

# EFETIVAÇÃO DOS PILARES DA GOVERNANÇA CLÍNICA NO COTIDIANO ASSISTENCIAL: DESCRIÇÃO DE UMA METODOLOGIA

IMPLEMENTATION OF THE PILLARS OF CLINICAL GOVERNANCE  
IN DAILY CARE: DESCRIPTION OF A METHODOLOGY

GUILHERME NETTO LYCARIÃO

lyca77@hotmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

<https://orcid.org/0000-0002-7039-1460>

MEIRIELE TAVARES ARAÚJO

meirielelavares@gmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

<https://orcid.org/0000-0003-3722-9258>

ADRIANE VIEIRA

vadri.bh@gmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

<https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

## RESUMO

**Objetivo:** Este estudo analisa a implementação da Governança Clínica no Hospital São Francisco de Assis, em Belo Horizonte, entre 2016 e 2019.

**Propósito:** Preencher lacunas na literatura sobre como implementar os pilares da Governança Clínica.

**Abordagem teórica:** Do ponto de vista teórico a análise dos dados tomou como referência o sucesso da implementação da Governança Clínica pelo *National Health Service* (NHS) no Reino Unido.

**Provocação:** A pesquisa explora a implementação prática da Governança Clínica, detalhando aos desafios enfrentados e fornecendo um guia prático para a implementação da Governança Clínica.

**Método:** O estudo é qualitativo e descritivo e utilizou o método de observação participante. Foram realizadas entrevistas com seis profissionais envolvidos na implementação: dois médicos, três enfermeiras e uma engenheira de produção. Além disso, dados foram extraídos de documentos e relatórios do Setor de Governança. A análise dos dados seguiu o método de análise de conteúdo do tipo categorial temática.

**Resultados:** Os resultados revelam que doze estratégias gerenciais foram implementadas com base nos sete pilares da Governança definidos pelo NHS e destaca a importância do apoio da alta gestão e da liderança no processo de mudança organizacional.

**Conclusão:** A pesquisa contribui para a melhoria do cuidado em saúde ao propor a Governança Clínica como um elemento essencial para a sustentabilidade das instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Governança clínica. Hospitais. Assistência à saúde. Estratégias gerenciais.

## ABSTRACT

**Objective:** *This study analyzes the implementation of Clinical Governance at the Hospital São Francisco de Assis, in Belo Horizonte, between 2016 and 2019.*

**Purpose:** *To fill gaps in the literature on how to implement the pillars of Clinical Governance.*

**Theoretical approach:** *From a theoretical point of view, the data analysis took as a reference the successful implementation of Clinical Governance by the National Health Service (NHS) in the United Kingdom.*

**Provocation:** *The research explores the practical implementation of Clinical Governance, detailing the challenges faced and providing a practical guide for the implementation of Clinical Governance.*

**Method:** *The study is qualitative and descriptive and used the participant observation method. Interviews were conducted with six professionals involved in the implementation: two doctors, three nurses and a production engineer. In addition, data were extracted from documents and reports of the Governance Sector. Data analysis followed the thematic categorical content analysis method.*

**Results:** *The results reveal that twelve management strategies were implemented based on the seven pillars of Governance defined by the NHS and highlight the importance of support from senior management and leadership in the process of organizational change.*

**Conclusion:** *The research contributes to the improvement of health care by proposing Clinical Governance as an essential element for the sustainability of health institutions.*

**Keywords:** *Clinical governance. Hospitals. Health care. Management strategies.*

## 1 INTRODUÇÃO

Durante os últimos cinquenta anos, estudos e metodologias foram desenvolvidos com o intuito de melhorar o processo assistencial e os sistemas de saúde voltados para o bem-estar social. O *National Health Service* (NHS), maior e mais antigo sistema de saúde público do Reino Unido, desenvolveu em 1998 um sistema complexo de gestão para oferta de serviços com altos padrões de qualidade. Esse sistema se baseia em controles pautados em melhorias contínuas, tanto de processos assistenciais quanto de aprimoramento profissional, centrados no cuidado ofertado ao paciente, denominado Governança Clínica (Cohen, 2020).

Baseado no sucesso do desenvolvimento e implementação da Governança Clínica pelo NHS, os sistemas de saúde de outros países optaram por adotar essa forma de gestão, inicialmente na Europa. No Brasil, este modelo foi inserido por serviços da saúde suplementar vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e adotado especialmente pelas instituições ligadas a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) (Sanchez & Cescon, 2023).

Neste estudo, a governança clínica é compreendida como um sistema que responsabiliza as organizações de saúde pela melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, assegurando elevados padrões de atendimento e fomentando um ambiente voltado para a excelência nos cuidados clínicos (*Department of Health*, 2002).

A Governança Clínica foi desenvolvida na lógica de processos contínuos, baseados em atividades de melhoria da qualidade, identificação e gerenciamento de riscos, responsabilidade pessoal e desenvolvimento profissional contínuo, sistematizada em sete pilares: 1. Eficiência e efetividade clínica; 2. Gestão de Riscos e Eventos Adversos; 3. Auditoria Clínica; 4. Transparência;

5. Responsabilização; 6. Educação Permanente de Profissionais; e 7. Inovação e Melhorias contínuas (Lucas, Leggat, & Taylor, 2022). Esses pilares são uma estratégia para o curso de ação a ser adotado na execução de metas dimensionadas por esses pilares. Por estratégia entendemos curso de ação a ser adotado para a execução de metas que foram dimensionadas nesses pilares.

Diante do exposto o presente estudo questiona: como efetivar a implementação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar?

Esse estudo procurou sistematizar a transformação de pilares, que são conceitos e preceitos da efetivação da Governança Clínica, em ações, observando a adequação de recursos e tecnologias do contexto Brasileiro, por meio de uma observação participante, de cunho etnográfico, no Hospital São Francisco de Assis, no período de 2016 a 2019. O objetivo geral do trabalho foi analisar a forma como ocorreu a implementação do projeto de governança clínica no Hospital São Francisco de Assis, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Os objetivos específicos foram: a) conceber e descrever estratégias gerenciais baseadas nos pilares de governança clínica; b) acompanhar implementação dessas estratégias no período de 2016 a 2019.

Este estudo se justifica pois após a realização de uma revisão narrativa de literatura não se identificou estudos que abordassem ações para sistematização dos pilares da Governança Clínica (Ghavamabad *et al.*, 2021; Freitas & Costa, 2020; Padilha *et al.*, 2018; Goldwasser, 2018; Uzuelli *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2015; Malik & Souza 2015; Oliveira, 2014; Travaglia, 2011; Silva, 2011).

Embora os estudos descrevam os conceitos e preceitos da Governança Clínica, poucos avançam no detalhamento de como esses pilares podem ser efetivamente implementados considerando as especificidades do sistema de saúde público e suplementar do Brasil. Essa lacuna evidencia a necessidade de pesquisas que explorem soluções adaptadas à realidade local, bem como o impacto dessas soluções na qualidade do cuidado e nos resultados clínicos. Assim, o presente estudo busca contribuir para o preenchimento dessas lacunas teóricas e práticas, fornecendo subsídios para gestores e profissionais de saúde que desejem implementar os pilares da Governança Clínica de maneira eficaz e sustentável.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A Evolução da NHS e a Emergência da Governança Clínica

Criado em 1948 como sistema universal de saúde, o NHS passou por reformas importantes. Em 1968, unificaram-se os Departamentos de Saúde e Seguridade Social, e, em 1974, foram criadas as Autoridades de Saúde de Área, introduzindo planejamento integrado com base nas necessidades locais e fórmula alocativa de recursos, substituindo transferências financeiras históricas (McHugh, 2021).

Nos anos 1970, sob Margaret Thatcher, o sistema foi liberalizado com regras de mercado, afastando profissionais de saúde da administração. Implementou-se uma cultura corporativa focada em evidências e qualidade hospitalar, terceirizando serviços não assistenciais. Os *Trusts* começaram a gerenciar contratos e compras de serviços, consolidando a separação entre compra e prestação de serviços, conforme o *National Health Service and Community Care Act* de 1990 (Amadeo *et al.*, 2021; McHugh, 2021).

A teoria empresário-corporativa e a liberalização do NHS, com *Trusts* prestando serviços, trouxeram melhorias institucionais e qualidade em um cenário semicompetitivo. Introduziu-se a Qualidade Total, com hospitais adotando programas baseados em estatística, ferramentas de gestão e coordenação de cuidados. Na Governança Clínica hospitalar, os *Trusts* gerenciaram serviços de saúde em áreas geográficas ou especialidades específicas, alinhando recursos e estratégias para criar valor organizacional (Ahmed *et al.*, 2024).

O Bristol Heart Scandal expôs graves falhas no Bristol Royal Infirmary, hospital de cirurgia cardiovascular pediátrica gerido por um *trust* na lógica empresário-corporativa. Entre 1984 e 1995, indicadores pioraram, elevando a mortalidade. O inquérito liderado por Sir Ian Kennedy (1998-2001) revelou ausência de análise crítica de dados, registros inadequados, falta de transparência, ineficiência, comunicação deficiente, atendimento fragmentado e conflitos entre equipes, agravados por liderança fraca (Koike, Houriguchi, Yatsuya, & Ota, 2022; Amadeo *et al.*, 2021).

O impacto exigiu do Departamento de Saúde a reestruturação do NHS, iniciando pelo *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), que desenvolveu protocolos e melhores práticas. Também foi criado o *Commission of Health Improvement* (CHI), com funções complementares ao NICE. Além disso, o *National Patient Safety Agency* (NPSA) elaborou estratégias de segurança do paciente, e o *National Clinical Assessment Authority* (NCAA) passou a rastrear práticas clínicas inadequadas. Esses mecanismos fortaleceram o sistema, delineando traços de Governança Clínica (*Department of Health*, 2002; Koike, Houriguchi, Yatsuya, & Ota, 2022).

## 2.2 A Governança Clínica: Conceitos e Pilares

Durante o *thatcherismo* no Reino Unido, duas abordagens surgiram para resolver problemas públicos: o (neo)liberalismo, com privatizações e terceirizações, e a governança (NPM), que estabeleceu redes entre organizações públicas e privadas para subsidiar políticas e serviços, incluindo os de saúde. No NHS, a regulamentação e os standards de qualidade ainda exigiam um modelo que garantisse excelência na prática clínica. Baseado no relatório do DH e no inquérito do BRI, formou-se uma equipe para criar o conceito de Governança Clínica inspirado na Governança Corporativa (McHugh, 2021).

O conceito de Governança Clínica foi construído no NHS como:

um sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e garantir elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos (*Department of Health*, 2002, p.8).

Entretanto, a governança clínica também pode ser definida como:

[...] uma construção específica para saúde, determinante para desenhar alinhamento entre os profissionais de saúde, promover segurança assistencial e aprimoramento contínuo do processo e dos profissionais (*Department of Health*, 2002, p.8)

Neste estudo, a Governança Clínica é entendida como um sistema que responsabiliza organizações pela melhoria contínua dos serviços, altos padrões de atendimento e um ambiente de excelência clínica. É uma construção específica para saúde, essencial para alinhar práticas, assegurar segurança assistencial e promover aprimoramento contínuo de processos e profissionais.

Ela é estruturada em preceitos de Governança Corporativa, Riscos e Conformidade, com um marco regulatório composto por políticas, regimentos e diretrizes que alinham os atores assistenciais, subsidiados por dados e controles estratégicos, como auditorias e avaliação de indicadores de desfecho. Esse modelo cria um ambiente preditivo, controlável e propício à implementação de melhorias e inovações.

O conceito é baseado em sete pilares que sustentam o programa de Governança Clínica, (*Department of Health, 2002; Mcsherry & Pearce, 2011*), conforme Figura 1.

Figura 1: Pilares da governança clínica e seus conceitos.

| Pilares  | Conceito   |
|--|--|
| Eficiência e Efetividade Clínica               | Refere-se à construção de estratégias específicas para que se alcance o melhor resultado assistencial, contando com os recursos disponíveis e com o menor custo.   |
| Gestão de Riscos e Eventos Adversos            | Diz respeito à individualização dos riscos por paciente, diferenciados em riscos do processo (ou não clínicos) e riscos assistenciais (ou clínicos).   |
| Auditoria Clínica                              | Representa o pilar de verificação dos processos, estrutura e desfechos que existem na construção do cuidado ao paciente. Também define estratégia de melhoria contínua através do aprimoramento das não conformidades, comparadas a critérios definidos. |
| Transparência                                  | É um dos pilares base para que os demais se desenvolvam, pois é necessário um ambiente de transparência dos dados e das informações, como desfechos e performance devem ser abertas e comunicadas às partes interessadas, principalmente o paciente.     |
| Monitoramento Adequado                         | Associado a processos investigativos e avaliativos transparentes constrói outro ambiente muito importante para a Governança Clínica, o da Responsabilização.   |
| Educação Permanente dos Profissionais de Saúde | Deve ser uma preocupação constante das organizações e instituições de saúde.   |
| Inovação e Melhorias Contínuas                 | É a convergência de todos os pilares acima promovendo um sistema de aprimoramento e de melhorias contínuas.  |

Fonte: elaborado pelos autores.

Embora não seja um pilar, a informação é uma preocupação central da Governança Clínica, sendo a qualidade dos registros assistenciais parte essencial de sua estratégia (Secker-Walker & Lugon, 2023).

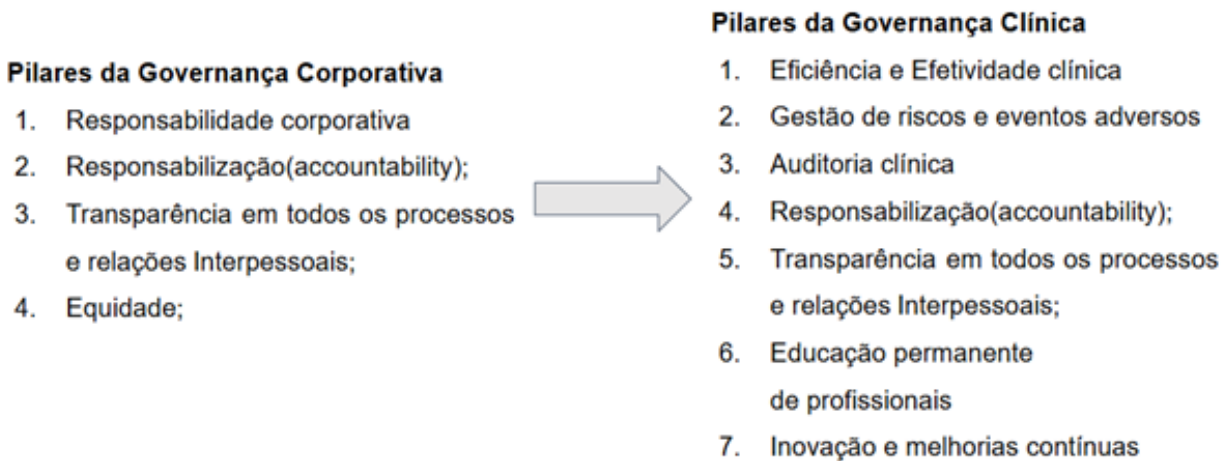
Ao longo do tempo, a Governança Clínica evoluiu. Em 2000, Hopkins promoveu uma importante mudança ao estruturar as instituições de saúde com Sistemas de Governança, abrangendo Governança Corporativa, Clínica, de Dados e TI, e de Custos. Essa etapa aprimorou o controle de informações e processos, além de fortalecer a competitividade entre os trusts (McSherry & Pearce, 2011).

Governança corporativa e clínica compartilham princípios que promovem eficácia, transparência e qualidade nas organizações de saúde. A governança corporativa abrange práticas e políticas que regem a gestão organizacional, assegurando responsabilidade, ética e proteção dos interesses de acionistas, colaboradores e clientes. Já a governança clínica aplica esses princípios com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do paciente e cuidados baseados em evidências.

Juntas, governança corporativa e clínica formam um modelo integrado que alinha objetivos corporativos às demandas éticas e técnicas do cuidado em saúde, garantindo sustentabilidade organizacional e padrões de qualidade e segurança (Dixon-Woods *et al.*, 2014).

A Figura 2 apresenta um comparativo dos Pilares da Governança Corporativa e os pilares da Governança Clínica.

Figura 2: Pilares da Governança Corporativa e da Governança Clínica.



Fonte: elaborado pelos autores.

Outra alteração foi a constituição dos comitês de Governança Clínica, definindo que cada programa de Governança Clínica deveria minimamente ter em sua composição os comitês de Risco Assistencial, Auditoria Clínica, e Educação e Informação do Paciente. Essa formatação ratifica a centralidade e participação do paciente em seu cuidado. Desta forma a Governança Clínica se solidifica como a estratégia de construção do processo assistencial dentro no NHS (Mcsherry & Pearce, 2011).

### 2.3 A Governança Clínica no Brasil

A Governança Clínica ultrapassa as fronteiras do Reino Unido e se consolidou como um tema relevante em diversos países e contextos. Na Europa, Espanha, Suécia, Itália, Alemanha e Dinamarca desenvolveram programas próprios, desde a Atenção Primária até a gestão do corpo



clínico, adaptando frameworks à sua realidade (Hellstrom *et al.*, 2010; Burau, Winsford, & France, 2009). No Irã, começou na Atenção Terciária e se expandiu para a Primária (Hojjat *et al.*, 2015). Na Indonésia, a governança iniciou na saúde materno-infantil (Amelia *et al.*, 2015).

Na América Latina, países como Cuba, Peru e Bolívia implementaram auditorias clínicas em linhas de cuidado, mas sem adotar integralmente o modelo do NHS. Estudos indicam a necessidade de estruturar a Governança Clínica como macroestratégia para melhores resultados (Siddiqi & Newell, 2009; Ketelhohn & Sanz, 2016).

No Brasil, programas de Governança Clínica têm focado em linhas de cuidado, protocolos específicos e segmentos assistenciais, mas ainda carecem de plenitude conceitual comparada ao NHS. Estudos mostram melhorias na qualidade e segurança dos serviços, como maior transparência, uso de tecnologias digitais, monitoramento em tempo real e estratégias para a gestão de riscos assistenciais (Cheah, Chan, & Manokara, 2022).

Iniciativas como o *Diagnosis Related Groups* (DRG) Brasil oferecem insights para a gestão assistencial por meio de auditorias de prontuários, já em uso por diversos estados e municípios (Silva, 2019). A Medicina Hospitalar, modelo centrado no paciente com liderança médica e abordagem multidisciplinar, também tem gerado avanços significativos (Dunn, 2020).

Entretanto, desafios permanecem: resistência à mudança, falta de investimentos e integração entre setores administrativos e clínicos, além da adaptação de modelos internacionais à realidade local (Malik & Souza, 2015; Goldwasser, 2018).

Apesar dos obstáculos, a Governança Clínica no Brasil tem se consolidado como estratégia essencial para construir um sistema hospitalar mais seguro, eficiente e centrado no paciente (Gomes *et al.*, 2015; Padilha *et al.*, 2018).

### 3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Este estudo qualitativo e descritivo busca interpretar dados com base na percepção contextual e relacional do fenômeno (Savin-Baden & Major, 2023). A metodologia adotada foi a observação participante, inserida na abordagem etnográfica, onde o pesquisador participa ativamente da coleta de dados, exigindo adaptação à situação (Pawlowski *et al.*, 2016; Spradley, 1980).

O cenário foi o Hospital São Francisco de Assis, em Belo Horizonte, um hospital filantrópico com 244 leitos, financiado exclusivamente pelo SUS e integrante do Complexo Hospitalar São Francisco (CHSF). Escolhido por ter implementado Governança Clínica em 2016, o hospital revisou processos assistenciais com apoio de uma equipe de seis profissionais: dois médicos, três enfermeiras e uma engenheira de produção. Os dados analisados abrangem o período de 2016 a 2019, quando o pesquisador (primeiro autor) esteve vinculado à organização.

O estudo seguiu etapas flexíveis para captar percepções, fatos e conexões, conforme Malinowski (1984) e Nicolás (1984):

1. Identificação e observação de informantes-chave: Coordenadores de Enfermagem, de Clínicas e a equipe de Governança Clínica (cinco membros) foram observados em ação.

2. Coleta de dados de prontuários e kanban assistencial: Dados extraídos do sistema GestHos, apresentados como capturas de tela.
3. Análise de indicadores e relatórios: Dados extraídos do “Relatório de Melhorias nos Processos Assistenciais” (2016–2019) e relatórios da Governança Clínica.

As entrevistas duraram em média 50 minutos e foram transcritas na íntegra e manualmente. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo categorial temática, buscando identificar indicadores e inferir conhecimentos sobre as mensagens analisadas (Bardin, 2016).

Este estudo integra um projeto maior, aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (parecer nº 2606933) e pela Gerência de Pesquisa do CHSF (parecer nº 3.200.287).

## 4 RESULTADOS

Nesse capítulo descreve-se os a forma como o projeto para a implementação de governança clínica foi idealizado e as estratégias gerenciais percorridas para a sua implementação, a partir dos sete pilares de governança, estabelecidos pela literatura.

### 4.1 Idealização de um projeto de implementação para governança clínica

O primeiro passo para implementar os sete pilares da Governança Clínica foi uma revisão de literatura utilizando descritores como auditoria clínica, gestão clínica, governança corporativa, garantia da qualidade e governança clínica. Foram consultados bancos de dados como BVS, PubMed, Cochrane e Elsevier.

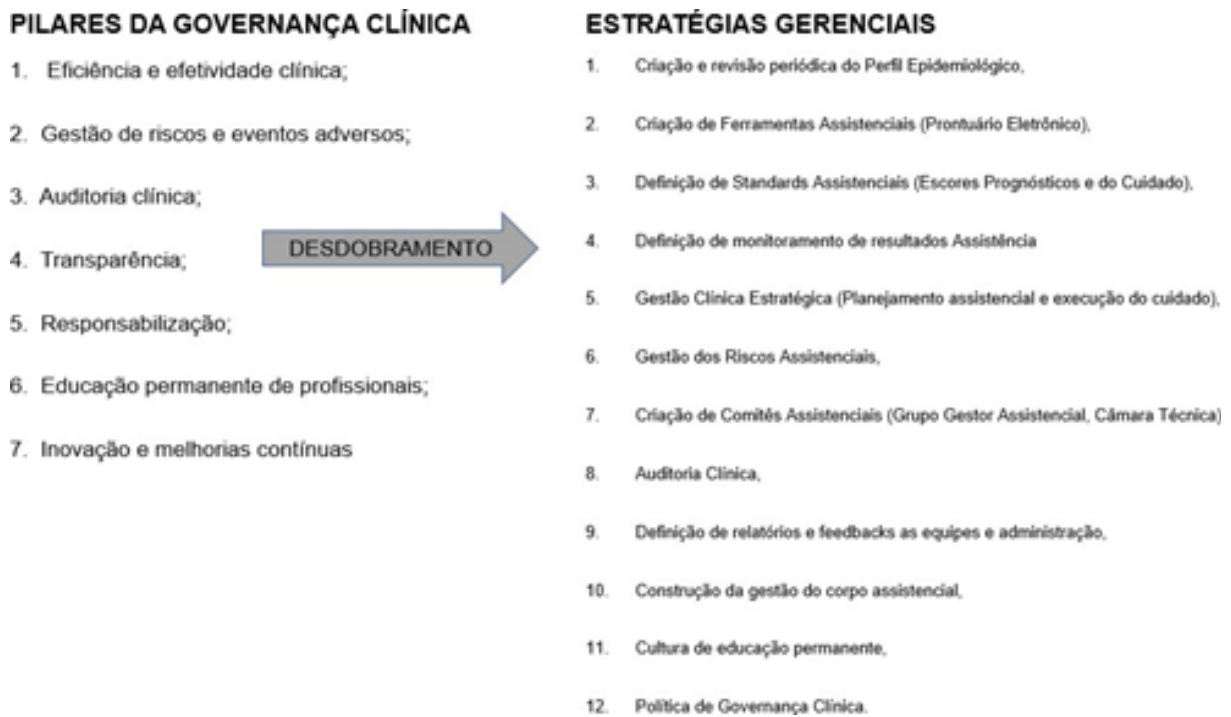
A revisão revelou escassez de estudos brasileiros sobre gestão de performance do corpo clínico e protocolos. Relatos mostraram que, enquanto alguns hospitais obtiveram melhorias com programas de Governança Clínica, outros enfrentaram resultados negativos devido à aplicação parcial ou incompleta dos pilares conceituais (Sanches & Cescon, 2023).

Embora o modelo do NHS não prescreva uma metodologia rígida, diretrizes como o *NHSLA Risk Management Standards* e o manual *A Practical Handbook for Clinical Audit* forneceram guias úteis para estruturação. A equipe do Hospital São Francisco de Assis adotou o modelo do NHS e autores como McSherry e Pearce (2011), Ketelhöhn e Sanz (2016) e Sanches e Cescon (2023) como base.

Em 2016, o segundo passo foi uma auditoria para mapear o processo assistencial, incluindo visitas setoriais e diálogos com coordenadores médicos e de enfermagem. Sem grandes recursos financeiros, a equipe desenvolveu uma metodologia em 12 passos baseada nos pilares do NHS para implementar a Governança Clínica no Hospital São Francisco de Assis, conforme a Figura 3.



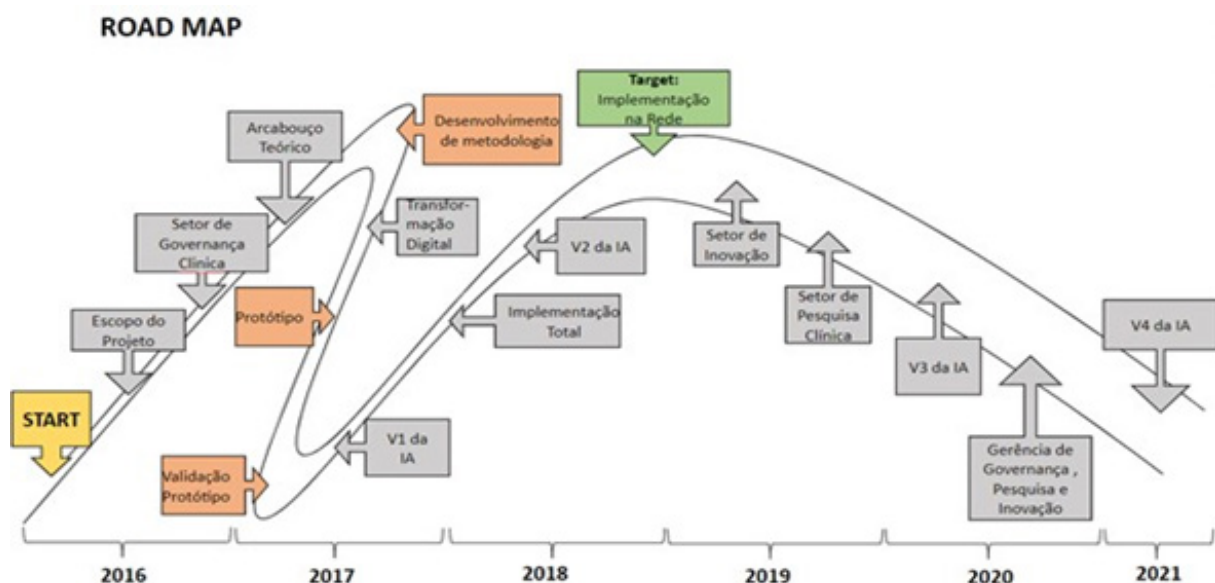
Figura 3: Desdobramento dos Pilares da Governança Clínica em Estratégias Gerenciais.



Fonte: elaborado pelos autores.

Esses passos foram baseados em ferramentas como perfil epidemiológico, construção de linhas de cuidado, gestão de riscos e monitorização por indicadores que, em sua maioria, são conhecidas e presentes no cotidiano assistencial. Dessa forma, foi desenhado um *road map*, um caminho a ser seguido para a concretização dessa implementação, contendo datas e as principais entregas, conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4: Road Map de execução do projeto de implementação da Governança Clínica no Hospital São Francisco de Assis.



Fonte: elaborado pelos autores.

Esse *Road Map* se tornou o guia para que toda equipe envolvida no projeto soubesse de todos os passos a serem tomados e os devidos prazos a serem cumpridos. O conceito de Ações Gerenciáveis foi construído na perspectiva de monitoramento de ações pela equipe do setor de Governança Clínica, por meio indicadores construídos com as equipes mensalmente, e anualmente com o relatório de melhorias. Na sequência descreve-se essas doze ações gerenciáveis que se tornaram as estratégias utilizadas para a implementação.

## 4.2 Desenvolvimento de estratégias gerenciais para a governança clínica

Nesse item são descritas as doze estratégias gerenciais traçadas para a efetivação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar, baseadas nos sete pilares de governança.

### 4.2.1 Estratégia 1: Criação e revisão periódica do perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico de uma organização de saúde é ferramenta fundamental para se entender o contexto assistencial, ou seja, entender quem são os pacientes atendidos por gênero, idade, comorbidades, complexidade e gravidade de suas doenças, auxiliando a construção de protocolos e linhas cuidados (Oliveira *et al.*, 2018). Para esse fim, foi necessária uma auditoria que pudesse apresentar esses dados, tendo em vista que o sistema de informação ainda não era capaz de os entregar de forma estruturada. Por fim, o setor de Governança Clínica absorveu a Comissão de Óbito e Prontuário, para exercer as funções de avaliação dos óbitos ocorridos na instituição e da qualidade dos registros assistenciais que seriam utilizadas como fonte de dados.

Desses relatórios de perfis epidemiológicos produzidos durante o período de 2016 a 2018 foram constituídas as linhas de cuidado e os protocolos assistenciais que norteariam o processo assistencial. Inicialmente foram construídas as linhas de Cuidado da Sepse, da Síndrome Coronariana e da Cirurgia Ortopédica. Linhas de cuidados são construções assistenciais que norteam a jornada do paciente e dos profissionais de saúde dentro de uma estruturação processual e protocolar, baseada em uma comorbidade específica ou síndrome, definindo como a assistência será prestada do seu início até sua conclusão (Possá *et al.*, 2020).

### 4.2.2 Estratégia 2: Criação do prontuário eletrônico como ferramenta assistencial

Durante o período de auditoria foi observada a fragilidade dos registros assistenciais. O prontuário era informatizado, mas não eletrônico e não existia a certificação digital, que exige em seu primeiro nível de segurança a estruturação de informações, conforme define o Manual Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informação na Saúde (Virginio Junior *et al.*, 2014).

Outra questão relevante era a qualidade do registro, que variava conforme a maturidade da equipe e não garantia um histórico organizado e compreensível do quadro clínico do paciente. Com o trâmite da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei n.º. 13.709/2018, em sua fase final em 2016, o Manual da CFM/SBIS e as Regulamentações do CFM no. 1638 e n.º1821 foi estruturado um protótipo de prontuário com dados organizados, predefinidos e estruturados, que foi aplicado inicialmente no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Cirúrgico. Esse protótipo foi construído com a equipe médica do CTI, da Tecnologia de Informação e da Governança Clínica.

Do ponto de vista técnico, sua base foi estruturada utilizando-se o perfil epidemiológico e a alocação e organização de dados e informações no prontuário de tal forma que favorecessem a construção de um raciocínio clínico sobre a condição do paciente. Esse raciocínio era apoiado no cruzamento de dados e em um volume de informações que facilitassem o entendimento das patologias.

Um grande facilitador dessa transformação digital e do prontuário eletrônico foi a disseminação da informação. O dado imputado poderia ser repassado à outra equipe que dele necessitasse, evitando retrabalho, inconsistências, agilizando o tempo de preenchimento e principalmente disseminando informação assistencial relevante.

Contudo, foi observado pela equipe de Governança, de Tecnologia de Informação (TI) e Gestora do Sistema Gesthos, que a massa de dados assistenciais era enorme e a possibilidade de utilização do *Big Data* era uma oportunidade de melhoria assistencial que deveria ser explorada. Essa situação também observada na revisão de literatura realizada por Wang, Kung e Byrd (2018). Dessa forma, foi necessário iniciar estudos sobre Inteligência Artificial (IA) na Saúde, chegando ao formato de plataforma de suporte a decisão clínica, que se concretizou em uma série de algoritmos construídos em rede neural artificial chamada LYA AVI®, o primeiro produto comercializável dessa metodologia.

#### 4.2.3 Estratégia 3: Definição de standards assistenciais (escores prognósticos e do cuidado)

A definição de *standards* assistenciais mostrou-se um dos mais importantes na construção da metodologia, pois era necessário criar uma linguagem comum para que as equipes conseguissem se comunicar e mensurar a criticidade do paciente e do cuidado prestado. Nesse sentido, a utilização de escores assistenciais e do cuidado foi a solução encontrada. Inicialmente foram utilizados escores já validados na literatura, sendo eles: *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) (Han *et al.*, 2018), *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS 3) (Ma *et al.*, 2017), *Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment* SOFA (Safari & Meskini, 2016), ODIN (MaCcariello *et al.*, 2008), EVA (Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009), BRADEN (Alderden *et al.*, 2017), e MORSE (Gringauz *et al.*, 2017).

Sabe-se que existe uma série de escores para avaliação do nível de consciência do paciente. Contudo, após discussão interdisciplinar, optou-se pelo uso do RASS que avalia o nível de consciência e agitação do paciente e poderia ser utilizado tanto no CTI quanto nas Unidades de Internação (Han *et al.*, 2018).

O SAPS3 é um consagrado escore de gravidade e probabilidade de morte em Terapia Intensiva, que é utilizado para entender a gravidade do paciente (Silva Junior *et al.*, 2010). Já o SOFA é um escore de deterioração orgânica utilizado em Terapia Intensiva, que mostra a piora clínica do paciente (Safari & Meskini, 2016).

Ambos os escores, SAPS 3 e SOFA, eram utilizados em pacientes internados na Terapia Intensiva, enquanto nas Unidades de Internação utilizava-se o ODIN (Maccariello *et al.*, 2008) para se avaliar a gravidade e probabilidade de óbito do paciente. Contudo, apesar de serem validados e consagrados, não era possível acompanhar a jornada do paciente e sua gravidade durante a internação, pois observou-se a inexistência de correlação entre eles.

Diante disso, foi realizado um estudo para construção de um novo escore que pudesse ser utilizado em ambos os locais, CTI e Unidades de Internação. Sua construção foi baseada no SAPS3 e *National Early Warning Score* (NEWS) (Echevarria, Steer, & Bourke, 2019) e sua validação foi feita em comparação ao SAPS3 e ODIN encontrados nos pacientes. Após o período de 3 meses de observância e validação, esse passou a ser o escore utilizado em todas as unidades assistenciais sendo calculado diariamente pela IA. Esse escore é constituído de uma combinação de resultados de exames laboratoriais, dados vitais e informações de idade e tempo de internação.

EVA apresenta-se como instrumento que equaliza a mensuração da dor dos pacientes pelos profissionais, enquanto o MORSE é um instrumento utilizado para avaliar o risco de queda de um paciente durante sua internação (Gringauz *et al.*, 2017). Outro instrumento de gerenciamento de risco utilizado foi o BRADEN, escala aplicada para estratificar o risco dos pacientes de desenvolvimento de lesões cutâneas por pressão (Alderden *et al.*, 2017).

Da mesma forma, os escores assistenciais de enfermagem e dos seus cuidados foram definidos em conjunto com a equipe assistencial e Coordenação de Enfermagem dos setores. Como critério utilizado para a escolha, os escores deveriam ser instrumentos validados cientificamente. Nesse contexto, o instrumento criado para avaliação e acompanhamento da gravidade do paciente (SGP) já estava definido, porém, observou-se a necessidade de se utilizar também uma ferramenta de mensuração da complexidade do cuidado do paciente.

#### 4.2.4 Estratégia 4: Definição de monitoramento de resultados assistenciais

Para iniciar o acompanhamento do processo assistencial, foram definidos dois indicadores: Taxa de Mortalidade e Média de Permanência. A Taxa de Mortalidade foi escolhida por sua abrangência e confiabilidade na relação com a assistência prestada (Cecil *et al.*, 2020). Já a Média de Permanência, além de ser pactuada com a Secretaria de Saúde, demonstrou ser um bom indicador da qualidade do cuidado. Relatórios mensais foram criados para monitorar os indicadores por setor.

Esse processo funcionou bem, servindo como base para estruturar formas de reporte e feedback. O desenvolvimento conjunto com a IA promoveu uma cultura de Data Science, permitindo decisões baseadas em dados. A estruturação dos dados viabilizou mineração e análise de processos, possibilitando o isolamento de dados específicos e o uso de algoritmos para construir inteligência de dados (Yang *et al.*, 2022).

Outra etapa foi ajustar a IA para análises individuais de pacientes, considerando gravidade, tempo de permanência e escores como SGP e BRADEN. Esses dados geraram insights para condutas mais assertivas, auxiliando os profissionais a tomarem decisões mais rápidas e eficazes.

Com a Versão 3 da Inteligência Artificial, foi possível balizar decisões estratégicas usando um único indicador: Taxa de Aproveitamento Assistencial. Esse indicador, gerado por mais de 60 camadas de análise da IA, considera planejamento assistencial, segurança do paciente e desfechos. A taxa varia de 0 a 100%, sendo abaixo de 70% considerado baixo aproveitamento e acima de 80% alto aproveitamento.

#### 4.2.5 Estratégia 5: Gestão clínica estratégica

Essa etapa foi dedicada à monitorização e definição de ações da estratégia da organização. O objetivo da Gestão Clínica Estratégica foi construir uma estruturação que garantisse eficiência e eficácia clínica e que almejasse a efetividade da assistência ofertada. Nessa perspectiva, eficiência clínica seria atingir uma qualidade assistencial por meio de processos bem determinados; eficácia seria atingir essa qualidade conforme um padrão ou meta determinada, efetividade é alcançar eficácia com menor custo operacional possível (Sanchez & Cescon, 2023).

Inicialmente, a gestão clínica estratégica era alinhada em reuniões mensais com os coordenadores e com os integrantes do Setor de Governança Clínica, que participavam de corridas de leitos e discussões de casos clínicos de pacientes internados. O tempo resposta dessas ações não eram ideais, ocorrendo geralmente um mês após as discussões, principalmente porque a forma de se acompanhar as equipes e os pacientes era precária e existiam muitas demandas para poucos profissionais no setor. Reduzir o tempo entre as reuniões não foi uma opção plausível à época, sendo a melhor opção um esforço conjunto dos setores de Qualidade, Governança Clínica e Segurança do Paciente, no sentido de realizar intervenções e alinhamentos.

Assim, a Qualidade trabalhava a auditoria de processos, a Segurança do Paciente à gestão de riscos e eventos adversos; e a Governança Clínica à melhoria dos processos assistenciais, dos registros e ferramentas eletrônicas.

Posteriormente, o Sistema de Informação Gesthos disponibilizou um *Bussines Intelligence* (BI), uma forma gráfica da inteligência de dados, que por intermédio de vários indicadores permitiu definir como principais indicadores: taxa de ocupação, taxa de mortalidade, media de permanência, giro de leito; e outros indicadores de processo como liberação de prescrição até 13 horas e alta até 11 horas. Isso significou uma evolução importante no acompanhamento do processo assistencial. Da mesma forma, o Setor de Qualidade desenvolveu e disponibilizou indicadores de eventos adversos e de adesão a protocolos.

A introdução e utilização do prontuário eletrônico padronizado automatizou ainda mais o controle e acompanhamento em tempo real dos indicadores e suas mudanças. Isso possibilitou, a estruturação de dados assistenciais e a construção de uma ferramenta de acompanhamento contínuo do quadro clínico do paciente, chamada de *Kanban* Assistencial, que consistia basicamente em um quadro construído por setores, contendo todos os pacientes neles internados e descrevendo os principais indicadores assistenciais por pacientes, atualizados em tempo real. Para além dos indicadores apresentados, o *Kanban* ainda apresentava informações como a especialidade clínica do paciente e se esse se encontrava em algum tipo de precaução. Assim, todos os pacientes poderiam ser acompanhados em tempo real e suas alterações comunicadas aos coordenadores e setores assistenciais.

O passo seguinte foi estruturar uma sala de situação dentro do setor de Governança Clínica, um ambiente de monitorização baseado em informações em tempo real, ou menor tempo de *input* possível, para construção e análise de cenários, através de discussão entre uma equipe especializada para tomada de decisões estratégicas e táticas.

Sete monitores foram dispostos em uma parede, em que o central estava focado no BI de indicadores hospitalares e seis monitores anexos apresentando o *Kanban* assistencial de cada setor de internação do Hospital. Neste ambiente eram realizados momentos específicos de análises dos cenários, com a participação da equipe do setor de Governança Clínica, Diretoria Clínica e uma vez ao mês com toda a Diretoria Hospitalar.

#### 4.2.6 Estratégia 6: Gestão dos riscos assistenciais

A Gestão de Riscos Assistenciais mostrou-se outro ponto desafiador pela forma como era realizada que se concentrava nos riscos de processo e os tratava de forma geral, sem a devida individualização (Rebouças *et al.*, 2022). Inicialmente foi utilizada a matriz de risco por setor. Em um segundo momento foram mapeados os riscos assistenciais mais prevalentes, que foram colocados para serem sinalizados à beira leito. Contudo, essa estratégia não obteve êxito, por ser muito dispendiosa, agregando tempo adicional as atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. Sendo assim, foi desenvolvida uma versão resumida desta ferramenta 'beira leito', contando com nove riscos: queda, lesão por pressão, aspiração, tromboembolismo, flebite, sepse por Sonda Vesical de Demora (SVD), perda de acesso venoso, perda de Sonda Nasoentérica (SNE) e perda de SVD. Contudo, a gestão de riscos assistenciais só conseguiu ser realizada de forma adequada, quando a ferramenta 'prontuário eletrônico padronizado' e a 'IA' desenvolvida foram aplicados.

Isso se deve ao fato da IA apresentar em uma interface específica o risco e a matriz de risco do paciente, o que aumentou a percepção de risco da equipe, através do contato constante com essa. Observou-se ainda, que este passo apresentou como efeito a educação permanente dos profissionais em gestão de riscos, pois a medida que os riscos eram apresentados os profissionais, através da repetição ficavam familiarizados e desenvolviam um raciocínio em sua identificação.

Neste momento, a IA foi desenhada para procurar riscos de forma intensa, através de seus algoritmos. Assim que a IA cruzava dados e percebia um risco ele era apresentado ao profissional de saúde na tela do computador, e tudo que deveria ser feito pela equipe assistencial para minimizar ou evitar que aquele determinado risco se concretizasse. No topo da tela de risco foi acoplado o protocolo a que ela se referia para que o profissional fizesse a leitura, naquele mesmo ambiente, sem ter que procurar em outro repositório. Foi definido pelo Comitê Assistencial que a enfermeira seria a gestora principal de riscos. Desta forma, ela teria ciência de todos os riscos dos pacientes e poderia acionar as outras equipes para fazer a gestão em conjunto, além de definir os cuidados a serem traçados.

Por fim, a interface entre usuário e IA alcançou um nível de amadurecimento, ao ponto da equipe assistencial solicitar uma personificação para ela, que por meio de um avatar.

#### 4.2.7 Estratégia 7: Criação de comitê assistencial e câmara técnica

O monitoramento dos desfechos e do processo assistencial trouxe à tona um desafio: como lidar com as falhas técnicas, especialmente da equipe médica? Esse tema é sensível nas instituições de saúde, devido à dificuldade cultural em abordar falhas de maneira aberta (Maki *et al.*, 2022).



Para isso, foi criado um ambiente que permitisse trabalhar essas questões de forma técnica e preservando os envolvidos. Quando a equipe de Governança Clínica, Qualidade, Segurança do Paciente ou o Coordenador de setor identificava uma falha assistencial, os profissionais eram encaminhados à Câmara Técnica. Essa câmara, formada pelo Diretor Geral, Diretores Técnicos e Clínicos das unidades, um representante jurídico e membros convidados conforme o caso, realizava reuniões mensais ou extraordinárias para casos graves, como óbitos associados a falhas.

Se fosse constatado desdobramento ético, o caso era direcionado aos Comitês de Ética dos hospitais. O funcionamento eficiente da Câmara Técnica e a análise das questões assistenciais evidenciaram a necessidade de outro fórum, voltado às questões coletivas. Assim, foi criado o Comitê Assistencial, para alinhar as decisões da Câmara Técnica com o corpo clínico. A comunicação se dava por relatórios, memorandos e reuniões.

#### 4.2.8 Estratégia 8: Auditoria clínica

A Auditoria Clínica é um dos pontos centrais da construção da Governança Clínica, por proporcionar um acompanhamento constante e fidedigno do processo assistencial, quando seu escopo é bem formulado. Optou-se por um escopo de auditoria baseado no *A Practical Handbook for Clinical Audit*; guia publicado pelo *The Clinical Governance Support Team* (Copeland, 2005).

O plano de auditoria e escopo de auditoria estavam previstos na Política de Governança Clínica, assim como seu cronograma e gatilhos de acionamento. Foi elaborado um instrumento para ser aplicado à beira leito, estruturado de forma a perceber a conformidade com a construção do planejamento assistencial do paciente e sua execução, composto por três momentos: Planejamento - momento em que era avaliado a maturidade do planejamento executado; Execução do cuidado - momento em que era observado se o que tinha sido planejado estava realmente sendo executado e com que maturidade; Segurança - momento em que eram observados alguns aspectos da segurança do paciente, baseados em uma análise individual de seus riscos. Esse instrumento era aplicado pela equipe de Governança Clínica, que possuía um médico e uma enfermeira para essa função. A auditoria se mantinha presente até o entendimento dos desvios ou piora clínica, em conjunto com a equipe assistencial, tratava-se de um trabalho coordenado com as equipes, para entendimento, através de dados, de uma mudança de situação.

#### 4.2.9 Estratégia 9: Definição de relatórios e feedbacks às equipes e administração

Desde o início do projeto, as formas de reporte aos interessados sempre foi uma preocupação. Desta forma, foi proposta a elaboração de um relatório que trouxesse de maneira sucinta e objetiva critérios a serem observados a vista do processo assistencial. Os aspectos observados foram pensados no sentido de metrificar o processo assistencial e avaliar seu desfecho. O documento era confeccionado com a base de dados extraída de relatórios customizados do Sistema Gesthos. O próximo passo era o envio à postagem do repositório do Sistema da Qualidade, e logo em seguida era encaminhado à Diretoria Geral e Técnica, para uma apreciação em um fórum criado para se discutir as estratégias assistenciais, chamado de Comitê de Governança e Qualidade.

No início, teve-se dificuldade de adesão dos profissionais Médicos, visto que sua participação no processo assistencial é fundamental e existia pouco envolvimento destes nos processos de gestão. Contudo, nas reuniões nos anos de 2018 e 2019, a participação dos coordenadores e membros médicos aumentou, o que trouxe mais espaço para avaliação dos indicadores e participação na gestão do cuidado por parte destes profissionais.

A equipe multidisciplinar, em específico a Enfermagem, sempre teve participação muito marcante nesta discussão e na construção das melhorias do processo assistencial. Tais melhorias englobavam melhorias nas linhas de cuidado, protocolos, e nas versões da IA, como expressão digital de seus processos de trabalho.

O processo de melhoria teve como marco o relatório definido como *White Paper* do NHS, toda grande mudança é definida em um documento chamado *White Paper*. Desta forma, a equipe de Governança Clínica optou em nomear o relatório que traria mais mudanças ao processo de implementação, segundo o seu original no Reino Unido (*Department of Health, 2002*). Neste ponto da implantação da Governança Clínica, em 2018, as equipes já se encontravam com maturidade suficiente para melhor utilizar a ferramenta “prontuário eletrônico padronizado”, a cultura de dados mais desenvolvida e a percepção da transformação digital mais clara.

#### 4.2.10 Estratégia 10: Construção da gestão do corpo assistencial

A gestão do corpo assistencial é importante na construção de um modelo de Governança Clínica, pois o conhecimento da performance do profissional e seus desfechos implica em segurança e transparência no processo assistencial. No modelo do NHS, os profissionais estão ranqueados para que a população possa escolher o profissional que vai prestar seu atendimento. Contudo, entende-se que no Brasil essa é uma realidade distante, por razões culturais (Lucas, Leggat, & Taylor, 2022).

Seguindo a orientação de Mcsherry e Pearce (2011), optou-se por iniciar medindo a performance do médico. Deu-se início a uma série de reuniões envolvendo a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Clínica, Setor de Qualidade e Governança Clínica, para serem definidos indicadores e formas de coleta de dados e acompanhamento. Os médicos foram distribuídos em dois grandes grupos, um clínico e outro cirúrgico, com indicadores específicos para cada. Nos três primeiros meses de observação deste modelo, chegou-se à conclusão de que o modelo estava desbalanceado, pois muitos médicos tinham um excelente desempenho técnico e várias reclamações de relacionamento das outras equipes ou do Setor de Ouvidoria. Desta forma, os indicadores foram revistos e acrescidos novos indicadores técnicos e inclusos indicadores de avaliação de elogios ou reclamações na Ouvidoria.

Foram também implementadas reuniões de *feedback* da Diretoria Geral e Técnica com os coordenadores de equipe e seus membros, para avaliação de melhorias. Contudo, o modelo era analógico e muito trabalhoso de ser preenchido, o que culminou em atraso no prazo de entrega das planilhas. No segundo semestre de 2017, a IA já estava robusta o suficiente para que nela

pudessem ser desenhados algoritmos de análise de desempenho por assistência prestada. Esses critérios foram desenhados conforme o Manual de Auditoria Clínica do NHS (Copeland, 2005) adaptado à realidade do Complexo Hospitalar, gerados e geridos pela IA ao final de cada internação de paciente. Ao final de um período de três meses de observação, foi entendido que o modelo avaliava a assistência prestada com muita sensibilidade, mas que ao invés de avaliar apenas um profissional era preciso avaliar a equipe. Sendo assim, o modelo digital continuou em desenvolvimento, sendo o analógico mantido em utilização. Desta forma a gestão do corpo assistencial ganhou mais celeridade, credibilidade e determinou a validação do processo pelos usuários e pela estratégia da organização.

#### *4.2.11 Estratégia 11: Cultura de Educação Permanente*

A implementação da metodologia de Governança Clínica possibilitou identificar oportunidades de melhoria e aperfeiçoamento dos profissionais. O Setor de Governança Clínica, em parceria com os Setores de Qualidade e Recursos Humanos (RH), promoveu educação permanente em duas frentes: Educação Introdutória e Educação Corretiva.

A Educação Introdutória, chamada “Treinamento Básico Introdutório”, foi estruturada pelo RH e ministrada pelo Setor de Governança Clínica aos novos profissionais durante a admissão. Incluía temas como introdução à Governança Clínica, uso de ferramentas assistenciais e gestão de riscos.

Já a Educação Corretiva consistia em treinamentos curtos, de até uma hora, realizados em pequenos grupos no centro de estudos da instituição. Baseavam-se em auditorias clínicas e monitoramento de resultados assistenciais, focando em corrigir falhas técnicas observadas. Esses treinamentos eram conduzidos pelos setores de Governança Clínica, Qualidade e Segurança do Paciente, de acordo com a necessidade.

#### *4.2.12 Estratégia 12: Política de Governança Clínica*

A Política de Governança Clínica (PGC) foi o documento que condensou as 11 etapas anteriores, como um instrumento institucional a ser aplicado em todos os ambientes do Complexo Hospitalar. Desta forma, a PGC regimentava como a Governança Clínica seria tratada, disseminada, monitorada e desenvolvida, sendo um documento acessível no repositório do Módulo da Qualidade do sistema Gesthos. Essa etapa foi fundamental para que ocorresse a consolidação da Governança Clínica como uma política, significando a institucionalização dessa no cotidiano da instituição.

A Figura 5 apresenta a descrição das doze (12) estratégias gerenciais para a implementação da Governança Clínica em instituições hospitalares, baseadas nos sete (07) pilares da governança.

Figura 5: Descrição das estratégias gerenciais para a implementação da Governança Clínica em instituições hospitalares.

| Estratégias  | Descrição  |
|--|--|
| 1 Criação e revisão periódica do perfil epidemiológico | A coleta de dados epidemiológicos permitiu conhecer o perfil dos pacientes, auxiliando na criação de linhas de cuidado específicas (como Sepsis, Síndrome Coronariana e Cirurgia Ortopédica) e protocolos assistenciais que organizam a jornada do paciente e dos profissionais.   |
| 2 Implementação do prontuário eletrônico               | A transição de registros informatizados para um prontuário eletrônico estruturado promoveu organização, compartilhamento de dados e maior qualidade das informações. Isso resultou no uso de Big Data e na criação de uma plataforma de suporte à decisão clínica baseada em inteligência artificial, culminando no desenvolvimento da rede neural LYA AVI®                            |
| 3 Definição de standards assistenciais                 | Estabeleceu-se o uso de escores validados (como SAPS3, SOFA, ODIN) para avaliação da gravidade dos pacientes. Além disso, foi criado um escore integrado que combina dados clínicos e laboratoriais, aplicável tanto em UTIs quanto em enfermarias. Outros escores, como BRADEN e MORSE, foram adotados para gerenciar riscos específicos, como quedas e lesões por pressão.           |
| 4 Monitoramento de resultados assistenciais            | Indicadores como Taxa de Mortalidade e Média de Permanência foram utilizados para avaliar a qualidade do cuidado. O uso de inteligência artificial foi expandido para análises individuais e previsão de desfechos. A Taxa de Aproveitamento Assistencial, baseada em mais de 60 camadas analíticas, tornou-se um indicador estratégico, avaliando a eficiência das ações de 0 a 100%. |
| 5 Gestão clínica estratégica                           | Foco na eficiência, eficácia e efetividade assistencial por meio de ferramentas como BI, indicadores assistenciais e o Kanban, que permitiram monitoramento em tempo real e maior organização dos processos.   |
| 6 Gestão de riscos assistenciais                       | Uso de IA e prontuário eletrônico para identificar riscos assistenciais e educar continuamente os profissionais, com ferramentas automatizadas para apoio à decisão clínica.   |
| 7 Criação de comitê assistencial e câmara técnica      | Estruturas para discutir falhas assistenciais tecnicamente, promovendo um ambiente seguro e estratégias para melhoria contínua.  |
| 8 Auditoria clínica                                    | Acompanhamento da assistência baseado em guias internacionais, com análise de planejamento, execução e segurança para identificar desvios e melhorar processos.  |
| 9 Relatórios e feedbacks                               | Desenvolvimento de relatórios baseados em dados para comunicar resultados, promover transparência e engajar equipes assistenciais em melhorias.  |
| 10 Gestão do corpo assistencial                        | Avaliação de desempenho técnico e comportamental, com feedback contínuo para garantir transparência e segurança.   |
| 11 Educação permanente                                 | Programas introdutórios e corretivos, com foco na capacitação contínua baseada em observações e auditorias clínicas.   |
| 12 Política de Governança Clínica                      | Documento institucional que consolidou e regulamentou as práticas da Governança Clínica, garantindo sua implementação uniforme.  |

Fonte: elaborados pelos autores.

Essas estratégias destacam a importância de dados estruturados, tecnologia e indicadores para aprimorar a assistência hospitalar.

Em síntese, as estratégias 1, 2 e 3 integraram dados epidemiológicos, ferramentas digitais e padrões assistenciais para promover uma assistência de saúde mais eficiente, baseada em evidências e adaptada às necessidades dos pacientes. As estratégias 4, 5, 6 e 7 promoveram avanços na eficiência do cuidado, monitoramento em tempo real, prevenção de riscos e gestão de falhas, consolidando uma abordagem integrada e baseada em dados para a assistência à saúde. As demais estratégias promoveram a aplicação dessas iniciativas, maior transparência, eficiência e alinhamento estratégico, consolidando a Governança Clínica como um mecanismo central para a melhoria contínua do cuidado e da performance profissional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doze (12) estratégias gerenciais traçadas para a efetivação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar, baseadas nos sete (07) pilares foram: (1) A coleta de dados epidemiológicos para conhecer o perfil dos pacientes, auxiliando na criação de linhas de cuidado específicas (como Sepsis, Síndrome Coronariana e Cirurgia Ortopédica) e protocolos assistenciais que organizam a jornada do paciente e dos profissionais; (2) transição de registros informatizados para um prontuário eletrônico estruturado para compartilhamento de dados e maior qualidade das informações; (3) uso de escores validados (como SAPS3, SOFA, ODIN, BRADEN e MORSE) para avaliação da gravidade dos pacientes; (4) monitoramento de indicadores assistenciais tais como Indicadores como Taxa de Mortalidade e Média de Permanência foram utilizados para avaliar a qualidade do cuidado, e Taxa de Aproveitamento Assistencial; (5) foco na eficiência, eficácia e efetividade assistencial por meio de ferramentas como BI, indicadores assistenciais e o Kanban; (6) uso de IA e prontuário eletrônico para identificar riscos assistenciais e educar continuamente os profissionais, com ferramentas automatizadas para apoio à decisão clínica; (7) estruturas para discutir falhas assistenciais tecnicamente, promovendo um ambiente seguro e estratégias para melhoria contínua; (8) acompanhamento da assistência baseado em guias internacionais, com análise de planejamento, execução e segurança para identificar desvios e melhorar processos; (9) desenvolvimento de relatórios baseados em dados para comunicar resultados, promover transparência e engajar equipes assistenciais em melhorias; (10) avaliação de desempenho técnico e comportamental, com feedback contínuo para garantir transparência e segurança; (11) Programas introdutórios e corretivos, com foco na capacitação contínua baseada em observações e auditorias clínicas; e (12) documento institucional que consolidou e regulamentou as práticas da Governança Clínica, garantindo sua implementação uniforme.

A própria revisão de literatura entrega um compilado mais objetivo e baseado em evidências direcionando uma melhor compreensão da idealização e desenvolvimento da Governança Clínica facilitando a adaptação para a realidade do nosso país.

A principal dificuldade na implementação surgiu da resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde. Muitos deles mantinham uma mentalidade inflexível, céticos quanto à viabilidade de mudanças ou ao desenvolvimento de novas habilidades. Contudo, à medida que os profissionais começaram a adotar uma mentalidade de crescimento, as oportunidades de desenvolvimento se tornaram mais evidentes e a proposta de Governança Clínica passou a ser aceita. O aspecto facilitador foi o apoio total da alta gestão, principalmente na figura do Diretor Geral e da Gerente Assistencial, que atuaram como lideranças do processo de mudança de maneira formal, e de maneira informal em função de suas habilidades interpessoais. Esse apoio permitiu que etapas de difícil execução, como a modificação de todo prontuário eletrônico, fossem realizadas de forma mais tranquila e célere.

A limitação orçamentária foi outro fator limitante, mas não determinante. Entendemos ao longo da pesquisa e da implementação que existiu uma mudança na cultura organizacional que perdurou até a saída do pesquisador da instituição. Nela pode-se observar a ampliação do sentimento de pertencimento dos atores da assistência e a maior aderência a utilização das ferramentas construídas. Solidificando uma cultura de planejamento, acompanhamento e alinhamento do processo assistencial.

O valor agregado no desenvolvimento de pessoas e lideranças foi perceptível e proporcionou a continuidade da estrutura dentro da organização. Desta forma outra importante dificuldade foi contornada, a adesão dos profissionais ao processo de implementação de Governança Clínica.

A Governança Clínica emerge como um elemento crucial para a sustentabilidade das instituições de saúde. Assim, é razoável inferir que investigações com um período de observação superior a cinco anos podem fornecer insights adicionais, enriquecendo consideravelmente o corpo de conhecimento científico. Além disso, para pesquisas futuras, recomenda-se a condução de entrevistas com os participantes antes e depois da introdução dessa abordagem metodológica para medir os efeitos nos sujeitos e nos processos.

Entende-se ainda, que esta metodologia deve ser explorada e ampliada para outros setores de atenção à saúde como a atenção primária e secundária. E ainda ser testada como possível recurso para a atenção em rede de saúde, sendo potencial instrumento para desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- Ahmed, S. *et al.* (2024). Role of Lean Six Sigma approach for enhancing the patient safety and quality improvement in the hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 17(1), 52-62. doi.org/10.1080/20479700.2022.2149082
- Alderden, J. *et al.* (2017). Midrange Braden subscale scores are associated with increased risk for pressure injury development among critical care patients. *Journal of Wound, Ostomy, And Continence Nursing*, 44(05), 420-428. doi.org/10.1097/WON.0000000000000349
- Amadeo, J., Andreazza, R. E., & Chioro dos Reis, A. A. (2021). Sistema Nacional de Saúde britânico: trajetória de reformas, 1990-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(5), e00233820. doi.org/10.1590/0102-311X00233820
- Amelia, D. *et al.* (2015). Case Study: clinical governance as an approach to improve maternal and newborn health in 22 hospitals in Indonesia. *World Health & Population*, 16(2), 16-23. doi.org/10.12927/whp.2016.24497
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.



- Burau, V., Winsford, D., & France, G. (2009). Reforming medical governance in Europe: What is it about institutions? *Health Economics, Policy and Law*, 265(4), 265-281. doi.org/10.1017/S1744133109005003
- Cecil, E. *et al.* (2020). What is the relationship between mortality alerts and other indicators of quality of care? A national cross-sectional study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(01), 13–21. doi.org/10.1177/1355819619847689
- Cheah, K. J., Chan, J., & Manokara, V. (2022). Exploring the concepts of clinical governance and evidence-based practice within the disability sector in Singapore. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 6(1), 106-117.
- Cohen, S. (2020). *The NHS: Britain's National Health Service, 1948–2020* (Vol. 888). Bloomsbury Publishing.
- Copeland, T. E., *et al.* (2005). *Financial theory and corporate policy*. Boston: Pearson Addison Wesley.
- Department of Health. (2002). *Learning from Bristol: the department of health's response to the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol royal infirmary 1984-1995*. Londres: Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty.
- Dixon-Woods, M. *et al.* (2014). Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 106-115.
- Dunn, S. (2020) Realizing the potential of hospitalist medicine. *Medical Clinics*, 104(4): xvii-xx.
- Echevarria, C., Steer, J., & Bourke, S. C. (2019). Comparison of early warning scores in patients with COPD exacerbation: DECAF and NEWS score. *Thorax*, 74(10), 941-946.
- Freitas, T.B., & Costa, M.M.G. (2020). Governança clínica como modelo de gestão para a assistência domiciliar. *Revista Unifal em Pesquisa*, 10(1), 1-17.
- Ghavamabad, L. H. *et al.* (2021). Establishing clinical governance model in primary health care: a systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 30(10):338. doi.org/10.4103/jehp.jehp\_1299\_20 10.
- Gringauz, I., *et al.* (2017). Risk of falling among hospitalized patients with high modified morse scores could be further stratified. *BMC Health Services Research*, 17(1), 721.
- Gomes, R. *et al.* (2015). The polisemy of Clinical Governance: a review of literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20: 243 1-2439. doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014
- Goldwasser, R. S., *et al.* (2018). Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(3), 347-357. doi.org/10.5935/0103-507X.20180053
- Han, J. H., *et al.* (2018). An evaluation of single question delirium screening tools in older emergency department patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(07), 1249-1252.
- Hellström, A., Lifvergren, S., & Quist, J. (2010). Process management in healthcare: Investigating why it's easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 21(4), 499–511. doi.org/10.1108/17410381011046607
- Hojjat, M. *et al.* (2015). Barriers to clinical governance administration from the point of view of managers and nurses. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 25(4), 45-52.
- Ketelhöhn, N., & Sanz, L. (2016). Healthcare management priorities in Latin America: Framework and responses. *Journal of Business Research*, 69(9), 3835–3838. doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.008
- Koike, D. *et al.* (2022). Implementation strategies for the patient safety reporting system using Consolidated Framework for Implementation Research: a retrospective mixed-method analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 409.
- Lucas, J., Leggat, S. G., & Taylor, N. F. (2022). Association between use of clinical governance systems at the frontline and patient safety: a pre-post study. *International Journal of Health Governance*, 27(3), 282-295. 295. doi.org/10.1108/IJHG-02-2022-0023
- Ma, Q. B., *et al.* (2017). Performance of simplified acute physiology score 3 in predicting hospital mortality in emergency intensive care unit. *Chinese Medical Journal*, 130(13), 1544-1551. doi.org/10.4103/0366-6999.208250
- Maccariello, E. R., *et al.* (2008). Performance of six prognostic scores in critically ill patients receiving renal replacement therapy. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(2), 115-123. doi.org/10.1590/S0103-507X2008000200001
- Malik, A. M., & de Souza, L. E. P. F. (2015). A gestão da saúde no Brasil. *Revista Debates GVsaúde*, Edição Especial Seminário: A Gestão da Saúde no Brasil, 3-4. <https://periodicos.fgv.br/debatesgvsauade/issue/view/4210/2201>

- Maki, O. *et al.* (2022). Development of digitalization road map for healthcare facility management. *Ieee Access*, 10, 14 450-14462. doi: 10.1109/ACCESS.2022.3146341
- McHugh, B. (2021). NHS at 70: the story of our lives (website). *The Oral History Review*, 48(2), 278-279. doi.org/10.10 80/00940798.2021.1953817
- McSherry, R., & Pearce, P. (2011). *Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals*. London: John Wiley & Sons.
- Oliveira, T. J. B. *et al.* (2018). Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 09(01), 51-57. doi.org/10.5123/s217 6-62232018000100007.
- Oliveira, R. J. T. D. *et al.* (2014). Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem centro obsté- trico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35, 47-54. doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43125
- Padilha, R. D. Q. *et al.* (2018). Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 4249-4257. doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016
- Pawlowski, C. S. *et al.* (2016). Children's physical activity behavior during school recess: A pilot study using GPS, accelerometer, participant observation, and go-along interview. *Plos One*, 11(2), e0148786. doi.org/10.1371/journal. pone.0148786
- Possa, L. B., *et al.* (2020). Linha de cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. *Saúde em Redes*, 06 (02 supl.), 07-29.
- Rebouças, G. F., *et al.* (2022). Risk management: implementation of a clinical protocol for the prevention and mana- gement of pediatric falls. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20220050. doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220050.
- Safari, Y., & Meskini, H. (2016). The effect of metacognitive instruction on problem-solving skills in Iranian students of health sciences. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 150. doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p150
- Sanches, D. P., & Cescon, J. A. (2023). Governança Corporativa em Gestão Hospitalar: Revisão Sistemática. *Revista Pleiade*, 17(41), 89-102. doi.org/0000-0002-8338-7743
- Sardá Junior, J. J., Kupek, E., & Cruz, R. M. (2009). Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, 16(02), 76-80. doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v16i2a103171
- Savin-Baden, M., & Major, C. (2023). *Qualitative research: the essential guide to theory and practice*. Routledge.
- Secker-Walker, J., & Lugon, M. (2023). *Advancing clinical governance*. CRC Press.
- Siddiqi, K., & Newell, J. (2009). What were the lessons learned from implementing clinical audit in Latin America? *Clinical Governance*, 14(3), 215-225. doi.org/10.1108/14777270910976157
- Silva, S. F. D. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2753-2762.
- Silva, T. P. R. D. *et al.* (2019). Hospital-acquired conditions and length of stay in the pregnancy and puerperal cycle. *Revista de Saúde Pública*, 53(64), 13-21. doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000688
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston, INC.
- Travaglia, J. F. *et al.* (2011). Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(1): 62-77.
- Uzuelli, F. H. D. P. *et al.* (2019). Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2147-2154. doi.org/10.1590/1413-81232018246.08612019
- Wang, Y., Kung, L., & Byrd, T. A. (2018). Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 3-13. doi.org/10.1016/j.techfore.2015.12.019
- Yang, Y. *et al.* (2022). Smart health: Intelligent healthcare systems in the metaverse, artificial intelligence, and data science era. *Journal of Organizational and End User Computing (JOEUC)*, 34(1), 1-14. doi.org/10.4018/JOEUC.308814