Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM n.º 2.147/2016 - Base para a responsabilidade e autonomia da Diretoria Técnica e da Diretoria Clínica (item 3.7).

Portaria MS/GM n.º 529/2013 – Ministério da Saúde - Instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que orienta a gestão de riscos e a cultura de segurança da instituição (item 3.8).

RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) n.º 36/2013 – ANVISA – Programa Nacional de Segurança do Paciente- Também referenciada como base regulatória do PNSP, junto com a Portaria acima.

4 DEFINIÇÕES TÉCNICAS

-Agenda 2030: Corresponde a um conjunto de programas, ações e diretrizes que orientam os trabalhos das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável, atribuindo responsabilidade a todos os componentes da sociedade para cumprimento dos 17 ODS e suas metas.

-Corpo clínico: conjunto de médicos, enfermeiros, e demais profissionais de saúde que exercem as atividades de assistência ao paciente.

-Cultura de Segurança: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidente e promove o aprendizado organizacional. (BRASIL, 2013).

-NUVEH: Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

-ODS: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais a Organização das Nações Unidas está contribuindo a fim de que seja possível atingir a Agenda 2030 no Brasil.

-Partes interessadas (Stakeholders): Pessoa ou instituição que pode afetar ser afetada ou se perceber afetada por uma decisão ou atividade (Provedor, conselheiros, diretores, superintendentes, gerentes, coordenadores, colaboradores, corpo clínico, docentes, residentes, especializando, pesquisadores, estagiários, bolsistas, jovens aprendizes, voluntários, cooperados, prestadores de serviços, fornecedores, órgãos fiscalizadores e normativos, doadores, políticos, pacientes/clientes, acompanhantes, familiares, voluntários e visitantes, dentre outros).

-Programa Nacional de Segurança do Paciente: Estratégia para promover melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com foco na redução de incidentes e danos aos pacientes durante a prestação do cuidado (BRASIL, 2013).

-SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

-Segurança do Paciente: Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013).

-**SUS**: Sistema Único de Saúde.

-**Valor em Saúde**: é entendido como a relação entre os resultados assistenciais que melhoram a qualidade de vida do paciente e o custo na prestação do cuidado.

5 DIRETRIZES DA GOVERNANÇA CLÍNICA

5.1 Governança Clínica

5.1.1 Governança Clínica é um sistema de gestão estratégica que visa melhorar a qualidade, segurança e eficiência dos cuidados de saúde, através da definição e monitoramento de padrões de desempenho clínico, da promoção da colaboração interdisciplinar, da utilização de evidências científicas na tomada de decisões clínicas e da responsabilização dos profissionais de saúde pelos resultados alcançados.

5.1.2 A Governança Clínica das Unidades Hospitalares e Ambulatoriais da Fundação iNOVA Capixaba visa assegurar que os cuidados prestados estejam alinhados a altos padrões técnico-científicos e normativos e a criação de um ambiente seguro para pacientes e profissionais.

5.1.3 Desse modo, uma política efetiva de Governança Clínica baseia-se na entrega valor em saúde para o paciente. A Fundação iNOVA Capixaba valoriza e adota premissas alinhadas ao Valor em Saúde, que por sua vez, define a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados.

5.1.4 O valor deve ser medido com base no ciclo de atendimento, e não por procedimento, serviço, consulta ou exame realizado. O objetivo é oferecer a melhor saúde, a melhor experiência de cuidado, gastando o recurso da maneira mais adequada possível.

5.2 Pilares e eixos de atuação

5.2.1 Inspirada pelo propósito institucional de melhorar a vida das pessoas, a Governança Clínica da Fundação iNOVA Capixaba atua para garantir uma excelente experiência a todas as partes interessadas, em relação aos cuidados dispensados aos pacientes, guiada pelos 6 (seis) pilares abaixo relacionados, em resumo, é guiada por 6 pilares, conforme Gomes et al. (2015):

a) Auditoria Clínica

- Monitorar indicadores de desempenho clínico;
- Avaliar resultados e desfechos assistenciais sistematicamente com foco em melhoria contínua;
- Divulgar os resultados obtidos.

b) Efetividade Clínica

- Definir intervenções em saúde para o alcance dos objetivos, considerando as particularidades e preferências dos pacientes;

- Identificar os recursos necessários para a implantação e manutenção dos modelos assistenciais e remuneratórios;
- Apoio na gestão terapêutica com foco em desfechos positivos e custo-efetividade.

c) Educação

- Desenvolver continuamente as competências dos profissionais de saúde;
- Realizar capacitações voltadas à prática baseada em evidências, ética e segurança assistencial;
- Elaborar protocolos e diretrizes, com o objetivo de padronizar processos, garantindo excelência no cuidado;
- Promoção do uso seguro e racional de medicamentos e hemocomponentes.

d) Gerenciamento de Risco

- Implantar protocolos de prevenção de eventos adversos;
- Monitorar e analisar eventos adversos, incidentes e não conformidades;
- Notificar eventos;
- Acompanhar os planos de ação corretivo e preventivo para mitigação e prevenção de riscos, observando o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Promover uma cultura de transparência e de segurança com a equipe envolvida.

e) Transparência com a comunicação

- Estimular fortemente condutas ética, técnica e científica na prática clínica, observando o respeito à autonomia, dignidade e direitos dos pacientes;
- Envolver os pacientes nas decisões assistenciais;
- Participação nas discussões clínicas com transparência sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas.

f) Pesquisa, desenvolvimento e inovação

- Basear-se em evidências científicas e nas melhores práticas nacionais e internacionais;
- Envolver todos os profissionais de saúde, desde os gestores, médicos, enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissionais, em uma abordagem colaborativa e transparente;
- Identificar as necessidades de acordo com o perfil epidemiológico-assistencial da população atendida;
- Definir objetivos, indicadores e metas.

5.3 Engajamento do corpo clínico e equipe multidisciplinar

5.3.1 A Fundação iNOVA Capixaba entende que a participação do corpo clínico é essencial para a governança institucional. Os profissionais que integram o corpo clínico da rede assistencial da Fundação contribuem de forma decisiva para a entrega das resoluções em saúde. Desse modo, para um bom desempenho das atividades da Governança Clínica, desde o planejamento até a

assistência e a prestação de contas dos seus resultados, é fundamental que as lideranças desdobrem e promovam as ações de acompanhamento junto às equipes, tais como:

- Planejamento assistencial;
- Gerenciamento de risco;
- Auditoria clínica;
- Efetividade clínica;
- Eficiência clínica,
- Envolvimento e experiência do paciente e sua família;
- Comunicação efetiva;
- Educação, capacitação e desenvolvimento profissional permanente;
- Gestão de recursos;
- Resultados da assistência prestada para promoção de melhorias;
- Desempenho de qualidade assistencial.

5.3.2 Assim é possível desenvolver lideranças médicas conscientes de suas responsabilidades institucionais e legais. Uma vez que a instituição considera a transparência com o corpo clínico em relação aos resultados e responsabilidades contratuais e às estratégias institucionais como essencial e salutar.

5.4 Alinhamento institucional

5.4.1 A Fundação iNOVA capixaba tem o compromisso de propor mecanismos que possibilitem uma gestão clínica eficiente, a fim de oferecer cuidados clínicos de qualidade aos pacientes.

5.4.2 Para tanto, apresenta instrumentos normativos internos que trazem, de forma clara e objetiva, as descrições dos processos a serem observados e aplicados, para possibilitar melhor desempenho das suas atividades.

5.4.3 Assim, o atendimento aos pacientes está pautado na dignidade, respeitando crenças, diferenças, limitações e escolhas, não sendo tolerado qualquer prática discriminatória e/ou preconceito de raça, cor, etnia, religião, crença, idade, geração, gênero, orientação sexual, orientação política, nacionalidade, estado civil, condição física, deficiência, condição econômica, individualidade, entre outras, em sinergia com os Direitos Humanos, Diversidade, Inclusão e Valorização das Pessoas e com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) .

5.4.4 A equipe deve fornecer o atendimento de excelência com empatia, respeito, equidade e valorização às escolhas e singularidades do indivíduo.

5.4.5 A Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba tem estabelecido em normativo próprio o fluxo de comunicação aos pacientes e suporte aos familiares em situações de diagnósticos/desfechos críticos em que são contempladas estratégias de comunicação adequadas para reportar de forma digna e humana as situações sensíveis.

5.4.6 A Governança Clínica atua de forma coerente também com as diretrizes e protocolos institucionais e em parceria com a Gestão da Qualidade quanto ao gerenciamento de riscos

assistenciais, promovendo a segurança dos pacientes, acompanhantes, familiares, corpo clínico e demais colaboradores e em consonância com a Política de Qualidade

5.4.7 Para garantir um planejamento assistencial de qualidade e assertivo, a instituição considera os dados epidemiológicos levantados, com atualizações periódicas, utilizando-os, por exemplo, para adequação da estruturação de recursos, profissionais, investimentos etc. Os protocolos assistenciais/clínicos são alinhados ao perfil epidemiológico. Para isto, são consideradas as doenças de maior prevalência, gravidade e risco em consonância ao perfil epidemiológico e com base em diretrizes e evidências científicas, para planejamento da assistência aos pacientes (adulto, ambulatorial ou hospitalar) em terapia compatível com o perfil de cada área.

5.4.8 Todas as informações coletadas são tratadas e armazenadas em observância à Lei n.º 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), especialmente quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis relativos à saúde. A Fundação está comprometida em promover o comportamento íntegro de todas as partes interessadas no âmbito da proteção de dados e na criação de uma cultura de observância das leis e dos regramentos internos, promovendo educação e orientação sobre regras de acesso à informação, em articulação com a Política de Gestão e Proteção da Informação.

5.4.9 A Fundação iNOVA Capixaba orienta continuamente sobre o melhor aproveitamento dos recursos já existentes na instituição.

5.4.10 Ainda, com relação às decisões de utilização de insumos e procedimentos de alto custo, estes serão tomados de forma ética, responsável e com rastreabilidade, garantindo sustentabilidade econômica, social e ambiental.

5.4.11 Por fim, as instituições da área da saúde, tendo em vista a obrigatoriedade de atendimento às resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), devem contar com um diretor técnico e um diretor clínico, que no âmbito de suas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina (CRM), pelos descumprimentos dos princípios éticos ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento.

5.4.12 Havendo qualquer indício de descumprimento dos princípios éticos profissionais, cabe à instituição o envio aos respectivos responsáveis técnicos e aos conselhos profissionais para análise e deliberação do caso em questão.

5.4.13 A Governança Clínica atua de forma coerente também com as diretrizes e protocolos institucionais e em parceria com a Gestão da Qualidade quanto ao gerenciamento de riscos assistenciais, promovendo a segurança dos pacientes, acompanhantes, familiares, corpo clínico e demais colaboradores e em consonância com as Políticas de Qualidade e Gestão de Riscos Assistenciais

5.4.14 Adicionalmente, as práticas de governança, gestão de riscos e transparência adotadas pela Fundação buscam alinhamento com os princípios estabelecidos na Lei n.º 13.303/2016 (Lei das Estatais), no que for aplicável à sua natureza jurídica, reforçando o compromisso com a eficiência e a integridade na gestão dos recursos públicos.

5.5 Indicadores mínimos de acompanhamento

5.5.1 - Governança Clínica

- Taxa de notificação de incidentes/eventos (e tendência mensal);
- Percentual de análise de causa realizada em eventos definidos como prioritários;
- Indicadores assistenciais essenciais conforme perfil (ex.: quedas, lesão por pressão, flebite, readmissão, tempo médio de permanência, infecção relacionada à assistência, entre outros aplicáveis);
- Adesão a protocolos institucionais críticos (auditorias clínicas por amostragem);
- Indicadores de experiência/satisfação do paciente (quando aplicável).

5.5.2 - Periodicidade

- Monitoramento de indicadores: mensal (ou conforme criticidade do indicador);
- Análise crítica institucional (diretoria/comitês): mensal ou bimestral;
- Revisão da matriz de riscos: trimestral (ou sempre que houver mudança relevante);
- Revisão desta política: anual (ou antes, em caso de alterações regulatórias/estratégicas).

5.5.3 - Registros obrigatórios

- Painel/relatório de indicadores;
- Atas de reuniões e comitês;
- Planos de ação com responsáveis, prazos e evidências de execução;
- Relatórios de auditorias internas/externas e tratativas;
- Registros de gestão de riscos e análises de eventos.

5.6 Dos mecanismos de controle e dos desdobramentos

5.6.1 Esta política será avaliada periodicamente, por meio de relatórios de resultados, incluindo indicadores, auditorias, pesquisas de satisfação, análise crítica, relatórios de sustentabilidade, registros formais conforme mecanismo de controle a ser estabelecido por cada área, visando avaliar a adesão, aplicabilidade e eficácia da diretriz, além de fornecer uma visão abrangente do impacto institucional. Os processos relativos a esta política será desdobrada de forma transversalizada, sendo que seu fluxo de aplicação operacional deverá ser detalhado por meio de Procedimentos operacionais específicos.

5.6.2 Instâncias de monitoramento

- Reuniões periódicas da Direção
- Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente (ou equivalente);

- Comitês assistenciais aplicáveis (ex.: gestão de riscos, prontuário, revisão de óbito, ética, comissões clínicas);
- Reuniões gerenciais com análise de indicadores e planos de ação.

5.6.3 O monitoramento dos resultados da respectiva política serão mensurados e analisados por meio dos instrumentos acima referenciados, de forma contínua.

5.7 Responsabilidade da Diretoria Técnica e da Diretoria Clínica

5.7.1 Em estrita observância à Resolução CFM nº 2.147/2016, suas alterações e demais normas aplicáveis, a Governança Clínica desta instituição assegura as condições para o pleno e autônomo funcionamento da Diretoria Técnica e da Diretoria Clínica. Compete à estrutura de governança garantir aos diretores:

- Condições de trabalho adequadas e meios para o desempenho de suas funções;
- Autonomia profissional para zelar pelo cumprimento dos preceitos éticos da prática médica;
- Participação ativa nas decisões estratégicas que afetem a qualidade da assistência e a segurança do paciente;
- O dever de supervisionar e coordenar todos os atos médicos praticados na instituição, visando à excelência e à conformidade regulatória.

5.8 Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente

5.8.1 A gestão de riscos e a promoção de uma cultura de segurança nesta instituição são diretamente pautadas pelas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS/GM nº 529/2013, e pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da ANVISA. Nossos protocolos assistenciais e de segurança são desenvolvidos para garantir a implementação e o monitoramento, no mínimo, das seguintes metas:

- Protocolo de Identificação do Paciente;
- Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Protocolo para Cirurgia Segura;
- Protocolo de Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
- Protocolo de Prevenção de Quedas;
- Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

6 SANÇÕES E PENALIDADES

6.1 A fundação iNOVA Capixaba, valoriza a colaboração para um ambiente íntegro. Caso presencie ou tenha conhecimento de qualquer irregularidade, reúna o máximo de informações e evidências possíveis e denuncie de forma segura pelo site <https://inovacapixaba.es.gov.br/ouvidoria-inova-capixaba>.

6.2 A denúncia pode ser feita anonimamente ou com identificação, de acordo com sua escolha. Sua identidade será preservada, não será permitido qualquer tipo de retaliação. Os envolvidos nos fatos, após o processo de apuração, se comprovada a violação a essa ou a outras Políticas e normas correlatas estarão sujeitos às medidas disciplinares, administrativas e legais cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente, a serem aplicadas pela autoridade competente, em caso de violação dos termos e procedimentos estabelecidos nesta política, deverão os administradores da Fundação tomar as medidas disciplinares cabíveis no âmbito interno da iNOVA Capixaba

6.3 Sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente, a serem aplicadas pela autoridade competente, em caso de violação dos termos e procedimentos estabelecidos nesta política, deverão os administradores da Fundação tomar as medidas disciplinares cabíveis no âmbito interno da iNOVA Capixaba.

7 DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 Esta Política deverá ser amplamente divulgada a todos os colaboradores, corpo clínico, prestadores de serviços e demais partes interessadas, garantindo seu pleno conhecimento e aplicação.

7.2 Compete à alta gestão assegurar os meios necessários para a implementação, monitoramento e melhoria contínua das diretrizes aqui estabelecidas.

7.3 Esta Política deverá ser revisada periodicamente, ou sempre que houver necessidade, em decorrência de alterações legais, regulamentares ou institucionais.

7.4 Os casos omissos serão analisados pela gestão competente, observando-se a legislação vigente e os princípios institucionais.

7.5 Esta Política entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

